

Medienpsychologie

Konzepte – Methoden – Praxis

Bettina Fromm

Eva Baumann

Claudia Lampert

Gesundheits- kommunikation und Medien

Ein Lehrbuch

Kohlhammer

Medienpsychologie

Konzepte – Methoden – Praxis

Herausgegeben von

Dagmar Unz

Nicole C. Krämer

Monika Suckfüll

Stephan Schwan

Bettina Fromm
Eva Baumann
Claudia Lampert

Gesundheits- kommunikation und Medien

Ein Lehrbuch

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

1. Auflage 2011

Alle Rechte vorbehalten

© 2011 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-020683-0

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-026834-0

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	8
Tabellenverzeichnis	9
Einleitung	11
1 Mediale Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld ..	15
1.1 Zum Gesundheitsbegriff	15
1.2 Gesundheitskommunikation	19
1.3 Entwicklung des Forschungsfeldes	22
1.4 Die Bedeutung theoretischer Konzepte und Modelle in der Gesundheitskommunikation	24
1.5 Unterschiedliche Zielrichtungen von Gesundheits- kommunikation	25
1.6 Systematisierung des Forschungsfeldes Gesundheits- kommunikation	26
1.7 Systematisierung des Forschungsfeldes medialer Gesundheitskommunikation	30
1.8 Erweiterung des Forschungsfeldes: gesundheitsbezogene und gesundheitsrelevante Medieninhalte	32
1.9 Kommunikationspartner in der medialen Gesundheits- kommunikation	34
2 Gesundheit und Krankheit in den Medien	37
2.1 Kommunikationswege und Vermittlungspotentiale	37
2.1.1 Printmedien	38
2.1.2 Fernsehen	40
2.1.3 Radio und Podcasts	42
2.1.4 Internet	42
2.1.5 Video- und Computerspiele	45
2.1.6 Informations- und Aufklärungsmaterialien	46
2.1.7 Stärken und Schwächen einzelner Medien	49

2.2	Spektrum der Gesundheits- und Krankheitsthemen in den Medien	50
2.2.1	Themenbeispiel Krebs	51
2.2.2	Themenbeispiel Alkohol	57
2.2.3	Themenbeispiel Essstörungen	60
2.3	Problematische Darstellungsmuster	62
2.3.1	Produktionszwänge und Selektionsmechanismen	62
2.3.2	Über- und Unterbetonungen	62
2.3.3	Tabuisierungen	63
2.3.4	Stereotypisierungen	63
2.3.5	Victim Blaming	64
2.3.6	Widersprüchliche Medienaussagen	64
2.3.7	Unausgewogenheit der Berichterstattung	65
2.3.8	Medikalisierung	65
3	Mediennutzung: Gesundheits- und krankheitsbezogenes Informationsverhalten	68
3.1	Zur veränderten Rolle von Patienten und Rezipienten	69
3.2	Typologie des Gesundheitsinformationsverhaltens	72
3.2.1	Informationsinteresse	73
3.2.2	Mediale und persönliche Informationsquellen	73
3.2.3	Spektrum der gesuchten Themen	77
3.2.4	Determinanten des Gesundheitsinformationsinteresses und -verhaltens	78
3.2.5	Typologie der Nutzer von Gesundheitsinformationen ...	79
4	Relevanz medialer Angebote für die Gesundheit der Rezipienten	85
4.1	Gesundheitsrelevante Medienwirkungen – begriffliche Annäherungen	86
4.1.1	Auswahlverhalten und spezifische Nutzungsmotive	86
4.1.2	Medienrezeption und Mediennutzung	87
4.1.3	Medienwirkungen im Anschluss an die Nutzung bzw. Rezeption	88
4.2	Differenzierung von Dimensionen medialer Gesundheits- kommunikation	89
4.2.1	Gesundheitsbezogene oder gesundheitsrelevante Medieninhalte?	89
4.2.2	Explizit oder implizit gesundheitsbezogene Medieninhalte?	89
4.2.3	Unintendierte Gesundheitsbotschaften oder mit Intention der Gesundheitsförderung verbundene Medieninhalte?	90

4.2.4	Wirkungen auf Gesundheitsbewusstsein und -verhalten: direkt oder indirekt?	91
4.2.5	Wirkungsrichtung: gesundheitsfördernd, krankmachend oder wirkungslos?	91
4.3	Integration medialer Wirkungsdimensionen	92
4.3.1	Differenzierung von Medieneinflüssen auf das Individuum	92
4.3.2	Differenzierung von Medieneinflüssen auf die Gesellschaft	93
4.3.3	Theoretische Implikationen für die Erforschung medialer Gesundheitskommunikation	96
4.4	Theoretische Modelle zur Erklärung von (medialer) Gesundheitskommunikation	96
4.4.1	Integratives Modell zur Erklärung des individuellen Gesundheitsverhaltens	99
4.4.2	Kultivierung von Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit	103
4.4.3	Themensetzung von Gesundheitsthemen durch Massenmedien	107
4.4.4	Massenmedien und parasoziale Kommunikations- prozesse	113
4.5	Implikationen für die Gesundheitsförderung	121
5	Mediale Strategien der Gesundheitsförderung	126
5.1	Gesundheitskampagnen	128
5.1.1	Social Marketing	129
5.1.2	Kampagnen	131
5.2	Entertainment-Education	140
5.3	Media Advocacy	144
5.4	Medizin- und Gesundheitsjournalismus	149
5.5	Implikationen massenmedialer Strategien für die Gesundheitsförderung	156
Literatur		163
Stichwortverzeichnis		185

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1.1: Kommunikationspartner in der medialen Gesundheitskommunikation	35
Abb. 2.1: Plakat der AIDS-Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	48
Abb. 2.2: Stern-Titel 41/1999 zum Thema Brustkrebs	53
Abb. 3.1: Wichtigste Quellen, in denen Gesundheitsinformationen gesucht werden	76
Abb. 3.2: Wichtigste Themenfelder, zu denen Informationen gesucht wurden	77
Abb. 3.3: Modell des Informationsverhaltens	79
Abb. 4.1: Verknüpfung des Integrativen Modells zur Vorhersage von Gesundheitsverhalten mit Theorien und Konzepten zur Mediennutzung und -wirkung	99
Abb. 4.2: Das Integrative Modell zur Vorhersage des Gesundheitsverhaltens	100
Abb. 4.3: Wechselwirkungsprozesse im Agenda-Setting	111
Abb. 4.4: Buch des Basketball-Profis Earvin „Magic“ Johnson über seine HIV-Infektion	118
Abb. 5.1: Systemmodell von Kommunikationskampagnen	134

Tabellenverzeichnis

Tab. 1.1:	Vier-Ebenen-Modell der Gesundheitskommunikation	28
Tab. 1.2:	Struktur des Studiengangs Health Communication an der Universität Bielefeld	29
Tab. 1.3:	Ebenen medialer Gesundheitskommunikation	31
Tab. 1.4:	Gegenüberstellung von gesundheitsbezogenen und gesundheitsrelevanten Medieninhalten	32
Tab. 1.5:	Forschungsgegenstand der medialen Gesundheits- kommunikation	34
Tab. 2.1:	Eigenschaften und Leistungen der Medien und Medienangebote hinsichtlich der Verbreitung von Gesundheitsbotschaften	49
Tab. 3.1:	Persönliche Eigenschaften und Themenwahrnehmung der Gesundheitsinformationsverhaltenstypen	82
Tab. 4.1:	Kategorisierung gesundheitsrelevanter Medienwirkungen auf individueller Rezipientenebene	93
Tab. 4.2:	Gesellschaftliche Wirkungsdimensionen gesundheits- relevanter Medienkommunikation	94
Tab. 4.3:	Differenzierung medialer und individueller Einflüsse auf die Wirkungspotentiale der Gesundheits- kommunikation	122
Tab. 5.1:	Vergleich von Media Advocacy und Social Marketing	147
Tab. 5.2:	Übersicht der Kommunikationsstrategien	160

Einleitung

Ob Ratgebersendungen und Arztserien im Fernsehen, Gesundheitsportale im Internet oder Assistenz-Technologien für chronisch Kranke und alte Menschen – Gesundheitskommunikation über Medien nimmt im Alltag einen immer größer werdenden Stellenwert ein. Zu diesem Trend haben in den letzten Jahrzehnten verschiedene Faktoren beigetragen. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang zum einen der Fortschritt in der Medizin und die mit diesem einhergehende kontinuierliche Erweiterung medizinischen Wissens über Erkrankungen und deren Diagnostik und Therapie. Zum anderen haben soziale und politische Veränderungen Einfluss genommen auf die individuelle und öffentliche Gesundheitsversorgung und damit auf die Gesundheitskommunikation. Die Rolle der Patienten befindet sich in einem kontinuierlichen Wandel in Richtung einer höheren Eigenverantwortung und Partizipation an medizinischen Entscheidungen. Den hiermit verbundenen Ansprüchen können jedoch nur umfassend informierte, aufgeklärte und in Gesundheitsfragen kompetente Menschen gerecht werden. Seit den 1970er Jahren formiert sich in Deutschland eine Selbsthilfebewegung, die Patienten und ihre Angehörigen begleitet, sie informiert und auffängt. Sie tritt für die Rechte von Patienten ein und fordert eine größere Teilhabe der Patienten an Entscheidungsprozessen im Gesundheitssystem. Seit 2004 ist zudem die Position einer (bzw. eines) Patientenbeauftragten der Bundesregierung gesetzlich verankert. Die Rolle des Patientenbeauftragten besteht vor allem darin, die Belange von Patienten hinsichtlich einer umfassenden und unabhängigen Beratung sowie in Bezug auf objektive Informationen im Gesundheitswesen zu vertreten. Die Rolle der Patienten wird auch durch Einrichtungen wie die Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover gestärkt. Die im März 2007 gegründete Patientenuniversität verfolgt das Ziel, die Gesundheitskompetenz von gesundheitsinteressierten Bürgern, medizinischen Laien sowie Patienten und deren Angehörigen zu fördern. Seit Herbst 2009 wird in Anlehnung an dieses Modell an der Universität Jena ebenfalls eine Gesundheits-Uni aufgebaut, die sich die Vermittlung von medizinischem Wissen an die gesundheitsinteressierte Bevölkerung zum Ziel gesetzt hat.

Informationen über Gesundheit sind darüber hinaus nicht nur für unmittelbar betroffene Personen bedeutsam. Gesundheitsprodukte und -dienstleistungen haben sich im Zuge gesellschafts- und gesundheitspolitischer Veränderungen zu einem Konsumgut entwickelt, für das sich – von Wellness über IGeL-Leistungen (individuelle Gesundheitsleistungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlt werden) bis hin zum Medizintourismus – ein

immer größer werdender Markt entwickelt. Untersucht man die für das Gesundheitsverhalten relevanten medizinischen, sozialen, politischen und ökonomischen Veränderungen, so stellt man fest, dass diese maßgeblich durch Medienkommunikation vorangetrieben werden. Der technologische Fortschritt im Medienbereich und die kontinuierliche Diversifizierung der inhaltlichen Angebote bieten Patienten, Kunden und interessierten Bürgern ebenso wie Leistungserbringern, Kostenträgern und anderen Akteuren des Gesundheitswesens die Chance, sich zu informieren und miteinander zu kommunizieren. Gleichzeitig werden die Beteiligten aber vor immer größere Herausforderungen gestellt, wenn es gilt, aus der steigenden Informationsflut relevante, vertrauenswürdige und sachlich richtige Inhalte auszuwählen bzw. adäquate Informationen für bestimmte Zielgruppen zu konzipieren und zu implementieren.

Insbesondere das Internet bietet einen nahezu uneingeschränkten Zugang zu medizinischen Informationen. Eine genauere Betrachtung der Onlinekommunikation verdeutlicht, dass diese nicht nur *mehr* – wie auch immer geartete – Information bietet, sondern darüber hinaus maßgeblich zum gesellschaftlichen Wandel beiträgt. Besonders eindringlich zeigt sich dies im Hinblick auf die Veränderung des traditionellen Rollenverhältnisses zwischen Arzt und Patient, welche aus professioneller Perspektive lange Zeit häufig kritisch betrachtet worden ist. Vor diesem Hintergrund und angesichts der Alters- und Gesundheitsprognosen für die deutsche Bevölkerung stellt die mediale Gesundheitskommunikation an der Schnittstelle zwischen den relevanten Sendern und Empfängern ein bedeutsames, zukunftsträchtiges und anwendungsorientiertes Forschungsfeld dar.

Aus Perspektive der Kommunikationsforschung werden seit jeher die Bedingungen, die Strukturen sowie die Effekte medialer Kommunikation untersucht, meist allerdings mit anderen inhaltlichen Schwerpunkten (z. B. politische Kommunikation oder Gewalt in den Medien).

Die zur Verfügung stehenden theoretischen Konzepte und empirischen Erkenntnisse können darüber hinaus im Hinblick auf Gesundheitsfragen zum Verständnis der Produktion und Präsentation von Kommunikationsinhalten, ihrer Nutzung sowie ihrer Einflüsse auf die beteiligten Personen(-gruppen) und Institutionen beitragen. Wie die vorliegende Publikation aufzeigen möchte, kann die Wissenschaft in diesem Zusammenhang keine Pauschallösungen bieten. Vielmehr ist ein differenzierter Blick auf die Kommunikationspartner und die medialen Angebote notwendig, um die Bedeutung medialer Gesundheitskommunikation für den Einzelnen und die Gesellschaft umfassend erklären zu können.

Was bietet dieses Buch?

Zwar wird der Erforschung medialer Gesundheitskommunikation in den letzten Jahren im deutschsprachigen Forschungsraum zunehmend Aufmerksamkeit zuteil und es werden auch in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen mediale Darstellungen von Gesundheit und Krankheit sowie deren gesundheits-

relevante Einflüsse untersucht. Eine Systematisierung des Forschungsbereiches für den deutschsprachigen Raum steht allerdings noch aus. Dies hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass die Gesundheitskommunikation qua definitionem ein interdisziplinäres Forschungsfeld umfasst, welches Bereiche der Psychologie, der Pädagogik, der Kommunikations- und Medienwissenschaft ebenso berührt wie Bereiche der Gesundheitswissenschaften, der Medizin(-soziologie) und weitere Fachbereiche. So sind auch die Autorinnen selbst Vertreterinnen unterschiedlicher Fachrichtungen, nämlich der Medienpsychologie, der Medienpädagogik und der Kommunikations- und Medienwissenschaft. Die Vielfalt der an der Erforschung von Gesundheitskommunikation beteiligten Disziplinen erschwert eine prägnante Zuordnung der Inhalte zu den jeweiligen Fachrichtungen, die ohnehin häufig fließende Übergänge aufweisen. Dennoch will das vorliegende Buch einen fokussierten Blick auf den Forschungsgegenstand ermöglichen. Dabei müssen die dargestellten Inhalte, Theorien und Forschungsergebnisse aufgrund der Fülle und Heterogenität der verfügbaren Literatur zwangsläufig selektiv bleiben und teilweise einen exemplarischen und illustrativen Charakter behalten. Um allen an der Erforschung medialer Gesundheitskommunikation beteiligten Disziplinen gerecht zu werden sowie der besseren Lesbarkeit halber werden diese nicht immer einzeln aufgeführt, sondern es wird vorzugsweise der Begriff der *Gesundheitskommunikationsforschung* verwendet. Die Publikation versteht sich als eine erste umfassende deutschsprachige Systematisierung des Forschungsfeldes zur medialen Gesundheitskommunikation und dient vor allem dazu, Impulse für eine weitere Diskussion über den Gegenstandsbereich zu eröffnen. Gemäß dieser interdisziplinären Orientierung richtet sich das vorliegende Werk an verschiedene Leserkreise. Im Sinne seiner Definition als Lehrbuch gehören hierzu insbesondere Studierende und Lehrende der Medienpsychologie, Kommunikations- und Medienwissenschaft, Medienpädagogik sowie der Gesundheitswissenschaften und der Public Health. Angesichts des hohen Anwendungsbezuges richtet es sich darüber hinaus an im Bereich der Gesundheitsförderung tätige Praktiker ebenso wie an Medienschaffende, die sich schwerpunktmäßig der Vermittlung von Gesundheitsthemen widmen. Im Text wird vornehmlich die männliche Form verwendet; dies dient ausschließlich einer Vereinfachung der Lesbarkeit.

Welche Themenfelder werden berücksichtigt?

Die vorliegende Publikation ist als Lehrbuch konzipiert. Schlüsselbegriffe werden definiert, die mediale Darstellung und Vermittlung von Gesundheitsthemen wird beschrieben und diskutiert. In Kapitel 1 wird das Forschungsfeld der medialen Gesundheitskommunikation in seiner Entwicklung skizziert und systematisiert.

Kapitel 2 gibt einen Überblick über unterschiedliche Medien und Kommunikationskanäle, die Gesundheit und Krankheit zum Gegenstand haben bzw. einer medialen Öffentlichkeit präsentieren. Am Beispiel der ausgewählten Themen Krebs, Alkohol und Essstörungen, mit denen sich die Autorinnen im

Rahmen ihrer Forschungstätigkeiten eingehender beschäftigt haben, folgt ein Blick auf das Spektrum der Gesundheits- und Krankheitsthemen in den Medien. Weiterhin werden mediale Selektions- und Präsentationsspezifika thematisiert, die zu problematischen Darstellungsmustern führen können.

In Kapitel 3 wird das Informationsverhalten zu Krankheits- und Gesundheitsthemen unter Berücksichtigung spezifischer Zielgruppen dargelegt und in Form einer Typologie veranschaulicht.

In Kapitel 4 wird anhand ausgewählter theoretischer Konzepte ein Überblick über potentielle Einflüsse medialer Gesundheitskommunikation auf die Gesundheit der Rezipienten gegeben. In diesem Zusammenhang wird eine Verknüpfung von Perspektiven zur Erklärung individuellen Gesundheitsverhaltens mit traditionellen Modellen der Medienwirkungs- und Nutzungsforschung vorgenommen.

Abschließend werden in Kapitel 5 verschiedene zentrale massenmediale Strategien der Gesundheitsförderung, wie Gesundheitskampagnen, Entertainment-Education, Media Advocacy und Medizin-/Gesundheitsjournalismus, vorgestellt und in ihren Prinzipien erläutert. Kommerzielle Strategien des Gesundheitsmarketing, wie z. B. Pharma-Marketing, bleiben unberücksichtigt. Im Anschluss an alle Kapitel finden sich Fragen zur Reflektion und Vertiefung des Themas sowie Empfehlungen für weiterführende Literatur.

Danksagung

Dieses Buch zu schreiben, war eine große Chance und eine Herausforderung zugleich, die auch zu dritt nur mit der Unterstützung von verschiedenen Seiten bewältigt werden konnte. Bedanken möchten wir uns insbesondere bei Prof. Dr. Nicole Krämer, die als Herausgeberin der Reihe *Medienpsychologie* die Publikation unseres Forschungsthemas in dieser Reihe ermöglicht und uns konstruktive Hilfestellung im Hinblick auf die Verfassung des Manuskripts gegeben hat. Zu danken ist auch der Bertelsmann Stiftung, die sich damit einverstanden erklärt hat, dass eine Auswertung der Daten des Gesundheitsmonitors 2006 von Eva Baumann zur Erstellung des vorliegenden Werkes herangezogen wird. Zudem sind Teile einer 2004 ebenfalls für die Bertelsmann Stiftung erstellten Expertise von Eva Baumann und Wiebke Möhring zu Kommunikationswegen im Kontext der Prävention von Rückenschmerzen in das vorliegende Werk eingeflossen. Bedanken möchten wir uns auch bei Ann-Kathrin Günter für die Literaturrecherche und bei Jenny Voth für die hilfreichen und konstruktiven Anmerkungen. Frau Ulrike Merkel und dem Kohlhammer Verlag danken wir für die umsichtige Betreuung bei der Fertigstellung unseres Manuskripts. Schließlich möchten wir auch Matilda Oels, Gerhard Oels, Markus Schwarz und Andreas Ruben für ihr Verständnis und ihre Unterstützung unserer Arbeit danken.

1 Mediale Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld

Der Begriff Gesundheitskommunikation scheint auf den ersten Blick leicht greifbar und eindeutig, schließlich spricht jeder über Gesundheit und Krankheit. Erst bei näherer Betrachtung und je nach disziplinärer Perspektive fallen die unterschiedlichen Facetten auf, die Gesundheitskommunikation zu einem vielschichtigen Thema machen. Eindeutig scheint zwar zu sein, dass es sich um Phänomene handelt, die etwas mit *Gesundheit* und mit *Kommunikation* zu tun haben. Versucht man jedoch, den Gegenstandsbereich ein- bzw. abzugrenzen, bewegt man sich schnell auf unsicherem Terrain: Geht es (ausschließlich) um Kommunikation über Gesundheit? Schließt dies Kommunikation über Krankheiten mit ein? Geht es um Kommunikation für mehr Gesundheit, also Gesundheitsförderung? Welchen Stellenwert hat Kommunikation, die krank macht? Welche Formen der Kommunikation sind überhaupt gemeint? Die Unklarheiten beginnen bereits mit der Definition des Gesundheitsbegriffs selbst.

1.1 Zum Gesundheitsbegriff

Einer Definition der World Health Organisation WHO von 1946 zufolge lässt sich Gesundheit definieren als „Zustand des völligen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO Basic Documents, 1946, S. 1, zitiert nach Huber, 1991, S. 13). Dieser Definitionsansatz wurde vor allem dahingehend kritisiert, dass subjektives Wohlbefinden nicht mit dem Zustand von Gesundheit gleichzusetzen sei, da man sich auch im Stadium einer Krankheit wohl fühlen könne (vgl. Schipperges, 1984). Auch die Begrifflichkeiten *Zustand* und *völlig, vollständig* (Übersetzung des englischen Begriffs *complete*) wurden als zu statisch und festgelegt kritisiert (vgl. Franzkowiak, 2000).

Obwohl die WHO bereits 1946 eine Definition von Gesundheit vorlegte, die vor allem positive Aspekte betonte, wurde Gesundheit lange Zeit und vor allem aus medizinischer Perspektive ausschließlich negativ definiert, d. h. als Abwesenheit von Krankheit und Beschwerden (siehe auch Signitzer, 2001). Die Bestimmung, ob jemand krank ist, erfolgte ausschließlich anhand anatomischer oder physiologischer Veränderungen. Dieser Auffassung lag ein mechanistisches Menschenbild zugrunde, das Individuen auf ihre körperlichen Funktionen reduziert. Diese rein *biomedizinische* Sichtweise wurde in den

1970er Jahren um psychosoziale Komponenten erweitert, die dem Umstand Rechnung tragen, dass auch psychische und soziale Faktoren die Entstehung und Entwicklung von Krankheitsbildern beeinflussen. Dennoch werden die Schulmedizin und die Prävention noch immer sehr stark von der biomedizinischen Auffassung bestimmt (vgl. Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001).

Ein Perspektivwechsel im Sinne einer Begriffserweiterung setzte Ende der 1970er Jahre ein. Der Soziologe Aaron Antonovsky erweiterte die gesundheitswissenschaftliche und -politische Diskussion um das Konzept der *Salutogenese* (lat. *salus*, dt. *Unverletztheit, Heil, Glück*; griech. *genes*, dt. *Entstehung*), das dem Konzept der *Pathogenese* gegenübergestellt wurde. Antonovsky kritisierte vor allem die Fokussierung auf Krankheit und stellte mit seinem Konzept die Bedingungen von Gesundheit und die diese begünstigenden Faktoren in den Mittelpunkt. Seine zentrale Frage lautete: *Was erhält den Menschen in seiner potentiell gesundheitsgefährdenden Umwelt gesund?* Anstelle eines krankheitszentrierten Modells der Pathogenese setzte er das gesundheitsbezogene, ressourcenorientierte und präventiv ansetzende Modell der Salutogenese (vgl. u. a. Antonovsky, 1979, 1987a; Antonovsky & Franke, 1997; zitiert nach Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001). Dabei ging es Antonovsky nicht um eine vollständige Abkehr von der pathogenetisch orientierten medizinischen Forschung. In seinem Ansatz sah er vielmehr eine notwendige Erweiterung und Ergänzung der bis dahin dominierenden Perspektive (vgl. Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001). Gesundheit beinhaltet hiernach drei zentrale Dimensionen:

1. eine *emotionale* Komponente (*meaningfulness*) als das Gefühl, dass das Leben emotional sinnvoll ist,
2. eine *kognitive* Komponente (*comprehensibility*) als das Ausmaß, in dem die Person interne und externe Bedingungen als kognitiv sinnvoll, geordnet und konsistent sieht und
3. eine *Handlungskomponente* (*manageability*) als Wahrnehmung der Person, dass Ressourcen zur Verfügung stehen, um Anforderungen zu begegnen (vgl. auch Mayring, 2003).

Gesundheit und Krankheit schließen sich in Antonovskys Modell nicht aus, sondern bilden die Pole eines Kontinuums (*health ease/disease-continuum*), auf dem sich der Gesundheitszustand flexibel bewegt. Gesundheit ist demnach kein statisches Phänomen, sondern ein *dynamischer Prozess*, der sich in relativen Zuständen ausdrückt. Der Fokus richtet sich auf die Suche nach gesundheitsfördernden und -erhaltenden Faktoren, den sogenannten *Widerstandsressourcen*, zu denen beispielsweise individuelle (z. B. körperliche oder kognitive), soziale und kulturelle Faktoren (z. B. soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten etc.) zählen. Ein zentraler Aspekt, der das Gesundheitsempfinden beeinflusst, ist das *Kohärenzgefühl* (*sense of coherence*, SOC), eine Art persönlichen Vertrauens, dass man äußeren Anforderungen aufgrund der eigenen verfügbaren Ressourcen gewachsen sein wird. Die Stärke des Kohärenzgefühls wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus, da jenes den Einsatz von Widerstandskräften und Bewältigungsstrategien steuert. Zusammenfassend lässt sich die erweiterte Perspektive auf drei zentrale Aspekte verdichten:

1. Die absoluten Größen *Krankheit* und *Gesundheit* werden relativiert, Gesundheit und Krankheit schließen Wohlbefinden und Unwohlsein ein.
2. Die vermeintlich objektive Zuschreibung der Befindlichkeit wird um die subjektive Perspektive erweitert.
3. Neben den physischen und psychischen werden soziale und kulturelle Rahmenbedingungen, die das Befinden beeinflussen, berücksichtigt.

Antonovskys Ansatz wurde u. a. dahingehend kritisiert, dass er sich auf die kognitiven und subjektiven Dimensionen konzentrierte, psychischer Gesundheit wenig Bedeutung beimess und psychische und physische Wechselwirkungsprozesse vernachlässigte (vgl. Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001). Dennoch trug sein Ansatz maßgeblich zur Sensibilisierung für eine gesundheitsorientierte Perspektive bei. Dieser Perspektivwechsel spiegelt sich auch in der Ottawa-Charta der WHO (1986) und in der Gesundheitsförderung wider. Die Definition von Gesundheit basiert auf einem positiven Grundverständnis, das sowohl individuelle als auch soziale Ressourcen und körperliche Fähigkeiten berücksichtigt. Gesundheit wird als Bestandteil des alltäglichen Lebens gesehen und nicht als primäres Lebensziel. Gesundheitsförderung zielt auf die Entwicklung gesünder Lebensweisen, auf die Förderung eines umfassenden Wohlbefindens und auf die Förderung gesundheitlicher Selbstbestimmung.

Definition von Gesundheit nach WHO (1986)

„Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and improve, their health. [...] Health is, therefore, seen as a resource of everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasising social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy lifestyles to wellbeing“ (WHO, 1986, S. 1).

Der Bielefelder Gesundheitswissenschaftler Klaus Hurrelmann (2000) hat die Definition von Gesundheit weiterentwickelt. Wie Antonovsky vertritt er die Auffassung, dass Gesundheit kein *statischer* Zustand ist, sondern ein *dynamisches* Gleichgewicht zwischen sogenannten Risiko- und Schutzfaktoren, das dann eintritt, wenn einem Menschen die Bewältigung der inneren (physischen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Das Gleichgewicht ist permanenten Schwankungen unterworfen und muss dementsprechend ständig neu austariert werden. Der weiterführende Gedanke besteht zudem in der Berücksichtigung gesellschaftlicher und kultureller Rahmenbedingungen, die in hohem Maße die Gesundheit des Einzelnen beeinflussen.

Definition von Gesundheit nach Hurrelmann (1998)

„In sozialisationstheoretischer Perspektive läßt sich der Begriff Gesundheit [...] definieren als 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 eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebens-