

Nadia Wiedmer

Systemisches Gesundheitscoaching mit Menschen mit chronischen Erkrankungen

Prüfung der Anschlussmöglichkeit an das bestehende Angebot von Pro
Infirmis

Masterarbeit (Master of Advanced Studies MAS) der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit
März 2017



Sozialwissenschaftlicher Fachverlag Edition Soziothek

Edition Soziothek
c/o Berner Fachhochschule BFH
Soziale Arbeit
Hallerstrasse 10
3012 Bern
www.soziothek.ch

Nadia Wiedmer: Systemisches Gesundheitscoaching mit Menschen mit chronischen Erkrankungen.
Prüfung der Anschlussmöglichkeit an das bestehende Angebot von Pro Infirmis

ISBN 978-3-03796-670-9



Dieses Werk wurde unter einer Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht.

Lizenz: CC-BY-NC-ND 4.0

Weitere Informationen: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Sie dürfen:

Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten

Unter folgenden Bedingungen:

Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.

Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.

Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen, dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

**Systemisches Gesundheitscoaching mit Menschen
mit chronischen Erkrankungen**

**Prüfung der Anschlussmöglichkeit an das bestehende Angebot
von Pro Infirmis**

Masterarbeit

im Rahmen des Master of Advanced Studies (MAS) in
Systemischer Beratung

eingereicht am

Fachbereich Soziale Arbeit der Berner Fachhochschule
von Nadia Wiedmer

Erstgutachterin: Prof. Gerlinde Tafel

Zweitgutachterin: Dr. Petra Maria Schwarz

23. März 2017

Abstract

Auf der einen Seite ist Gesundheit in unserer heutigen Gesellschaft omnipräsent und wichtig. Jede Person sollte individuell für die eigene Gesundheit sorgen und möglichst gesund bleiben. Entsprechend werden unterschiedlichste Gesundheitscoachings zur Förderung der Gesundheit angeboten. Auf der anderen Seite leben in der Schweiz 2,2 Millionen Menschen mit einer chronischen Erkrankung, ein beachtlicher Teil davon mit Multimorbidität.

Die Arbeit geht der Frage nach, was systemisches Gesundheitscoaching ist und ob es bei Menschen mit einer chronischen Erkrankung angewendet werden könnte. Exemplarisch für den ambulanten Bereich wird die mögliche Anschlussfähigkeit an das bestehende Angebot von Pro Infirmis geprüft.

Zur Beantwortung der Frage werden zuerst die Begriffe 'systemisch' und 'Coaching' aufgrund von aktueller Literatur erläutert, um eine eigene Definition von systemischem Gesundheitscoaching zu formulieren. Anschliessend werden eine systemtheoretische Definition von Gesundheit sowie die Merkmale und Auswirkungen chronischer Krankheiten aufgezeigt. Das Modell der Salutogenese ermöglicht eine Abkehr von der dichotomen Sichtweise von Gesundheit und Krankheit und kann im systemischen Gesundheitscoaching genutzt werden, um auch Menschen mit einer chronischen Erkrankung zu coachen. Abschliessend wird geprüft, ob und wie systemisches Gesundheitscoaching bei Pro Infirmis anschlussfähig gemacht werden könnte.

Es wird sich zeigen, dass durch das Nutzbarmachen des Modells der Salutogenese Gesundheit und Krankheit als Kontinuum betrachtet werden kann und Heterostase normal ist. Wesentlich sind dabei die Bedeutung der Widerstandsressourcen und des Kohärenzgefühls, welches sich aus den Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit zusammensetzt. Vor allem die Bedeutsamkeit hat eine wichtige Funktion bei Menschen mit einer chronischen Erkrankung, ist sie doch die sinngabende und motivierende Komponente. Durch die systemische Haltung im Coachingprozess wird die Klientel als Expertin ihres Lebens wahrgenommen. Durch das Anregen zur Bildung von neuen Wirklichkeitskonstruktionen eröffnen sich neue Handlungsmöglichkeiten.

Wie die Ausführungen zeigen werden, ist systemisches Gesundheitscoaching mit Menschen mit chronischen Erkrankungen möglich und könnte bei Pro Infirmis anschlussfähig gemacht werden.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	2
Abbildungsverzeichnis	5
1. Einleitung	6
1.1 Ziel und Anliegen der Arbeit	7
1.2 Abgrenzung des Themas	7
1.3 Persönlicher Bezug zum Thema	7
1.4 Aufbau der Arbeit	8
1.5 Fragestellung / Hypothesen	9
1.5.1 Leit- und Unterfragen	9
1.5.2 Hypothesen	9
1.6 Methodisches Vorgehen	10
1.7 Begriffsverwendung	10
2. Systemisches Coaching	11
2.1 Coaching	11
2.2 Systemtheorie	13
2.2.1 Konstruktivismus	16
2.2.2 Autopoiese	17
2.2.3 Kybernetik erster und zweiter Ordnung	18
2.2.4 Zirkularität	19
2.2.5 Neutralität	20
2.2.6 Coaching systemisch betrachtet	21
2.3 Fazit	22
3. Gesundheit – Chronische Erkrankung	24
3.1 Gesundheit	24
3.2 Chronische Krankheit	28
3.2.1 Biopsychosoziales Krankheitsverständnis	28
3.2.2 Chronifizierung / Entchronifizierung	29
3.2.3 Muster der Chronifizierung	30
3.2.4 Auswirkungen und Phasen chronischer Krankheit	31
3.3 Fazit	35
4. Modell der Salutogenese	36
4.1 Antonovsky	36
4.2 Salutogenese	36
4.3 Generalisierte Widerstandsressourcen	39
4.4 Kohärenzgefühl	40
4.4.1 Kohärenzgefühl und Stressbewältigung	43

4.4.2	Ressourcenorientierte Erweiterung	45
4.4.3	HEDE-Training® / Förderung der Gesundheit	47
4.5	Fazit	48
5.	Pro Infirmis	50
5.1	Vision und Auftrag	50
5.2	Klientel	50
5.3	Angebot	50
6.	Ergebnisse	52
6.1	Gesundheitscoaching: eine erweiterte Sichtweise	52
6.2	Fokus: Menschen mit chronischer Erkrankung	53
6.3	Coachingprozess: wichtige Aspekte	54
6.4	Fazit	54
7.	Schlussfolgerungen	56
8.	Reflexion	59
	Literatur- und Quellenverzeichnis	62
	Literaturverzeichnis	62
	Quellenverzeichnis	64
	Eigenständigkeitserklärung	65

Abbildungsverzeichnis

Titelbild	Aare (eigenes Foto)	
Abbildung 1.	Die kleinste und daher eigentlich nicht weiter zerlegbare Einheit eines sozialen Systems, die Kommunikation, nachträglich „de-komponiert“	15
Abbildung 2.	Luhmann ist ein Systemtheoretiker und Konstruktivist	17
Abbildung 3.	Kybernetik	19
Abbildung 4.	Einige aktuelle, oft zitierte Definitionen von Gesundheit und Krankheit der Neuzeit	25
Abbildung 5.	Generalisierte Widerstandsressourcen	40
Abbildung 6.	Zusammenhang von Kohärenzgefühl und Stressverarbeitung nach Antonovsky	44
Abbildung 7.	Ressourcenorientierte Erweiterung des Salutogenese-Modells	46

1. Einleitung

Das Thema Gesundheit und Gesundheitscoaching ist in der heutigen Zeit omnipräsent. Apotheken bieten ein Gesundheitscoaching an, Krankenkassen verkaufen ein digitales Gesundheitscoaching, man kann sich bei privaten Schulen und Institutionen zur Gesundheitscoachin ausbilden lassen, und es existieren verschiedene Hilfsmittel zur Überwachung der eigenen Gesundheit und Fitness. Diese ausgewählten Beispiele implizieren, dass sich jede Person individuell um die eigene Gesundheit kümmern kann und es anscheinend selbst mit in der Hand hat, gesund zu sein und zu bleiben. Der Begriff 'Gesundheitscoaching' klingt vielversprechend. Je nach Kontext und angesprochener Zielgruppen wird er inhaltlich unterschiedlich gefüllt; es existiert keine einheitliche Definition.

Auch an der Berner Fachhochschule ist das Thema präsent. Im Rahmen der Ausbildung 'MAS Systemische Beratung' besuchte ich den Fachkurs 'Systemisches Gesundheitscoaching'. Dieser hat mich begeistert, und ich fand es sehr anregend, mich mit dem Thema Gesundheit und Krankheit als Pole des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums auseinanderzusetzen und eine Mitstudierende zu coachen.

Gemäss Nationalem Gesundheitsbericht 2015 sind in der Schweiz 2,2 Millionen Menschen von chronischer Krankheit betroffen. Bei den über 50-Jährigen hat jede fünfte Person mehrere chronische Krankheiten. Das Eidgenössische Departement des Innern geht von einer weiteren Zunahme aus und erwähnt, dass somit mehr Menschen lernen müssen, ihre Situation und Gesundheit zu managen (Eidgenössisches Departement des Innern, 2013).

Ich arbeite seit 2008 bei Pro Infirmis Kanton Bern und berate Menschen, die behindert oder von Behinderung bedroht sind, sowie ihre Angehörigen. Lebenssituationen von Menschen mit degenerativen und stark einschränkenden chronischen Krankheiten sind teilweise sehr komplex, die Perspektiven und Ressourcen der Betroffenen unter Umständen stark eingeschränkt. Die Themen Behinderung bzw. chronische Erkrankung gehören somit zu meinem Beratungsalltag bei Pro Infirmis.

Es stellt sich nun für mich die Frage, wie unter diesen Voraussetzungen über Gesundheit gesprochen und ob im Kontext von chronischer Krankheit ein systemisches Gesundheitscoaching zum Nutzen der Betroffenen bei Pro Infirmis anschlussfähig gemacht werden könnte.

Bei der Auseinandersetzung mit dem Thema wird sowohl ein Spannungsfeld zwischen 'Coaching' und 'systemisch' als auch zwischen 'Gesundheitscoaching' und 'chronischer Erkrankung' deutlich werden.

Im systemischen Gesundheitscoaching geht man von einem erweiterten Begriff der Gesundheit aus und beschränkt sich nicht auf konkrete, einzelne Massnahmen der Rat gebenden Coachin. Es wird sich zeigen, dass das Modell der Salutogenese von Antonovsky geeignet ist, um im Coaching ein breites, multidimensionales Verständnis von Gesundheit zu nutzen und Gesundheit und Krankheit als Pole eines Kontinuums zu verstehen.

1.1 Ziel und Anliegen der Arbeit

Mit der vorliegenden Arbeit werden Ziele auf der theoretischen und praktischen Ebene verfolgt:

- Der Begriff 'systemisches Gesundheitscoaching' ist inhaltlich gefüllt und definiert (unter Berücksichtigung der Komponenten Coaching, systemisch und Gesundheit).
- Es ist geklärt, ob und wie systemisches Gesundheitscoaching mit Menschen mit einer chronischen Erkrankung angewendet werden kann.
- Es ist überprüft, ob systemisches Gesundheitscoaching bei Pro Infirmis anschlussfähig gemacht werden könnte.
- Der mögliche Nutzen für die Klientel und die Sozialarbeitenden ist herausgearbeitet.

1.2 Abgrenzung des Themas

Die Fragestellung schliesst nur erwachsene Menschen mit ein und nicht Kinder mit chronischer Erkrankung, da bei Kindern mehrheitlich die Eltern und somit Angehörige beraten werden. Des Weiteren soll die Anschlussfähigkeit eines systemischen Gesundheitscoachings im ambulanten Bereich (und nicht im stationären) geprüft werden, weshalb exemplarisch Pro Infirmis als Institution gewählt wird.

1.3 Persönlicher Bezug zum Thema

Das Thema bzw. die verschiedenen Themenbereiche systemisch, Coaching, Gesundheit und Krankheit interessieren mich aus verschiedenen Gründen bzw. in verschiedenen Rollen. Als Mensch möchte ich - wohl wie viele andere oder alle - möglichst gesund bleiben. Mein 'gesund-sein' fällt mir jedoch erst auf, wenn ich mal krank bin. Je nach

Definition bin ich sogar selber chronisch krank, da ich seit dreissig Jahren jeden Frühling allergisches Asthma habe. Zudem interessiert mich das Thema als Angehörige von chronisch erkrankten Familienmitgliedern.

Der wichtigste Bezugspunkt ist jedoch mein Arbeitsalltag als Sozialarbeiterin. Ich berate seit neun Jahren Menschen mit chronischen Erkrankungen und habe grossen Respekt, wie sie ihren Alltag bewältigen. Manchmal belasten mich sehr komplexe und schwierige Situationen. Durch die Auseinandersetzung mit dem Thema erhoffe ich mir einen Gewinn bzw. nützliche Erkenntnisse für meine Beratungsarbeit, mehr Handlungsmöglichkeiten in der Beratung und vor allem einen Nutzen für meine Klientel.

1.4 Aufbau der Arbeit

In Kapitel 2 wird der Frage nachgegangen, was ein systemisches Gesundheitscoaching ist, ohne spezifisch auf den Begriff Gesundheit einzugehen. Dabei wird aufgezeigt, dass es unterschiedliche Definitionen von Coaching gibt. Anschliessend werden die Systemtheorie und die damit zusammenhängenden Begriffe erläutert. Aufbauend auf diesen Grundlagen wird in der Folge Coaching aus der systemischen Perspektive betrachtet. Im Fazit am Kapitelende wird das Wichtigste im Hinblick auf die Fragestellung hervorgehoben.

Den Begriffen Gesundheit und chronische Erkrankung wird in Kapitel 3 nachgegangen. Wie beim Coaching wird auch Gesundheit unterschiedlich definiert. Anschliessend wird eine systemtheoretische Definition von Gesundheit erläutert. Beim Thema chronische Erkrankung wird auf Merkmale und Auswirkungen sowie auf den Chronifizierungsprozess eingegangen. Am Schluss des Kapitels erfolgt wiederum ein Fazit mit den wichtigsten Erkenntnissen.

Das in Kapitel 4 vorgestellte Modell der Salutogenese bietet die Möglichkeit, Gesundheit und Krankheit als Kontinuum zu betrachten, wobei Antonovsky weder Gesundheit noch Krankheit definiert hat. Es werden die Widerstandsressourcen aufgezeigt, die das Kohärenzgefühl fördern. Das Kohärenzgefühl ist eine Art Gefühl des Vertrauens und besteht aus den Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Damit Gesundheit direkt gefördert werden kann, wurde das Modell der Salutogenese weiterentwickelt und ein Trainingsprogramm entworfen, welches ebenfalls kurz erklärt wird. Abschliessend erfolgt ein Fazit und eine eigene Definition des Begriffs systemisches Gesundheitscoaching.

Um zu prüfen, ob ein systemisches Gesundheitscoaching an das Angebot von Pro Infirmis anschlussfähig gemacht werden könnte, wird die Institution 'Pro Infirmis' und ihr Angebot in Kapitel 5 vorgestellt. Auf die Frage der möglichen Anschlussfähigkeit an das bestehende Angebot von Pro Infirmis wird in Kapitel 6 eingegangen. In Kapitel 7 werden die Schlussfolgerungen aufgezeigt, und in Kapitel 8 erfolgt eine Reflexion.

1.5 Fragestellung / Hypothesen

Um das Thema der Arbeit zu konkretisieren und ein klares Ziel zu formulieren, werden Leit- und Unterfragen sowie Hypothesen erstellt.

1.5.1 Leit- und Unterfragen

Die Leitfragen für die vorliegende Arbeit lauten wie folgt:

- a. Was kann unter systemischem Gesundheitscoaching verstanden werden?
- b. Wie könnte der Ansatz in der Sozialberatung mit Menschen mit chronischen Erkrankungen bei Pro Infirmis genutzt werden?

Daraus abgeleitet ergeben sich folgende Unterfragen:

- c. Was bedeutet in Zusammenhang mit dem systemischem Gesundheitscoaching Gesundheit?
- d. Was ist eine chronische Erkrankung, und welche Bedarfe haben Menschen mit einer chronischen Erkrankung?
- e. Wie unterscheidet sich systemisches Gesundheitscoaching bei gesunden Menschen von systemischem Gesundheitscoaching bei chronisch kranken Menschen?
- f. Welchen Nutzen könnte systemisches Gesundheitscoaching der Klientel von Pro Infirmis bringen?
- g. Welchen Nutzen könnte systemisches Gesundheitscoaching den Sozialarbeitenden bringen?

1.5.2 Hypothesen

In Zusammenhang mit den Leit- und Unterfragen gehe ich von folgenden Hypothesen aus:

- a. Wenn Gesundheit und Krankheit als Kontinuum definiert wird, fühlen sich Menschen mit chronischer Erkrankung wertgeschätzt, und der kranke Anteil wird nicht negiert.

Dadurch wird es vermutlich möglich sein, auch bei Menschen mit chronischer Erkrankung systemisches Gesundheitscoaching anzubieten.

- b. Das systemische Gesundheitscoaching ermöglicht Menschen mit chronischer Erkrankung eine neue Sicht auf die Krankheit, und sie können Handlungsmöglichkeiten erkennen und umsetzen. Dadurch erleben sie Selbstwirksamkeit, sind gestärkt in ihrer (selbstständigen) Alltagsbewältigung und verbessern ihre 'Gesundheit'.
- c. Für gewisse Klientinnen ist die Krankheit auch mit Gewinn verbunden, deshalb muss in einem 'Krankheitssystem' ein anderer Zugang gefunden werden, um über Gesundheit zu sprechen.

1.6 Methodisches Vorgehen

Es handelt sich um eine Theoriearbeit: Es soll eine theoretische Auseinandersetzung mit den Fragestellungen aufgrund aktueller Literatur und Publikationen erfolgen. In einem ersten Schritt werden die verschiedenen Begrifflichkeiten - wie Coaching und systemisches Coaching, Gesundheit und chronische Krankheit - definiert und inhaltlich gefüllt und das Modell der Salutogenese vorgestellt werden.

Anschliessend wird aufgrund diverser Grundlagenpapiere von Pro Infirmis geprüft, ob systemisches Gesundheitscoaching bei Pro Infirmis anschlussfähig wäre. Zum Abschluss werden Erkenntnisse und Schlussfolgerungen gezogen.

1.7 Begriffsverwendung

Entgegen dem Leitfaden für die sprachliche Gleichstellung der Berner Fachhochschule habe ich zuweilen die weibliche Form verwendet, falls die neutrale Formulierung nicht möglich war. Dadurch wird ein besserer Lesefluss gewährleistet. Selbstverständlich sind die Männer jeweils mitgemeint. Ich habe mich für dieses Vorgehen entschieden, da mehrheitlich Frauen in der sozialen Arbeit tätig sind und ich auch eine Frau bin.

Es werden unterschiedliche Begriffe verwendet. Wenn explizit vom systemischen Gesundheitscoaching die Rede ist, wird von der Coachin gesprochen. Für die zu Coachenden wird die in der Sozialberatung übliche, neutrale Bezeichnung Klientel verwendet anstelle von Coachee. Meiner Meinung nach ist 'Klientel' besser lesbar.

Da viel Literatur aus der systemischen Beratung stammt, wird in diesem Zusammenhang auch von der Beraterin gesprochen. Beim Referieren von Literatur werden die Begriffe übernommen.

2. Systemisches Coaching

Das Gesundheitscoaching ist noch ein Pilotfeld (Terrahe-Hecking & Theiling, 2015, S. 22). Vermutlich besteht aus diesem Grund kaum Literatur zu 'systemischem Gesundheitscoaching', sondern lediglich zu 'Coaching', 'systemischem Coaching' oder 'Gesundheitscoaching'. Auf die Begriffe Gesundheit und Krankheit sowie auf das Modell der Salutogenese wird in den nachfolgenden Kapiteln eingegangen. Trotzdem wird der Begriff 'systemisches Gesundheitscoaching' bereits im ersten Teil vereinzelt verwendet.

In diesem ersten Kapitel wird mit einem Überblick verschiedener Definitionen von Coaching (2.1) begonnen. Anschliessend wird die Systemtheorie von Luhmann (2.2) erläutert, gefolgt von einer Darlegung der zentralen Begriffe dieser Theorie wie Konstruktivismus (2.2.1), Autopoiese (2.2.2), Kybernetik (2.2.3), Zirkularität (2.2.4) und Neutralität (2.2.5). Abschliessend soll festgehalten werden, welche Haltung eine systemische Coachin (2.2.6) einnehmen muss. Es wird ersichtlich, dass ein Spannungsfeld zwischen 'systemisch' und 'Coaching' besteht. Diese Arbeit wird zeigen, wie mit diesem Spannungsfeld umgegangen werden kann.

2.1 Coaching

Wird der Begriff 'Coaching' im Internet mit Google gesucht, finden sich als Ergebnis 285 Millionen Einträge (Stand 23.10.2016). Die Aussage „Coaching ist zurzeit in aller Munde“ (Tomaschek, 2009, S. 15) ist anscheinend zutreffend. Gecoacht wurde ursprünglich im Sportbereich. Seit den 1980er Jahren fand der Begriff Eingang im Arbeitsbereich, indem Führungskräfte und Teams bei der effizienten Zielerreichung unterstützt wurden (König & Volmer, 2012, S. 10). Heute wird der Begriff in den verschiedensten Bereichen, z.B. im Erziehungs-, Ernährungs- und Gesundheitsbereich, verwendet. Entsprechend wird Coaching von den unterschiedlichsten Anbieterinnen angepriesen.

Was ist aber unter Coaching genau zu verstehen? Ostermann hebt hervor, dass Coaching höchst anspruchsvoll ist und der Begriff Coaching sorgfältig verwendet werden sollte (Ostermann, 2010, S. 195). Sie siedelt das Coaching im beruflichen Kontext an und stellt fest, dass den Definitionen unterschiedliche Verständnisse zugrunde liegen und teilweise von Marktinteressen geleitet sind (S. 179).

Tomaschek definiert Coaching als „1. Die person(en)orientierte Beratung zu allen Fragen des beruflichen Kontextes und 2. Interaktion von Experten (Coach – Kunde). Ziel des Coachings ist das gemeinsame Problem(auf)lösen durch konstruktiv(istisch)e Konversation“ (Tomaschek, 2009, S. 19). In seinen Ausführungen verwendet er nebst dem

Begriff 'Coaching' auch 'Beratung', 'Coach', 'Berater', 'Kunde', was die Vermutung zulässt, dass er den Begriff 'Coaching' lediglich verwendet, um zu verdeutlichen, dass die Beratung im beruflichen Kontext stattfindet (vgl. S. 70ff).

Schweitzer und von Schlippe übertragen den Begriff der systemischen Beratung in den Arbeitskontext und sprechen dann von Coaching: „Unter Coaching (...) verstehen wir die systemische Beratung einzelner Personen bei der Bewältigung von Herausforderungen aus ihrer Arbeitswelt.“ [im Original teilweise hervorgehoben] (Schweitzer & von Schlippe, 2012, S. 406). In den nachfolgenden Ausführungen grenzen sie den Begriff weiter ein auf Führungskräfte und die Bewältigung beruflicher Herausforderungen (S.406).

Radatz hat eine Einführung in das systemische Coaching verfasst und definiert Coaching wie folgt: „Systemisches Coaching ist aus meiner Sicht Beratung ohne Ratschlag – eine Beziehung zwischen Coach und Coachee, in der der Coach die Verantwortung für die Gestaltung des Coachingprozesses und der Coachee die inhaltliche Verantwortung übernimmt – also die Verantwortung dafür, an seinem Problem zu arbeiten.“ (Radatz, 2010, S. 16). Sie benennt drei Bereiche, die Organisation, den Beruf und das Privatleben, in welchen systemisches Coaching zur Anwendung kommen kann. Aber auch zwischen diesen Spannungsfeldern kann das systemische Coaching angewendet werden (S. 17).

Die Definition des Berufsverbandes für Coaching, Supervision und Organisationsberatung BSO lautet: „Coaching richtet sich an Einzelpersonen, Gruppen oder Teams. Sie werden nachfolgend als Coachee bezeichnet. Coaching hat die erfolgreiche Bewältigung von Aufgaben und Herausforderungen, die Erweiterung des Handlungsspektrums und die persönliche Reflexion zum Ziel. Coaching setzt den Fokus auf die Person, deren Positionen, Rollen und Rollenhandeln. Die Arbeitsweise von Coaching ist, je nach Situation, aufgaben-, personen- und prozessorientiert.“ (Berufsverband für Coaching, Supervision und Organisationsberatung, 2016, S. 10). Das Coaching begleitet bei Lern-, Veränderungs- und Entwicklungsprozessen im Arbeits- und Berufsfeld (S. 4).

Lauterbach hat ein Buch zu 'systemischem Gesundheitscoaching' verfasst. Aber auch er siedelt das Gesundheitscoaching zwischen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der individuellen Gesunderhaltung an, obwohl es sich um ein individuelles Beratungsangebot handelt. Er hält fest, dass die Betriebe aus wirtschaftlichen Gründen wohl an möglichst gesunden Mitarbeitenden interessiert sind, sieht aber die Verantwortung beim Individuum und hält fest: „Jeder einzelne Mensch ist stärker denn je herausgefor-

dert, seine eigene gesundheitsorientierte Lebensgestaltung in die Hand zu nehmen. Eigentlich 'weiß' jeder, was zu tun ist." (Lauterbach, 2013, S. 11).

Barthemess weist darauf hin, dass - bei einem weiten Verständnis des Begriffs Coaching - Coaching auch als Synonym für Beratung, eventuell sogar für Psychotherapie verwendet werden könnte. Er stellt jedoch fest, dass es besser klingt, wenn der Manager zum Coach geht als zum Therapeuten (Barthemess, 2016, S. 44).

Durch diesen auszugsweisen Überblick verschiedener Definitionen ist ersichtlich geworden, dass Coaching hauptsächlich im beruflichen Kontext Verwendung findet und es keine einheitliche Definition gibt. Das Ziel ist die Stärkung der Person in ihrer Rolle als Arbeitnehmerin mit oder ohne Führungsfunktion bzw. die Unterstützung bei der Bewältigung von beruflichen Herausforderungen.

Im Rahmen dieser Arbeit ist es nicht möglich, vertiefter auf die unterschiedlichen Definitionen einzugehen. In einem nächsten Schritt wird die Systemtheorie und ihre zentralen Begriffe erläutert, um dann im Fazit eine mögliche Definition von systemischem Gesundheitscoaching für die vorliegende Arbeit zu definieren.

2.2 Systemtheorie

Bergknapp führt aus, dass viele systemische Autorinnen die Systemtheorie von Luhmann als Referenztheorie beziehen. Diese Theorie weise einen hohen Abstraktionsgrad auf, was einerseits die konkrete Umsetzung in der Praxis erschwere, andererseits aber viel Spielraum für die Weiterentwicklung ermögliche (Bergknapp, 2016, S. 8). Aus diesem Grund wird für die folgenden Erläuterungen mehrheitlich das Einführungsbuch 'Luhmann leicht gemacht' von Berghaus (2012) beigezogen.

Als erstes stellt sich die Frage, was Systemtheorie ist? „Systemtheorie ist eine interdisziplinäre Wissenschaft, die eine für alle biologischen, sozialen und mechanischen Systeme geltende formale Theorie zu entwickeln bestrebt ist.“ (<http://wirtschaftslexikon.gabler.de>). Berghaus führt aus, dass die Systemtheorie von Luhmann geltend macht, universell zu sein und „den gesamten Bereich der Wirklichkeit abzudecken.“ [im Original hervorgehoben] (zitiert nach Berghaus, 2012, S. 25). Indem die Systeme sich von ihrer Umwelt operierend abgrenzen, ist sowohl die Gesellschaft als auch ihre Teilbereiche und die ganze Welt miteinbezogen.

Luhmann berücksichtigt bei der Definition von zentralen Begriffen der Systemtheorie Erkenntnisse aus der Biologie, Kybernetik und Anthropologie. Diese zentralen Begriffe ha-

ben Gültigkeit für die biologischen, psychischen und sozialen Systeme (zitiert nach Berghaus, 2012, S. 25). Diese Systeme bestehen aus Operationen und operieren wie folgt:

- Biologische Systeme operieren durch Leben.
- Psychische Systeme operieren durch Bewusstseinsprozesse (Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Wollen, Aufmerksamkeit).
- Soziale Systeme operieren durch Kommunikation.

Menschen sind keine Systeme. Der Mensch hat jedoch Anteil an den verschiedenen Systemtypen. So ist sein Körper ein biologisches System. Das Bewusstsein des Menschen ist ein psychisches System, und die menschlichen Handlungen sind Teile des sozialen Systems (S. 33).

Luhmann trennt das psychische System vom sozialen System. Operationen bzw. Bewusstseinsprozesse wie Wahrnehmen, Denken, Fühlen etc. gehören zum psychischen und nicht zum sozialen System. Die beiden Systeme operieren getrennt und sind gleichzeitig aufeinander angewiesen und beeinflussen sich gegenseitig (S. 67). „Mehr noch: Keines kann ohne das andere existieren. Jedes ist für das andere unbedingte Voraussetzung.“ (S. 67). Diese enge, strukturelle Kopplung wird möglich durch Sinn und Sprache. Dank der Sprache erfolgt eine Koordination zwischen dem sozialen und psychischen System. Die Kommunikation hat keine Möglichkeit, etwas wahrzunehmen, sie ist auf das Wahrnehmen des psychischen Systems angewiesen. „Das Bewusstsein bildet also eine Vermittlungsinstanz zwischen Außenwelt und Gesellschaft.“ [im Original hervorgehoben] (S. 71).

Soziale und psychische Systeme operieren sinnvoll, dabei werden folgende Sinndimensionen unterschieden (S. 120ff):

- Sachdimension: sinnvolle Unterscheidung nach innen/ausen bzw. System versus Umwelt.
- Zeitdimension: sinnvolle Unterscheidung nach früher/später bzw. Vergangenheit versus Zukunft.
- Sozialdimension: sinnvolle Unterscheidung zwischen der Perspektive der anderen und der eigenen.

Sinn wird somit von einer Beobachterin konstruiert und ist nicht von vornherein in der Welt vorhanden (S. 124).

Wie ausgeführt operiert das soziale System durch Kommunikation. Gemäss Berghaus (2012, S. 87) kommuniziert die Kommunikation und nicht der Mensch. In einem Interview

vertritt Luhmann seine Sichtweise: „die Gesellschaft ist nur Kommunikation. Sie besteht nur aus Kommunikation und wenn die Kommunikation fortgesetzt wird, setzt sich die Gesellschaft fort.“ (WDR, 1989).

Berghaus führt aus, dass man normalerweise in Zusammenhang mit Kommunikation von einer Senderin und einer Empfängerin spricht (Berghaus, 2012, S. 67) und der Senderin mehr Gewicht beimisst als der Empfängerin (S. 89). Nicht so bei Luhmann: Er teilt die Kommunikation in drei Selektionsschritte auf, und Ego (üblicherweise die Empfängerin der Nachricht) ist der wichtigere Teil im Kommunikationsprozess, da erst mit Ego die Kommunikation zustande gekommen ist. Folgende Abbildung soll dies veranschaulichen:

	Zwei informationsverarbeitende Prozessoren In der Regel: Personen Auch möglich: soziale Systeme	
	„Alter“ Der/die Andere konventionell: Sender	„Ego“ Ich konventionell: Empfänger
Drei Selektionen	1. Selektion der Information 2. Selektion der Mitteilung	3. Selektion der Annahme / des Verstehens

Abbildung 1. Die kleinste und daher eigentlich nicht weiter zerlegbare Einheit eines sozialen Systems, die Kommunikation, nachträglich „de-komponiert“. Nach Berghaus, 2012, S. 78. (Inhalt und Darstellung übernommen).

Gemäss Luhmann besteht Kommunikation aus drei Selektionsschritten, also Selektion der Information, Mitteilung und des Verstehens (S. 77):

Die Kommunikation beginnt bereits damit, dass von der Welt „Irritationen, Rauschen, Perturbationen, Reizungen“ [im Original hervorgehoben] (S. 59) auf Alter treffen. Alter macht eine Beobachtung bzw. trifft eine Unterscheidung. Mit Unterscheidung ist gemeint, dass eine Differenz erstellt wird zwischen dem, was Alter als Information betrachtet und allem anderen (=Umwelt). „Erst durch einen selektiven Akt der Aufmerksamkeit und Zuschreibung von Bedeutung wird etwas zur Information gemacht.“ [im Original hervorgehoben] (S. 78). Durch die Auswahl einer Information wird diese in die Realität überführt. Die Information steht also nicht einfach so bereit in der Welt, sondern wird vom System bzw. von der Senderin hergestellt, konstruiert (S. 78f).

Im zweiten Selektionsschritt entscheidet Alter bzw. die Senderin, was und wie sie mitteilen will und was und wie nicht. Es wird also erneut eine Unterscheidung getroffen. Aus all den möglichen, realen Informationen trifft Alter eine Wahl und selektioniert, was mitgeteilt werden soll. Alter unterscheidet zwischen Information und Mitteilung (S. 81f).

Berghaus führt aus, dass der dritte Selektionsschritt der wichtigste ist. Ego entscheidet, ob sie die Mitteilung annimmt bzw. versteht (S. 82f). Mit 'verstehen' meint Luhmann, „verstehen, dass es sich um eine Mitteilung handelt“ [im Original hervorgehoben] (S. 82). Ego muss den Inhalt also nicht vom Sinn her verstehen, damit die Kommunikation zustande kommt, sondern erkennen, dass es sich um eine Differenz Information-Mitteilung handelt. Erst durch diese dritte Selektion von Ego ist die Kommunikation abgeschlossen. „Nicht die Mitteilungsabsicht eines Senders, sondern die Interpretation als Mitteilung durch einen Empfänger entscheidet darüber, ob Kommunikation vorliegt oder nicht.“ [im Original hervorgehoben] (S. 89). Berghaus betont, dass die dritte Selektion die beiden vorangehenden Selektionen beinhaltet. Ego weiss von diesen beiden vorangehenden Selektionen, was zu Irritation und unterschiedlichen Fragen (wie z.B. Was teilt mir Alter nicht mit? Weshalb verschweigt Alter, dass...?). Berghaus führt weiter aus, dass dies für Unruhe sorgen und gleichzeitig die Anschlusskommunikation stimulieren kann (S. 82ff).

2.2.1 Konstruktivismus

Bei den vorhergehenden Ausführungen zur Operationsweise von sozialen Systemen wurde ersichtlich, dass durch die drei Selektionen in der Kommunikation eine individuelle Realität konstruiert wird. Von der Landschaft wird sozusagen eine Landkarte erstellt. Die folgende Definition von Konstruktivismus bringt dies zusammenfassend auf den Punkt:

Der Konstruktivismus geht von der Annahme aus, dass die Wirklichkeit, die wir zu sehen glauben, immer eine konstruierte Wirklichkeit ist. Mit anderen Worten: Es gibt keine objektive Wirklichkeit, sondern die Wirklichkeit wird durch den Beobachter einer Situation oder eines Zustands konstruiert bzw. „erfunden“, es ist also eine subjektive Wirklichkeit. Diese Erfindung hängt von der Geschichte des Beobachters (z.B. Sozialisierung, Kultur) und der Selektion relevanter Daten ab. Eine Wirklichkeitskonstruktion findet dann statt, wenn ich eine Unterscheidung mache, die für mich einen relevanten Unterschied macht. Da es immer mehrere Alternativen gibt, eine Unterscheidung zu machen, muss ich mich für eine entscheiden (Selektion), wohl wissend, dass es noch andere Alternativen gibt, die ebenfalls möglich und zieldienlich gewesen wären (Kontingenz). Allerdings ist damit nicht Beliebigkeit gegeben, denn letztlich entscheidet die Nützlichkeit, die Bewährung in der Praxis, ob eine bestimmte Wirklichkeitskonstruktion sinnvoll ist. Gerade bei weichen Wirklichkeiten spielt es eine entscheidende Rolle, welche Unterscheidungen ich mache, d.h. was für mich relevant ist und was nicht, denn auf meine Unterschei-

dungen kann ein System sehr sensibel reagieren. Wichtige Kriterien der Wirklichkeitskonstruktion sind deshalb die Anschlussfähigkeit, die Viabilität und die Zieldienlichkeit. (<http://wirtschaftslexikon.gabler.de>).

Die Ausführungen haben gezeigt, dass Systemtheorie und Konstruktivismus als sich ergänzende Sichtweisen zu sehen sind. Dies wird in Abbildung 2 verdeutlicht, in der die zwei Positionen von Luhmann dargestellt sind:



Abbildung 2. Luhmann ist ein Systemtheoretiker und Konstruktivist. Nach Berghaus, 2012, S. 30.

2.2.2 Autopoiese

Die Autopoiese ist ein weiteres Merkmal von Systemen. Autopoiese setzt sich einerseits zusammen aus 'autos', was 'selbst' und aus 'poiein', was 'schaffen', 'organisieren', 'produzieren', bedeutet (Berghaus, 2012, S. 51). Maturana und Varela (2012, S. 50f) übersetzen den Begriff mit 'Selbsterzeugung' und Schweitzer und von Schlippe (2012, S. 94) mit 'Selbstschöpfung'. „Ein Lebewesen erzeugt sich selbst immer wieder neu aus seinen eigenen Bestandteilen heraus, ohne dass Ordnung von außen zugeführt werden muss.“ (Schweitzer & von Schlippe, 2012, S. 94).

Gemäss Berghaus hat Luhmann den Begriff der Autopoiese aus der Biologie übernommen und verwendet ihn für nicht-biologische Systeme (Berghaus, 2012, S. 50ff). Er bezeichnet seine Systemtheorie als „Theorie autopoietischer, selbstreferentieller, operativ geschlossener Systeme“ (zitiert nach Berghaus, 2012, S. 50). So operieren soziale Systeme autopoietisch, indem Kommunikation immer wieder Kommunikation herstellt: „Kommunikation ist also die Art von Operation, durch die soziale Systeme sich autopoietisch bilden, erhalten und von ihrer Umwelt abgrenzen.“ [im Original hervorgehoben] (S. 73). Dabei ist es nicht Bedingung oder Ziel, dass sich Alter und Ego inhaltlich verstehen, sondern die Kommunikation ist bei Luhmann auf Differenz angelegt: „...Kommunikation

ist Differenz (Verstehen der Differenz zwischen der Information und Mitteilung)“ [im Original hervorgehoben] (S.90).

In Kapitel 2.2 wurden die ersten drei Schritte des Kommunikationsprozesses erläutert. Die Anschlussfähigkeit entsteht nun, indem Ego in einem vierten Schritt zu Alter wird, indem der Inhalt, der Sinn der Mitteilung verstanden wird. Ego kann diesem Sinn zustimmen oder ihn ablehnen, und somit findet Konsens oder Dissens statt. Gleichzeitig wird Ego durch das Unterschied-herstellen zu Alter. Die vierte Selektion bedeutet demnach gleichzeitig die erste Selektion einer neuen Kommunikationssynthese. Die Anschlusskommunikation findet statt, sobald auf eine erste Kommunikationseinheit eine weitere folgt (S. 100f).

Bei der ersten Selektion der Kommunikation, der Selektion der Information, ist das System offen zur Umwelt, während es bei der zweiten Selektion, der Selektion der Mitteilung, geschlossen und auf sich selbst bezogen operiert (S. 104). Schweitzer und von Schlippe halten denn auch fest, dass der externen Einflussnahme in der Beratung Grenzen gesetzt sind und dass ein System nur angestossen, angeregt oder verstört werden kann. Ein System kann nicht kontrolliert oder gezielt gesteuert werden, es kann aber zerstört werden (Schweitzer & von Schlippe, 2012, S. 94f).

2.2.3 Kybernetik erster und zweiter Ordnung

„Kybernetik ist die Wissenschaft der Steuerung und Regelung und der Verortung eines Elements in einem System“ (<http://wirtschaftslexikon.gabler.de>). Berghaus führt den Begriff Kybernetik zweiter Ordnung wie folgt aus: „Über etwas, das Steuerung braucht, lagert sich ein Satz von Regel- und Steuerkreisen, und diese wirken wieder auf das Erste, das Geregelt, zurück; das Ganze arbeitet selbstreferenziell.“ (Berghaus, 2012, S. 272). In diesem Zusammenhang verwendet sie auch die Begriffe Realität erster und Realität zweiter Ordnung. Die Realität erster Ordnung stellt eine reale Realität dar (so wie wir glauben, etwas zu sehen) und die zweite Realität eine konstruierte (S. 272).

Bei der Kybernetik zweiter Ordnung werden die Prinzipien der Kybernetik auf sie selber angewendet. Dies bedeutet, dass beobachtet wird, wie eine Beobachterin beobachtet. Berghaus ermahnt: „Zweite und erste Realität im Sinne Luhmanns verhalten sich zueinander etwa wie Landkarte zu Territorium: Man muss sich davor ‘hüten, die Landkarte mit dem Territorium zu verwechseln’.“ [im Original hervorgehoben] (zitiert nach Berghaus, 2012, S. 272f).

Tomaschek führt in Anlehnung an Tom Andersen die Unterscheidungen der ersten und

zweiten Kybernetik tabellarisch dar:

Kybernetik erster Ordnung	Kybernetik zweiter Ordnung
Die 'Sache' (z.B. ein Problem) wird als Etwas an sich angesehen.	Die 'Sache' (z.B. ein Problem) wird als Teil und bezogen auf einen wechselnden Kontext angesehen.
Ein Fachmann arbeitet mit der (behandelt die) 'Sache' (z.B. ein Problem).	Ein Fachmann arbeitet mit der Auffassung des Menschen von der 'Sache' (z.B. ein Problem).
Eine Person entdeckt die 'Sache' (z.B. ein Problem), wie sie ist. Die 'Sache' hat nur eine Version.	Eine Person erzeugt ein Verständnis dessen, was die 'Sache' ist, und das ist nur eine von vielen möglichen Versionen.
Eine persönliche Veränderung kann von aussen gesteuert werden und ist daher vorhersagbar.	Eine persönliche Veränderung entsteht spontan von innen, und man kann nie wissen, was es sein, wie sie aussehen oder wann es passieren wird.

Abbildung 3. Kybernetik. Nach Tomaschek, 2009, S. 44. (Inhalt und Darstellung übernommen).

Tomaschek empfiehlt, diese Gegenüberstellung im Coaching zu nutzen und der Klientel aufzuzeigen, wie ihr Handeln vom jeweiligen System beeinflusst wird (Tomaschek, 2009, S.45). Fryszer und Schwing ermahnen, dass auch die Beratenden beim Betrachten des Systems sich mitbetrachten müssen. So macht es einen Unterschied, ob das System als Objekt betrachtet wird oder ob sich die Beratenden als Teil des Systems wahrnehmen und sich ihrer Wechselwirkung bewusst werden (Fryszer & Schwing, 2012, S. 79).

2.2.4 Zirkularität

„Zirkularität bedeutet Kreisförmigkeit.“ (Schweitzer & von Schlippe, 2012, S. 205). Gemäss den beiden Autoren wird das Verhalten eines Menschen im jeweiligen Kontext betrachtet und versucht, sein Verhalten als Regelkreis innerhalb des Systems zu beschreiben. So wird beispielsweise bei einer unmotivierten Schülerin die Beziehung zu ihrer frustrierten Lehrerin oder die Wechselwirkung mit den gesellschaftlichen Bedingungen berücksichtigt (S. 205). Diese Wechselwirkungen werden auch bei den Ausführungen zur Systemtheorie in Kapitel 2.2 ersichtlich, indem die verschiedenen Systeme (biologisch, psychisch, sozial) sich gegenseitig beeinflussen oder auch die Mitglieder eines Systems aufeinander wirken.

Barthelmess hält fest: „Es ist ein systemisches Urprinzip, zirkulär zu denken und zu handeln.“ (Barthelmess, 2016, S. 218). Durch das zirkuläre Fragen werden unter anderem unterschiedliche Wirklichkeitskonstruktionen ersichtlich, individuelle Wahrnehmungsmuster erweitert, die Sensibilisierung für wechselseitige Prozesse gefördert und der Fokus weg vom Symptom hin zur Interaktion innerhalb des Systems verlegt (S. 229f). Barthelmess empfiehlt, zirkuläre und lineare Fragen zu vermischen, um die Wirklichkeitskonstruktionen abzugleichen, und hält fest, dass das zirkuläre Fragen die Beraterin unterstützt, eine neutrale Haltung zu wahren (S. 225).

2.2.5 Neutralität

Schweitzer und von Schlippe betrachten die Neutralität als professionelle Haltung und unterscheiden drei Arten von Neutralität (Schweitzer & von Schlippe, 2012, S. 206):

- Neutralität gegenüber Personen: Für die zu beratenden Menschen ist nicht erkennbar, auf wessen Seite die Beraterin mehrheitlich ist. Eine neutrale Haltung verhindert, dass die Beraterin Teil des Konfliktes wird.
- Neutralität gegenüber den Problemen oder Symptomen: Es ist nicht erkennbar, welche Meinung die Beraterin zu den Problemen bzw. den beschriebenen Situationen hat. Ebenso sollte offenbleiben, ob das Problem aus Sicht der Beraterin beibehalten oder beseitigt werden sollte.
- Neutralität gegenüber Ideen: Die Beraterin gibt nicht zu erkennen, welcher Problemerkklärung, Werthaltung oder Lösung sie vertritt. So wird es möglich, dass aus dem Beratungsprozess heraus bessere und andere Lösungen oder Wege als diejenige der Beraterin hervorgehen.

Neutralität wird somit von der Wirkung her verstanden. Die Beraterin soll nicht die eigene Meinung in einer beherrschenden Form in den Beratungsprozess einbringen (Schweitzer & von Schlippe, 2012, S. 205f). Gemäss Fryszer und Schwing fühlen sich systemische Beraterinnen der Neutralität verpflichtet und müssen für jede Sichtweise genügend Raum schaffen (Fryszer & Schwing, 2012, S. 85). Barthelmess zitiert das Mailänder Team und seine Definition von neutraler Grundhaltung in der Familientherapie. Demnach geht es um ein pragmatisches Vorgehen und ein abwechselndes und temporäres Bündnisschliessen mit den einzelnen Familienmitgliedern, was ein Verstehen und Annehmen mit den Einzelnen ermöglicht. „So ergreife ich für alle Partei und für niemanden – ich bin allparteilich und neutral.“ (Barthelmess, 2016, S. 233).

2.2.6 Coaching systemisch betrachtet

Nachdem eingangs verschiedene Definitionen von Coaching aufgezeigt und anschließend die Systemtheorie und einige zentrale Begriffe geklärt wurden, soll nun festgehalten werden, welche Haltung eine systemische Gesundheitscoachin einnehmen müsste.

Kaiser-Nolden geht der Frage nach, wann ein Coaching ein systemisches Coaching ist. Dabei stellt sie fest, dass ein grosser Coaching-Markt besteht, und viele Anbieterinnen systemisches Coaching anpreisen. Sie bemängelt, dass der Begriff 'systemisch' durch die vielseitige Verwendung zu „einem immer unbestimmteren Container-Begriff“ (Kaiser-Nolden, 2016, S. 28) wird. Um ihre Frage zu beantworten, überträgt sie ausgewählte Begriffe aus der Systemtheorie auf die Coaching Praxis (S. 28ff):

a. Coaching als (Mit)Gestaltung nützlicher Wirklichkeitskonstruktionen

Eine konstruktivistische Haltung könnte sichtbar sein, wenn die Coachin eigene sowie von den Systembeteiligten geäusserte Unterscheidungen beobachtet, beschreibt und erkundet. Die Klientel könnte eingeladen werden, neue Unterscheidungen zu machen, womit die Idee der Kontingenz, dass es auch anders sein könnte, gefördert wird (S. 29).

Um die Anschlussfähigkeit von Wirklichkeitskonstruktionen zu prüfen, kann die Coachin die eigene Resonanz wahrnehmen und der Klientel zur Verfügung stellen. Des Weiteren empfiehlt sich auch, die Stimmigkeit von bisherigen und neuen Wirklichkeitskonstruktionen durch zirkuläres Fragen im System zu erkunden (S. 30).

Viabilität stammt aus dem radikalen Konstruktivismus und meint Gangbarkeit. Es wird nach der Nützlichkeit bzw. Brauchbarkeit von Wirklichkeitskonstruktionen gefragt. Entsprechend regt Kaiser-Nolden an, die Klientel nach der Nützlichkeit des Gesprächsinhaltes, der Ideen oder eigener Beobachtungen zu fragen. Es wird hingegen nicht nach richtig oder falsch bzw. wahr oder unwahr gefragt (S. 30f).

b. Coaching als Spiel mit Beobachtungspositionen

Oft beruhen Führungstheorien auf Modellen der Kybernetik erster Ordnung, d.h. man nimmt an zu wissen, welches Führungsverhalten richtig oder falsch ist. Führt die Coachin die Kybernetik zweiter Ordnung ein, wird die Beobachterin im Beobachtungsprozess mitberücksichtigt. Das heisst, es können verschiedene Beobachtungskontexte wahrgenommen und genutzt werden und es ist möglich, Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten. Es können ebenso die unterschiedlichen verbalen und non-verbalen Kommunikationen beobachtet werden. Die verschiedenen

Landkarten werden mit Visualisierungsmethoden sichtbar gemacht und überprüft, unbrauchbare losgelassen und brauchbare weiterverfolgt (S. 33f).

c. Coaching als gemeinsames Driften von sinnkonstituierenden Systemen

Die Autopoiese kann in dem Sinne genutzt werden, als im Coaching an das letzte Gespräch angeschlossen oder die aktuelle Kommunikation unterbrochen wird (Pause einlegen). Um blinde Flecken aufzudecken, können Beobachtungs-Beobachtungen genutzt werden und es kann explizit nach dem Sinn gewisser Prozesse gefragt werden (S. 38).

Indem die Erwartungen des Gegenübers abgefragt werden, erfolgt eine strukturelle Kopplung zwischen zwei psychischen Systemen. Die Coachin kann eigene Gedanken äussern und der Klientel zur Verfügung stellen oder Wahrnehmungen bei der Klientel vom psychischen in das soziale System überführen (S. 38).

Schweitzer und von Schlippe führen aus, dass das Hinterfragen und Ermöglichen von neuen Wirklichkeitskonstruktionen im weitesten Sinne das Anliegen systemischer Praxis ist. Nicht das Problem oder die Schwierigkeit wird fokussiert, sondern es werden andere Wirklichkeitsbeschreibungen ausgetauscht und somit neue Möglichkeitsräume geschaffen (Schweitzer & von Schlippe, 2012, S. 200). Dies ganz im Sinne des bekannten Imperativs von Heinz von Foerster: „Handle stets so, dass du die Anzahl der Möglichkeiten vergrößerst!“ (zitiert nach Schweitzer & von Schlippe, 2012, S. 201).

2.3 Fazit

Die Ausführungen in Kapitel 2.1 haben gezeigt, dass es unterschiedliche Definitionen von Coaching gibt und Coaching vor allem in Zusammenhang mit dem Arbeitskontext stattfindet. Coaching kann im weitesten Sinn auch als eine Form von Beratung betrachtet werden. Es kann daraus gefolgert werden, dass Coaching bisher für Menschen mit chronischer Erkrankung, die sich nicht mehr im Arbeitsprozess befinden, nicht spezifisch angeboten wird bzw. dass das Angebot eventuell anders benannt wird.

Durch die Ausführungen in Kapitel 2.2 zur Systemtheorie und den Begrifflichkeiten wie Konstruktivismus, Autopoiese und Kybernetik konnte aufgezeigt werden, dass es keine objektive Wirklichkeit gibt. Systeme erzeugen sich selber und konstruieren ihre eigenen Wirklichkeiten. Eine systemische Coachin kann das System nur anstossen und dabei die unterschiedlichen Wirklichkeitskonstruktionen nutzen. Es spielt eine Rolle, wie Operationen beobachtet und beschrieben werden, ob sich die beobachtende Person und den Kontext miteinbezieht oder nicht. Die Operationen eines Systems sind somit zirkulär,

und die Neutralität ist ein wichtiges Element im Beratungsprozess.

Durch die systemische Theorie sind somit bestimmte Prämissen gesetzt, die eine systemische Coachin bei den Operationen im Coachingprozess einfließen lassen bzw. anwenden muss, um sich als systemisch arbeitend bezeichnen zu können. Ziel ist das Bilden von neuen Wirklichkeitskonstruktionen, damit der Rat Foersters, stets so zu handeln, dass die Möglichkeiten erweitert werden, umgesetzt werden kann.

Mit Blick auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit wird vorgeschlagen, systemisches Gesundheitscoaching vorläufig wie folgt zu definieren:

Systemisches Gesundheitscoaching ist das Austauschen von Wirklichkeitskonstruktionen zwischen zwei Expertinnen mit einem zu vereinbarenden Ziel: die Coachin als Expertin für den Coachingprozess und die Klientin als Expertin für die passenden und nützlichen Bewältigungs- und Handlungsmöglichkeiten.

Systemisches Gesundheitscoaching sollte nicht primär den Zweck der Steigerung oder des Erhalts der Leistungsfähigkeit als Arbeitnehmerin haben (und losgekoppelt von dieser Rolle stattfinden). Die Coachin verfügt über Fachwissen in der Prozessgestaltung und respektiert, dass sich Systeme bzw. die Klientel selber steuern und entscheiden, was für sie nützlich und sinnvoll ist.

Das Element der Gesundheit fließt erst nach Erläuterung des Modells der Salutogenese in Kapitel 4 ein. In Kapitel 3 wird auf die Begriffe Gesundheit und chronische Erkrankung eingegangen.

3. Gesundheit – Chronische Erkrankung

Zur Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit ist eine Klärung der Begriffe Gesundheit (3.1) und chronische Krankheit (3.2) wichtig. Es wird sich herausstellen, dass es unterschiedliche Definitionen von Gesundheit gibt. In 3.2.1 wird das biopsychosoziale Krankheitsverständnis vorgestellt, um anschliessend auf den Prozess der Chronifizierung und Entchronifizierung (3.2.2) einzugehen. Auf die Muster der Chronifizierung wird in 3.2.3 eingegangen. Anschliessend wird aufgezeigt, mit welchen Herausforderungen Menschen mit einer chronischen Erkrankung konfrontiert sind (3.2.4). Im Fazit (3.3) wird das Wesentliche der Ausführungen dieses Kapitels hervorgehoben.

3.1 Gesundheit

Im Folgenden werden verschiedene Definitionen von Gesundheit und ihre Gemeinsamkeiten sowie eine Definition aus systemtheoretischer Sicht aufgezeigt.

82,8% der Schweizer Bevölkerung gaben 2012 zur Antwort, dass ihre selbst wahrgenommene Gesundheit gut bis sehr gut ist (Bundesamt für Statistik, 2016). Was aber ist Gesundheit? Ist es die Abwesenheit von Krankheit? Das ist vermutlich nicht möglich, da in derselben Befragung 31,9% angaben, ein langandauerndes Gesundheitsproblem zu haben (Bundesamt für Statistik, 2016). Somit könnte man sagen, dass man sich auch mit einer Einschränkung gesund fühlen kann bzw. dass der Mensch gleichzeitig gesund und krank sein kann. Oder mit anderen Worten: „Eine Vorstellung von Gesundheit ohne Mitdenken von Krankheit ist nicht zu haben.“ (Hafen, 2007, S. 4).

Gesundheit ist gemäss Hafen schwierig zu definieren, da jedes Individuum, die Medizin und die Wissenschaft Gesundheit beobachten können. Aus systemischer Sicht ist Gesundheit „ein hochkomplexes Phänomen, kaum zu erfassen und beeinflusst durch zahllose physische, psychische und soziale Faktoren.“ (S. 19). Auch Ostermann hält fest, dass es keinen allgemeinen Konsens gibt, was Gesundheit bedeutet und dass Gesundheit „eine alltäglich und lebensgeschichtlich immer wieder neu herzustellende Balance“ (Ostermann, 2010, S. 175) ist.

Hafen hat einige Definitionen von Gesundheit und Krankheit ausgewählt, welche hier in eigener Darstellung übernommen werden:

‘Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen.’

WHO 1948

‘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.’

WHO 1986

‘Gesundheit bezeichnet den Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äusseren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist beeinträchtigt, wenn sich in einem oder mehreren dieser Bereiche Anforderungen ergeben, die von der Person in der jeweiligen Phase im Lebenslauf nicht erfüllt oder bewältigt werden können. Die Beeinträchtigung kann sich, muss sich aber nicht, in Symptomen der sozialen, psychischen und physisch-physiologischen Auffälligkeit manifestieren.’

Hurrelmann 1988

‘Als eine konsensuelle Definition von Gesundheit wird vorgeschlagen: Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äusseren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.’

Hurrelmann/Franzkowiak 1993

Abbildung 4. Einige aktuelle, oft zitierte Definitionen von Gesundheit und Krankheit der Neuzeit.

Nach Hafen, 2007, S. 26. (Inhalt und Darstellung übernommen).

Hafen hält fest, dass diese Definitionen umfassender konzipiert sind als die biomedizinischen Definitionen und folgende Gemeinsamkeiten aufweisen: Unterscheidung einer objektiven und subjektiven Sichtweise, Berücksichtigung von physischen, psychischen, sozialen und ökologischen Dimensionen sowie Auseinandersetzung mit Risiko- und Schutzfaktoren. Mit Ausnahme der Definition der WHO von 1948, die Gesundheit als Zustand beschreibt, wird Gesundheit als Prozess betrachtet (Hafen, 2007, S. 27). Die

Definition der WHO von 1948 bezeichnet Hafén als utopisch und anerkennt gleichzeitig ihren „Orientierungswert für eine bessere Zukunft“ (S. 39) und den Einbezug der sozialen Dimension (S.71). Franke betont, dass diese Definition das Verständigungsergebnis der weltweit grössten Gruppe von Expertinnen ist. Indem der Begriff 'Wohlbefinden' aufgenommen wurde, wird der subjektiven Sichtweise des Individuums Rechnung getragen. Dies könnte diejenigen Expertinnen stören, die der Meinung sind, ihr Befund alleine könne über Krankheit und Gesundheit entscheiden. Franke vermutet, dass dies und die damit einhergehenden Ängste mit ein Grund für die Ablehnung in medizinischen Kreisen sein könnte (Franke, 2016, S. 40f).

In Anlehnung an die in Abbildung 4 aufgeführten Definitionen hat Hafén Gesundheit aus der Sicht der soziologischen Systemtheorie analysiert und zieht dabei auch das Modell der Salutogenese von Antonovsky (Kapitel 4) bei. Er definiert Gesundheit wie folgt:

Der Begriff 'Gesundheit' bezeichnet die subjektivierend psychische und objektivierend soziale Beobachtung von Symptomen der Gesundheit/Nicht-Gesundheit anhand von Unterscheidungen wie Abwesenheit/Anwesenheit von Krankheiten, Wohlbefinden/Unwohlsein oder Vitalität/Antriebslosigkeit. 'Gesundheit' bezeichnet damit keinen absoluten Zustand, sondern die sich laufend verändernde Positionierung eines Menschen auf dem Gesundheits-/Krankheitskontinuum, wobei zwischen physischer und psychischer Gesundheit zu unterscheiden ist. Die Positionierung auf dem Kontinuum wird beeinflusst durch Krankheiten, durch proaktiv pathogene Faktoren (Risikofaktoren) und durch reaktiv protektive Faktoren (Schutzfaktoren), welche die pathogene Wirkung der Risikofaktoren vermindern. Die Risiko- und Schutzfaktoren können als physische, psychische, soziale und physikalisch-materielle Faktoren unterschieden werden. Da Gesundheit als Phänomen empirisch nicht fassbar ist, kann sie immer nur indirekt gefördert resp. erhalten werden: durch Behandlung von Krankheiten oder durch die Verhinderung (Prävention) dieser Krankheiten über die Reduktion von Risikofaktoren und den Ausbau von Schutzfaktoren. (Hafén, 2007, S. 81f).

Krankheit und Gesundheit sind Konstrukte und von der Beobachterin abhängig (S. 31, S. 82). Dabei können immer nur Symptome von Gesundheit und Krankheit beobachtet werden. Bei der Gesundheit sind dies positiv bewertete Empfindungen wie z. B. Wohlbefinden, Lebenslust oder das Kohärenzgefühl. Hafén betont jedoch, dass sowohl bei der Gesundheit als auch bei der Krankheit nur ein kleiner Ausschnitt beobachtet werden kann und keine umfassende Beobachtung möglich ist (S. 33ff, S. 82).

Die Beobachtungen erfolgen durch psychische und soziale Systeme, welche sich gegenseitig beeinflussen, ohne völlig übereinzustimmen. Es werden körperliche, soziale und psychische Symptome beobachtet (S. 46f, 51). Diese Prozesse der Beobachtung wurden bereits in Kapitel 2.2 erläutert.

Treten bei einem Menschen Symptome auf, können diese als dysfunktional bewertet und auf eine bestimmte Krankheit als Ursache zurückgeführt werden. Durch die Erforschung von Krankheiten und den Konsens in der Medizin wird Krankheit objektiviert bzw. diagnostiziert. Krankheit ist dadurch deutlich fassbarer als Gesundheit (S. 36ff, 78).

Bei der Gesundheit sind die Symptome weniger deutlich erkennbar, und Gesundheit stellt „geradezu ein allumfassendes philosophisches Konzept menschlichen Lebens“ (S. 38ff) dar. Gesundheit ist also schwierig zu messen und wird vor allem durch die Abwesenheit von Krankheit definierbar (S. 47, 78).

Hafen betrachtet es nicht als sinnvoll, Gesundheit und Krankheit getrennt zu betrachten (S. 38). „Krankheit und Gesundheit bedingen sich wechselseitig; sie sind keine Zustände, die in absoluter Form auftreten oder bearbeitet werden können.“ (S. 39). Er betrachtet Gesundheit und Krankheit gemäss dem Modell der Salutogenese als Kontinuum (S. 82). Die Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum verändert sich laufend und wird von physischen und psychischen Krankheiten beeinflusst. Deshalb ist Hafen der Meinung, dass Gesundheit streng genommen nur durch die Krankheitsbehandlung oder -prävention gefördert werden kann (S. 82). Wie sich in späteren Ausführungen zeigen wird, ist Franke (2016) anderer Meinung und hat das Modell der Salutogenese um die direkte Gesundheitsförderung erweitert (Kapitel 4.4.2).

Hafen kommt zum Schluss, dass es weder eine absolute Gesundheit noch eine absolute Krankheit gibt. Die beiden Aspekte ergänzen sich wechselseitig, was in Antonovskys Gesundheits-Krankheits-Kontinuum abgebildet (Hafen 2007, S. 111) und in Kapitel 4 eingehend erläutert wird.

Aufgrund dieser Ausführungen wird ersichtlich, dass Gesundheit sehr komplex und schwierig zu definieren ist. Gesundheit wird von Beobachtenden konstruiert und somit hat jede Person eine eigene Vorstellung von Gesundheit. Deshalb soll abschliessend die für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit wichtige Aussage von Ostermann zitiert werden: „Die Klärung dessen, was der Gesundheitscoach selbst unter Gesundheit versteht und was der Coachee/der Klient meint, wenn er über Gesundheit spricht, ist der erste entscheidende Schritt für jedes Gesundheitscoaching.“ (Ostermann, 2010, S. 198).

3.2 Chronische Krankheit

In diesem Kapitel wird dem Begriff Krankheit aus systemischer Sicht sowie auf den Prozess der Chronifizierung und Entchronifizierung eingegangen. Wie beim Gesundheitsbegriff kann auch der Krankheitsbegriff nicht eindeutig definiert werden.

3.2.1 Biopsychosoziales Krankheitsverständnis

Das biopsychosoziale Krankheitsverständnis umfasst folgende Ebenen (Schweitzer & von Schlippe, 2015, S. 16f):

- Krank sein betrifft die biologische Ebene: Betroffene und Professionelle diagnostizieren die Interaktionen von Genen, Hormonen, Bakterien etc. als krank. In diesem Zusammenhang spricht man vom „gelebten Leben“ (S. 16).
- Sich krank fühlen betrifft die psychische Ebene: (Widersprüchliche) Gedanken, Gefühle und erinnerte Träume werden wahrgenommen und man erlebt sich als krank. Diese Ebene wird auch als das „erlebte Leben“ (S. 16) bezeichnet.
- Sich krank zeigen betrifft die soziale Ebene: Das soziale System nimmt bestimmte Operationen vom biologischen und psychischen System als bedeutsam wahr und lässt einen Ausschnitt in die verbale und non-verbale Kommunikation einfließen. In diesem Sinn spricht man auch vom „erzählten Leben“ (S. 16).

Was als krank gilt und was nicht, unterliegt der Aushandlung auf gesellschaftlicher Ebene. Schweitzer und von Schlippe sehen bei Diagnosen von psychischen Krankheiten Vor- und Nachteile. Vorteile sind unter anderem der Zugang zu professioneller Unterstützung, Schutz vor Überforderung am Arbeitsplatz oder Schutz vor Schuldgefühlen (S. 17). Die Diagnose einer psychischen Störung kann gemäss Ruf auch Sinn machen, indem sie der betroffenen Person Aufmerksamkeit verschafft, Probleme betreffend Nähe und Distanz löst oder sich auch positiv auf den Zusammenhalt der Familie auswirken kann (Ruf, 2013, S. 24). Auf die Frage, „was das Gesunde an der Krankheit [...] sein könnte“ (Hafen, 2007, S. 40), listet Hafen als Möglichkeiten unter anderem ‘Selbstheilung’, ‘Botschaft’, ‘Chancen’ und auch der Rückzug von einem stressreichen Arbeitsplatz auf.

Als Nachteil erwähnen Schweitzer und von Schlippe die Gefahr der Chronifizierung, indem durch die Kommunikation das Krankheitskonzept verfestigt wird. Dadurch werden Ressourcen im System nicht mehr wahrgenommen, und man fokussiert nur noch die Krankheit bzw. das Krankmachende (Schweitzer & von Schlippe, 2015, S. 17f). Auf den Prozess der Chronifizierung wird im nächsten Abschnitt eingegangen.

3.2.2 Chronifizierung / Entchronifizierung

Simon führt aus, dass der Begriff Chronifizierung in sämtlichen Lebensbereichen vorkommen kann und nicht nur in Zusammenhang mit Problemen oder Krankheiten. Als Gegenbegriff zu 'chronisch' zieht er den Begriff 'akut' bei und hebt hervor, dass nicht Gesundheit als Gegenbegriff von chronischer Krankheit verwendet werden soll, sondern eben die akute Krankheit. Mit 'akut' ist zugleich die Erwartung verbunden, dass die Krankheit wieder vorübergeht. Der Begriff chronisch verdeutlicht hingegen, dass sich der Zustand über längere Zeit nicht verändert und / oder die Erwartung besteht, dass auch keine Veränderung eintreffen wird (Simon, 2012, S. 68f). Chronisch und akut schliessen sich nicht aus, denn es gibt chronische Krankheiten, zu denen akute Schübe gehören, wie zum Beispiel Epilepsie (Beushausen, 2016, S. 11).

Wie wird aus einem sozialen Problem eine individuelle (chronische) Störung? Gemäss Simon ist ein Problem eine Konstruktion von mehreren Beobachterinnen. Sie beobachten ein Phänomen, das vorhanden sein sollte oder das vorhanden ist und nicht sein sollte. Das heisst, eine Person zeigt ein Verhalten, das nicht erwartet wird (z.B. übermässiger Alkoholkonsum) oder sie zeigt ein erwartetes Verhalten nicht (z.B. Mutter erledigt die Haushaltsführung nicht mehr). Während im Arbeitskontext die suchtkranke Person ausgewechselt werden kann, ist dies im Familienkontext kaum möglich (Simon, 2014, S. 76f). Die Erklärung für das störende Verhalten wird auf der psychischen oder organischen Ebene des Individuums verortet. Aus dem sozialen Problem wird somit ein individuelles. Simon spricht sogar von einer individuellen Behinderung, denn „Wer stört, so lautet die Erklärung, ist gestört.“ (S. 78f). Indem aus dem Störer (aktiv) ein Gestörter (passiv) wird, steigt die Gefahr der Chronifizierung. Das Verhalten wird individualisiert und nicht im sozialen Kontext verortet. Entsprechend werden die therapeutischen oder fürsorglichen Interventionen kompensatorisch oder edukativ sein. Damit wird die Überlebensstrategie fortgeführt: „System und Umwelt passen zusammen, sie stören sich gegenseitig nicht.“ (S. 81).

„Ein lebendes System (ob Körperzelle, Haustier, Psychologe oder Psychatriepatient) kann sich *nicht nicht* verändern“ (Schweitzer & von Schlippe, 2012, S. 168). Dies bedeutet, ein System operiert ständig und erzeugt den Eindruck, dass sich nichts verändert. Schweitzer und von Schlippe haben eine ironische Anleitung zur Chronifizierung von Problemen erstellt, da sie die Annahme vertreten, dass jede Person eine chronifizierte Situation erzeugen kann (Schweitzer & von Schlippe, 2012, S. 169ff).

Im Umkehrschluss sollte auch eine Entchronifizierung möglich sein. Simon führt aus,

welche Interventionen dazu auf sozialer Ebene sinnvoll sind: „Man muss die Macht der Worte brechen, die Kommunikation über Chronizität verändern, die stillschweigenden Vorannahmen, Erklärungen und Bewertungen in Frage stellen.“ (Simon, 2014, S. 82f). In diesem Zusammenhang sprechen Schweitzer und von Schlippe von Verflüssigung und Infragestellung von Krankheitskonzepten (Schweitzer & von Schlippe, 2015, S. 18). Dieser Prozess kann bei Menschen mit einer langjährigen Krankheitsgeschichte Ängste auslösen, da unter Umständen die (finanzielle) Lebensgrundlage in Frage gestellt wird. Bei Menschen mit kürzeren schizophrenen und schizoaffektiven Psychosen konnte empirisch eine Reduktion der Rückfallquote nachgewiesen werden (S. 57).

Bei chronifizierten Situationen geht es gemäss Schweitzer und von Schlippe vorerst um Wertschätzung der gewählten, sinnvollsten Lösung für die Betroffenen und das Vermeiden von hohem Veränderungsdruck. Sie empfehlen unter anderem folgende Vorgehensweisen: Verdeutlichen der Chronifizierungsstrategien, Wertschätzen der guten Gründe, mögliche Auswege ermitteln und beide Seiten der Ambivalenz fördern. Oft macht das Handeln mehr Sinn als das Reden, da sowohl von der betroffenen Person als auch vom Umfeld keine neuen Informationen gewonnen werden können. Sie empfehlen deshalb, das Verhalten dermassen zu übertreiben, dass es der Klientel zu viel wird und sie es von sich aus ändern möchte (S. 60f).

Simon hat die Muster der Chronifizierung untersucht, welche im nächsten Kapitel dargelegt werden sollen.

3.2.3 Muster der Chronifizierung

„Chronifizierung ist nicht das Merkmal eines Systems, sondern einer Beziehung, eines Interaktionsmusters zwischen Systemen und Umwelt.“ (Simon, 2014, S. 70). Simon verdeutlicht dies mit drei Chronifizierungsmustern und schliesst nicht aus, dass es möglicherweise noch weitere Muster gibt (S. 70ff):

1. Eine Sängerin kann nach Jahren mit den gleichen Liedern ihr Publikum, welches inzwischen ein anderes, jüngerer ist, begeistern. Diese Art der erfolgreichen Chronifizierung ist nur möglich, da sich die Umwelt verändert hat. Dieses Muster kann auch im Schulkontext stattfinden; indem alle Jahre neue Schülerinnen zu unterrichten sind, kann der bisherige Schulstoff vermittelt werden.
2. Ein altes Ehepaar, welches seit Jahren streitet, wird mit Hilfe des Gesundheitsamtes getrennt und in einem Altersheim platziert. Schnell jedoch verlassen die beiden das Heim und wohnen wieder zusammen und streiten wie bis anhin. Es

stellt sich heraus, dass streiten seit jeher zu ihnen gehört und dass sie mit Leidenschaft streiten und es vermissen würden.

3. Das dritte Muster findet sich bei Kirchen und Sekten. Das System orientiert sich an der inneren Umwelt, blendet die Veränderungen in der äusseren Umwelt aus und verändert sich nicht. Das Verhalten und Denken des Systems wird durch Texte geregelt, die sprachlich einen Ist-Zustand beschreiben. Diese Formulierung suggeriert Dauer und schränkt damit künftige Entwicklungsmöglichkeiten ein. Gemäss Simon beeinflussen nicht nur heilige Schriften, sondern auch Krankenakten das Handeln der Personen, die sich an diesen Schriftstücken orientieren. Simon nennt dieses Muster „funktioneller Autismus“ (S. 72).

Gemäss Simon sind bei diesen Mustern zwei Regeln auszumachen: „Es ist immer der Erfolg, der zu Chronifizierung führt.“ (S. 73) und „Jedes System, das nicht in Krisen gerät, chronifiziert.“ [im Original hervorgehoben] (S. 73). So bleiben die System-Umwelt-Beziehungen in den oben erwähnten Beispielen konstant, jedenfalls aus Sicht des Systems. Beobachtet eine aussenstehende Person die System-Umwelt-Beziehungen, so kann sie Unterschiede ausmachen, die für das System selber keinen Unterschied machen, denn das Interaktionsmuster wird aufgrund von Operationen aufrechterhalten. Die beteiligten Personen können austauschbar sein (S. 73f).

Für Beushausen stellen diese Chronifizierungsmuster Teile einer Überlebensstrategie dar. Er empfiehlt, vor geplanten Interventionen zu überlegen, ob durch die Intervention die Gesundheit gefördert oder eine Chronifizierung begünstigt wird (Beushausen, 2016, S. 14). Eine Störung des chronischen Verhaltens kann nicht nur beim betroffenen Menschen zu einer Krise führen, sondern bedeutet auch für die Fachpersonen Chance und Gefahr (Simon, 2014, S. 83).

3.2.4 Auswirkungen und Phasen chronischer Krankheit

Der Nationale Gesundheitsbericht 2015 legt den Fokus auf chronische Krankheit und geht der Frage nach, wie Betroffene und ihre Angehörigen das Leben mit chronischer Krankheit wahrnehmen, welche Bedürfnisse sie haben und welche Strategien sie anwenden (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2015a). In Zusammenhang mit den verschiedenen Publikationen wird der Begriff Krankheit und nicht Erkrankung verwendet, da dieser Begriff passender für die Wiedergabe der Sichtweise von Patientinnen und ihren Angehörigen ist (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2015b, S. 19). Aus diesem Grund wird in diesem Kapitel ebenfalls von Krankheit gesprochen.

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium definiert Krankheit wie folgt:

Eine Krankheit wird als chronisch bezeichnet, wenn sie länger andauert, je nach Krankheit länger als vier Wochen bis länger als ein Jahr. Die Entwicklung einer chronischen Krankheit kann kontinuierlich, aber auch schubweise erfolgen. Ein Teil der chronischen Krankheiten ist vollständig heilbar, bei vielen kann das Fortschreiten der Krankheit beeinflusst werden. (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2015c, S. 2).

In der Schweiz haben 2,2 Millionen Menschen eine chronische Krankheit, d.h. mehr als jede vierte Person ist betroffen. Zudem sind 20% der über 50-Jährigen multimorbide (Bachmann, 2015, S. 125). Multimorbidität bedeutet, dass jemand gleichzeitig zwei oder mehr chronische Krankheiten hat, die gleichwertig sind (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2015c, S. 4). Am häufigsten treten chronische muskuloskelettale und psychische Krankheiten gemeinsam auf (Bachmann, 2015, S. 142).

Im Nationalen Gesundheitsbericht 2015 werden Krankheiten wie Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen, muskuloskelettale Erkrankungen (z.B. chronische Rückenschmerzen, Arthrose, Osteoporose), Depressionen und Demenzerkrankungen fokussiert, da sie besonders stark verbreitet sind und hohe Krankheitslasten verursachen (Bachmann & Diebold, 2015, S. 31). „Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit“ (Bachmann, 2015, S. 125), weshalb bei chronisch erkrankten Personen immer auch die psychische Dimension beachtet werden muss.

In einer Längsschnittstudie wurde untersucht, wie sich die Situation von chronisch Kranken über die Dauer von 10 Jahren bezüglich ihrer Wahrscheinlichkeit, erwerbstätig zu sein, entwickelt. Es ist ersichtlich, dass zu Beginn ca. 59% der erkrankten Menschen noch erwerbstätig waren und sich diese Zahl innerhalb von 10 Jahren um 7% reduzierte (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2016, S. 3). Für viele Betroffene ist der Erhalt des Arbeitsplatzes wichtig, da er die soziale Integration und die psychische Gesundheit fördert und auch die finanzielle Existenz sichert (Bachmann, 2015, S. 166).

Gemäss Schweizerischem Gesundheitsobservatorium stellen sich für Menschen mit chronischer Krankheit und ihre Angehörigen folgende Herausforderungen: Im Gegensatz zu einer akuten Krankheit müssen sich die Betroffenen auf eine dauerhafte Umstellung ihrer Lebenssituation und ständige Unterstützung durch Professionelle einstellen. Die Ursache ihrer Krankheit ist manchmal unklar, und es besteht häufig eine geringe Aussicht auf Heilung. Chronische Krankheiten zeichnen sich durch stabile und instabile

Phasen aus, manchmal geht es auf- und dann wieder abwärts. Nebst den körperlichen Einschränkungen sind auch die psychosoziale und psychische Ebene betroffen. Zudem kann es zu ökonomischen Problemen kommen. Betroffene und ihre Angehörigen sind angesichts dieser Anhäufung von Herausforderungen überfordert, zumal ihre Belastbarkeit als Folge der Krankheit reduziert ist (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2015b, S. 20).

Wie bereits erwähnt, gibt es unterschiedliche Phasen im Krankheitsverlauf: Der Beginn kann schleichend oder akut sein, und Betroffene erhalten eine Diagnose. In der Phase der Krise sind sie meist schockiert und desorientiert, so dass die aktive Alltagsgestaltung erschwert ist. Erholt sich die betroffene Person emotional und körperlich, versucht sie, in der Normalisierungsphase ihr Gleichgewicht wiederherzustellen. Während in stabilen Phasen weder eine Verschlechterung noch eine Verbesserung auftritt, können instabile Phasen das erlangte Gleichgewicht und somit den Lebensalltag stark stören. In der Phase der Verschlechterung und des Sterbens kann sich die Situation langsam oder schnell entwickeln (S. 20).

Franke fasst diverse Phasenmodelle erfolgreicher Bewältigung chronischer oder lebensbedrohlicher Krankheiten wie folgt zusammen: Schock – Ärger – Verhandeln – Depression und als letzte Phase Akzeptanz und Anpassung. Sie führt aus, dass die Phasen nicht klar abgrenzbar sind und betroffene Personen auch Reaktionsweisen von früheren Phasen zeigen können (Franke, 2016, S. 260f).

„Das Leben mit chronischer Krankheit wird mit einem lebenslangen Weg ständiger Anpassung an neue, sich wandelnde Herausforderungen verglichen, den betroffene Personen gehen (müssen).“ (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2015b, S. 22). Betroffene müssen Lebensentwürfe und Identitäten anpassen und die Krankheit in das eigene Leben integrieren. Sie wollen das Leben und nicht die Krankheit ins Zentrum stellen. Ebenso sehen sich chronisch kranke Menschen mit Stigmatisierung konfrontiert. Bisher gefestigte berufliche und soziale Rollen werden in Frage gestellt und können nicht mehr erfüllt werden. Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich daraus, dass Betroffene sowohl bedingt gesund als auch krank sind und „ihre Autonomie und Eigenkompetenz bloss phasenweise eingeschränkt“ (S. 24) ist.

Die Betroffenen interessieren sich vor allem für die gestörte Normalität ihres Alltags, „denn eine chronische Krankheit berührt alle Dimensionen des Alltags und bringt Irritationen und Unsicherheiten mit sich“ (S. 27). Betroffene wünschen sich denn auch, ein möglichst normales Leben zu führen und autonom zu sein. Damit die Krankheit in den

Alltag integriert werden kann, ist das Selbstmanagement wichtig. Gemeint ist, dass die Betroffenen die Aufgaben gut bewältigen können, die sich im Zusammenhang mit der Krankheit stellen: Wahrnehmen körperlicher Symptome, Einnahme von Medikamenten, Rollenverständnis als Patientin, Umgang mit den unterschiedlichen Emotionen (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2015 a, S. 157 bzw. 2015c, S. 5). Betroffene wünschen sich beim Erwerb der Selbstmanagementkompetenzen und bei mangelnder Motivation Unterstützung (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2015a, S. 158).

Gemäss Franke wurde bisher die Situation von Menschen, die ihre chronische Krankheit nicht bewältigen und die notwendigen Anpassungsleistungen nicht leisten können, wenig erforscht. Diese Menschen können losgekoppelt von der ursprünglichen Erkrankung folgendes chronisches Krankheitsverhalten zeigen: eingeschränkte Selbsthilfe, passive Veränderungserwartung bei unrealistischer Zielperspektive, permanenter Wunsch nach professioneller Intervention, Übertragen der Verantwortung an Professionelle, vordergründige Kooperationsbereitschaft (jedoch ohne Umsetzung), Persistieren der Krankenrolle, ausgeprägtes Vermeidungsverhalten oder sozialer Rückzug. Für Angehörige kann dieses Verhalten lästig sein, für die Betroffenen hingegen sinnvoll. So müssen sie nicht Kraft und Energie in Veränderungen investieren, die unter Umständen wenig Nutzen bringen. Zudem kann die emotionale Belastung reduziert werden, indem bei fortschreitenden Krankheiten (wie z.B. bei Multiple Sklerose oder Rheuma) wiederholt etwas ausprobiert wird, das nicht funktioniert, und man immer wieder enttäuscht wird. In der Rolle als Patientin verhalten sich chronisch Kranke, die ihre Krankheit nicht bewältigen können, so, wie es von ihnen erwartet wird. Dadurch stellen sie ein Gleichgewicht her (Franke, 2016, S. 261ff).

Je länger dieser Prozess des chronischen Krankheitsverhaltens andauert, desto schwieriger wird es gemäss Franke ihn zu beenden, so dass dann beispielsweise auch Leistungen von Sozialversicherungen fällig werden. Vor dem Hintergrund der steigenden Anzahl von chronisch kranken Menschen fordert Franke, dass dieses chronische Krankheitsverhalten und das Zusammenwirken der förderlichen personalen und institutionellen Aspekte untersucht werden (S. 263f).

Abschliessend ist es aus Sicht der Autorin wichtig zu betonen, dass aus dem Nationalen Gesundheitsbericht 2015 auch hervorgeht, dass die chronischen Krankheiten und die Situationen von betroffenen Menschen sehr unterschiedlich sind. Viele Betroffene sind mit ihrem Leben zufrieden und betrachten dieses als erfüllend. Sie wünschen sich möglichst hohe Autonomie und wollen ihre Situation selbst managen können (Bachmann, 2015, S. 149).

3.3 Fazit

Es konnten verschiedene Definitionen von Gesundheit aufgezeigt werden. Gesundheit ist sehr komplex und subjektiv und bedeutet nicht einfach die Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit ist kein absoluter Zustand. Es gibt Symptome, anhand welcher Gesundheit beobachtet werden kann. Dennoch braucht es für die Unterscheidung von Gesundheit den Gegenpol Krankheit. Die Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum verändert sich laufend.

Wie in Kapitel 2.2 dargelegt, hat jeder Mensch seine eigenen Wirklichkeitskonstruktionen. Dies betrifft die Gesundheit wie auch die Krankheit. Dazu kommen noch die Beobachtungen der Professionellen, die sich ebenfalls unterscheiden können. Dies zeigt auch das biopsychosoziale Krankheitsverständnis mit den drei Ebenen 'krank sein', 'sich krank fühlen' und 'sich krank zeigen'. Deshalb ist es wichtig, sich im Coachingprozess der eigenen Konstruktionen bewusst zu werden und nach den Konstruktionen der Klientel zu fragen, um als Coachin anschlussfähig zu sein bzw. zu bleiben.

Die Situationen der 2,2 Millionen Menschen, die in der Schweiz von chronischer Krankheit betroffen sind, sind sehr unterschiedlich, komplex und stellen sowohl die Betroffenen wie auch ihre Angehörigen vor vielschichtige und sich ständig verändernde Herausforderungen. So gibt es Zeiten der Hoffnung und solche der Resignation. Eine Betrachtung der unterschiedlichen Phasen im Krankheitsverlauf macht sichtbar, welche grosse Bewältigungsleistungen betroffene Menschen und ihr Umfeld bereits erbracht oder noch vor sich haben. Gelingen diese notwendigen Anpassungsleistungen nicht, so kann es sein, dass die Betroffenen ein chronisches Krankheitsverhalten zeigen.

Es wurde ebenso aufgezeigt, dass eine Chronifizierung durch Interaktionen herbeigeführt werden kann. Entsprechend ist eine Entchronifizierung möglich. Diesbezüglich ist es für alle am Prozess Beteiligten wichtig zu reflektieren, welches ihr möglicher Anteil am Chronifizierungsprozess ist und ob eventuell Interventionen angepasst werden müssen, um zu entchronifizieren.

Im nächsten Kapitel wird das Modell der Salutogenese vorgestellt, welches Gesundheit nicht als Zustand, sondern als Prozess versteht.

4. Modell der Salutogenese

In diesem Kapitel wird dargestellt, wer Antonovsky war und wie er zum Modell der Salutogenese kam (4.1). Anschliessend werden seine Argumentation für die salutogenetische Sichtweise (4.2) und die generalisierten Widerstandsressourcen (4.3) dargelegt. Die Widerstandsressourcen beeinflussen das Kohärenzgefühl, welches als Gefühl des Vertrauens bezeichnet werden könnte (4.4). Der Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und Stressbewältigung wird in Kapitel 4.4.1 aufgezeigt. Weiterentwicklungen des Modells werden in Kapitel 4.4.2 und 4.4.3 beschrieben: Franke hat das Modell der Salutogenese mit einem direkten, gesundheitsförderlichen Teil erweitert und zusammen mit Witte ein Programm zur Stärkung des Kohärenzgefühls entwickelt. Im Fazit wird wiederum das Wichtigste hervorgehoben (4.5).

4.1 Antonovsky

Anton Antonovsky (1923-1994) war israelisch-amerikanischer Medizinsoziologe und verbrachte seine erste Lebenshälfte in Amerika, wo er zuerst Geschichte und Wirtschaft studierte. Da er während des zweiten Weltkrieges eingezogen wurde, unterbrach er das Studium. Später schloss er ein Studium als Medizinsoziologe an der Yale-Universität ab und erwarb 1952 einen Master und drei Jahre später einen Doktor. Zusammen mit seiner Ehefrau emigrierte er 1960 nach Jerusalem, wo er eine Stelle als Medizinsoziologe am Institut für angewandte Sozialforschung übernahm (Antonovsky, 1997, S. 13).

Während seiner Forschungsarbeit wertete Antonovsky Daten einer Studie zur Anpassungsfähigkeit von Frauen unterschiedlicher ethnischer Herkunft an das Klimakterium aus. Darunter befanden sich Frauen, die in jungen Jahren im Konzentrationslager interniert waren. Bei der Auswertung stellte Antonovsky fest, dass 29% dieser Frauen über eine gute psychische Gesundheit verfügten. Bei den Frauen, die nicht im Konzentrationslager waren, betrug der Anteil derjenigen mit guter psychischer Gesundheit 51%. Man hätte sich fragen können, weshalb in der ersten Gruppe so viele über keine gute psychische Gesundheit verfügten. Antonovsky war jedoch überrascht, dass immerhin 29% der Frauen trotz des Horrors im Konzentrationslager gesund geblieben sind. Dieses Erkenntnis bezeichnete er als Kehrtwende in seiner Arbeit als Medizinsoziologe und führte ihn zum salutogenetischen Modell (S. 14).

4.2 Salutogenese

Gemäss Franke führte Antonovsky den Begriff der Salutogenese als Gegenbegriff zur Pathogenese ein. 'Salus' bedeutet 'Gesundheit', 'Pathos' 'Krankheit' und 'Genese' steht

für 'Entwicklung' und 'Entstehung'. Während die Pathogenese nach dem Entstehen von Krankheiten fragt und diese Krankheiten beseitigen will, geht die Salutogenese der Frage nach, wie sich die Gesundheit des Menschen erhalten und fördern lässt (Franke, 2016, S.169). Gemäss Franke hat Antonovsky allerdings weder Gesundheit noch Krankheit definiert (Franke, 1997, S. 182). Hafen stimmt zu, dass es um Entwicklung und Förderung der Gesundheit geht, kritisiert aber, dass aus diesem Grund der Begriff Salutogenese bzw. 'genese' problematisch ist. Denn Gesundheit ist schon vorhanden und kann somit nicht neu entstehen (Hafen, 2007, S. 56f). Er schlägt jedoch nach Wissen der Autorin keinen anderen Begriff vor.

Antonovsky begründet seine salutogenetische Sichtweise anhand von folgenden Argumenten (Antonovsky, 1997, S. 23ff):

- a. Multidimensionales Gesundheits-Krankheits-Kontinuum: Antonovsky will, dass der Mensch, egal auf welchem Punkt er sich auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum befindet, behandelt und unterstützt wird, um auf den Gesundheitspol zuzusteuern. Des Weiteren ermöglicht das salutogenetische Modell der Forschung differenziertere Untersuchungen, da es die Verteilung der Menschen auf dem Kontinuum berücksichtigen könnte (S. 23f).
- b. Gesamtheitliche Betrachtungsweise: Mit einer dichotomen Haltung spricht man nicht vom Menschen, sondern nur von seiner Krankheit. Durch das Fokussieren auf die Krankheit entgehen unter Umständen wichtige Informationen zur Ätiologie der Krankheit und zur Lebenssituation der Patientin. Die Salutogenese hingegen führt „...zu einem tiefergehenden Verständnis und Wissen und damit zu einer Voraussetzung, sich dem gesunden Pol des Kontinuums nähern zu können.“ (S. 24).
- c. Gesundheitsfaktoren: Während die Pathogenese den Risikofaktoren nachgeht, interessiert sich Antonovsky bzw. die Salutogenese für gesundheitsfördernde Faktoren. Er betont, dass es nicht nur um die Pufferfunktion im Sinn von Coping-Mechanismen, sondern vor allem um verschiedene Faktoren geht, die direkt zur Gesundheit beitragen (S. 24f).
- d. Stressoren: Die Pathogenese ordnet jeden Stressor als krankmachenden Risikofaktor ein, der bewältigt werden muss. Die Salutogenese hingegen geht davon aus, dass Stressoren auch gesundheitsfördernd sein können (S. 26f).
- e. Adaptation: Ein weiteres Argument für die Salutogenese ist, sich für die Geschichte des Menschen und nicht nur diejenige der Patientin zu interessieren.

Gemäss Antonovsky ist aufgrund des erweiterten Verständnisses eine adäquaterere Diagnose möglich (S.27).

- f. Abweichende Fälle: Mit einem salutogenetischen Blick wird bei Studien nicht nur die gestellte Hypothese überprüft, sondern es könnten zusätzlich die abweichenden Fälle erfasst und untersucht werden (S.29).

Gemäss Antonovsky ist die wichtigste Konsequenz der salutogenetischen Sichtweise, dass sie dazu auffordert, „unsere Energien für die Formulierung und Weiterentwicklung einer Theorie des Coping einzusetzen.“ (S. 30). Denn das Modell der Salutogenese geht davon aus, dass Stressoren ständig den menschlichen Organismus konfrontieren und dieser sich wehren muss, um gesund zu bleiben. Die Salutogenese entspricht der Idee der Heterostase. Bei der Homöostase hingegen wird Gesundheit als stabiles Gleichgewicht betrachtet. Bei beiden Modellen, sowohl bei der Heterostase als auch der Homöostase, muss man sich an Veränderungen anpassen und flexibel auf Veränderungen des Fließgleichgewichts reagieren. Bei der Homöostase erlangt man nach der Anpassung einen ruhigen Zustand, und bei der Heterostase ist es ein dynamisches und andauerndes Sich-anpassen (Franke, 2016, S. 47).

Antonovsky vertritt zwei Grundannahmen: einerseits, dass Krankheiten normal sind und zum Leben gehören, und andererseits, dass Krankheit und Gesundheit Pole eines Kontinuums sind (Franke, 2016, S. 170). Er benutzt folgende Metapher, um dies zu veranschaulichen:

Um in der Metapher zu bleiben: meine fundamentale philosophische Annahme ist, daß der Fluß der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, daß ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen wie auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluß, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: 'Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluß befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?' (Antonovsky, 1997, S. 92).

Mit der Metapher des Flusses geht Antonovsky der Frage nach, was eine gute Schwimmerin ausmacht. Alle Menschen sind in Flüssen unterwegs. Diese Flüsse und ihre Gefahrenquellen unterscheiden sich jedoch. Die Widerstandsressourcen (Kapitel 4.3) und das Kohärenzgefühl (Kapitel 4.4) bestimmen, wo sich jemand auf dem Gesundheits-

Krankheits-Kontinuum befindet und auch, wie sich jemand auf den gesunden Pol hinbewegen kann.

Franke betrachtet es als entscheidenden Vorteil, dass mit dem Modell der Salutogenese der Tod mitgedacht wird: „Sterben ist Bestandteil des Lebens, und bis zum Tod ist irgendetwas in uns noch gesund. Dies ist nicht nur eine philosophische Aussage, sondern auch eine Haltung mit erheblicher praktischer Relevanz für den Umgang mit Menschen mit chronischen, letalen Erkrankungen und in der Sterbebegleitung.“ (Franke, 2016, S. 185). Im Gegensatz dazu die pathogene Sichtweise, wo man die Krankheit behandeln und beseitigen will und den Tod ausklammert (Franke, 1997, S. 190).

4.3 Generalisierte Widerstandsressourcen

Antonovsky stellte sich die Frage: „Warum befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuum oder warum bewegen sie sich auf den positiven Pol zu, unabhängig von ihrer aktuellen Position?“ (Antonovsky, 1997, S. 15). Er kam zum Schluss, dass die generalisierten Widerstandsressourcen dafür entscheidend sind. Sie werden unterteilt in gesellschaftliche und individuelle Widerstandsressourcen und ermöglichen einen konstruktiven Umgang mit den Stressoren oder eine Vermeidung derselben (Franke, 2016, S. 173f). Gemäss Rüdiger-Felix sind mit den Widerstandsressourcen sämtliche auffindbaren Faktoren gemeint, die bei der Bewältigung von Spannungszuständen unterstützend wirken (Rüdiger-Felix, 2016, S. 35).

Franke hat die wichtigsten generalisierten Widerstandsressourcen aufgelistet:

Widerstandsressourcen	...zum Beispiel
Gesellschaftliche Widerstandsressourcen	Politische und ökonomische Stabilität, Frieden, intakte Sozialstrukturen, funktionierende gesellschaftliche Netze
Individuelle Widerstandsressourcen	
- Kognitive Ressourcen	Wissen, Intelligenz und Problemlösefähigkeit
- Psychische Ressourcen	Selbstvertrauen, Ich-Identität, Selbstsicherheit, Optimismus
- Physiologische Ressourcen	Konstitution, anlagebedingte oder erworbene körperliche Stärken und Fähigkeiten

- Ökonomische und materielle Ressourcen	Geld, finanzielle Unabhängigkeit und Sicherheit, Zugang zu Dienstleistungen, sicherer Arbeitsplatz
---	--

Abbildung 5. Generalisierte Widerstandsressourcen. Nach Franke, 2016, S. 173. (Inhalt übernommen).

Geht man von der Metapher des Flusses aus, ist ersichtlich, dass die Bedingungen des Flusses als auch die individuellen Fertigkeiten entscheidend sind, wie gut jemand schwimmen kann (Franke, 2016, S. 172).

Gemäss Franke fokussiert die Forschung vor allem, wie sich die Stressoren negativ auswirken. Die Forschung zu gesundheitsförderlichen Aspekten ist bisher hingegen weniger entwickelt. Menschen sind immer Stressoren ausgesetzt, und diese sind nicht per se schädlich. Der erfolgreiche Umgang mit ihnen kann sogar gesundheitsfördernd sein (S. 173). Je mehr Widerstandsressourcen eine Person hat, desto mehr wird sie die Erfahrung machen, dass sie Stresssituationen nicht ausgeliefert ist, sondern die Situationen verstehen, einordnen und diese bewältigen kann. Das Ausmass dieser Überzeugung bezeichnet Antonovsky als Kohärenzgefühl (S.174), welches im nächsten Abschnitt erläutert wird.

4.4 Kohärenzgefühl

Antonovsky bemerkte treffend: „Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmass gesund.“ (Antonovsky, 1997, S. 23). Er betrachtet Krankheit und Gesundheit als Kontinuum und nicht als Dichotomie, ohne die beiden Konstrukte Krankheit und Gesundheit zu definieren. Demnach bewegt sich der Mensch mehr oder weniger dynamisch zwischen den beiden Polen Krankheit und Gesundheit. Antonovsky ist überzeugt, dass das Kohärenzgefühl bestimmt, wo auf dem Kontinuum sich jemand befindet und auch, ob man sich Richtung gesunder Pol bewegen kann (S. 33).

Der von Antonovsky definierte 'sense of coherence' (SOC) wird unterschiedlich übersetzt. Schaefer verwendet 'Sinn für Zusammenhänge', da die soziale Umwelt als zusammenhängend, als sinnvoll erlebt wird (Schaefer, 2002, S. 21). Abel, Kolip und Wydler verwenden den Begriff Kohärenzgefühl, bemerken jedoch, dass Kohärenzsinn der Bedeutung, die Antonovsky mit dem Begriff meinte, eher gerecht wird. „Antonovsky wollte mit dem Begriff 'sense of coherence' betonen, dass es sich hier um eine Orientierung handelt, die sich in der lebensgeschichtlichen und komplexen Interaktion von Individuum

und sozialer Umwelt entwickelt und erhält und eher überdauernd und situationsübergreifend ist.“ (Bel, Kolip & Wydler, 2010, S. 197). Franke hat die englische Originalausgabe des Buches „Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well“ von 1987 zehn Jahre später übersetzt (Antonovsky, 1997) und dabei den Begriff Kohärenzgefühl benutzt. Sie argumentiert, dass ‘Gefühl’ am ehesten die perzeptorischen, kognitiven und emotionalen Aspekte des ‘sense of coherence’ wiedergeben (Antonovsky, 1997, S. 12). Rüdiger-Felix stimmt dieser Argumentation zu, weil das Kohärenzgefühl seiner Meinung nach „am ehesten die sinnliche Wahrnehmung in Verbindung mit unserem Denken und Fühlen und insbesondere die individuelle Thematik der Lebensorientierung zum Ausdruck“ (Rüdiger-Felix, 2016, S. 36) bringt. Aus diesem Grund wird im Folgenden der Begriff Kohärenzgefühl verwendet.

Schaefer meint, dass es sich beim Kohärenzgefühl nicht um etwas grundsätzlich Neues handelt. Er anerkennt jedoch, dass die Konsequenzen der Krankheitsheilung und Krankheits-Verhütung bisher niemals so klar formuliert wurden (Schaefer, 2002, S. 22). Franke hält fest, dass das Modell der Salutogenese von Antonovsky empirisch betrachtet am weitesten entwickelt ist (Franke, 2016, S. 169).

Antonovsky definiert das Kohärenzgefühl folgendermassen:

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

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen. (Antonovsky, 1997, S. 36).

Im Folgenden werden diese drei Komponenten und die Möglichkeit ihrer Stärkung erläutert (Franke, 2016, S. 175ff):

- a. Verstehbarkeit: Man nimmt die äusseren und inneren Stimuli als kognitiv sinnhaft wahr. Die Informationen werden als geordnet, strukturiert, konsistent und klar und nicht als ungeordnet, chaotisch und willkürlich aufgenommen. Jemand mit einer hohen Verstehbarkeit geht davon aus, dass er künftige Stimuli einordnen und erklären kann – auch wenn sie überraschend auftreten.

Indem sich Dinge wiederholen und Abläufe sich ähnlich sind, kann der Mensch konsistente Lebenserfahrungen machen und sein Ausmass an Verstehbarkeit fördern.

- b. Handhabbarkeit: Jemand mit einer hohen Handhabbarkeit hat genügend eigene Ressourcen, um die Anforderungen der Stressoren zu bewältigen oder Ressourcen von nahestehenden Personen nutzen zu können. Die Handhabbarkeit ist der pragmatische Teil des Kohärenzgefühls. Personen mit einer hohen Handhabbarkeit können gut mit neuen Situationen umgehen und sich neu darauf einstellen. Sie begeben sich nicht in die Opferrolle und trauern nicht endlos.

Indem der Mensch weder unter- noch überfordert ist, also eine ausgeglichene Belastungsbalance erlebt, wird sein Ausmass an Handhabbarkeit gestärkt.

- c. Bedeutsamkeit: „Menschen mit einem hohen Ausmaß an Bedeutsamkeit erleben Aufgaben und Anforderungen mehr als Herausforderung denn als Last und Bürde“ (S. 176). Die Bedeutsamkeit gilt als grundlegendes Motivationselement. Durch Partizipation bzw. durch das Gefühl, Einfluss nehmen zu können, wird die Bedeutsamkeit gefördert.

Antonovsky hat sich die Frage gestellt, wie die drei Komponenten zueinander in Beziehung stehen. Er kam zum Schluss, dass alle drei Komponenten für das Kohärenzgefühl notwendig sind. Die Bedeutsamkeit sei jedoch am wichtigsten, gefolgt von der Verstehbarkeit. Jemand mit hohen Werten in Bedeutsamkeit empfindet sein Leben emotional als sinnvoll und ist bereit, nach Ressourcen zu suchen. Fehlt diese Motivation, reagiert man nicht mehr auf Reize, und der Antrieb, nach Ressourcen zu suchen, reduziert sich (Antonovsky, 1997, S. 35ff). Lauterbach betrachtet das Salutogenese-Konzept als wichtige Grundlage im Coachingprozess (Lauterbach, 2013, S. 24) und führt aus, dass beim Anstehen von wichtigen Entscheiden die Frage nach dem Sinn aktiv thematisiert werden muss (S. 38).

Antonovsky betrachtet es als normal, dass eine Person nicht die ganze sie umgebende Welt als kohärent erlebt, sondern dass man Grenzen zieht, sich um gewisse Bereiche nicht kümmert. Um ein starkes Kohärenzgefühl zu haben, muss man jedoch mindestens folgende vier Bereiche als wichtig einschätzen: „die eigenen Gefühle, die unmittelbaren interpersonellen Beziehungen, seine wichtigste eigene Tätigkeit und existentielle Fragen (Tod, unvermeidbares Scheitern, persönliche Fehler, Konflikte und Isolation)“ (Antonovsky, 1997, S. 39). Diese vier Bereiche müssen nicht nur als wichtig, sondern auch als sinnvolle Herausforderung bewertet werden, für die es sich lohnt, sich einzusetzen. Auch wenn bestimmte andere Bereiche ausgegrenzt werden, können diese sehr wohl auf das

eigene Leben Einfluss haben. Die Grenzen können zudem flexibel ausgeweitet und wieder enger gezogen werden (S. 39f).

Das Kohärenzgefühl soll gemäss Hafen nicht mit Gesundheit gleichgesetzt werden. Er führt das Beispiel des renommierten Astrophysikers Stephen Hawking an und wirft die Frage auf, ob dieser gesund sei. Hawking hat die Nervenkrankheit ALS und ist dadurch körperlich sehr stark eingeschränkt; er kann nur mit einem Sprachcomputer kommunizieren. Hawking hat drei Kinder und ist zum dritten Mal verheiratet. Aus medizinischer Sicht ist er schwer krank. Hafen vermutet, dass Hawking aufgrund seines ausgeprägten, starken Kohärenzgefühls noch lebt. Hafen folgert daraus, dass sich Kohärenzgefühl und Gesundheit gegenseitig beeinflussen (Hafen, 2007, S. 52).

4.4.1 Kohärenzgefühl und Stressbewältigung

Das Salutogenese-Konzept beruht auf der Annahme, dass der Mensch ständig Reizen ausgesetzt ist, auf die er reagieren muss. Antonovsky ist es wichtig, dass es sowohl um erfreuliche als auch um gefährdende Reize geht. Dabei ist nicht der Reiz als solcher wichtig, sondern seine Bewertung in jeder der fünf Phasen des Bewältigungsprozesses (Franke, 2016, S. 177). Franke hat diesen Zusammenhang von Kohärenzgefühl und Stressverarbeitung nach Antonovsky modellhaft dargestellt (siehe Abbildung 6).

Eine Person mit starkem Kohärenzgefühl betrachtet in einer primären Bewertung 1 einen Reiz eher als Herausforderung denn als Stressor (S.178). Allerdings schränkt Antonovsky diesbezüglich zu Recht ein, dass es Widrigkeiten und akute Ereignisse im Leben gibt, „...die niemand ohne radikale Verzerrung als Nicht-Stressoren wahrnehmen kann.“ (Antonovsky, 1997, S. 126). Er nennt das Beispiel eines Autofahrers, der ein Kind anfährt. Bei der nächsten Bewertung, der primären Bewertung 2, nimmt die Person eine differenzierte Einschätzung der Situation vor. Jemand mit einem starken Kohärenzgefühl bewertet die Herausforderung eher als irrelevant oder günstig für ihr Wohlbefinden. Dabei kann sie sich auf ihre Erfahrungen in der Vergangenheit stützen, dass bisher alles gut ausgegangen ist (S.126f).

In der dritten Bewertungsphase bzw. bei der primären Bewertung 3 geht die Person davon aus, dass sie über genügend Ressourcen verfügt, um zu reagieren, und wählt aus verschiedenen zur Verfügung stehenden Strategien aus, um die Spannung abzubauen. In der Folge überprüft sie die gewählte Strategie auf ihren Nutzen (Franke, 2016, S. 178ff). Auch hier spielt die Ausprägung des Kohärenzgefühls eine Rolle. Gemäss Anto-

novsky achtet eine Person mit starkem Kohärenzgefühl eher auf Rückmeldungen, erfragt diese und beurteilt sie (Antonovsky, 1997, S. 137).

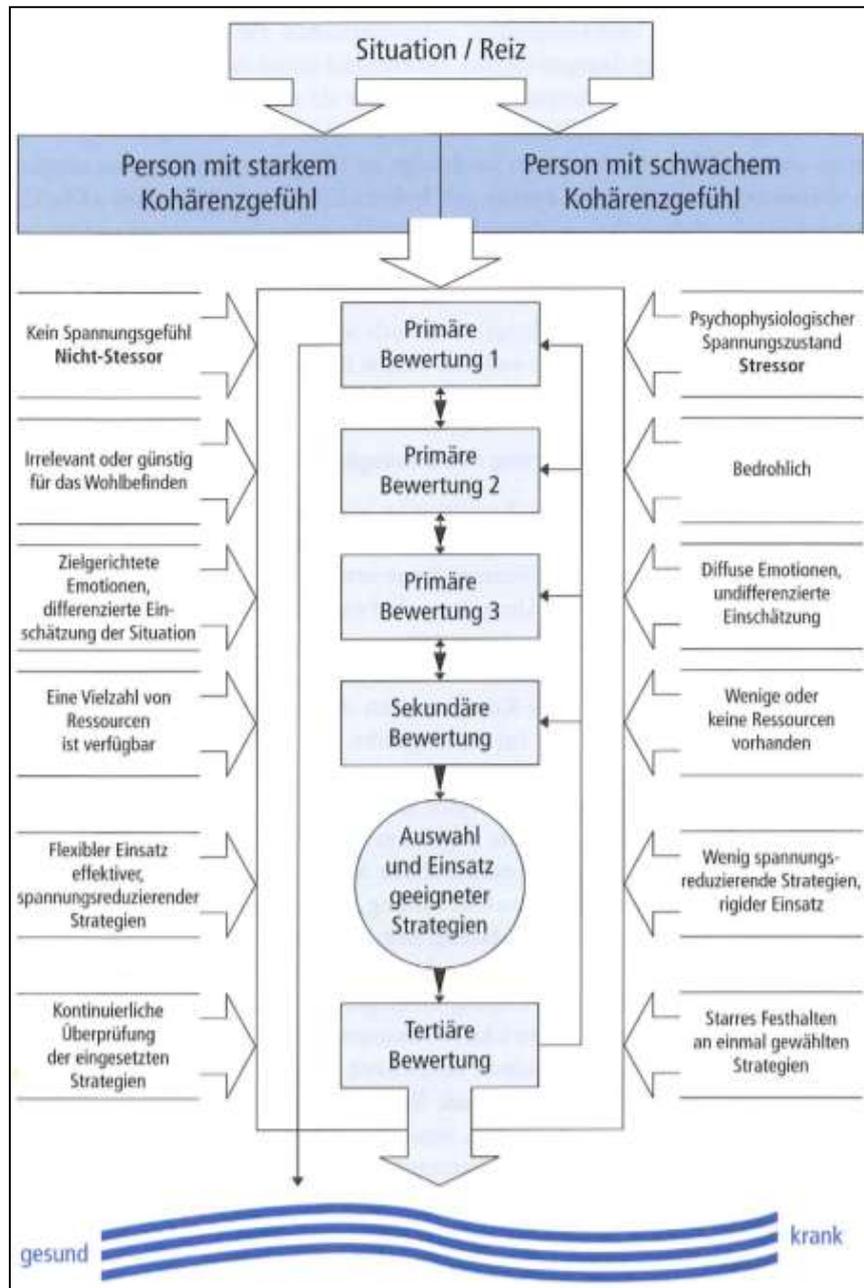


Abbildung 6. Zusammenhang von Kohärenzgefühl und Stressverarbeitung nach Antonovsky. Nach Franke, 2016, S. 179.

Ganz anders eine Person mit einem schwachen Kohärenzgefühl. Sie bewertet einen Reiz eher als Stressor und erlebt diesen als bedrohlich. Der Reiz löst diffuse Gefühle aus, und die Person kann nur eine undifferenzierte Einschätzung vornehmen. Zudem

stehen ihr im Gegensatz zu einer Person mit starkem Kohärenzgefühl nur wenige Ressourcen zur Verfügung, und entsprechend kann sie aus weniger Strategien auswählen (Franke, 2016, S. 179f). Antonovsky geht davon aus, dass eine Person mit schwachem Kohärenzgefühl die Rückmeldungen missachtet, an dem eingeschlagenen Weg festhält und keine alternativen Möglichkeiten sucht (Antonovsky, 1997, S. 137).

Damit Menschen flexibel auf verschiedene Herausforderungen reagieren können, ist ein gutes Kohärenzgefühl Voraussetzung. Antonovsky betont, dass ein starkes Kohärenzgefühl kein bestimmter Copingstil ist, denn die Person „wählt aus dem Repertoire generalisierter und spezifischer Widerstandsressourcen, die ihr zur Verfügung stehen, die Kombination aus, die am angemessensten zu sein scheint.“ (Antonovsky, 1997, S. 130).

Franke meint, dass das Kohärenzgefühl deshalb als Stressbewältigungsressource betrachtet werden kann (Franke, 2016, S. 178). Dabei hilfreich ist, wie bereits unter Kapitel 4.4 erwähnt, ein starkes Gefühl der Bedeutsamkeit, damit die Ressourcen mobilisiert werden (Antonovsky, 1997, S. 131).

4.4.2 Ressourcenorientierte Erweiterung

Franke kritisiert, dass das Modell von Antonovsky zwar salutogenetisch ist, jedoch stress- und anforderungsorientiert. Denn die drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit sind nur reaktiv formuliert; Antonovsky spricht denn auch von Widerstandsressourcen. Er vernachlässigt die Wirkung von positiven Faktoren, die direkt auf die Gesundheit einen Einfluss haben können.

Franke hat in einer Arbeitsgruppe das Konzept weiterentwickelt und mit Forschungen belegt, dass euthymes Erleben und Verhalten eine gesundheitsfördernde Ressource darstellt. Die Arbeitsgruppe geht davon aus, „dass Stressbewältigung nur ein Teil von gelungener aktiver Adaption ist. Der andere Teil sind gesundheits- und adaptionsfördernde Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen.“ (Franke, 2016, S. 181). Ressourcen sind also umfassender zu konzipieren, da sie aktiv die Gesundheit fördern können (S. 180f).

Franke benutzt - wie Antonovsky - die Metapher des Flusses, um dies zu verdeutlichen. Während den ruhigen Zeiten im Fluss kann sich der Mensch treiben lassen, die Aussicht genießen oder sich mit anderen Schwimmenden beim Ballspielen erfreuen. Diese Tätigkeiten helfen zu entspannen, zu erholen und fördern die Lebensfreude und -qualität. Man muss nicht ums Überleben kämpfen, sondern kann seine Bewältigungsressourcen reaktivieren und dadurch die Gesundheit direkt fördern (S. 183).

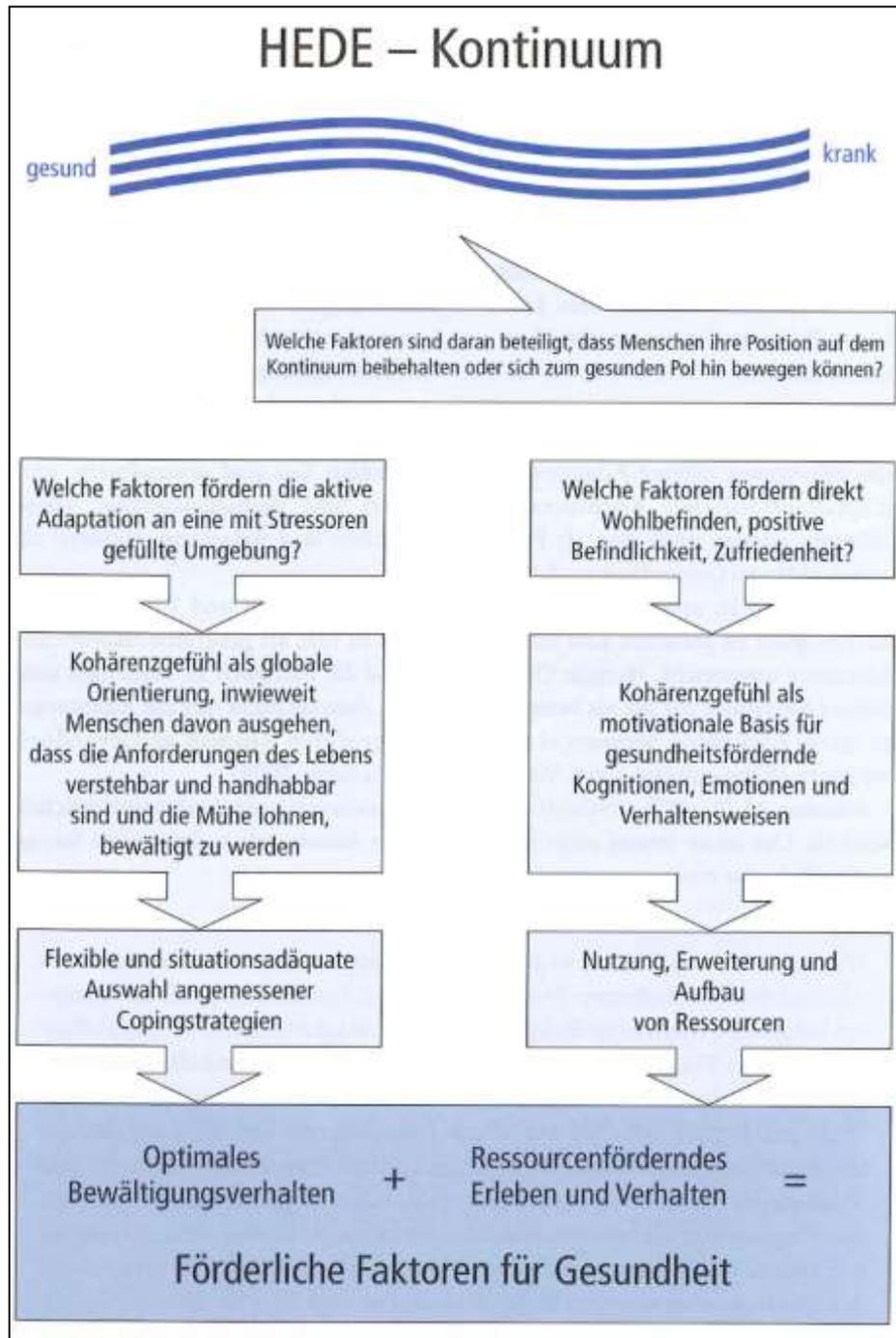


Abbildung 7. Ressourcenorientierte Erweiterung des Salutogenese-Modells. Nach Franke, 2016, S. 182.

Auf der linken Seite der Abbildung 7 ist das Modell von Antonovsky dargestellt und auf der rechten Seite die soeben beschriebene ressourcenorientierte Erweiterung nach Franke (S. 182). Franke verwendet den Begriff HEDE-Kontinuum anstelle des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums. Dies entspricht der von Antonovsky verwendeten englischen Bezeichnung der beiden Pole des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums health-

ease und dis-ease. Dieser Begriff lässt sich besser abkürzen als der deutsche, weshalb ihn Franke und Witte auch für ihr Gesundheitsförderungsprogramm verwenden (Franke & Witte, 2007, S. 11).

4.4.3 HEDE-Training® / Förderung der Gesundheit

Franke und Witte sind beide in der Forschung und Weiterentwicklung des Salutogenese-Konzeptes tätig. Sie führen aus, dass das Salutogenese-Konzept von Antonovsky international empirisch belegt und auch die Verbindung eines hohen Kohärenzgefühls mit besseren Werten der psychischen und physischen Gesundheit erwiesen ist. Zur Entwicklung des Kohärenzgefühls im Verlauf des Lebens gibt es aufgrund von Studien unterschiedliche Aussagen (Franke & Witte, 2009, S. 7). Antonovsky ging noch davon aus, dass sich das Kohärenzgefühl bis ins Erwachsenenalter bildet und ab dem Alter von 30 Jahren ziemlich stabil bleibt (Franke, 1997, S. 181). Franke und Witte nehmen hingegen an, dass das Kohärenzgefühl in jedem Alter gestärkt werden kann. Sie betrachten es als wichtig, dass die Veränderung des Kohärenzgefühls zielgerichtet herbeigeführt werden kann (Franke & Witte, 2009, S. 9). Es gibt keine Studie, in der Interventionsmassnahmen explizit auf dem Rationalen der Salutogenese aufbaut. Diese Gründe führten die beiden Forscherinnen zur Entwicklung des HEDE-Trainings® mit dem Ziel, die Gesundheit zu fördern bzw. das Kohärenzgefühl Richtung Gesundheitspol zu verschieben (Franke & Witte, 2009, S. 7).

Das HEDE-Training® ist ein Programm mit zehn ähnlich strukturierten Gruppen-Sitzungen. Das Programm kann und muss den Bedürfnissen der Teilnehmenden angepasst werden. Wissensvermittlung, Hausaufgaben, Reflektion und Rollenspiele fördern gezielt die drei Komponenten Bedeutsamkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit der Teilnehmenden. Dabei wird das Modell der Salutogenese vorgestellt, und es werden Informationen zum Kohärenzgefühl, zur Gesundheit sowie zu den Belastungen und Widerstandsressourcen vermittelt. Gezielt wird die eigene Situation differenziert reflektiert und mit Ziel eines besseren Kohärenzgefühls diverse Übungen vollzogen. „Dabei wird davon ausgegangen, dass die Effekte des Trainings insofern nachhaltig sind, als positive Veränderungen des Kohärenzgefühls zu erhöhter Aktivierung von Widerstandsressourcen und zu positiver Stressbewältigung führen und damit im Sinne einer positiven Feedbackschleife zu einer weiteren Stärkung des Kohärenzgefühls.“ (S. 13).

Zielgruppe des HEDE-Trainings® können alle Erwachsenen sein, da Franke und Witte davon ausgehen, dass das Kohärenzgefühl in jedem Alter gestärkt werden kann. Beson-

ders geeignet ist das Training für Menschen, die sich aufgrund von aktuellen oder chronischen Belastungen neu orientieren oder anpassen müssen oder die häufig gestresst sind und die Belastungen nicht mehr bewältigen können (S. 15). Gleichzeitig beinhaltet das Training auch Einheiten, die sich mit der Entspannung und Erholung und der direkten Steigerung der Lebensfreude und Lebensqualität auseinandersetzen.

4.5 Fazit

Die Metapher des Flusses von Antonovsky ist sehr nützlich, um den Salutogenese-Gedanken nachzuvollziehen und um ihn von der pathogenen Sichtweise zu unterscheiden. Das Salutogenese-Konzept hat unter anderem den Vorteil, dass der Mensch und nicht die Patientin - bzw. im Coachingkontext die Klientel - wahrgenommen wird. Die vorhandenen individuellen und gesellschaftlichen Widerstandsressourcen haben einen Einfluss auf die 'Schwimmfähigkeit' einer Person.

Das Kohärenzgefühl als globales Gefühl des Vertrauens bildet sich aus den drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Wobei die letztere die wichtigste, sinngebende und motivierende Ebene ist. Dabei müssen mindestens vier Bereiche als sinnvolle Herausforderung wahrgenommen werden: eigene Gefühle, nahe Beziehungen, die eigene Tätigkeit und existenzielle Fragen. Bei der Handhabbarkeit können eigene Ressourcen oder Ressourcen aus dem Umfeld genutzt werden.

Der Mensch ist ständigen Reizen ausgesetzt, und ein starkes Kohärenzgefühl ist, bei der Bewältigung dieser Herausforderungen, förderlich. Wenn das Kohärenzgefühl verbessert werden soll, muss jemand auch über mehr Ressourcen verfügen und diese erweitern. Es wird zwischen individuellen und gesellschaftlichen Widerstandsressourcen unterschieden.

Bei der Salutogenese wird der Tod mitgedacht und nicht als Versagen von Behandlungen wahrgenommen. Die Haltung, dass der Tod zum Leben gehört, kann die Auseinandersetzung mit dem Sinn und der Endlichkeit des Lebens anregen.

Das Modell der Salutogenese wurde um den Teil der direkten Förderung der Gesundheit weiterentwickelt. So kann eine Person, die sich in einem ruhigen Teil des Flusses befindet, eine genussvolle Zeit verbringen und keine Herausforderungen zu bewältigen hat, direkt ihre Gesundheit stärken.

Das sogenannte HEDE-Training® zielt darauf ab, die Gesundheit zu fördern bzw. das Kohärenzgefühl in Richtung Gesundheitspol zu verschieben.

Eine Person mit einer chronischen Krankheit ist nicht ausschliesslich aufgrund ihrer

Krankheit und als Patientin auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu 'platzieren', sondern sie ist als Ganzes, mit all ihren Facetten zu erfassen. Es gilt zu erkennen, welche Bereiche sich wo auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum befinden. Dieser Prozess geschieht gemeinsam zwischen Coachin und der Klientel.

Aufgrund dieser Ausführungen wird nun die in Kapitel 2.3 vorgeschlagene Definition von systemischem Gesundheitscoaching ergänzt:

Systemisches Gesundheitscoaching ist das Austauschen von Wirklichkeitskonstruktionen zwischen zwei Expertinnen mit dem Ziel, die Gesundheit direkt oder indirekt zu fördern: die Coachin als Expertin für den Coachingprozess und die Klientin als Expertin für die passenden und nützlichen Bewältigungs- und Handlungsmöglichkeiten. Gesundheit (psychisch und physisch) gehört als Pol zum Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Die (Widerstands)Ressourcen und das Kohärenzgefühl beeinflussen, wo eine Person auf dem Kontinuum positioniert ist und in welche Richtung sie sich auf dem Kontinuum bewegt.

Durch das Nutzen des Modells der Salutogenese kann individuell erfragt werden, welche Konstruktionen von Gesundheit die Klientel hat, wie sie ihr eigenes Kohärenzgefühl und die einzelnen Komponenten einschätzt und über welche Widerstandsressourcen sie verfügt. Insbesondere kann bei Menschen mit chronischer Erkrankung (gemeinsam) der Sinnfrage (Bedeutsamkeit) nachgegangen werden.

Im nächsten Kapitel soll Pro Infirmis vorgestellt und geklärt werden, ob das soeben definierte systemische Gesundheitscoaching anschlussfähig gemacht werden könnte.

5. Pro Infirmis

Es stellt sich nun die Frage, ob das systemische Gesundheitscoaching bei Pro Infirmis anschlussfähig gemacht werden könnte. Die Passung soll anhand der Haltung der Institution, des institutionellen Auftrags, der Klientel und des Angebotes geklärt werden. Als Grundlage dienen das Leitbild sowie diverse interne Grundlagenpapiere bzw. Konzepte.

5.1 Vision und Auftrag

Pro Infirmis ist eine schweizerisch tätige Organisation. Sie bezeichnet sich im Leitbild als „Kompetenzzentrum für Fragen rund um Behinderung. Wir beraten, begleiten und unterstützen Menschen mit Behinderung, ihre Angehörigen und Fachpersonen in der Schweiz. Wir engagieren uns für die Interessen von Menschen mit Behinderung und sensibilisieren die Öffentlichkeit für ihre Bedürfnisse.“ (Pro Infirmis, 2014, S. 5). Pro Infirmis verfolgt die Vision einer inklusiven Gesellschaft und setzt sich für Rahmenbedingungen ein, die es Menschen mit Behinderung ermöglichen, ein selbstbestimmtes Leben zu führen (Pro Infirmis, 2014, S. 6).

5.2 Klientel

Behinderung wird bei Pro Infirmis wie folgt definiert: „Eine Behinderung entspricht der längerdauernden Einschränkung in den alltäglichen Aktivitäten und / oder der sozialen Rollen einer Person. Die kompetente Teilhabe wird dadurch erschwert, behindert oder verunmöglicht. Diese Einschränkung ist die Folge der Interaktion zwischen den körperlichen, geistigen, sinnesbezogenen und/oder psychischen Beeinträchtigungen, verbunden mit anderen persönlichen Faktoren und den Umweltfaktoren.“ (Pro Infirmis, 2017a, S. 5). Es werden auch Personen beraten, „bei denen eine Behinderung absehbar ist.“ (Pro Infirmis, 2015, S. 3).

5.3 Angebot

Pro Infirmis bietet unterschiedliche Dienstleistungen an. Es soll hier nur die Sozialberatung erläutert werden. Die Sozialberatung erfolgt als Einzel- oder Gruppenberatung und umfasst auch das Case Management für komplexe Situationen. Als Aufgaben der Sozialberatung werden umschrieben: Beratung und Geltendmachung von rechtlichen und sozialversicherungsrechtlichen Ansprüchen, Erschliessen diverser Ressourcen, Vermittlung von Dienstleistungen und psychosozialer Beratung, damit ein selbstbestimmtes Leben ermöglicht wird. Themen können dabei aus den Bereichen Gesundheit, Wohnen, Lebensgestaltung, Finanzen, Schulen, Ausbildung, Arbeit / Beschäftigung, Beziehungen

und Freizeit sein. Die Beratung kann als Bewältigungshilfe bei persönlichen Lebensschwierigkeiten in Zusammenhang mit der Behinderungssituation und bei der Lebensgestaltung erfolgen (Pro Infirmis, 2017b, S. 1f). Im Zentrum steht dabei das soziale System der Klientel sowie eine systemisch-ressourcenorientierte Betrachtungsweise (Pro Infirmis, 2015, S. 4). Die Mitarbeitenden von Pro Infirmis begegnen Menschen mit Respekt, haben eine systemische Orientierung, betrachten die Klientel als Expertin ihrer Situation und eröffnen in einer konstruktiven Zusammenarbeit Wahlmöglichkeiten (Pro Infirmis, 2017a, S. 6f).

Im folgenden Kapitel wird nun der Frage nachgegangen, ob systemisches Gesundheitscoaching in der Sozialberatung von Pro Infirmis anschlussfähig gemacht werden könnte.

6. Ergebnisse

Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, was systemisches Gesundheitscoaching ist und ob es als Ansatz bei Menschen mit einer chronischen Krankheit angewendet bzw. ob es in der Sozialberatung bei Pro Infirmis anschlussfähig gemacht werden könnte. Die wichtigsten Erkenntnisse aus den vorhergehenden Kapitel werden hier nochmals zusammengefasst. Im Folgenden wird von der Definition von systemischem Gesundheitscoaching von Kapitel 4.5 ausgegangen, welche Zugang für Menschen mit einer chronischen Krankheit ermöglicht.

6.1 Gesundheitscoaching: eine erweiterte Sichtweise

Coaching findet bis anhin vor allem im Arbeitsbereich statt, und der Begriff wird unterschiedlich verwendet. Damit Gesundheitscoaching auch mit Menschen mit chronischer Erkrankung, die sich nicht mehr in einem Arbeitsprozess befinden bzw. bei denen es nicht um den Erhalt der Gesundheit zwecks Leistungssteigerung im Arbeitsprozess geht, angeboten werden kann, muss der Begriff anders definiert werden. Auf der einen Seite muss ein Coachingverständnis herbeigeführt werden, dass die Prämissen der Systemtheorie bzw. Haltungen aus der systemischen Beratung übernimmt, um der Bezeichnung 'systemisch' zu entsprechen. Auf der anderen Seite darf 'Gesundheit' als Zugang zum systemischen Gesundheitscoaching Menschen mit einer chronischen Krankheit nicht ausschliessen.

'Coaching' und 'systemisch' stellen ein Spannungsfeld dar. Bis anhin verfügt die Coachin nicht nur über Expertinnenwissen betreffend Prozessgestaltung, sondern auch über inhaltliches, fachliches Expertinnenwissen. In einem systemischen Gesundheitscoaching braucht es allerdings eine Haltung, die die Prämissen der Autopoiese, der Kybernetik, der Zirkularität und der Neutralität widerspiegelt. Die Coachin begegnet der Klientel auf Augenhöhe. Wie in der systemischen Beratung ist das Austauschen von Wirklichkeitskonstruktionen zur Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten wichtig. Dabei entscheidet die Klientel, was für sie passend und nützlich ist; sie ist die Expertin für ihr Leben und handelt sinnvoll.

Das systemische Denken bzw. die Darlegung der Systemtheorie nach Luhmann ist sehr komplex, und die Vorstellung, dass nicht der Mensch ein System ist, sondern aus verschiedenen Systemen besteht, kann befremdend wirken. Das biologische, psychische und soziale System operieren jeweils autopoietisch und beeinflussen sich gegenseitig. Das Erkennen, dass soziale Systeme aus Kommunikation bestehen und sich selber erzeugen, erfordert ein Umdenken, denn im Alltag wird vom Familiensystem, vom System

der Kinder, etc. gesprochen und nicht explizit von der Kommunikation des Systems (obwohl die Kommunikation zum Thema in der Beratung wird).

Eine Situation kann durch Kommunikation chronifiziert und auch wieder entchronifiziert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass aus der chronischen Situation ein Gewinn (z.B. Zugang zu institutionellen Angeboten oder finanziellen Leistungen) resultiert, welchen das System bei einer Veränderung verlieren könnte. Zur Unterscheidung von 'chronisch' wird 'akut' herbeigezogen. Akut bedeutet, dass eine Situation oder Krankheit wieder vorbeigeht. Mit chronisch ist hingegen die Erwartung verbunden, dass keine Änderung eintritt. Professionelle müssen bei der Planung von Interventionen reflektieren, welche Konsequenzen diese haben und ob sie damit die chronische Situation aufrechterhalten oder diese sogar noch fördern. Sorgfältig ist auch mit mündlicher und vor allem schriftlicher Kommunikation umzugehen. So können Akteneinträge und / oder Berichte je nach Formulierung auch zum Chronifizierungsprozess beitragen.

Gesundheit bleibt trotz der thematischen Auseinandersetzung ein komplexes Konstrukt. Die systemtheoretische Definition von Hafén (2007) mag hilfreich sein, da sie die Elemente des Modells der Salutogenese mitberücksichtigt und Gesundheit als veränderbar beschreibt. Für die Beschreibung von Krankheit können medizinische Diagnosen und / oder das biopsychosoziale Krankheitsverständnis herbeigezogen werden: krank sein, sich krank fühlen und sich krank zeigen.

6.2 Fokus: Menschen mit chronischer Erkrankung

Die Situationen von Menschen mit einer chronischen Erkrankung sind sehr komplex und stellen die Betroffenen und die Angehörigen immer wieder vor neue, grosse Herausforderungen. In der Schweiz sind 2,2 Millionen Menschen von chronischer Krankheit betroffen und mit ihnen viele Angehörige. Die verschiedenen Phasen der Bewältigung einer chronischen Krankheit zeigen die vielfältigen möglichen Reaktionen und Emotionen, die eine Person durchleben kann: Schock, Verleugnung, Isolation, Ärger, Wut, Depression, um nur einige zu nennen. Zudem müssen betroffene Personen bisherige Rollen anpassen und neue Rollen, als Patientin, erlernen.

Es gibt viele Menschen, die ihre Situation gut bewältigen und die nötigen Anpassungsleistungen erbracht haben. Und es gibt Menschen, denen die Bewältigung noch nicht gelungen ist und die unterschiedliches chronisches Krankheitsverhalten zeigen. Auch wenn dieses Verhalten für das Umfeld mühsam erscheinen mag, so hat die betroffene Person einen Nutzen aus diesem Verhalten, da Systeme bekannterweise sinnvoll operieren.

Wie eingangs erwähnt, könnte man vermuten, dass systemisches Gesundheitscoaching mit Menschen mit chronischer Erkrankung nicht möglich ist bzw. dass dies ein Spannungsfeld darstellt. Dank dem Modell der Salutogenese, welches das Kranksein als normal betrachtet, ist ein anderes Verständnis von Gesundheit und Krankheit möglich. Die Metapher, dass der Mensch im Fluss des Lebens immer wieder Reizen ausgesetzt ist, immer gesunde und kranke Anteile hat, ermöglicht einen Zugang zu Menschen mit chronischer Erkrankung, indem beide Pole eines Kontinuums thematisiert werden. Es wird nicht mehr nur die Krankheit und die damit einhergehenden Einschränkungen, sondern vor allem die gesunden Anteile fokussiert. Dadurch wird auch ein konstruktiver Umgang mit diesem Spannungsfeld ermöglicht.

Die Annahme, dass sich der Mensch in einer ständigen Heterostase befindet, erfordert ebenfalls ein Umdenken. Dass das Leben endlich ist, ist bekannt. Dennoch wird es vermutlich den meisten Menschen erst bewusst, wenn man mit der eigenen Endlichkeit oder derer von Angehörigen konfrontiert ist. Auch hier ist die Metapher des Flusses nützlich, indem der Tod mitberücksichtigt und nicht verdrängt wird.

6.3 Coachingprozess: wichtige Aspekte

Damit Menschen flexibel auf Herausforderungen reagieren können, ist ein gutes Kohärenzgefühl Voraussetzung. Dieses besteht aus den drei Komponenten, Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit, welche jeweils unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. Es ist möglich, im Coachingprozess das Modell der Salutogenese mit der Klientel zu besprechen und zu reflektieren, was die einzelnen Komponenten ausmacht, wo Ressourcen vorhanden sind und wo es Unterstützung und Förderung braucht. Die Bedeutsamkeit ist als motivierendes Element am wichtigsten. Dabei müssen Betroffene mindestens die eigenen Gefühle, die unmittelbaren interpersonellen Beziehungen, die wichtigste eigene Tätigkeit und existenzielle Fragen als bedeutsam erleben.

Gesundheit wird nicht nur durch das Abwenden von Krankheit erhalten, sondern kann direkt durch euthymes Verhalten und Erleben gefördert werden. So kann im Coaching nach Konstrukten von Genuss und genussvollen Momenten gefragt werden. Es geht darum, Erlebnisse zu schaffen oder bewusst zu machen, die positive, genussvolle Gefühle ermöglichen, damit wiederum die Gesundheit gefördert wird.

6.4 Fazit

Aufgrund der Ausführungen zu Pro Infirmis kann festgestellt werden, dass die Klientel

von Pro Infirmis teilweise Menschen mit chronischen Erkrankungen sind, dass die Haltung und Arbeitsmethode der Mitarbeitenden systemisch und Gesundheit Thema in der Beratung ist. Systemisches Gesundheitscoaching ist aktuell zwar nicht explizit als Angebot aufgeführt. Es darf aber angenommen werden, dass bereits heute die Gesundheit durch die Sozialberatung erhalten oder gefördert wird, denn der institutionelle Auftrag beinhaltet das Ermöglichen eines selbstbestimmten Lebens. Selbstbestimmung und Teilhabe sind wichtige Elemente des Kohärenzgefühls. Das systemische Gesundheitscoaching könnte somit an das Angebot von Pro Infirmis anschlussfähig gemacht werden.

7. Schlussfolgerungen

Um die eingangs gestellten Fragen und Hypothesen (Kapitel 1.5) in Bezug auf die Konsequenzen in der Praxis zu beantworten, hat die Autorin - basierend auf der Literaturrecherche – folgende Definition von systemischem Gesundheitscoaching erarbeitet:

Systemisches Gesundheitscoaching ist das Austauschen von Wirklichkeitskonstruktionen zwischen zwei Expertinnen mit dem Ziel, die Gesundheit direkt oder indirekt zu fördern: die Coachin als Expertin für den Coachingprozess und die Klientin als Expertin für die passenden und nützlichen Bewältigungs- und Handlungsmöglichkeiten. Gesundheit (psychisch und physisch) gehört als Pol zum Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Die (Widerstands)Ressourcen und das Kohärenzgefühl beeinflussen, wo eine Person auf dem Kontinuum positioniert ist und in welche Richtung sie sich auf dem Kontinuum bewegt.

Indem Gesundheit und Krankheit als Pole eines Kontinuums betrachtet werden und eingeräumt wird, dass Menschen immer gesund *und* krank sind, ist systemisches Gesundheitscoaching auch für Menschen mit chronischer Erkrankung möglich. Auf methodischer Ebene gibt es keinen Unterschied zum systemischen Gesundheitscoaching mit erwerbstätigen und / oder gesunden Menschen. Thematisch wird es vermutlich Unterschiede, die das Thema Erwerbstätigkeit bzw. die Rolle als Arbeitnehmerin betreffen, geben. Im Coaching mit Menschen mit chronischer Erkrankung könnte der Frage nachgegangen werden, welche Bedeutung das Erwerbsleben für die Klientel hatte und was anstelle des Erwerbslebens Sinn und Bedeutung geben könnte.

Aufgrund der Definition lässt sich aber auch annehmen, dass sich die Themen bei jeder Klientin (unabhängig von der Erwerbstätigkeit) unterscheiden, da jeder Mensch eine eigene Vorstellung von Gesundheit hat. Dieses Konstrukt von 'Gesundheit' ist im Coaching zu erfragen, um als Coachin anschlussfähig an die Klientel zu sein.

Das Modell der Salutogenese bzw. die Zusammenhänge zwischen Gesundheit-Krankheit, Kohärenzgefühl und Widerstandsressourcen sowie die ressourcenorientierte Erweiterung von Franke könnten in der Beratung bzw. im Coaching visualisiert und erklärt werden, allenfalls sogar in die leichte Sprache übersetzt werden. Dadurch wird es für die Klientel verständlich, wie sie ihre eigene Gesundheit beeinflussen und somit selbstwirksam sein kann. Das HEDE-Training® mit seinen verschiedenen Übungen könnte zudem zur Reflexion genutzt werden, um euthymes Verhalten zu fördern.

Die Coachin kann der Klientel zwischen den einzelnen Gesprächen Aufgaben geben,

die die Klientel als zu bewältigende Herausforderung erlebt. Dadurch kann die Klientel positive Erfahrungen sammeln, wodurch die Komponente der Verstehbarkeit und der Handhabbarkeit gestärkt werden. Zudem muss die Aufgabe für die Klientel sinnvoll sein, damit sie diese motiviert angeht.

Da Menschen mit chronischen Erkrankungen vermutlich bereits etliche Anpassungsleistungen erbracht haben - und immer wieder neue erbringen müssen -, können diese wertgeschätzt und im Coaching zur Motivation der Klientel genutzt werden. Die Klientel kann aus bisherigen Erfahrungen die Zuversicht, dass sie auch die nächsten Herausforderungen gut bewältigen wird, schöpfen.

Durch eine salutogene Haltung kann die Coachin die Klientin als Menschen umfassender wahrnehmen, und nicht nur beschränkt auf ihre Rolle als kranke Person. Dies würde die Handlungsmöglichkeiten erweitern, indem mehr Ressourcen sichtbar werden.

Das Wissen, dass Systeme autopoietisch und sinnvoll operieren, kann für die Coachin entlastend sein, da sie weder eine fertige Lösung haben muss noch den Druck hat, die Klientel gezielt steuern zu können oder zu müssen. Vermutlich führt dieses Wissen und diese Haltung zu mehr Gelassenheit, zu weniger Belastung und weniger Druck im Berufsalltag der Coachin. Dies könnte sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken, was wiederum der arbeitgebenden Institution entgegenkommt. Die Institution hätte vermutlich gesündere und motiviertere Mitarbeiterinnen.

Bei Intakesitzungen, Fallpräsentationen und Koordinationssitzungen ist zu reflektieren, wer im System wie zur Chronifizierung beiträgt, was der Gewinn / Sinn dabei ist und was verändert werden könnte. Dies bezieht sich nicht nur auf die Klientel und die Angehörigen, sondern auch auf die Professionellen. Insbesondere bei Dokumenten ist mit Formulierungen bzw. Zuschreibungen sorgsam umzugehen, da Schriftstücke unter Umständen viele Jahre aufbewahrt und an Dritte weitergegeben werden.

Mit der Metapher des Flusses kann Krankheit normalisiert und die Endlichkeit des Lebens thematisiert werden. Es kann aufgezeigt werden, dass das Leben bis zum Ableben Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten bietet, seien diese auch noch so klein. Das Enttabuisieren und die Reflexion könnte für die Klientel auch entlastend und befreiend wirken und die Komponente der Bedeutsamkeit fördern. Dies bedingt allerdings, dass die Coachin sich der eigenen Bilder, Vorstellungen und Werte rund um Krankheit und Sterben bewusst ist und diese reflektiert. Sie muss bereit sein, sich auf dieses Thema einzulassen. Bei der Coachin könnte die Auseinandersetzung mit dem Thema und die

salutogene Haltung allenfalls vorhandene Ohnmachtsgefühle bei sehr schwierigen Situationen reduzieren, was sich wiederum positiv auf die Psyche der Coachin auswirken kann.

Die arbeitgebende Institution könnte Kurse für Sozialarbeitende zum Thema Sterben und Tod anbieten. Ziel wäre zum einen die Auseinandersetzung der Mitarbeitenden mit dem Thema, zum anderen die Förderung einer gemeinsamen Haltung innerhalb der Institution.

Im Rahmen der interinstitutionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit kann das systemische Gesundheitscoaching ein gegenseitiges Akzeptieren und Respektieren der unterschiedlichen Sichtweisen der Professionellen, der Betroffenen und der Angehörigen begünstigen. Es geht nicht um richtig oder falsch, sondern um ein Nebeneinanderstellen der verschiedenen Sichtweisen und Erweitern der möglichen Handlungsansätze zugunsten der Gesundheitsförderung der Klientel.

Die Frage, was die Klientel braucht, um zu einer noch besseren Schwimmerin zu werden, kann alle am Prozess Beteiligten (Betroffene, Angehörige, Professionelle) auf eine spannende Flussreise führen. Wichtig ist, dass alle offen gegenüber den unterschiedlichen Konstrukten sind.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Einführung eines systemischen Gesundheitscoachings mit Menschen mit chronischer Erkrankung als Chance zu sehen ist – für die Betroffenen selbst, für ihre Angehörigen, aber auch für die Professionellen und die dahinterstehenden Institutionen. Gerade eine Institution wie Pro Infirmis hätte vermutlich nicht nur zusätzliche Kosten, sondern auch einen Nutzen vom systemischen Gesundheitscoaching, wenn Sozialarbeitende durch das systemische Arbeiten gesünder bleiben und weniger belastet sind.

8. Reflexion

Es konnte nur eine Annäherung an das Thema stattfinden. Im Verlauf der Auseinandersetzung mit den verschiedenen Themenblöcken wurde mir bewusst, wie umfassend und breit die einzelnen Themen sind.

Zum Beispiel der Begriff Coaching: Dieser wird in unterschiedlichen Bereichen wie Sport, Gesundheit, Eltern, Job etc. und von unterschiedlichen Anbieterinnen verwendet, was sich in den verschiedenen Definitionen widerspiegelt. Nebst diesen Definitionen spielt es auch eine Rolle, dass der Begriff weniger stigmatisierend ist als eine Beratung durch psychologische oder psychiatrische Fachpersonen. Es ist 'in', eine persönliche oder eine digitale Coachin zu haben. Vermutlich erschwert dieser Trend die Unterscheidung zwischen seriösen und dubiosen Angeboten des Gesundheitscoachings.

Die vorgeschlagene Definition von systemischem Gesundheitscoaching würde eine Anschlussmöglichkeit an das Angebot von Pro Infirmis bejahen. Würde es angeboten, könnte es für Menschen mit einer chronischen Krankheit reizvoll sein, ebenfalls ein 'Coaching' zu nutzen und eine persönliche 'Coachin' zu haben. Auf der anderen Seite ist anzunehmen, dass das Angebot oder Teile davon aufgrund des Leistungsauftrages (Pro Infirmis bietet Sozialberatungen an) eher unter dem Titel 'Gesundheitsberatung' Eingang finden könnten.

Persönlich fände ich es sehr spannend, das von Franke und Witte entworfene Programm zur Förderung von Gesundheit anzuwenden. Dies bedingt jedoch nebst dem Wissen um das Modell der Salutogenese grosse zeitliche Ressourcen, welche eher knapp vorhanden sind.

Gemäss der vorgeschlagenen Definition verfügt die Coachin über Wissen zur Prozessgestaltung. Ich denke, dass, wie bis anhin, fachliches Wissen auch dazugehört. Zentral erscheint mir jedoch die Haltung, dass die Klientel als Expertin für ihr Leben betrachtet wird. Wenn die Klientel nach Informationen fragt, können diese meiner Meinung nach selbstverständlich vermittelt werden, damit ein weiterer Schritt im Prozess möglich ist.

Das Modell der Salutogenese müsste jedoch an die Klientel angepasst werden, damit diese gefordert, aber nicht überfordert ist. Zudem müsste der passende Zeitpunkt gewählt werden, da oft andere Themen vorrangig sind, wie z.B. die Existenzsicherung, Finanzierung von speziellen Auslagen oder das Finden einer neuen Wohnung.

Auch beim Thema Gesundheit und Krankheit hat sich gezeigt, dass dies sehr weite Gebiete sind, die von unterschiedlichen Disziplinen besetzt werden. Ganz im Sinne der

systemischen Haltung ist es für mich am wichtigsten, wie Betroffene für sich persönlich Gesundheit und Krankheit definieren, wie sie ihre Situation im Alltag erleben und damit umgehen. So könnte das biopsychosoziale Verständnis von Krankheit auch auf Gesundheit übertragen werden: gesund sein, sich gesund fühlen und sich gesund zeigen. Gerade bei Personen, die vielleicht im letzten Flussabschnitt schwimmen, braucht es meiner Meinung nach sehr grosse Sensibilität, wie von Gesundheit (als Pol) gesprochen wird und trotzdem das Kranksein anerkannt und respektiert werden kann.

Ich denke, beim systemischen Gesundheitscoaching mit Menschen mit einer chronischen Erkrankung geht es um kleine Schritte und kleine Veränderungen, so dass sie ihren allfälligen 'Krankheitsgewinn' nicht verlieren, nicht ganz verlieren und durch einen anderen 'Gewinn' ersetzen können. Wichtig wäre, dass sie sich auf dem Kontinuum Richtung Gesundheit bewegen können.

Die Aussage von Hafén (2007), dass nach strikter Betrachtungsweise Gesundheit nicht direkt gefördert werden kann, finde ich müssig und systemisch betrachtet wenig ergiebig. Wenn es für die Klientel stimmig ist, sich zu überlegen, wie sie durch schöne Erlebnisse oder entspannende Momente ihre Gesundheit direkt fördern und diese Schritte auch umsetzen kann, ist dies das Einzige, was in der Praxis zählt.

Mir wurde auch bewusst, dass ich in der Rolle als Angehörige von chronisch kranken Menschen mehrfach betroffen bin: Beide Elternteile haben eine chronische Erkrankung, ebenso mein Sohn und der Vater meiner Nichte. Ich erlebe selber, wie Veränderungen und neue Informationen immer wieder das ganze Familiensystem durchrütteln und beeinflussen. Ich stelle mir die Frage, wenn in der Schweiz 2,2 Millionen Menschen eine chronische Krankheit haben, wieviele Angehörige sind ebenfalls (mehrfach) betroffen? Die Familiensituation kann psychisch und physisch belastend sein und somit einen Risikofaktor für die Gesundheit des ganzen Systems darstellen. Demzufolge könnten mit einem systemischen Gesundheitscoaching nicht nur die Betroffenen, sondern auch die Angehörigen eingebunden werden.

Die Auseinandersetzung mit der Thematik wird mich somit in meiner beruflichen und privaten Rolle weiterhin begleiten. Ich werde mir vermehrt die Metapher des Flusses vor Augen führen und diese auch in der Beratung anwenden, da sie mich sehr anspricht.

Und nicht zuletzt, müssten sich Sozialarbeitende und Coachinnen der eigenen Bilder und Haltungen von Gesundheit, Krankheit und dem Sterben bewusst sein, bevor sie sich auf ein systemisches Gesundheitscoaching einlassen.

In Anlehnung an das bekannte Zitat von Watzlawick über die Kommunikation schliesse ich mit folgendem, eigenem Zitat ab:

Man kann nicht nicht gesund sein!

Man kann nicht nichts für seine Gesundheit machen!

Literatur- und Quellenverzeichnis

Literaturverzeichnis

- Abel, Thomas, Kolip, Petra und Wydler, Hans. (2010). Sense of coherence und Salutogenese: Ein Essay zur Kritik und Weiterentwicklung einer aktuellen Perspektive in der Gesundheitsförderung. In Hans Wydler, Petra Kolip & Thomas Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl: Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (4. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Antonovsky, Aaron. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bachmann, Nicole. (2015). Teil B: Chronische Erkrankungen. In Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz- Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015* (S. 123-268). Bern: Hogrefe.
- Bachmann, Nicole und Diebold, Monika. (2015). Einleitung. In Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz- Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015* (S. 29-35). Bern: Hogrefe.
- Barthemess, Manuel. (2016). *Die systemische Haltung: Was systemisches Arbeiten im Kern ausmacht*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bergknapp, Andreas. (2016). Systemische Haltung zwischen Theorie und Praxis. *Systemthema*, 1/2016, 5-19).
- Franke, Alexa. (1997). Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenese-Konzepts. In A. Antonovsky, *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (S. 169-192). (Deutsche erweiterte Ausgabe Herausgabe von Alexa Franke). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Franke, Alexa. (2016). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. (1. Nachdruck der 3. überarbeitete Aufl.2012). Bern: Verlag Hans Huber.
- Franke, Alexa & Witte, Maibritt. (2009). *Das HEDE-Training®: Manual zur Gesundheitsförderung auf Basis der Salutogenese*. Bern: Hans Huber.
- Fryszler, Andreas & Schwing, Rainer. (2012). *Systemisches Handwerk. Werkzeug für die Praxis*. (5. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hafen, Martin. (2007). *Mythologie der Gesundheit: Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Kaiser-Nolden, Eva. (2016). Coaching – systemisch betrachtet. *Systemthema*, 1/2016, 28-41).
- König, Eckard & Volmer, Gerda. (2012). *Handbuch Systemisches Coaching: Für Coaches und Führungskräfte, Berater und Trainer*. (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.

- Lauterbach, Matthias. (2008). *Einführung in das systemische Gesundheitscoaching*. (2. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.
- Ostermann, Doris. (2010). *Gesundheitscoaching*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Ruf, Gerhard Dieter. (2013). *Einführung in die systemische Psychiatrie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Schaefer, Hans. (2002). *Vom Nutzen des Salutogenese-Konzepts*. Münster: Daedalus Verlag.
- Schweitzer, Jochen & von Schlippe, Arist. (2012). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I: Das Grundlagenwissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schweitzer, Jochen & von Schlippe, Arist. (2015). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II: Das störungsspezifische Wissen*. (6. unveränderte Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (Hrsg.). (2015a). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015*. Bern: Hogrefe.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2015b). *Leben mit chronischer Krankheit. Die Perspektive von Patientinnen, Patienten und Angehörigen* [PDF]. Abgerufen von <http://www.obsan.admin.ch/de/publikationen>. (Obsan Dossier 46)
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2015c). Nationaler Gesundheitsbericht. Glossar. [PDF]. Abgerufen von <http://www.obsan.admin.ch/de/publikationen>.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2016). *Längsschnittanalyse chronischer Kranker*. [PDF]. Abgerufen von <http://www.obsan.admin.ch/de/publikationen>. Obsan Bulletin 9/2016.
- Simon, Fritz B. (2012). *Die andere Seite der „Gesundheit“. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie*. (3. überarbeitete und korrigierte Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.
- Simon, Fritz B. (2014). *Die Kunst, nicht zu lernen. Und andere Paradoxien in Psychotherapie, Management, Politik* (6. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.
- Terrahe-Hecking, Claudia und Theiling, Stephan. (2015). Gesundheitscoaching in der Sozialen Arbeit. *Impuls*, Magazin des Fachbereichs Soziale Arbeit, Berner Fachhochschule, 2/2015, S. 21-23.
- Tomascheck, Nino. (2009). *Systemisches Coaching: Ein zielorientierter Beratungsansatz*. (2. Aufl.). Wien: Facultas.

Quellenverzeichnis

- Berufsverband für Coaching, Supervision und Organisationsberatung. (2016). *Beratungsformate. Gut beraten* [PDF]. Abgerufen von <http://www.bso.ch/>.
- Beushausen, Jürgen. (2016). *Risiken und Nebenwirkungen in der Beratung und Therapie. DGSF Tagung 2016 – Frankfurt. J. Beushausen* [PDF]. Abgerufen von <https://dgsf-tagung-2016.de>.
- Bundesamt für Statistik. (2016). *ValeurS Gesundheit. Ein Informationsmagazin des Bundesamtes für Statistik – Ausgabe 1/2016*. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.html>.
- Gabler Wirtschaftslexikon, Springer Gabler Verlag. Abgerufen von <http://wirtschaftslexikon.gabler.de>.
- Pro Infirmis. (2017a). *Dienstleistungskonzept inkl. Dienstleistungskatalog. (Version 3.0)*.
- Pro Infirmis. (2017b). *Dienstleistungskonzept inkl. Dienstleistungskatalog. Teil Dienstleistungskatalog. (Version 3.0)*.
- Pro Infirmis. (2014). *Leitbild*.
- Pro Infirmis. (2015). *Sozialberatung: Rahmenkonzept. (Version 2.1)*.
- WDR. (1989). *Niklas Luhmann- Beobachter im Krähenest eng subs*. Abgerufen am 18.11.2016 von <https://www.youtube.com/watch?v=qRSCKSPMuDc>.