

SOZIALE KONTEXTE DER SALUTOGENESE

Soziologisch-systemische Grundorientierung

Christoph Morgenthaler

Die sozialepidemiologische Frage nach dem Kontext individueller Krankheit und Gesundwerdung hat Antonovsky ein Leben lang beschäftigt. Die Gesundheit eines einzelnen Menschen ist immer auch Ausdruck sozialer Verhältnisse. Belastende Lebensverhältnisse und -ereignisse sind pathogen und können Erkrankungen hervorrufen. Erst in der zweiten Phase seiner beruflichen Karriere wandte sich der Medizinsoziologe stärker den psychologischen Voraussetzungen von Gesundheit zu und prägte jenes Verständnis von Salutogenese, das ihn so bekannt gemacht hat. So gleicht Gesundheit zwar der Balance eines Seiltänzers¹, ist Eigenbewegung, Kräftespiel, die Fähigkeit, »kreativ mit sich und seiner Umwelt umzugehen«.² Der Prozess der individuellen Salutogenese ist aber in soziale und historische Verhältnisse eingelagert, ist nicht nur eine einsame individuelle, sondern auch eine gemeinsame, soziale Aufgabe.

1. GRUNDLEGENDE — ANTONOVSKY ALS MEDIZINSOZIOLOGE

Antonovskys Modell der Salutogenese wird als Rahmentheorie, gar als »Metatheorie« der Gesundheitsförderung und Prävention ein hohes orientierendes Potential bescheinigt, gerade auch wegen seiner medizinsoziologischen Fundierung. Der diesbezügliche Kenntnisstand ist hingegen oft mangelhaft.³ Deshalb sollen hier zuerst die soziologisch-systemischen Aspekte seines Modells hervorgehoben werden.

1.1 Folgen des Holocaust — der Entdeckungszusammenhang

Zu einer »absoluten Kehrtwendung«⁴ in Antonovskys Denken führte eine Fragebogenuntersuchung zur Adaptation von Frauen an die Menopause.⁵ Es wur-

¹ ANTONOVSKY (1997), 91.

² SCHÜFFEL / BRUCKS / JOHNNEN / KÖLLNER / LAMPRECHT / SCHNYDER (1998), 1.

³ Vgl. BENDEL / STRITTMATTER / WILLMANN (2001).

⁴ ANTONOVSKY (1997), 15. Antonovsky nahm diese Kehrtwendung später bei der Reinterpretation vieler medizinsoziologischer Untersuchungen immer wieder vor und zeigte, dass der abweichende Fall »Gesundheit« oft in der Mehrheit ist. ANTONOVSKY (1997), 28.

de untersucht, wie sich unterschiedliche Gruppen in der Art ihres Umgangs mit der Menopause unterscheiden und wie dies mit den Merkmalen dieser Gruppen zusammenhängt – eine klassische sozialepidemiologische Fragestellung. Eine der untersuchten Gruppen bestand aus Frauen, die den Aufenthalt in einem Konzentrationslager überlebt hatten. Antonovsky fiel auf, dass unter diesen Frauen eine Teilgruppe – ganze 29 Prozent – bei guter Gesundheit war. Die extrem belastende Situation des Konzentrationslagers, auch die anschließende Emigration nach Israel und den Aufbau einer neuen Existenz in einem Land, das drei Kriege erlebte, hatten diese Frauen gesund überstanden. Antonovskys Interesse war geweckt: Er buchte diese Gruppe nicht als unerklärbare und vernachlässigbare Restgrösse ab, sondern begann, nach positiven Gründen zu suchen, warum diese Frauen gesund blieben oder wieder wurden. Der Frage der Entstehung von Krankheit stellte er in der Folge komplementär die »Frage nach der Entstehungsgeschichte von Gesundheit gegenüber«⁵ und prägte dafür den Neologismus »Salutogenese«.

Es entging Antonovsky allerdings nicht, dass die Erfahrung des Konzentrationslagers im Leben der anderen Frauen in dieser Gruppe bleibende gesundheitliche Schäden hinterlassen hatte. Als Medizinsoziologe stellte er trocken fest, dass die Stressorhypothese – belastende Lebensverhältnisse wirken sich negativ auf die Gesundheit aus – auch in dieser Untersuchung auf einem hohen Signifikanzniveau bestätigt wurde. Eine Verharmlosung historischer Traumata wie des »absolut unvorstellbaren Horrors«⁷ eines Konzentrationslagers und anderer Belastungen wie Armut, Krieg oder Migration lag ihm fern. So hielt er es auch für sinnvoll, weiterhin danach zu fragen, welche protektiven Faktoren es gibt, mittels derer Menschen den Einfluss einer schädlichen Umgebung abpuffern. Er ergänzte aber diese an der Pathogenese orientierte Sicht durch die salutogenetische Frage, weshalb verletzliche Menschen unbesiegbar sein können⁸, und postulierte ein Potential, das direkt dazu beiträgt, gesund zu bleiben. Dieses Potential macht es bestimmten Menschen möglich, auch schwierigste Lebensbedingungen zu überstehen und krisenhafte Ereignisse auch im weiteren Verlauf des Lebens besser als andere aus vergleichbaren Verhältnissen zu bewältigen. Schon im Entdeckungszusammenhang der Salutogenese zeigt sich also die enge Verschränkung von psychischen und sozialen Faktoren der Gesundwerdung. Entscheidendes Schlüsselement an deren Schnittstelle ist der »sense of coherence« (SOC).

⁵ Er ist damit einer von vielen, wie er auch in einer ausführlichen Auseinandersetzung mit verwandten Positionen dokumentiert: ANTONOVSKY (1997), 47ff.

⁶ BRUCKS (1998), 23.

⁷ ANTONOVSKY (1997), 15.

⁸ ANTONOVSKY (1997), 55f.

1.2 Der SOC und seine sozialen Korrelate

Das Kohärenzgefühl, oder genauer: die Kohärenzerfahrung (ein Begriff, der das prozessuale Element im SOC präziser benennt) bezeichnet eine psychische Grundorientierung, eine »Weltanschauung«, ein durchdringendes, dynamisches und dauerhaftes Gefühl des Vertrauens, dass Herausforderungen des Lebens verständlich, bewältigbar und mit Sinn verbunden sind. Diese Erfahrung ist motivationale und kognitive Basis für jedes Bewältigungsverhalten eines Menschen. Die drei Komponenten, die als eine Art »Kardinaltugenden« in diese Definition des SOC einfließen, werden von Antonovsky unterschiedlich gefüllt und gewichtet. Verstehbarkeit ist Niederschlag einer kognitiv ausgerichteten Fähigkeit, ganzheitliche, geordnete Gestalten aus dem Chaos potentieller Erfahrungen zu filtern, ja zu »saugen«.⁹ Die Erfahrung von Sinnhaftigkeit ist stärker motivational ausgerichtet. Sie ist ein Gespür dafür, dass bestimmte Herausforderungen des Lebens den engagierten Einsatz lohnen, ein Sinn also für das, was Sinn macht. Handhabbarkeit und Bewältigbarkeit, der Glaube daran, mit Herausforderungen des Lebens umgehen zu können, wurzeln im instrumentellen Vertrauen, dass die benötigten Ressourcen verfügbar sind oder erschlossen werden können.

Dabei sind alle Komponenten des SOC in der Vorstellung Antonovskys am sozialen Kontext orientiert: Die Kohärenzerfahrung leitet dazu an, dem sozialen Umfeld strukturierte Bedeutung abzugewinnen. Sie hilft, Sinngebiete zu identifizieren und sich auf diese hinzubewegen, hat also auch eine proaktive, situationsgestaltende Richtung. Sie unterstützt die Aktivierung von allgemeinen Widerstandsressourcen. Ausdrücklich nennt Antonovsky hier auch die sozialen Ressourcen Ehepartner, Freunde, Kollegen, Gott.¹⁰ Der SOC steht so in einer zirkulären Beziehung zum Lebenskontext. Kontextuelle Faktoren fördern die Entwicklung des SOC und stützen ihn; der SOC seinerseits führt dazu, dass kontextuelle Faktoren in salutogener Weise rezipiert werden. Antonovsky wehrte sich deshalb dagegen, das Kohärenzgefühl als Prädisposition eines einzelnen Menschen, als Persönlichkeitszug isoliert vom sozialen Kontext zu verstehen. Es geht ihm um eine »grundlegende Art, sich in der Welt zu orientieren, die von der Beschaffenheit dieser Welt mitbestimmt wird«¹¹, um eine »Landkarte, die Vertrauen schafft, dass Landkarten leicht zu lesen sind«.¹²

Vertrauen in die Verstehbarkeit von Wirklichkeit kann sich entwickeln, wenn Menschen eine konsistente, in sich stimmige Umwelt erfahren, in der man »Regelmässigkeiten entdecken und Spielräume ausloten kann, die also weder monoton noch chaotisch ist«.¹³ Eine Haltung, Wirklichkeit sei handhab-

⁹ ANTONOVSKY (1997), mit Bezug auf SCHRÖDINGER.

¹⁰ ANTONOVSKY (1997), 35.

¹¹ BRUCKS (1998), 23-36, 28.

¹² ANTONOVSKY (1997), 110.

¹³ BRUCKS (1998), 28.

bar, entwickelt sich in einem Umfeld, das materielle, soziale und psychische Ressourcen zur Bewältigung der Herausforderungen anbietet und erlaubt, Anstrengung und Erholung auszubalancieren. Sinnhaftigkeit wird schliesslich ermöglicht durch »die Beteiligung an Entscheidungsprozessen, die für die Gruppe oder Gesellschaft, in der man lebt, wichtig sind, sodass es möglich ist und Spass macht, sich zu engagieren«.¹⁴ Entsprechende Erfahrungen in der Sozialisation bilden die Voraussetzung dafür, dass sich der SOC im Leben von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mehr oder weniger stark entwickelt.¹⁵

1.3 Schwimmen im Fluss des Lebens – jeder für sich, alle miteinander

Dies hat Folgen für das Verständnis von Therapie und Prävention. Antonovsky gebraucht das Bild des Flusses, um seinen Ansatz zu verdeutlichen. Der Blick der Medizin geht flussabwärts zu Menschen, die in Schwierigkeiten geraten sind; sie sollen ans Ufer gerettet werden. Seltener geht der Blick flussaufwärts. Die präventive Frage danach, wer denn eigentlich alle diese Menschen in gefährliche Wasser stösst und weshalb diese nicht schwimmen wollen, wird wiederum vom Ufer aus gestellt. Für Antonovsky sind beides keine tauglichen Vorstellungen, denn alle schwimmen wir in diesem gefährlichen Fluss. Es ist normal, dass Menschen sich über Wasser halten müssen und permanent Belastungen und Gefahren ausgesetzt sind. Doch wir können einander helfen, gute Schwimmer zu werden, und als Schwimmhilfe und Navigationsinstrument unseren SOC zu entwickeln und einzusetzen. Zudem sollten wir einen genauen Blick auf den Fluss selbst, seine »historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen«¹⁶ richten. Auch Flussläufe lassen sich nämlich gestalten, damit sie weniger gefährlich sind. Im Unterschied zur Vorstellung, ein einzelner Mensch könne autonom alle Gefahren kontrollieren, wird mit dem Kohärenzgefühl also das »Vertrauen hervorgehoben, sich dem »gefährlichen Fluss des Lebens« überlassen zu können und Auswege zu finden oder Krisen zu meistern, wobei die Hilfe anderer genau so wichtig ist wie die eigene Kraft«.¹⁷ Die Erfahrung von Hilfe ist gar fundamentaler und geht der autonomen Handlungssteuerung voraus. Medizinisches Wissen über Krankheitsbilder muss deshalb ergänzt werden mit Wissen über die Handlungsspielräume, die es einzelnen Menschen und sozialen Gruppen möglich machen, sich mit Belastungen erfolgreich auseinanderzusetzen. Diese sind insgesamt stärker von nichtmedizinischen Faktoren abhängig, insbesondere

¹⁴ BRUCKS (1998), 29.

¹⁵ ANTONOVSKY (1997), 91ff. Die These Antonovskys, dass sich der SOC ungefähr nach dem dreissigsten Lebensjahr stabilisiere, ist empirisch umstritten: vgl. FRANKE (1997), 181.

¹⁶ ANTONOVSKY (1997), 92.

¹⁷ SCHÜFFEL / BRUCKS ET AL. (1998), 4.

»von sozialer Gerechtigkeit und gegenseitiger Hilfe beim Zugang zu lebensnotwendigen Gütern und Prozessen«.¹⁸

1.4 SOC als ein Element von Familien, Gruppen und Organisationen

Antonovsky war zudem von der Frage fasziniert, inwiefern der SOC auch eine »Gruppeneigenschaft anstelle eines individuellen Charakteristikums mit sozialen Ursachen«¹⁹ sein könne. Ein solcher SOC entsteht nicht lediglich durch Addition des SOC einzelner Gruppenmitglieder. Das wäre nicht soziologisch gedacht. Vielmehr muss unter den Mitgliedern einer sozialen Einheit ein Konsens entstehen, eine salutogenetische, soziale Konstruktion von Wirklichkeit, die sich ihrerseits auf die Vorstellungen und das Verhalten Einzelner auswirkt. Empirisch kann der SOC einer Organisation deshalb erhoben werden, wenn man die Individuen nicht nur nach sich selbst, sondern danach fragt, welche Verständlichkeit, Handhabbarkeit und Sinnerfülltheit ihnen diese Organisation vermittelt, und dann bestimmt, wie stark die Mitglieder in dieser Einschätzung übereinstimmen. Dies gilt insbesondere für Gruppen – Antonovsky nennt hier ausdrücklich religiöse Organisationen²⁰ –, in denen das Selbst und die soziale Identität eng miteinander verbunden sind. Dieser SOC kommt auch in den kulturellen Praktiken dieser Gruppe, ihren Mythen und Ritualen, zum Ausdruck und wird durch sie bestärkt. Eine Gruppe mit starkem SOC wird Situationen mit einiger Wahrscheinlichkeit so strukturieren, dass sich mit der Zeit der SOC ihrer Mitglieder verbessert. Im Umgang mit kollektiven Stressoren kann der SOC der Gruppe sogar wichtiger werden als jener der einzelnen Mitglieder.

2. REZEPTION UND WEITERENTWICKLUNG DES KONZEPTS

2.1 Ebenen der Rezeption

Antonovsky führte mit dem Modell der Salutogenese ein Konzept in die gesundheitswissenschaftliche Debatte ein, das dynamisch, offen und zugleich bestimmt genug war, eine breite Diskussion in Disziplinen wie Medizin, Psychologie und Pflegewissenschaften, aber auch der Arbeitspsychologie und den Managementwissenschaften auszulösen und weiterführende Fragen aufzuwerfen. Breit wurden vor allem die psychologischen Aspekte des Modells rezipiert. Defizite des Gesundheitswesens, das Aufkommen holistischer Vorstellungen von Gesundheit und wohl auch die zunehmende Individualisierung des

¹⁸ BRUCKS (1998), 29.

¹⁹ ANTONOVSKY (1997), 149.

²⁰ So vermutet Antonovsky mit Blick auf die Mormonen, wenn man tief in einer Struktur verwurzelt sei, die in der Geschichte seit langem ihre Fähigkeit zum Überleben unter Beweis gestellt hat und die zentrale Quelle des eigenen SOC ausmacht, verfüge man höchstwahrscheinlich eher über einen starken als über einen rigiden SOC, ANTONOVSKY (1997), 41.

Lebens in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts haben diese auf die Person fokussierte Rezeption unterstützt. Diese hielt Antonovsky nicht geradezu für verfehlt, aber doch für »besorgniserregend«.²¹ Medizinsoziologische Implikationen seines Modells waren ihm genauso wichtig. Hier schliesst ein anderer Strang der Rezeption an: Das Modell Antonovskys wurde auch für die öffentliche Gesundheitsförderung und für die Entwicklung von Präventionsprogrammen wie kaum ein anderes wichtig. Erst wenn Antonovskys Modell also in seinen individuellen und sozialen Implikationen verstanden wird, kann Salutogenese der »gemeinsame Bezugspunkt verschiedener Professionen und Versorgungsebenen im Rahmen einer gemeindeorientierten Gesundheitsversorgung« werden.²²

2.2 Eine psycho-systemische Lesart Antonovskys

Immer wieder setzte sich Antonovsky mit systemtheoretischen Konzepten auseinander, ohne seine eigenen Überlegungen in dieser Richtung zu systematisieren. Konsequenterweise behielt er aber die zwei Ebenen der Salutogenese im Blick: die psychische und die soziale.

Auf der psychischen Ebene installiert Antonovsky den SOC als zentrales Movens der individuellen »Realitätskonstruktion«²³, als »Dirigent, der den Einsatz verschiedener Verarbeitungsmuster (Copingstile, Copingstrategien) in Abhängigkeit von den Anforderungen anregt«.²⁴ Er trägt dazu bei, dass Menschen inmitten belastender (oder auch inspirierender) sozialer Verhältnisse den Kräften der »Ent-Gesundung«²⁵ und Entropie entgegenwirken und den Gesundheitszustand auf dem Kontinuum krank-gesund in die eher unwahrscheinliche, geheimnisvolle Richtung des Pols der Gesundheit lenken können. Wie einzelne Menschen mittels ihres SOC soziale Stimuli wahrnehmen, verarbeiten und in einem abgestuften Bewertungsprozesses an ihre individuellen Voraussetzungen adaptieren, spielt in der Salutogenese eine zentrale Rolle. Gegenüber dem sozialen Kontext bleiben Menschen eigenwillig. Genauso so wenig, wie schädliche Einflüsse bei einem starken SOC die Gesundheit wesentlich beeinträchtigen können, genauso wenig ist Gesundheit herstellbar. Gesundheit muss vielmehr als »Ergebnis der Tätigkeit eines Subjekts – einer Person oder einer Gruppe – gesehen werden und nicht als professionell erzeugbares und verteilbares Gut«.²⁶

Auch auf der sozialen Ebene bezieht sich Antonovsky auf Systemtheorien, ohne den sozialen Kontext konsequent systemisch zu entschlüsseln. Trotzdem

²¹ ANTONOVSKY (1997), 17.

²² SCHÜFFEL / BRUCKS ET AL. (1998), 5. Dieses Interesse zeigt sich auch an Antonovskys Engagement beim Aufbau einer gemeindeorientierten medizinischen Fakultät an der Ben-Gurion-Universität des Negev ab 1972.

²³ Begriff, den Antonovsky von Reiss übernimmt: ANTONOVSKY (1997), 58.

²⁴ BENGEL / STRITTMATTER / WILLMANN (2001), 30.

²⁵ ANTONOVSKY (1997), 24.

²⁶ BRUCKS (1998), 29.

ist für den Medizinsoziologen klar – und Antonovsky zeigt dies an vielen Beispielen –, dass individuelle Gesundheit von den historisch und politisch bedingten gesellschaftlichen Umständen individuellen Lebens abhängt, vom spezifischen Arrangement gesellschaftlicher Teilsysteme (wie dem Gesundheits-, Arbeits- und Religionssystem), von der konkreten Organisation wichtiger Sozialsysteme im Nahbereich (wie Arbeitsplatz oder Familie) und schliesslich von den damit verbundenen Mikrosystemen konkreter, alltäglicher Interaktion. Sie alle stehen in Transaktion mit einzelnen Personen, beeinflussen diese und werden von diesen beeinflusst. Insgesamt betont Antonovsky in seinem transaktionalen Stressmodell also die zentrale Bedeutung selektierender und konstruktiver Aktivitäten von Personen, die im Schnittbereich unterschiedlicher sozialer Systeme handeln, welche ihrerseits Niederschlag menschlichen Handelns sind und sich zu sozialen Grössen verdichtet haben, die individuelles Handeln beeinflussen, ermöglichen und begrenzen.

3. SALUTOGENETISCHE POTENTIALE IN DER KIRCHE UND FÜR KIRCHLICHE MITARBEITENDE

Antonovsky waren Fragen wichtiger als Antworten. So besitzt sein Konzept der Salutogenese ein hohes heuristisches Potential. Dieses wurde auch in den Kirchen erkannt. In einzelnen deutschen Landeskirchen wurden Ideen zu einer salutogenetisch inspirierten Personalpolitik entwickelt und salutogenetische Fragestellungen für die Kirchenentwicklung fruchtbar gemacht.²⁷ Weiterführende Fragen können hier anschliessen.

3.1 Sensibilisierendes Potential: Eine salutogenetische Kirche?

Braucht es eine salutogenetische Wende auch in Institutionen der Religion, besonders bei ihren Mitarbeitenden? Sic et non. Ja und Nein. Einerseits wäre es nicht zielführend, wenn sich Kirchen der Diskussion des Modells, insbesondere auch seiner sozialen Implikationen, verschlössen. Wenn soziale Bedingungen für individuelle Gesundheit so wichtig sind, gehören gesundheitspolitische Fragestellungen auf die Traktandenlisten von Kirchen. Eine öffentliche Kirche trägt als Akteur der Zivilgesellschaft auch auf dem Feld der

²⁷ So hat die evangelisch-lutherische Kirche in Bayern beispielsweise eine Projektstelle für Salutogenese geschaffen (vgl. <http://handlungsfelder.bayern-evangelisch.de/salutogenese.php>), setzt in der Personalentwicklung einen Schwerpunkt auf Salutogenese und bietet salutogenetisch orientierte Fort- und Weiterbildung an. Salutogenetische Konzepte wurden aber auch auf der Ebene Kirchenkreis eingeführt (vgl. <http://www.kirchenkreis-wittgenstein.de/salutogenese.html>). In den Schweizer Kirchen wurde das Thema bisher kaum rezipiert. Wie auch im ausserkirchlichen Bereich sind viele dieser Konzepte und Massnahmen nicht in schriftlicher und evaluierter Form zugänglich. Deshalb wird im Folgenden auf Materialien zurückgegriffen, die im Internet zu finden sind (Stand: August 2014).

»public health« Verantwortung und ist herausgefordert, hier ihr Wächteramt wahrzunehmen. Inwiefern tragen also Kirchen, die sich als »Volkskirchen« verstehen, zur Verständlichkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit des gesellschaftlichen Lebens bei? Kirchen wenden mit Gewinn salutogenetische Fragestellungen auch auf sich selbst an. Weshalb sind innerkirchliche Diskurse oft pathogenetisch fixiert: theologisch, in der Wahrnehmung von Bedürfnissen und im praktischen Umgang mit diesen? Der salutogenetische Perspektivenwechsel wurde in Seelsorge und Diakonie unter dem Stichwort »Ressourcenorientierung« in den letzten Jahren zwar bereits eingeläutet; mit Antonovsky lässt sich das entsprechende Verständnis helfenden Handelns in einen umfassenderen gesundheitswissenschaftlichen Kontext bringen. Zudem kann noch allgemeiner gefragt werden, inwiefern das Handeln der Kirchen generell von einem salutogenetischen Perspektivenwechsel profitieren kann. So sind salutogenetische Fragestellungen auch wichtig für kirchliche Personalpolitik und -entwicklung. Wie kann die Salutogenese in kirchlichen Berufen und Berufungen gefördert werden?

Andererseits müssen Kirchen aber auch sensibel reagieren, wenn sich Salutogenese zum dominierenden Leitmodell aufschwingen wollte. Wenn Gesundheit alles und alles Gesundheit wird, ist kritische theologische Reflexion herausgefordert.²⁸ Das Heil, von dem die Kirche spricht, ist nicht identisch mit »Salus« in Saluto-Genese. Der zentrale Code, auf den sich Kirchen als soziale Systeme beziehen, ist nicht Gesundheit, sondern das Verhältnis von Transzendenz und Immanenz.²⁹ So ist Kohärenz in kirchlicher Tradition nicht nur individuelle und soziale Leistung, sondern auch Geschenk, Gnade. Das Evangelium wird dem »simul justus et peccator« unabhängig von seiner Arbeitsleistung zugesprochen. Ekklesiologisch wäre zudem präziser danach zu fragen, inwiefern Gesundheit in kirchlichen Berufen und Berufungen auch mit den »Früchten des Geistes« (Gal. 5,22), dem Zusammenspiel von Talenten und Gaben im Volk Gottes zusammenhängt.

3.2 Diagnostisches Potential: Macht Kirche ihre Mitarbeitenden mehr gesund als krank – oder mehr krank als gesund?

Wie steht es eigentlich um die Gesundheit und die Salutogenese jener, die in der Kirche mitarbeiten? In den letzten Jahren wurden immer wieder Untersuchungen zum Burnout in kirchlichen Berufen durchgeführt. Als Beispiel sei eine Untersuchung unter Pfarrpersonen der Evangelischen Kirche in Baden herausgegriffen:³⁰ 20 Prozent der Pfarrer/innen zeigen in dieser Studie stress-

²⁸ Antonovsky selbst fragt: »Wer sagt, dass Gesundheit der einzige Wert ist im Leben oder auch nur der wichtigste?«, zit. bei: ANTONOVSKY (1997), 189.

²⁹ Vgl. EMLEIN (2006), 216-239.

³⁰ BAUER / SCHÄCHTELE ET AL. (2009), 460-466. Die Untersuchung stützt sich auf nur knapp ein Viertel (24 Prozent) der aktiven Pfarrer/innen. Die Stichprobe ist jedoch bezüglich Alter, Geschlecht und Deputatsbelastung repräsentativ. Vgl. auch HEICKE-MÜLLER (2011), und die gründliche Untersuchung von HEYL (2003).

bedingte Gesundheitsstörungen (im Vergleich: Lehrer: 30 Prozent, Allgemeinbevölkerung: 13 Prozent). Als besonders belastend werden die Überlappung von Berufs- und Privatleben, der Religionsunterricht in Schulen und der Konfirmandenunterricht sowie Organisationsaufgaben in der Gemeinde erlebt. 10 Prozent der Pfarrerinnen empfinden eine Dysbalance zwischen Verausgabung und Anerkennung (Lehrer: 20,8 Prozent). Besonders belastend wirkt zudem die Diskrepanz zwischen den Motiven für die eigene Berufswahl und der Realität des Berufes. Ohne weiteres lässt sich aus dieser und anderen Untersuchungen ein Inventar von besonders heiklen, belastenden Aspekten der Arbeit in der Kirche ableiten, das zu präventiven Überlegungen Anlass gibt. Auch hier ist allerdings der Perspektivenwechsel Antonovskys aufschlussreich: Was ist eigentlich mit den 80 Prozent der Pfarrpersonen, die keine stressbedingten Gesundheitsstörungen zeigen? Weshalb laufen Berufstätige im Pfarramt weniger Gefahr, ein Burnout zu entwickeln als Lehrer? Wir wissen es nicht. Es fehlt die Forschung, es fehlen »Daten für Taten«.³¹ Vom Konzept der Salutogenese lassen sich höchstens Hypothesen entwickeln: Offenbar verfügen viele Pfarrpersonen über einen gut entwickelten SOC. Aber weshalb ist dies so?

Instrumente zur »Salutodiagnostik«³² in der Kirche müssten erst noch entwickelt werden, nicht nur auf der individuellen, sondern auch auf der sozialen Ebene. Bei der Analyse der sozialen Voraussetzungen eines starken SOC von kirchlichen Mitarbeitenden können die folgenden drei Leitfragen aufschlussreich sein:

Inwiefern bieten Kirchen ihren Mitarbeitenden eine konsistente, in sich stimmige Umwelt, in der man Regelmässigkeiten entdecken und Spielräume ausloten kann, die also weder monoton noch chaotisch ist? (Verstehbarkeit)

Inwiefern enthalten kirchliche Berufe Möglichkeiten, ein Gleichgewicht zwischen Anstrengung und Erholung aufrecht zu erhalten, sodass die Anforderungen des täglichen Lebens und besondere Krisen bewältigbar bleiben und die nötigen Ressourcen nicht nur bereit stehen, sondern wirklich beansprucht werden (Handhabbarkeit).

Inwiefern ermöglichen kirchliche Berufe die Beteiligung an Entscheidungsprozessen, die für die Gruppe oder Gesellschaft, in der kirchliche Mitarbeitende leben, wichtig sind, sodass es möglich ist und Spass macht, sich zu engagieren?³³

In einer solchen Diagnostik gälte es, über ein dichotomes Denken in den Alternativen Gesundheit / Krankheit hinauszukommen und zu fragen, was Kirchen dazu beitragen können, dass ihre Mitarbeitenden mehr gesund als

³¹ Aus: Evangelische Kirche von Westfalen, Tagungsprogramm »Kirche gefährdet Gesundheit«, 2013.

³² BENGEL / STRITTMATTER / WILLMANN (2001), 97.

³³ Leicht umformuliert nach: BRUCKS (1998), 28f.

krank und nicht mehr krank als gesund werden. Der Schritt von dieser Frage zur betrieblichen Gesundheitsförderung ist klein.

3.3 Kybernetisches Potential: Gesundheitsmanagement in der Kirche?

In den Bedingungen für die Entwicklung und Stärkung des Kohärenzgefühls lassen sich »müheles die Kriterien einer guten Arbeitsgestaltung wiedererkennen«.³⁴ In der Folge des Dargestellten müssen zwei Faktoren unterschieden werden, die sich je anders auf die Gesundheit auswirken und unterschiedliche Massnahmen erfordern: Zum einen ist pathogenetisch nach äusseren und inneren Belastungen in der Arbeit zu fragen, die nach Möglichkeit abgebaut oder minimiert werden sollen. Zudem kommt ergänzend die salutogenetische Sichtweise ins Spiel. Hier geht es um generalisierte Widerstandsressourcen, die erkannt und nach Möglichkeit ausgebaut und erweitert werden sollten. Ein effektives Gesundheitsmanagement arbeitet immer in beide Richtungen: präventiv in Richtung Arbeitsschutz und salutogenetisch in Richtung Gesundheitsförderung.

Betriebliche Gesundheitsförderung verweist auch auf globale Aufgaben eines strategischen Managements in der Kirche. Dem SOC kirchlich Mitarbeitender förderlich ist – auf Verstehbarkeit bezogen – ein Management, das Kommunikation nach innen und aussen, Information und Kalkulierbarkeit fördert und somit ein Gefühl der Verstehbarkeit vermittelt. Handhabbarkeit ermöglicht ein Management, das den Komplexitätsgrad von Anforderungen angemessen reguliert, sodass diese einerseits herausfordernd, andererseits überschaubar und bewältigbar sind und ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen. Für Sinnhaftigkeit, Spass und Stolz an der Arbeit ist »Teilnahme an sozial geschätzten Entscheidungsprozessen«³⁵ und ein gestaltbarer Ermessensspielraum wichtig.

3.4 Professionstheoretisches Potential: Berufs- und berufungsspezifische Differenzierung der Salutogenese?

Antonovsky betont, der SOC bilde die Basis zur Aktivierung generalisierter Widerstandsressourcen und zur Auswahl eines angemessenen Bewältigungsverhaltens in kritischen Lebenssituationen. Inwiefern trifft dies auch für das Bewältigungsverhalten jener zu, die in der Kirche haupt- oder ehrenamtlich mitarbeiten? Zwei Aspekte können hier unterschieden werden: Auf der einen Seite ist der SOC als grundlegende Einstellung nicht von den jeweiligen beruflichen Kontexten in der Kirche abhängig. Er ist einzelnen berufsfeldspezifischen Kompetenzen vorgelagert. Der SOC bildet also in salutogenetischer Hinsicht eine gemeinsame Basis verschiedener beruflicher Kompetenzen und Tätigkeiten in der Kirche. Er kann deshalb gemeinsamer Bezugspunkt entsprechender professionstheoretischer Überlegungen werden. Zudem kann

³⁴ BRUCKS (1998), 29.

³⁵ ANTONOVSKY (1997), 108.

gefragt werden, wie der SOC durch die spezifischen Traditionen und Praktiken der Kirche – ihre Mythen und Rituale – getragen und gestärkt wird. Auf der anderen Seite wird der SOC in den einzelnen Tätigkeitsfeldern der Kirche auch kontextspezifisch beansprucht und gefördert. Deshalb ist es ebenfalls sinnvoll, kontextspezifisch danach zu fragen, wie die Tätigkeiten und Tätigkeitsfelder so ausgestaltet werden können, dass der SOC derjenigen, die in der Kirche arbeiten, je berufungsspezifisch zum Tragen kommen kann und gestärkt wird.

Pfarrer stehen bisher im Vordergrund der Debatte um gesundheitliche Belastungen in kirchlicher Arbeit. Das ist aus Gründen der gerechten Wertschätzung unterschiedlicher Berufsgruppen in der Kirche problematisch. Es ist aber auch aus genuin salutogenetischer Perspektive kontraproduktiv. Die Kooperation unterschiedlicher Berufsgruppen in der Kirche, die Erfahrung, dass auch andere gut arbeiten, die gegenseitige Abstimmung und gemeinsame Verbindlichkeit der Tätigkeiten sind grundlegend für Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit von Arbeitserfahrungen und die Ausbildung eines Gruppen-SOC in kirchlichen Organisationen, der individuelle Kohärenzerfahrung stützt. Deshalb müssen die salutogenetischen Potentiale und spezifischen Gefährdungen unterschiedlicher Berufsgruppen in der Kirche in gerechter Weise thematisiert und die Profile der einzelnen Berufe unter dem »Dach des allgemeinen Priestertums und dem Leitgedanken des gegliederten Amtes« flexibel aufeinander bezogen werden.³⁶

4. DESIDERATE FÜR DIE ENTWICKLUNG EINER SALUTOGENETISCHEN SICHTWEISE IN KIRCHEN

Potentiale des Konzepts der Salutogenese, wie sie benannt wurden, können in der Kirche auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Bereichen ausgeschöpft, in konkrete Projekte umgesetzt und strukturell verankert werden.

4.1 Salutogenese als Teil der kirchlichen Leitbildarbeit

Um Salutogenese in der Kirche zu fördern, braucht es mehr als eine Ergänzung oder Neubenennung bekannter Arbeitsformen – wozu das »Modewort«³⁷ Salutogenese verführt. Vielmehr ist es nötig, salutogenetische Anliegen in kirchliche Leitbilder zu integrieren und verschiedene Personengruppen für gemeinsame, gesundheitsbezogene Entwicklungsprozesse in der Kirche zu gewinnen. Hier kann von Entwicklungen im Gesundheitssektor gelernt wer-

³⁶ Nach These 4 aus: Fünf Thesen zur Personalentwicklung für beruflich Mitarbeitende in der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern (http://www.berufsbild-pfr.de/sites/www.berufsbild-pfr.de/files/files/5_Thesen_Beschluss-Version_LKR_Juli_2011.pdf).

³⁷ BENDEL / STRITTMATTER / WILLMANN (2001), 42.

den. So wurde Salutogenese in der »Budapest-Deklaration« bereits in den 1990er-Jahren für die Institution Krankenhaus konkretisiert.³⁸

Ein salutogenetisches Leitbild für Kirchen sei hier versuchsweise entwickelt, wobei Formulierungen übernommen und angepasst wurden. Eine gesundheitsförderliche Kirche implementiert Ziele der Gesundheitsförderung in der gemeinsamen Unternehmensphilosophie; nimmt gesundheitspolitische Verantwortung als Organisation der Zivilgesellschaft wahr und entwickelt eine differenzierte Theoriebildung zur Salutogenese in der Kirche und zur salutogenetischen Mitarbeit von Volkskirchen am Wohl der Bevölkerung; weckt das Bewusstsein für den Einfluss des Umfelds einer Kirche / Kirchengemeinde auf die Gesundheit der Kirchenmitglieder, Mitarbeiter und Gemeinde; erkennt die Bedeutung der äusseren und inneren Gestaltung der Kirchen (und ihrer Gebäude etc.) für die Unterstützung und Förderung von Gesundungsprozessen; fördert Ressourcenorientierung, Prävention und Gesundheit in allen ihren Arbeitsfeldern; fördert eine aktive und partizipative Rolle der kirchlichen Mitarbeiter und Gemeindeglieder entsprechend ihrem gesundheitlichen Vermögen; schafft gesunde Arbeitsbedingungen für hauptamtlich, nebenamtlich und ehrenamtlich Mitarbeitende und bemüht sich, gesundheitsfördernde Dienstleistungen und Arbeitsplätze mit Modellcharakter anzubieten; identifiziert spezifische Zielgruppen innerhalb der Kirche / Kirchengemeinde, um ihre besonderen (gesundheitlichen) Bedürfnisse zu erkennen und zu berücksichtigen (Kranke, Behinderte, hier auch: kirchliche Mitarbeiter); pflegt und fördert die Zusammenarbeit mit Gesundheitsdiensten, Organisationen, Initiativen und Selbsthilfegruppen in ihrem Umfeld; entwickelt eine epidemiologische, auf die Verhütung von Krankheit und Unfällen und die Förderung von Gesundheit bezogene Datenbasis und gibt entsprechende Informationen an (kirchliche) Entscheidungsträger weiter.

4.2 Salutogenetische »Resonanzen« auf unterschiedlichen Systemebenen erkennen und verstärken

Strategien der Gesundheitsförderung können in der Kirche auf mehreren Ebenen ansetzen. Systemisch sind Personen, Strukturen, Prozesse und Inhalte in Kirchen auf unterschiedlichen systemischen Ebenen aufeinander bezogen, mit der Möglichkeit der »Ent-Gesundung« kirchlicher Arbeit, aber auch dem Potential, kirchliche Arbeit in Richtung des Gesundheitspols weiterzuentwickeln und der Entropie kirchlichen Handelns entgegenzusteuern. In Tabelle 1 sind fünf solche Ebenen, entsprechende gesundheitsrelevante Aspekte und mögliche Konkretisierungen aufgeführt. Es gibt beispielsweise keinen Zweifel, dass das Gesundheitsmanagement auch in der Kirche von gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen beeinflusst wird. Prozesse der Säkularisierung, Individualisierung und Pluralisierung des Religiösen führen zu einem Mitglieder- und Ressourcenschwund, der gravierende Auswirkungen auf allen anderen Ebenen

³⁸ Vgl. BAUMANN / FREY / KÖLLNER (1998), 169.

kirchlicher Arbeit zeitigt und nicht zuletzt »das Vertrauen in die Kontinuität des Systems«³⁹ erschüttert. Andererseits können ein geschicktes Gesundheitsmanagement, gesunde und überzeugende kirchliche Mitarbeiter zur Bindung der Kirchenmitglieder beitragen, die Reputation der Kirchen stärken und die Basis auch einer eigenständigen und kritischen Positionierung in der Gesellschaft sein.

Ebene	Gesichtspunkt	Beispiele
Gesellschaft	Gesundheitsmanagement in Kirche ist proaktiv auf gesellschaftlichen Kontext bezogen und reaktiv von diesem beeinflusst	Prozesse der Säkularisierung, Individualisierung und Pluralisierung Wohlstand / Gerechtigkeit Stand des Gesundheitswesens
Gesamtkirche	Gesundheitsmanagement ist strategische Aufgabe der Gesamtkirche / Landeskirche	Kirchliche Arbeitsgesetzgebung Personalentwicklung Leitbilder kirchlicher Berufe
Regionale / örtliche Kirche	Gesundheitsmanagement ist auf operationaler Ebene in Zusammenarbeit der kirchlichen Akteure zu konkretisieren	Stellenbeschreibungen Arbeitszeitregelungen Konzepte der Salutogenese im Kirchenkreis
Kirchliche Mikrosysteme	Gesundheitsmanagement ist in einzelnen beruflichen Tätigkeitsgebieten (z. B. Unterricht) und den damit zusammenhängenden Mikrosystemen zu implementieren (z. B. Mitarbeiterteam in einer Kirchengemeinde, Kirchenvorsteherchaft)	Beispiel Unterricht: Angemessene Didaktik und Methodik des Unterrichts Supervision, Coaching Kooperation
Individuum als System	Einzelne Personen managen ihre Gesundheit abhängig von individuellen Erfahrungsmustern, die sich im individuellen SOC verdichten, und einem salutogenetischen Umfeld	An einzelnen Personen und Gruppen orientierte Gesundheitsprogramme und Gesundheitsförderung »Fussball für frustrierte Pfarrer«
Strukturell mit Kirche gekoppelte Systeme	Individuelles Gesundheitsmanagement geschieht im »Vieleck« kirchlicher und nicht-kirchlicher Systeme (Partnerschaft, Familie, Freizeit etc.)	Förderung des familiären SOC der Mitarbeitenden Familienfreundliche Gestaltung kirchlicher Berufe Diversity-Management

Tabelle 1

Ein kirchlicher SOC kann sich dann auf unterschiedlichen Ebenen der kirchlichen Organisation entwickeln und damit die Salutogenese der Mitarbeiter und Mitglieder stützen, wenn auf die wechselseitigen Resonanzen dieser Ebenen geachtet wird, mit dem Ziel, Leben und Zusammenarbeit in der Kirche auf

³⁹ ANTONOVSKY (1997), 111.

allen Ebenen verlässlich, handhabbar und sinnvoll zu machen. Gesundheit lässt sich allerdings auch in Kirche nicht interventiv herstellen. Es geht vielmehr um die Entwicklung von »enabling conditions«, von Arbeits- und Lebensbedingungen, die es wahrscheinlich machen, dass jene, die in der Kirche leben und arbeiten, ihre Gesundheit als dynamischen Prozess gestalten und weiterentwickeln können.

4.3 Salutogenetische Prozesse auf der Ebene Kirchenkreis / Kirchengemeinde in Gang setzen

Eine gesundheitsförderliche Organisationskultur wird für die einzelnen Mitarbeitenden auf der Ebene der regionalen resp. örtlichen Kirche erlebbar und fühlbar. Dabei wird eine doppelte Wahrnehmungsperspektive wichtig: Welche Belastungen, die im Sinn einer pathogenetisch orientierten Prävention abgepuffert werden sollten, enthält zum einen der jeweilige Bereich? Welche allgemeinen Widerstandsressourcen zur Entwicklung ihrer Gesundheit stehen Mitarbeitenden zum anderen zur Verfügung?

Bereich	Belastungen	Ressourcen	Strategien
Arbeitsplatzgestaltung	PC-Arbeit Ungeeignete Arbeitsräume Mangelhafte Abtrennung von privaten und beruflichen Räumen	Lebensfreundliche Wohnungen, Räume, Arbeitsplätze Ausrüstung von Arbeitsplätzen Finanzielle Ressourcen	Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung Architektonische Anpassungen an Bedürfnisse der Arbeitsorganisation
Teamarbeit	Fehlende gegenseitige Abstimmung Unterschiede in professionellem Selbstverständnis Konkurrenzdruck Leistungsvergleich Konflikte, Mobbing	Mutua consolatio Leitung, die Verständnis, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit der Arbeit fördert Ergänzung, Synergien durch unterschiedliche Berufsprofile	Supervision Teamentwicklung in Retraiten Weiterbildungstage
Verhältnis des Personals einer Kirchengemeinde zum Kirchenvorstand / Kirchengemeinderat	Hohe, unrealistische und divergierende Erwartungen Unklare, unprofessionelle Führung Konflikte um Kompetenzen	Teilung von Verantwortung Ergänzung von Sichtweisen und Ressourcen freiwillig und beruflich Mitarbeitender Funktions- und Arbeitsteilung	Gemeindeberatung Weiterbildung Kirchenvorstand, Training des Vorgesetztenverhaltens Entwicklung und Präzisierung von Pflichtenheften
Organisationsklima	Problemzentrierung Fehlende Gesamtpolicy Fehlende Feedbackkultur	Motivationen und Visionen von Kirche Leitbilder, Pflichtenhefte Flexible Führung	Leitbildprozesse von Kirchenvorsteherschaft und Team der Mitarbeitenden

Tabelle 2

Es geht kybernetisch also darum, auf der Ebene von Kirchengemeinde und Kirchenbezirk Handlungsstrategien zu entwickeln, die präventiv und salutogenetisch wirken können, also Belastungen zu minimieren und den Ressourcengebrauch zu maximieren. Pro Bereich werden in Tabelle 2⁴⁰ exemplarisch einige Belastungen, Ressourcen und mögliche kybernetische Strategien aufgeführt. Es ist klar, dass diese je nach Personen und Situationen angepasst werden müssen.

4.4 Soziale Voraussetzungen der individuellen Salutogenese wahrnehmen und entwickeln

Gesundheit ist nicht durch Dritte herstellbar, sondern ein höchst persönliches Projekt. So ist die Grundeinstellung des Einzelnen eine entscheidende Variable der Salutogenese. Diese wird aber, wie dargestellt wurde, in sozialen Kontexten entwickelt und stabilisiert. Deshalb müssen Strukturen und Prozesse bereitgestellt werden, die es den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erlauben, ihren SOC zu aktivieren, zu validieren und weiterzuentwickeln, Ressourcen zu beanspruchen und von ihrer Freiheit zur Gesundheit sinnvoll Gebrauch zu machen.

Massnahmen zur Förderung der Gesundheit einzelner sind umso erfolgversprechender, je besser sie in ein Gesamtkonzept der Gesundheitsförderung integriert sind. Entsprechend sind einander in Tabelle 3 Belastungen, die an der Salutogenese einzelner kirchlicher Mitarbeiter zehren, Bewältigungsressourcen, die ihnen zur Verfügung stehen, und betriebliche Strategien der Gesundheitsförderung zugeordnet. Dabei muss beachtet werden, dass es einen Unterschied zwischen der Bereitstellung von Ressourcen und der Beanspruchung von Ressourcen gibt. Bestehende Angebote werden oft nicht wahrgenommen, weil die Schwellen zu hoch sind, die Formate zu wenig Rücksicht nehmen auf die Unterschiedlichkeit heutiger Lebensverhältnisse und spirituelle Angebote zu wenig ausdifferenziert sind.⁴¹

Bereich	Belastungen	Ressourcen	Strategien
Arbeitsmotivation	Überlastung Psychische Veränderungen infolge Burnout Steigendes Arbeitsaufkommen, Zeitdruck	Sinnerfahrung Intrinsische Motivation Identifikation mit Arbeitgeber Befriedigung / Feedback in Arbeitsvollzügen	Jahresgespräche Weiterbildung Sabbaticals

⁴⁰ Weiterentwickelt nach: ROHNKE (2013).

⁴¹ Dies sind Erfahrungen Andreas Weigelts, des Fortbildungsreferenten und Beauftragten für Salutogenese der Ev.-luth. Kirche in Bayern, vgl.: Salutogenese in der Kirche, Präsentation am Fachtag »Burnout in kirchlichen Arbeitsfeldern«, 8.7.2013 (http://www.amd-westfalen.de/uploads/media/Workshop_5_Salutogenese_in_der_bayr_LK-Andreas_Weigelt.pdf).

Arbeitsbe- reiche	Erhöhte Anspruchshal- tung von Mitgliedern der Kirche Zunahme psychischer Belastungen in allen Altersgruppen Reduktion zeitlicher, finanzieller etc. Mittel	Individuelle Fach- und Personkompe- tenzen Kollegen Infrastruktur	Fort- und Weiter- bildung Gemeinsame Pla- nung Bereitstellung guter Hilfsmittel Arbeitsbewälti- gungsscoaching Supervision, Men- toring
Geistliches Leben	Zeitknappheit Andere Prioritäten Belastungen durch problematische Aspek- te der religiösen Bio- graphie	Religiöse Bin- dung / Sinnsysteme Formen individueller und gemeinsamer Spiritualität	Angebote für geist- liches Leben; Exer- zitien, Auszeiten; Sabbat-, Wüsten-, Oasentage; Geistli- che Begleitung Biographiearbeit
Work-Life- Balance	Nicht dem Anstel- lungsgrad entspre- chende zeitliche Belas- tung Grosser Koordinati- onsaufwand zwischen Arbeit, Familie und Freizeit Überhöhte Erwartun- gen an sich selbst	Fähigkeiten, sich abzugrenzen und zu organisieren Sensibilität für Über- lastungssymptome Bereitschaft, sich helfen zu lassen	Diversity Manage- ment Klare und flexible Regelungen der Arbeitszeit (Teil- zeitregelungen, Lebensarbeitszeit) Vertretungsrege- lungen, »Springer- pastoren« Kurse in Zeitma- nagement
Umgang mit Körper, Krankheit, Belastung	Innere Kündigung, Absentismus (als Symptom und zusätz- liche Belastung) Chronische und akute Krankheiten	Selbstaufmerksam- keit Bewegung, Sport Gesundheits- verhalten Erreichbare Gesund- heitsdienste	Regelmässiges Gesundheitsscre- ening Sportangebote; Suchtprophylaxe und Ausstiegsan- gebote
Struktur- wandel	Adaptation an neue Arbeitsverhältnisse bei Restrukturierungen Ängste vor Verlust der Arbeitsstelle	Organisationale Erfahrung und Ver- ständnis Unterstützung in Arbeitsteams Partizipation bei Entscheidungen	Gute Kommunika- tion, Transparenz bei Reformen Einbezug Betroffe- ner bei Strukturere- formen

Tabelle 3

4.5 Salutogenese im Volk Gottes?

Es ist sinnvoll, die Salutogenese kirchlich Mitarbeitender ins Zentrum der Aufmerksamkeit zu rücken. Gesundheit, Zufriedenheit, Ausstrahlung und Motivation der Mitarbeitenden der Kirche sind ein zentraler Faktor in der Wirkung der Kirche und der Wahrnehmung ihrer Kompetenz, mit direkten

Auswirkungen auf die Reputation. Eine Ausweitung dieser Perspektive ist jedoch – sowohl unter ekklesiologischem wie salutogenetischem Blickwinkel – ebenso wichtig und sinnvoll: Salutogenese in der Kirche ist kein Produkt salutogenetisch gewiefter kirchlicher Mitarbeiter. Es gibt eine wechselseitige Beziehung zwischen der Salutogenese kirchlich Mitarbeitender und der Salutogenese des Volkes Gottes. Im Strom des Lebens schwimmen nicht nur die kirchlich Mitarbeitenden, sondern alle, denen Kirche etwas bedeutet. Ein Weg, Salutogenese in der Kirche und bei kirchlich Mitarbeitenden zu fördern, besteht also nicht zuletzt darin, den SOC auch bei Gemeindemitgliedern zu entdecken, bewusst zu machen und zu fördern. Es ist keineswegs gesagt, dass kirchliche Mitarbeiter einen stärkeren SOC ausgebildet haben als die Menschen, mit denen sie es in ihrer Arbeit zu tun bekommen. Sie sind hier oft auch die Empfangenden und können manchmal nur staunen, wie es Menschen gelingt und geschieht, Kohärenz zu schaffen, wo alles auseinanderzufallen droht, sich zu erholen und wieder zur Lebensfreude zu finden.

5. SCHLUSS

An der Salutogenese soll und kann die Kirche genesen. So könnte das hier Ausgeführte missverstanden werden. Dies wäre theologisch problematisch und nicht im Sinne des Erfinders des SOC, der allen »Wunderwaffen« gegenüber kritisch eingestellt war.⁴² Salutogenese ist nicht berechenbar und herstellbar, Gott kein Mathematiker, meint Antonovsky, und formuliert eine andere Metapher, die auf eine wenig diskutierte Tiefenstruktur seines Denkens verweist: Gott ist möglicherweise ein Poet. »Seine Werke sind voll von Anspielungen, Illusionen, Fragen, Widersprüchen, offenen Alternativen, Wortspielen, Verzweiflung und Liebe. Dennoch können wir versuchen, ein Gedicht zu verstehen«.⁴³ Kirche ist nicht zuletzt ein Ort, wo man die poetische, heilschaffende Botschaft dieses Gottes in aller Widersprüchlichkeit und allen Widersprüchlichkeiten des Lebens hört und versucht, heilsam mit der »Realität des Gedichts umzugehen, das soziale Existenz heisst«.⁴⁴

6. LITERATUR

ANTONOVSKY, AARON, Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Bd. 36), deutsche, erw. Ausgabe von Alexa Franke, Tübingen 1997

BAUER, JOACHIM ET AL., Belastungserleben und Gesundheit im Pfarrerberuf, in: Deutsches Pfarrernetz 109 (2009), 460-466

⁴² ANTONOVSKY (1997), 30.

⁴³ ANTONOVSKY (1997), 154.

⁴⁴ ANTONOVSKY (1997), 154.

- BAUMANN, RAPHAËL / FREY, MARKUS / KÖLLNER, VOLKER, Ressourcennutzung als Qualitätssicherungsfaktor. Gesundheitsförderung für Mitarbeiter und Patienten in den Universitätskliniken des Saarlandes in Homburg, in: SCHÜFFEL, WOLFRAM ET AL. (Hg.), Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis, Wiesbaden 1998, 169-176
- BENGEL, JÜRGEN / STRITTMATTER, REGINE / WILLMANN, HILDEGARD, Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, erweiterte Neuauflage, Köln 2001
- BRUCKS, URSULA, Salutogenese – der nächstmögliche Schritt in der Entwicklung medizinischen Denkens?, in: SCHÜFFEL, WOLFRAM ET AL. (Hg.), Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis, Wiesbaden 1998, 23-36
- EMLEIN, GÜNTHER, Die Eigenheiten der Seelsorge. Systemtheoretische Überlegungen, in: Familiendynamik 31 (2006), 216-239
- FRANKE, ALEXA, Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenesekonzepts, in: ANTONOVSKY, AARON, Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Bd. 36), deutsche, erw. Ausgabe von Alexa Franke, Tübingen 1997, 169-190
- HEICKE-MÜLLER, SIBYLLE, Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastung und Burnout-Syndrom bei Pfarrern der Selbständigen Ev.-luth. Kirche (SELK). Eine vergleichende Studie, Zittau / Görlitz 2011
- HEYL, ANDREAS VON, Zwischen Burnout und spiritueller Erneuerung. Studien zum Beruf des evangelischen Pfarrers und der evangelischen Pfarrerin, Frankfurt / M. 2003
- ROHNKE, ANDREAS, Pfarramt und Gesundheit, Folien eines Vortrags bei einer Tagung der Vorsitzenden der Vereine evangelischer Pfarrerinnen und Pfarrer sowie der Vorsitzenden der Pfarrvertretungen in Deutschland in Kassel am 19.1.2013 (http://www.pfarrerverband.de/meldungen/783_1667.htm)
- SCHÜFFEL, WOLFRAM ET AL. (Hg.), Einführung, in: DIES., Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis, Wiesbaden 1998, 1-10