

Ksenia Hintze

**Entwicklung und Ausbildung des
Gesundheitsbegriffs im Grundschulalter**

**Gesundheitsbildung nach der Lehr- und Lernstrategie des
Aufsteigens vom Abstrakten zum Konkreten**

Berlin 2013

Inhalt

Inhalt.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	9
Vorwort.....	15
1. Einleitung	29
1.1 Problemlage	29
1.2 Gegenstand, Zielstellung und zentrale Fragestellung der Arbeit	36
1.3 Aufbau der Arbeit.....	36
2. Theoretische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften	39
2.1 Zur Gesundheitssituation der Kinder in Gesamtdeutschland und Brandenburg, Problematik Übergewicht und Adipositas	39
2.2 Die Bildungsaufgabe des Sachunterrichts und die Probleme der Gesundheitserziehung im Sachunterricht.....	42
2.3 Der Gesundheitsbegriff.....	45
2.4 Salutogenese als wissenschaftliches Konzept der Gesundheit	56
2.5 Andere wissenschaftliche Konzepte und Modelle der Gesundheit.....	64
2.6 Das Pathogenetische Paradigma und dessen Auswirkungen	69
2.7 Das Salutogenetische Paradigma in den Gesundheitswissenschaften.....	78
2.8 Überblick über Gesundheitsprojekte an Grundschulen in Berlin und Brandenburg	85

3.	Begriffliche Entwicklung und unterrichtliche Ausbildung des Begriffes	89
3.1	Der Begriff als Wissen.....	89
3.2	Der Begriff als Gegenstand der Lern- und Entwicklungspsychologie.....	94
3.3	Begriffsentwicklung und Begriffsbildung	100
3.4	Arten der Verallgemeinerung und dadurch bedingte Begriffsbildung.....	104
3.5	Begriffliche Entwicklung und Aneignung wissenschaftlicher Begriffe im Unterricht.....	115
3.6	Ausbildung und Entwicklung der wissenschaftlichen Begriffe durch Unterrichtung.....	123
3.7	Die Bedeutung der Lehrstrategie des Aufstiegens vom Abstrakten zum Konkreten für die Wissensaneignung (Wissenstransfer, Überwindung der Antinomien, Motivation und Entwicklung der Lerntätigkeit).....	129
4.	Empirischer Teil	147
4.1	Ziel der empirischen Untersuchung.....	147
4.2	Fragestellungen und Hypothesen der empirischen Studie	148
4.3	Methoden.....	161
5.	Ergebnisse.....	177
5.1	Analyse der Intervention.....	177
5.2	Analyse des Begriffsbildungsprozesses	180
6.	Diskussion und Zusammenfassung der Ergebnisse	233
6.1	Zum Niveau der begrifflichen Entwicklung	233
6.2	Zum Problem des Wissenstransfers.....	235
6.3	Zum Problem der Überwindung von Antinomien.....	236
6.4	Zum Problem der motivationalen Orientierung in Richtung intrinsischer Motivation (Selbstbezug vs. Fremdbezug)	237

6.5	Der Einfluss der Lehrkraft auf die Wirkung der unterrichtlichen Intervention	238
6.6	Prüfung der Wirkung der Variablen (Geschlecht, Sozialstatus, Leistungsniveau und Intelligenzquotient)	242
7.	Schlusswort – Ausblick	245
8.	Quellenverzeichnis	247
8.1	Literatur.....	247
8.2	Online.....	259
9.	Anhang	265

2. Theoretische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften

Im folgenden Kapitel soll die Gesundheitssituation der Kinder in Deutschland und speziell im Land Brandenburg dargestellt werden, mit dem Problem-
schwerpunkt Übergewicht und Adipositas. Danach werden begriffliche
Grundlagen dargestellt – die Definitionen der Gesundheit und ihre Verände-
rungen im Laufe der Zeit, Modelle und Konzepte der Gesundheit und Krank-
heit, gesundheitspädagogische und präventive Maßnahmen, die in Deutschland
zum Einsatz kommen (Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung und Ge-
sundheitsbildung), sowie der Stand und die Probleme der schulischen Gesund-
heitserziehung heute.

2.1 Zur Gesundheitssituation der Kinder in Gesamtdeutschland und Brandenburg Problematik Übergewicht und Adipositas

Die gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen ist in ganz Deutschland
als problematisch zu betrachten. Und das, obwohl die Anzahl der Infek-
tionskrankheiten im Vergleich zu früher wesentlich abgenommen hat und
generell eine gute medizinische Versorgung für alle soziale Schichten vor-
handen ist. In Deutschland leben die Menschen zurzeit unter sehr guten
Bedingungen, was Hygiene und Versorgung mit Lebensmitteln und Kleidung
betrifft. Auch die Umweltbedingungen sind sehr stabil (vgl. Settertobulte &
Richter 2007). Die Beteiligung an sportlichen Aktivitäten wird durch Kranken-
kassen unterstützt und die Kosten dafür oft nahezu vollständig übernommen.
Dennoch steigt die Anzahl der sogenannten Zivilisationskrankheiten, die einen
direkten Zusammenhang mit der persönlichen Lebensweise haben (wie Über-
gewicht, Adipositas usw.) gerade bei der jüngeren Generation drastisch an.
Diese haben eine Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit, z. B. die Aus-
dauer im Laufen, sowie der Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislauf- Systems zur
Folge.

Kinder in Deutschland sind die einzige Gruppe in der Gesellschaft, die immer
kränker wird (vgl. Health Behaviour in School- Aged Children - HBSC- Studie
2002, 2006). Vor allem nimmt die Anzahl der übergewichtigen und adipösen
Kinder und Jugendlichen kontinuierlich zu. In der Literatur (z. B. KiGGS-Studie)
und in den Medien mehren sich auch jüngst Berichte über wachsende
Gesundheitsprobleme bei Kindern. So sind laut Statistik gegenüber den
Referenzdaten von 1985 - 99 die Zahlen der übergewichtigen Kinder in
Deutschland um 50 % und die der adipösen um 100 % gestiegen. Nach den
Ergebnissen der KiGGS-Studie vom Robert-Koch-Institut sind je nach Defini-
tion 10 bis 20 % aller Schulkinder und Jugendlichen als übergewichtig oder

adipös einzustufen. Besonders betroffen sind Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, Migrationshintergrund oder mit ebenfalls übergewichtigen Eltern (Kurth & Schaffrath-Rosario 2007). Laut des Ernährungsberichts 2000 stieg zum Jahr 1999 im Vergleich zu 1984 der Anteil adipöser Mädchen (im Alter von 6 bis 10 Jahren) von 3 % auf 7 %, der der gleichaltrigen Jungen von 5 auf 10 % (DGE 2000). Die Tendenz steigt mit dem zunehmenden Lebensalter.

Die Situation im Land Brandenburg

Im Land Brandenburg unterscheidet sich die Gesundheitssituation der Kinder im bundesweiten Vergleich nicht gravierend von derjenigen anderer Bundesländer.

Laut der Angaben des Landesgesundheitsamtes Brandenburg sind die Adipositasraten bei den Schulanfängern in den 90er Jahren angestiegen, seit 2000 zwar wieder leicht gesunken, liegen aber 2006 wieder nahe am Ausgangsjahr. So waren 1994 insgesamt 3,4 % der Jungen adipös, bei den Mädchen waren es 4,6 %. 2006 waren bei den Jungen 3,5 % adipös, bei den Mädchen 3,8 % (s. Abb. 1).

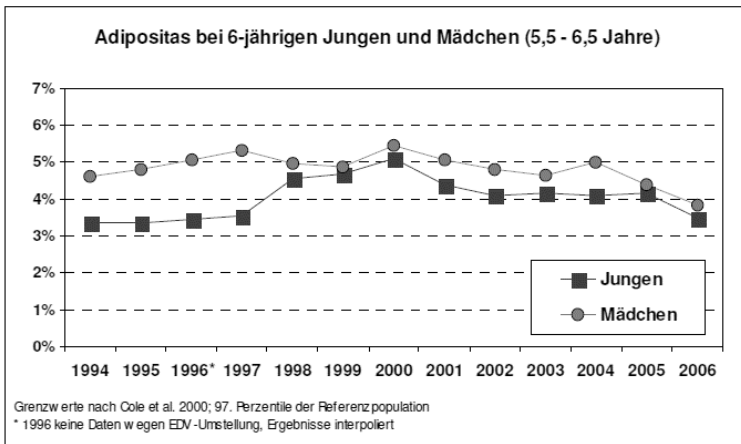


Abb. 1: Adipositas bei 6-jährigen Jungen und Mädchen ¹

¹ Quelle: www.lasv.brandenburg.de/sixcms/media.php/4055/adip_oegd_2005_boehm_3.pdf, letzter Zugriff am 01.11.2011

Zum Jahr 2009 hat sich die Situation zwar insgesamt wieder verbessert, das ist jedoch eindeutig abhängig von den jeweiligen Gebieten. So liegt die Anzahl der adipösen Schulanfänger in Oberspreewald-Lausitz, Elbe-Elster und Uckermark über 4,4 %. Diese Unterschiede lassen sich zum Teil durch eine Ungleichheit in der sozialen Lage der Familien erklären. In den Berlin-ferneren Gebieten gibt es offensichtlich mehr sozial benachteiligte Familien, deswegen sind die Adipositasraten in diesen Regionen höher.

Dass die Tendenz zu Übergewicht und Adipositas mit dem Lebensalter kontinuierlich steigt, kann man auf der folgenden Abbildung 2 beobachten. Bei den Schülerinnen und Schülern der 10. Klasse im Land Brandenburg lag die Anzahl der adipösen Mädchen 1995 bei 5,9 % und die adipöser Jungen bei 5,1 %. Im Jahr 2003 liegen diese Werte bei den Mädchen schon bei 9,8 % und bei den Jungen bei 8,8 %.

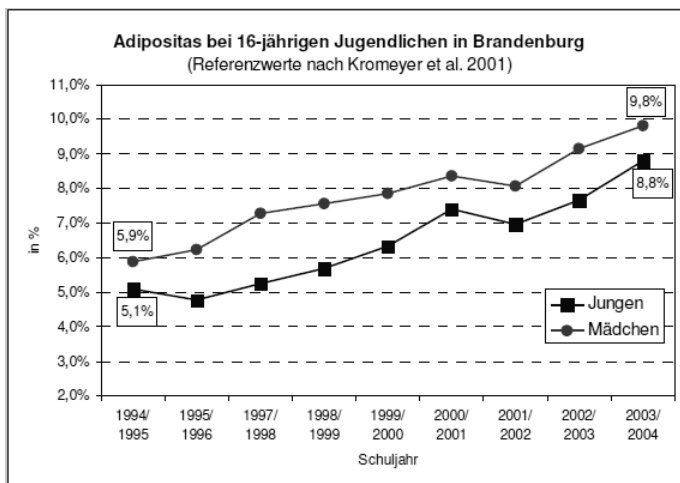


Abb. 2: Adipositasraten bei Jugendlichen²

Laut Statistik des Landesgesundheitsamtes Brandenburg weisen die Einschüler aus den Familien mit niedrigem Sozialstatus eine dreifach höhere Adipositasrate als die Einschüler aus den Familien mit höherem Sozialstatus auf (www.gruendungsnetz.brandenburg.de/sixcms/media.php/lbm1.a.3310.de/einsch_adi_psychomed.pdf, letzter Zugriff am 01.11.2011). Dabei gibt es nur

² Quelle: www.lasv.brandenburg.de/sixcms/media.php/4055/adip_oegd_2005_boehm_3.pdf, letzter Zugriff am 01.11.2011

geringe geschlechtsspezifische Unterschiede. Auch die Schulart spielt offensichtlich dabei eine große Rolle; so haben Gymnasiasten die niedrigsten und Gesamtschüler die höchsten Adipositasraten, was offensichtlich auch auf die starke Rolle des Sozialstatus hinweist.

Eine Veränderung der Essgewohnheiten der Kinder führt unmittelbar zu gesundheitlichen Veränderungen z. B. zu einer unangemessenen Steigerung des Körpergewichts. So zeigt eine von Giest initiierte Untersuchung (vgl. 2010) mit ca. 1700 Schülerinnen und Schüler aus Berliner Grundschulen (3. bis 6. Jahrgangsstufe), dass die Teilnahme am Schul-Essen von der 3. Klasse mit 91 % Beteiligung bis zur 6. Klassen mit 45 % Beteiligung um mehr als die Hälfte abfällt, dafür nimmt die Anzahl der Kinder, die durch Imbissangebote ihre Mahlzeiten ersetzen, proportional zu, und das, obwohl die Mehrheit der Kinder (70 bis 80 %) das Schul-Essen als gesund und 45 % sogar als schmackhaft bewerten. Trotzdem bevorzugen diese Kinder „ungesunde“ Pausensnacks (vgl. Giest 2010, S. 72-73).

Aus den statistischen Angaben lässt sich ersehen, dass im Laufe der Schulzeit Übergewicht und Adipositas tendenziell ansteigen und der Sozialstatus bei der Entwicklung von Übergewicht und Adipositas eine große Rolle spielt. Die Präventionsmaßnahmen für diese Kinder lieferten nicht die erwarteten Ergebnisse oder wirkten nur kurz.

Die Vorstellung von der Gesundheit und ihrer Erhaltung bei den Kindern soll durch die Gesundheitsbildung grundsätzlich verändert werden, weil durch eine passive Vorstellung von Gesundheit sich der Gesundheitszustand der Kinder nicht verändert bzw. verbessert wird. Und dabei ist die Schule der wichtigste Ansprechpartner, gerade für die Kinder, deren Familien diese Aufgabe nicht übernehmen können.

2.2 Die Bildungsaufgabe des Sachunterrichts und die Probleme der Gesundheitserziehung im Sachunterricht

Folgt man dem Perspektivrahmen Sachunterricht, muss die Grundschule aus pädagogischer und didaktischer Sicht Schülerinnen und Schüler in ihrer Lebenswelt in folgenden Herausforderungen unterstützen: „sich in ihrer Umwelt zurechtzufinden, diese angemessen zu verstehen und mitzugestalten, systematisch und reflektiert zu lernen, Voraussetzungen für späteres Lernen zu erwerben“ (GDSU 2002, S. 2). Der Unterricht in der Grundschule muss deswegen laut Gesellschaft für Didaktik des Sachunterrichts so gestaltet werden, dass er den aktuellen und späteren Bedürfnissen und Anforderungen entspricht, Freude am Lernen fördert und seine Bildungsaufgabe erfüllt. Dabei

darf Sachunterricht die Kinder nicht unterfordern, sondern muss unter Beachtung von Wahrnehmungs-, Denk- und Lernbedingungen der Grundschul Kinder solche Eigenschaften wie Lernfähigkeit und Lernbereitschaft, die im Grundschulalter vorhanden sind, nutzen (vgl. GDSU 2002, S. 2).

Da der Sachunterricht unmittelbar zu den beliebtesten Fächern von Grundschulkindern gehört und alle interessanten Aspekte unseres Lebens betrifft, ermöglicht er einen besonderen Zugang, das Interesse und die Freude am Lernen bei den Kindern zu fördern. Im Sachunterricht werden Themenfelder aus den Natur-, Technik-, Sozial- und Kulturwissenschaften behandelt. Die Inhalte des Sachunterrichts sind nicht nur eng mit der Lebenswelt der Kinder verbunden, sondern werden von der Lebenswelt bestimmt, und die Aufgabe des Sachunterrichts ist es, den Kindern ihre Lebenswelt verständlich und greifbar zu machen.

„Der Sachunterricht ermöglicht den Schülerinnen und Schülern in den Jahrgangsstufen 1 bis 4 zunehmend, sich ihre Welt selbstständig zu erschließen, sich daran zurechtzufinden und sich aktiv an ihren Veränderungen zu beteiligen. Sie lernen, exemplarisch Ausschnitte der sozialen und kulturellen, technischen und natürlichen Umwelt differenziert wahrzunehmen, gedanklich zu durchdringen, zu deuten, zu werten und eigenverantwortlich zu handeln“. (Rahmenplan/ Grundschule/ Sachunterricht, 2004, S. 17 Quelle: http://bildungsserver.berlin-brandenburg.de/fileadmin/bbb/unterricht/rahmenlehrplaene_und_curriculare_materialien/grundschule/Sachunterricht-RLP_GS_2004_Brandenburg.pdf, letzter Zugriff am 11.01.2012.)

Um diese Aufgabe zu erfüllen, muss man den Sachunterricht aber so gestalten, dass die Interessen und Fragen der Kinder einbezogen werden. Dabei ist es wichtig zu beachten, dass keine einfache Informationsübermittlung von der Lehrkraft zum Schüler stattfindet, sondern Handlungsorientierung im Sachunterricht eine übergeordnete Rolle spielt. Qualitätskriterien der Handlungsorientierung im Unterricht sind nach Kaiser:

„bewusste auf Ziele und Zwecke orientierte planvolle Lernaktivitäten (Wöll 1998) die praktisch-konstruktives Handeln, zielorientiertes Handeln, kommunikatives Handeln, ästhetisches Handeln, spielerisches Handeln, dramaturgisches Handeln umfassen“ (Kaiser 2004, S. 1. Quelle: www.widerstreit-sachunterricht.de - Ausgabe Nr. 3/ Oktober 2004, Letzter Zugriff 20.02.2012).

Auch die Entwicklung der Lerntätigkeit, als führende Tätigkeit im Grundschulalter soll im Rahmen des Sachunterrichts unterstützt werden. Nach Giest (2009a) strebt die Lerntätigkeit die Selbstveränderung des Lernenden an, die Aneignung von Kultur als wichtigste Bedingung zur Beteiligung am Leben in der Gesellschaft.

„Das Wesen der Lerntätigkeit ist bewusstes, intentionales, eigenreguliertes Aneignen von Wissen, Können von Kompetenzen, die in der Gesellschaft erforderlich sind. Lerntätigkeit ist Ausdruck einer neuen Entwicklungsaufgabe, die das Schulkind zu erfüllen hat und im Prinzip auch erfüllen will“ (Giest 2009a, S. 12).

Auch die Aneignung des wissenschaftlichen Denkens muss im Rahmen des Sachunterrichts unmittelbar erfolgen, um die Aufgaben des Sachunterrichts zu erfüllen und die Basis für den weiteren Fachunterricht zu schaffen. Laut der Gesellschaft für Didaktik des Sachunterrichts (GDSU) gehört die Erschließung der Umwelt zur wichtigsten Aufgabe des Sachunterrichts:

„Die spezielle Aufgabe des Sachunterrichtes ist es, Schülerinnen und Schüler darin zu unterstützen, sich die natürliche, soziale und technisch gestaltete Umwelt bildungswirksam zu erschließen und dabei auch die Grundlagen für den Fachunterricht an weiterführenden Schulen zu legen“ (GDSU 2002, S. 2).

Durch die Entwicklung des wissenschaftlichen Denkens können das Wesen bzw. die Tiefenstruktur des Lerngegenstandes und somit auch seine „Erschließung“ folgen, seine Wesensmerkmale und inneren Zusammenhänge werden erkannt und das Wissen kann dadurch adäquater angewendet werden. Der Sachunterricht hat durch seine besondere Handlungsorientierung und durch die sinnlich-konkreten Situationen aus der Umwelt eine besondere Bedeutung für die Entwicklung wissenschaftlichen Denkens, weil sie ausgehend von der sinnlich-konkreten Erfahrung erfolgt (s. Punkt 3.6.1). „Der Ausgangspunkt dabei ist aber stets das sinnlich konkret gegebene Phänomen, die sinnlicher Erkenntnis zugänglichen Erscheinungen“ (Giest 2007a, S. 8. Quelle: www.widerstreit-sachunterricht.de/, letzter Zugriff am 07.04.2012).

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt gehört laut Rahmenplänen der Grundschule auch die Gesundheitserziehung zu den wichtigen Feldern des Sachunterrichts im Kontext des sozial- und kulturbezogen Lernens.

Im Themenfeld „Sich selbst wahrnehmen“ müssen die Schülerinnen und Schüler folgende Kriterien erfüllen (nach Rahmenplan/ Grundschule/ Sachunterricht für Berlin und Brandenburg 2004, S. 19):

- „- Maßnahmen einer gesundheitsförderlichen Lebensweise erläutern und diese an(zu)wenden,
- Unterschiede zwischen sich und anderen beschreiben, eigene Stärken und Schwächen sowie die der anderen einschätzen,
- geschlechtsspezifisches Rollenverhalten unter Berücksichtigung des kulturellen Hintergrunds vergleichen“.

Allerdings wird hier die Gesundheit als idealer kaum erreichbarer Zustand, als „Abwesenheit von Krankheit“ betrachtet und eine Orientierung auf einen alten,

passiven und einseitigen Gesundheitsbegriff im Rahmen des Sachunterrichts favorisiert. Der aktive, ganzheitliche und dynamische – salutogene Gesundheitsbegriff, der bereits seit 20 Jahren in der wissenschaftlichen Diskussion ist, wird in der heutigen Gesundheitserziehung im Rahmen des Sachunterrichts noch nicht behandelt.

Zusammengefasst könnte man sagen, dass die zentralen Aufgaben des Sachunterrichts die Erschießung der Umwelt und das Legen der Grundsteine für den weiteren Fachunterricht sind. Diese können durch Handlungsorientierung, Entwicklung der Lerntätigkeit und somit auch die Persönlichkeitsentwicklung sowie die Entwicklung des wissenschaftlichen Denkens im Rahmen des Sachunterrichts aktiv unterstützt werden. Wir erwarten daher, dass durch die Entwicklung eines wissenschaftlichen Gesundheitsbegriffs im Kontext der Gesundheitsbildung im Rahmen des Sachunterrichts, der aktiv, dynamisch, ganzheitlich und dialektisch ist, die Probleme der traditionellen Gesundheitserziehung (z. B. Denken in Antinomien, Symptom- oder Erscheinungsorientierung, inadäquater Wissenstransfer) einer Lösung zugeführt werden können.

2.3 Der Gesundheitsbegriff

„Gesundheit kauft man nicht im Handel, denn sie liegt im Lebenswandel“

Karl Kötschau (1892-1984; Medizinprofessor)

In der Einführung ist dargestellt worden, dass ein neuer salutogener Gesundheitsbegriff die wichtigste Komponente der modernen Gesundheitsbildung sein sollte. Aus diesem Grund werden im Folgenden verschiedene Dimensionen des Gesundheitsverständnisses sowie die Veränderung des Gesundheitsbegriffs im Laufe der Zeit dargestellt.

Die Vorstellung der Menschheit darüber, was Gesundheit ist und wie man sie erhalten kann, hat sich im Wandel der Zeit immer wieder verändert. Außerdem verändert sich die Vorstellung von der Gesundheit „mit zunehmendem Alter und soziokulturellen Veränderungen“ (vgl. Schiffer 2001). Aber immerhin hat die Gesundheit einen konstant hohen Stellenwert für jeden Menschen. So bewerten die Gesundheit laut Datenreport von 1994 etwa 80 % der Bundesbürger als „sehr wichtig“ und 20 % als „wichtig“ (Datenreport 1994, S. 464).

Aber was Gesundheit ist, wie mit der Gesundheit umgegangen wird und wie sie erhalten und gefördert werden kann, dafür gibt es in der Gesellschaft keine

übereinstimmende Auffassung. Aber auch in der Wissenschaft bzw. in der Gesundheitswissenschaft wird die Gesundheitsdefinition nicht eindeutig genug formuliert. Aus diesem Grund ist eine sozialwissenschaftliche und gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den Definitionen von Gesundheit sowie verschiedenen Aspekten der Gesundheit erforderlich (vgl. Homfeldt & Steigleder 2003).

Der Gesundheitsbegriff im Alltag

Die gesellschaftliche Auseinandersetzung, Alltagsvorstellungen und die subjektiven Definitionen von Gesundheit werden als Laienkonzepte oder Modelle (oder auch Alltagskonzepte) bezeichnet. Laienkonzepte schließen die individuellen Vorstellungen von Gesundheit mit ein. Diese Vorstellungen sind nach Blättner (1998, S. 77) durch mehrere Faktoren beeinflusst:

- 1) Vorerfahrung einer Person mit Krankheit,
- 2) Geschlecht,
- 3) Alter,
- 4) Beruf,
- 5) kulturelle Herkunft und/ oder sozialer Status.

Faltermaier ist nach einer ausführlichen Literaturrecherche und auf Grund eigener Untersuchungen von 1994 und 1998 zu folgenden Dimensionen des subjektiven Gesundheitsbegriffs gekommen: (bei Waller 2002, S. 15-16)

- 1) Gesundheit als Vakuum oder als Abwesenheit von Krankheiten. Gesundheit wird dabei negativ bestimmt, weil der Zustand von voller Gesundheit nie erreichbar sein kann. „Dieser Alltagsbegriff von Gesundheit entspricht in etwa dem vorherrschenden medizinischen Begriff“ (Waller 2002, S. 15).
- 2) Gesundheit als Reservoir an Energie. So wird Gesundheit als „ein Potential an körperlicher und psychischer Energie sowie Stärke oder als Widerstandskraft gegenüber äußeren Einflüssen (...) verstanden.... Dieses Reservoir kann im Laufe des Lebens sich allerdings entweder erhöhen oder verringern, je nach Lebensstil und Angewohnheiten“ (Waller 2002, S. 15).
- 3) Gesundheit als körperliches und psychisches Wohlbefinden. Dieser Zustand ist allerdings selten und stellt einen Idealzustand dar, welcher im wahren Leben eher unerreichbar ist.
- 4) Gesundheit als funktionale Leistungsfähigkeit. Unter Gesundheit versteht man demnach die Fähigkeit, bestimmte Aufgaben schaffen zu können. Die

trifft besonders auf den Bereich der Arbeit aber auch auf die Fähigkeit zu, von sich selbst verlangte Leistungen erbringen zu können.

Im Jahr 1990 wollte Blaxter mit seiner Studie „Health und Lifestyles“ herausfinden, wie sich diese vier Dimensionen in der Bevölkerung verteilen. Die Untersuchung wurde mit 9000 Personen in England durchgeführt. Als Ergebnis kam dabei heraus, dass:

- etwa 11,5 % der Probanden unter Gesundheit „die Abwesenheit von Krankheiten“ verstehen,
- etwa 28 % unter „Gesundheit“ ein Reservoir für Energie verstehen,
- 25 % der Befragten Gesundheit als funktionale Leistungsfähigkeit empfinden und
- 35,5 % Gesundheit als „psychisches und soziales Wohlbefinden“ bezeichnen.

Die Faktoren wie Geschlecht, Sozialschicht, Alter und Kultur beeinflussen dabei die Vorstellung der Bevölkerung von Gesundheit folgendermaßen (vgl. Faltermaier 1994):

- 1) Die sozial eher schwachen Schichten besitzen kein Verständnis von positiver Gesundheit.
- 2) Bis zum 10. Lebensjahr ist der Gesundheitsbegriff stark durch den Begriff der Krankheit geprägt und erst ab dem 10. Lebensjahr besteht die Möglichkeit der Abgrenzung des Gesundheitsbegriffs vom Krankheitsbegriff.
- 3) 20 % der Jugendlichen verstehen Gesundheit als Fehlen einer Krankheit, also ist der Gesundheitsbegriff bei ihnen eher symptom- und erscheinungsorientiert.
- 4) Subjektives Wohlbefinden hat einen großen Einfluss hinsichtlich der Vorstellung von Gesundheit.
- 5) Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Vorstellung von Gesundheit drücken sich wie folgt aus: Männer betrachten die Gesundheit eher als Leistungsfähigkeit und Abwesenheit von Krankheit, Frauen dagegen definieren Gesundheit eher als „Wohlbefinden“ und betrachten dabei die Gesundheit ganzheitlicher, beziehen also auch psychische und soziale Faktoren (z. B. Familie) mit ein (vgl. auch Helfferich 1993).

„Die Wahrscheinlichkeit, dass der Gesundheitsbegriff einer Person mit dem einer anderen Person weitgehend übereinstimmt, ist umso geringer, je mehr demographische, soziale und kulturgeschichtliche Unterschiede bestehen. Identisch scheinen Gesundheitsbegriffe solange nicht zu sein, wie die Lebensgeschichten von zwei Personen nicht identisch sind“ (Blättner 1998, S. 79).

Demnach liegen den individuellen Vorstellungen von Gesundheit unterschiedliche biographische Ereignisse und persönliche Eigenschaften zu Grunde, für jeden Menschen hat Gesundheit also eine eigene persönliche Bedeutung. (vgl. auch Borchelt et al. 1996, S. 465).

Die Vorstellung von der Gesundheit bei den Kindern und Jugendlichen ist mehr als bei den Erwachsenen symptom- oder erscheinungsorientiert und passiv. So charakterisiert Jerusalem (2006, S. 43) die Vorstellungen der Kinder und Jugendlichen von der Gesundheit folgendermaßen:

„Gesundheit ist für die Kinder und Jugendlichen zwar wichtig, wird aber meist als gut eingeschätzt und als selbstverständlich empfunden. In einer Entwicklungsphase geistigen und physischen Wachstums erscheinen die persönlichen Ressourcen und das körperliche Entwicklungspotential fast unerschöpflich, so dass Gesundheitsrisiken als wenig relevant wahrgenommen werden“ (Jerusalem 2006, zit. in Schröder, Krüger & Westenhöfer 2009, S. 10-11).

Alle diese Unstimmigkeiten in den Vorstellungen der Bevölkerung spiegeln wieder, dass eine einheitliche Definition von der Gesundheit in der gesellschaftlichen Diskussion fehlt. Überwiegend hat sich dafür ein alter, pathogener Gesundheitsbegriff in der Vorstellung der Menschen verbreitet. Wie aber definiert die Wissenschaft bzw. die Gesundheitswissenschaft den Gesundheitsbegriff, wie unterscheidet er sich von den Definitionen der Bevölkerung und warum?

Konzepte der Gesundheit

Laut Wulfhorst (2002) haben mehrere Autoren (wie Göckenjan 1991, Franzkowiak 1996, Waller 1995, Schwartz, Siegrist & v. Troschke 1998) versucht, die verschiedenen Definitionen der Gesundheit zu kategorisieren. Allerdings ist es eine schwierige Aufgabe, unter soziokulturellen und historischen Einflüssen ein „universelles Substrat von Gesundheit zu bestimmen“ (Wulfhorst 2002, S. 22).

So haben Göckenjan, Franzkowiak und Waller (bei Wulfhorst 2002, S. 22) den Gesundheitsbegriff in folgenden Definitionen klassifiziert:

- 1) Gesundheit als *Abgrenzungskonzept* ist eng mit der medizinischen Deutung und Diagnostik von Krankheit verbunden (biomedizinisches Paradigma). Der Gesundheitsbegriff wird als „Abwesenheit von Krankheit“ oder als „Noch-nicht-Kranksein“ bzw. als „noch nicht vollständig medizinisch diagnostizierte körperliche bzw. seelische Verfassung“ vermittelt.
- 2) Als *Funktionsaussage* steht Gesundheit einerseits für Leistungs- und Arbeitsfähigkeit in körperlicher und sozialer Hinsicht und andererseits für

Rollenerfüllung. Zu Funktionsaussagen gehören auch alle homöostatischen Gesundheitsvorstellungen eines seelischen und körperlichen Gleichgewichts oder auch einer flexiblen Adaptation von Körper und Selbst an sich ständig verändernde Lebensbedingungen (vgl. Wulfhorst 2002, S. 22). Im Vordergrund bei dieser Ansichtweise stehen ein gesunder Körper bzw. eine ausgeglichene Seele.

- 3) Die Definition der Gesundheit als *Wertaussage*, als „höchstes Gut“. Sie wird hier als ein soziokultureller Wert betrachtet, auch die WHO-Definition von 1948 gehört zu dieser Kategorie. Kritik an dieser Definition bestand darin, dass die Gesundheit als absoluter Richtwert betrachtet wird (vgl. Wulfhorst 2002, S. 22).

Auch Troschke (1978) hat einige Definitionsversuche zusammengetragen. Die Klassifikation von Troschke enthält monodisziplinäre und interdisziplinäre Definitionen. Zu den *monodisziplinären* gehören (Troschke zit. bei Waller 2002, S. 11) folgende Definitionen der Gesundheit:

- „- Gesundheit ist das geordnete Zusammenspiel normaler Funktionsabläufe und des normalen Stoffwechsels (Büchner).
- Gesundheit ist die Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können (Freud).
- Gesundheit kann definiert werden als der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist (Parsons).“

Die *interdisziplinären* Definitionen der Gesundheit sind (ebenda):

- „- Gesundheit heißt, man muss sich wohlfühlen, sich frei bewegen können (geistige Freiheit!), guten Appetit haben, normal in seinen Funktionen sein und daher keinen Arzt aufsuchen (Ghandi).
- Gesundheit ist der Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen (WHO).
- Gesundheit bezeichnet einen Prozess der Anpassung. Sie ist nicht das Ergebnis instinktiven Verhaltens, sondern autonomer, wenngleich kulturell geformter Reaktionen auf eine sozial geschaffene Realität. Sie bezeichnet die Fähigkeit, sich auf ein wechselndes Milieu einzustellen, erwachsen und älter zu werden, im Falle einer Verletzung oder Krankheit zu gesunden, zu leiden und in Frieden den Tod zu erwarten. Daneben bezieht Gesundheit auch die Zukunft mit ein, daher gehören zu ihr auch die Angst sowie die innere Kraft, mit ihr zu leben (Berger)“ (zit. bei Waller 2002, S. 11).

Für eine wissenschaftliche Betrachtungsweise sind alle diese Definitionen des Gesundheitsbegriffs „wenig befriedigend“ (vgl. Waller 2002, S. 13). Auch Labisch kritisiert die Definitionsversuche und bezeichnet den Begriff

„Gesundheit“ als „inhaltsleere Worthölse“ (Labisch 1992, S. 309 zit. bei Waller 2002, S. 13).

Der Gesundheitsbegriff ist also schon seit langer Zeit in der wissenschaftlichen Diskussion, aber eine allgemein anerkannte Definition von „Gesundheit“ gibt es bislang nicht. Diese Definition wäre allerdings dringend erforderlich. Wenn sich die Gesundheitswissenschaften selbst nicht einigen können, wird eine allgemein akzeptierte Gesundheitsvorstellung in der Bevölkerung noch lange auf sich warten lassen mit allen daraus folgenden Konsequenzen.

Der Gesundheitsbegriff in der Medizin

Einen besonderen Einfluss auf das Verständnis der Bevölkerung von Gesundheit hat die Medizin – sie verbindet Gesundheit mit Medizin (wenn man nicht gesund ist, geht man zum Arzt). Dabei wird die Gesundheit automatisch als das Gegenteil von Krankheit betrachtet (vgl. Giest 2009a, S. 202). Aber wie definieren die Mediziner den Gesundheitsbegriff? Die Schulmedizin beschäftigt sich in der Regel mit den Krankheiten, ihren Symptomen und Heilungsmöglichkeiten. Ihr Grundprinzip ist die Pathogenese, welche die Entstehung und Entwicklung einer Krankheit beschreibt. Die grundlegende Frage der Pathogenese ist: „Was macht krank?“ So könnte man sagen, dass nicht Gesundheit, sondern Krankheit ein Leitbegriff der Schulmedizin ist. Gesundheit wird immer noch als „Fehlen von Krankheiten“ definiert.

Nach Lanzerath (2005) werden zwar in medizinischen Handbüchern und Lexika viele Krankheiten ausführlich beschrieben, man findet jedoch kaum die Stichworte „Gesundheit“ und „Krankheit“.

„Die Begriffe sind offenbar unscharf, schwer abzugrenzen, und zu jenen Grundbegriffen gehörig, von denen der Philosoph I. Kant sagt, dass sie zwar erörterbar oder beschreibbar, aber kaum definierbar seien“ (Lanzerath 2005, S. 1, Quelle: www.imew.de/fileadmin/Dokumente/VT_Gesundheit_Medizin_Gesellschaft.pdf, letzter Zugriff am 01.11.2011).

So schreibt der Arzt und Philosoph K. Jaspers dazu: „Was gesund und was krank im Allgemeinen bedeutet, darüber zerbricht sich der Mediziner am wenigsten den Kopf“ (Jaspers 1965, S. 652).

Gesundheit als Begriff wird in der Medizin als „Norm“ angesehen, Krankheit dagegen ist jede Beeinträchtigung des normalen Zustandes, sie hat eine oder mehrere Ursachen und ist an Symptomen erkennbar. Wir definieren den Begriff Krankheit, um ihn von dem Begriff Gesundheit abzugrenzen.

Der Krankheitsbegriff

Im Laufe des Lebens muss sich jeder Mensch mehrmals mit dem Begriff „Krankheit“ auseinandersetzen. Er wird selbst krank und er begegnet kranken Menschen. Schon in der frühen Kindheit kennt er das Gefühl „krank zu sein“ und verbindet damit körperliche Beschwerden, wie Husten, Schnupfen, Fieber usw. Später kommt auch das Verständnis dazu, dass nicht nur körperliches, sondern auch seelisches Leiden „krank sein“ bedeutet. Genauso wie beim Gesundheitsbegriff hängt die Vorstellung vom Begriff „Krankheit“ von mehreren Faktoren ab. Das sind soziale, wie auch kulturelle und gesellschaftliche Faktoren.

Krankheit wird oft als Gegensatz (Antonym) von Gesundheit verstanden. Aber die Krankheit allein ist nicht die einzige wahrscheinliche Ursache für eine unvollkommene Gesundheit.

Der Begriff „Krankheit“ wird folgendermaßen definiert:

„Krankheit wird allgemein als eine Störung einer Funktion der Organe, die die Leistungsfähigkeit oder das Wohlbefinden eines Lebewesens subjektiv oder intersubjektiv deutlich wahrnehmbar negativ beeinflusst oder eine solche Beeinflussung erwartet lässt, verstanden“ (Giest & Hintze 2009, S. 202).

Das Problem bei der Definition von Krankheit und ihrer Abgrenzung von der Definition Gesundheit besteht darin, dass der Krankheitszustand nicht immer messbar sein kann. So kann man zwar durch eine Messung des Blutdrucks, Blutzuckers, Cholesterinspiegels usw. eine Störung nachweisen, es gibt aber viele schleichende Beschwerden, die noch nicht als krankhaft definiert werden können z. B. Nervosität, Schlafstörungen oder Erschöpfung. Diese können aber auch die Vorboten ernsthafter Erkrankungen sein (vgl. Giest & Hintze 2009). Die Krankheitsmodelle sollen ein Erklärungsmuster für Krankheiten darstellen:

1) *Biomedizinisches Krankheitsmodell*

Dieses Modell hat sich am Anfang des 19. Jahrhunderts unter großem Einfluss naturwissenschaftlichen Denkens entwickelt. Es wurde davon ausgegangen, dass der menschliche Körper mit einer Maschine vergleichbar ist. So werden körperliche Beschwerden und psychische Störungen als organische (anatomische oder physiologische) Defekte erklärt, durch welche Krankheiten entstehen. Dabei wird der Kranke als ein passives Objekt physikalischer Prozesse verstanden, der selbst auf seine psychische und soziale Wirklichkeit und sein Verhalten keinen Einfluss hat (vgl. Bengel et al. 1999).

2) *Biopsychosoziales Krankheitsmodell*

Ende der 70er Jahre entsteht ein biopsychosoziales Krankheitsmodell (ein erweitertes biomedizinisches Krankheitsmodell), das von dem amerikanischen Medizintheoretiker G. L. Engel geprägt wurde. Nach diesem Modell spielen, im Gegensatz zum biomedizinischen Krankheitsmodell, biologische, psychologische und soziale Faktoren bei der Entstehung und im Verlauf von Krankheiten eine wichtige Rolle. Das traditionelle biomedizinische Modell reicht nicht mehr aus, vor allem für die Erforschung chronischer Krankheiten (vgl. www.psychology48.com/deu/d/biopsychosoziales-krankheitsmodell/biopsychosoziales-krankheitsmodell.htm, letzter Zugriff am 01.11.2011).

Leider bestimmt, trotz allgemeiner Anerkennung des erweiterten biopsychosozialen Modells, nach wie vor das biomedizinische Krankheitsmodell die heutige Schulmedizin, aber auch die Prävention (vgl. Tripp www.shiatsu-austria.at/einfuehrung/wissen_1.htm, letzter Zugriff am 28.03.2011).

Nach Bengel basiert die Struktur von therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen im Gesundheitswesen nach wie vor auf dem biomedizinischen Krankheitsmodell. Hurrelmann (1995, S. 63) spricht davon, dass sich die wissenschaftliche Forschung an einem „bio-öko-psycho-sozialen Modell“ von Gesundheit und Krankheit orientieren muss und dass „Gesundheit und Krankheit als Ereignisse auf einem Kontinuum verstanden werden“ sollten.

Franzkowiak & Lehmann (1996) beschreiben das Gesundheits- und Krankheitskontinuum dahingehend, dass Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit fließend sind und gesunde wie kranke Anteile des Wohlbefindens gleichzeitig existieren können. So bedeutet „Gesundheit“ nicht das Gegenteil einer Krankheit und auch nicht ihre Abwesenheit, sondern schließt vieles andere in sich ein.

Entwicklung des Gesundheitsbegriffs im Wandel der Zeit

Labisch und Göckenjan schlagen vor, den Gesundheitsbegriff zu „historisieren“. Durch „Historisierung“ des Gesundheitsbegriffes kann untersucht werden, in welchen sozialen, politischen und psycho-physischen Diskussionen Gesundheit „als Wert, als Ziel und als Legitimation“ benutzt wurde und wie sich die Vorstellung von Gesundheit in Abhängigkeit von historischen und gesellschaftlichen Ereignissen wandelte (vgl. Göckenjan 1991 S. 15, Waller 2002, S. 13).

So versucht Stollberg (bei Waller 2002, S. 14-15) den Gesundheitsbegriff aus den letzten zwei Jahrhunderten im historischen Kontext zu klassifizieren:

1. *Gesundheit als Staatsaufgabe in der Frühen Neuzeit*

In dieser Zeit führte der absolutistische Staat massive Kontrollen über die Gesundheit der Bevölkerung ein, um die Bevölkerungszahl zu vergrößern und den staatlichen Reichtum und die militärische Macht zu stärken. So wurde im „System der vollständigen medizinischen Polizey“ nach Peter Frank (1745-1821) eine Reglementierung sämtlicher Lebensbereiche diesem Motiv folgend vorgenommen.

2. *Gesundheit als soziales Recht um 1848*

Im Rahmen der bürgerliche Revolution von 1848 forderten Sozialreformer und die Ärzte Salomon Neumann und Rudolf Virchow ein soziales Recht auf Gesundheit und verlangten den Schutz der Gesundheit durch den Staat. Virchow sollte im Auftrag des Preußischen Gesundheitsministeriums über die in Oberschlesien ausgebrochene Typhusepidemie berichten und vorschlagen, wie man diese Krankheit eindämmen kann. Er schrieb dazu:

„Die logische Antwort auf die Frage, wie man in Zukunft ähnliche Zustände, wie sie in Oberschlesien vor unseren Augen gestanden haben, vorbeugen könnte, ist also sehr leicht und einfach: Bildung mit ihren Töchtern Freiheit und Wohlstand“ (Virchow 1849, zit. bei Waller 2002 S. 14-15).

3. *Gesundheit als Resultat städtischer Hygiene*

Diese Zeit ist durch den ersten Hygiene Professor Pettenkofer (1818-1901) geprägt – zurückgehend auf die kommunale Hygiene- Bewegung, in der Ärzte, Architekten und Ingenieure die städtische Wasserversorgung und Wasserentsorgung zentralisiert und ausgebaut haben.

Die sozialpolitische Stoßkraft der Jahre von 1848 war allerdings weitgehend verschwunden und krankheitsfördernde Zustände wurden als gegeben hingenommen.

4. *Gesundheit als Resultat von Sozialhygiene*

Zu Anfang des 20. Jahrhunderts entstand, durch den sozialdemokratischen Arzt Grotjahn (1869-1931) und, geprägt durch Virchows Begriff der „sozialen Hygiene“, ein neues hygienisches Paradigma auf der Basis der Bakteriologie. „Soziale Hygiene“ wurde als deskriptive und normative Wissenschaft der Bedingungen und Maßnahmen einer allgemeinen hygienischen Kultur für alle Individuen und ihre Nachkommen, die örtlich, zeitlich und gesellschaftlich miteinander verbunden sind, verstanden (vgl. Borchardt 1998, S. 132).

5. *Gesundheit als Resultat von Rassenhygiene*

In der Zeit des Nationalsozialismus wurde Sozialhygiene zur Rassenhygiene, die allerdings auch im Namen der Gesundheit des „Volkskörpers“ zur Sterilisierung und Ermordung von „Minderwertigen“, „Schwachsinnigen“, Juden, Sinti und Roma, Osteuropäern usw. führte. Hitlers größtes gesundheitspolitisches Ziel war der „arische Volkskörper“. Nach dieser Zeit folgte lange Zeit ein Stillstand im Gesundheitswesen, weil es als „Gesundheitsführung“ lange Zeit mit dem Nationalsozialismus verbunden wurde.

Paradigmenwechsel – Von der Pathogenese zur Salutogenese

Bis in die 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts hinein wurde der Gesundheitsbegriff eher als schicksalhaft, statisch und symptomorientiert definiert und hatte den rein medizinischen Fokus: „Gesundheit ist die Abwesenheit von Krankheit“.

Diese einseitige und negative Orientierung spiegelt sich auch in einer Befragung aus dem Jahr 1980 wieder: Hier sollten 12 bis 13-jährige Assoziationen zum Begriff „Gesundheit“ finden. Als Ergebnis zeigte sich, dass die Mehrheit der Kinder die „Gesundheit“ in erster Linie mit Krankenhaus, Krankheit, Arzt oder Arznei in Verbindung setzen, also nicht positiv, sondern eher negativ betrachten (vgl. Barkholz, Israel, Paulus & Posse 1998).

Im Jahr 1948 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) – eine Koordinationsbehörde der Vereinten Nationen für das internationale öffentliche Gesundheitswesen – zwar einen neuen Gesundheitsbegriff formuliert, in den Vorstellungen der Menschen über die Gesundheit hat sich seither allerdings nichts verändert. So wurde dieser neue Gesundheitsbegriff nur in engeren Kreisen bekannt:

„Gesundheit ist ein Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Es ist eines der Grundrechte jedes Menschen ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen und sozialen Lage, sich einer möglichst guten Gesundheit zu erfreuen“ (WHO 1948).

Die WHO betont damit eine ganzheitliche Sichtweise, die vor allem alltagsbezogen ist. Zu diesem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff gehört nicht nur die Versorgung für das körperliche Wohlergehen, etwa mit Nahrung, Kleidung und Wohnraum, sondern ganz wesentlich auch das Wohlbefinden des Menschen durch die Befriedigung seiner psychischen, sozialen und kulturellen Bedürfnisse. Der Mensch braucht auch „geistige Nahrung“, soziale Kontakte, Kommunikation und gewisse Anerkennung für seine Zufriedenheit und damit für

seine Gesundheit. Trotz dieser eindeutigen positiven Wendung in den perspektivischen Einsichten wurde der neue Gesundheitsbegriff der WHO von einigen Autoren scharf kritisiert.

Der Hauptkritikpunkt an der WHO - Gesundheitsdefinition liegt darin, dass die Gesundheit laut dieser Definition ein „statischer Zustand“ ist und eine „utopische Ausrichtung“ hat (vgl. Hurrelmann 1988). Der Begriffsbestimmung der WHO zufolge wäre ein Großteil der Menschen per Definition krank, so etwa all jene, die durch normale Alterserscheinungen in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt sind. Außerdem liegt laut Franzkowiak (1996, S. 25) ein Übersetzungsfehler des Wortes „Zustand“ aus dem Englischen vor, daher versuchen die Gesundheitswissenschaftler, diesen Sachverhalt zu umgehen und verwenden zunehmend Begriffe wie „Ressourcen“ und „Potenzial“.

Trotz der von mehreren Wissenschaftlern (Hurrelmann, Hörmann, Franzkowiak, Paulus) erfolgten kritischen Diskussion dieses Begriffsverständnisses ist diese Definition weiterhin in der WHO-Deklaration von Alma-Ata (1978) und in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 bezüglich der Dimensionen, die Gesundheit bedingen, bestätigt worden (vgl. Wulfhorst 2002, S. 20).

Hurrelmann führt hinsichtlich der grundlegenden Frage, ob Gesundheit, wie in der WHO-Definition, als statistischer Zustand betrachtet werden kann und unter Berücksichtigung der in der WHO-Definition genannten Gesundheitsdimensionen aus:

„Gesundheit setzt sich aus physischen, psychischen und sozialen Anteilen zusammen, die sich wechselseitig beeinflussen.... Sie ist ein Balancezustand, der zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut hergestellt werden muss. Sie ist kein passiv erlebter Zustand des Wohlbefindens, wie die rein körperliche Fixierung des Begriffes in der klassischen Medizin nahe legt, sondern ein aktuelles Ergebnis der jeweils aktiv betriebenen Herstellung und Erhaltung der sozialen, psychischen und körperlichen Aktionsfähigkeit eines Menschen. Soziale, ökonomische, ökologische und kulturelle Lebensbedingungen bilden dabei den Rahmen für die Entwicklungsmöglichkeit von Gesundheit“ (Hurrelmann 1988, S. 17).

Mittlerweile hat auch die WHO diese Problematik erkannt. So wurde im Jahr 1998 von der WHO ein „Glossar zur Gesundheitsförderung“ herausgegeben, in dem darauf hingewiesen wird, dass ein Wandel des „Zustandsbegriffes“ der Definition von 1948 zu einem „Ressourcenbegriff“ in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 stattgefunden hat (vgl. auch Wulfhorst 2002, S. 20).

„Gesundheit wird weniger als ein abstrakter Zustand, sondern vielmehr als ein Mittel zum Zweck angesehen, welcher funktional gesehen eine Ressource ist, die es Menschen erlaubt, ein individuell, sozial und ökonomisch produktives Leben zu führen“ (WHO 1998, S. 1) betrachtet.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Veränderung des Gesundheitsbegriffes im Laufe der Zeit unter unterschiedlichen Aspekten erfolgte: kulturellen, biologischen, ökologischen und wirtschaftlichen. Auch historische Ereignisse, wie der Nationalsozialismus und dessen Aufarbeitung, haben einen Einfluss auf die Vorstellung der Bevölkerung von Gesundheit ausgeübt. Die WHO hat zwar im Jahr 1948 den ganzheitlichen Gesundheitsbegriff favorisiert und nicht nur physische, sondern auch psychische und soziale Komponenten der Gesundheit berücksichtigt, trotzdem ist diese Definition kritisch zu betrachten. Laut dieser Definition ist Gesundheit nur ein „idealer Sollzustand [...], wobei unklar bleibt, wie und ob er zu erreichen ist“ (Giest & Hintze 2009, S. 204). Und obwohl die WHO später den Fehler erkannte und die Gesundheit weniger abstrakt betrachtete, und obwohl in den Gesundheitswissenschaften von einem Paradigmenwechsel die Rede ist, herrscht in der Gesellschaft immer noch eine passive, einseitige und schicksalhafte Auffassung von der Gesundheit vor. Wahrscheinlich sollte nicht nur in der Wissenschaft darüber diskutiert werden, sondern die Förderung eines neuen Gesundheitsbegriffs auch in der Gesellschaft eine größere Rolle spielen. Was dieser neue Gesundheitsbegriff ist, wie er entstanden ist und wodurch er sich von einem pathogenetischen Gesundheitsbegriff unterscheidet, wird im folgenden Kapitel dargestellt.

2.4 Salutogenese als wissenschaftliches Konzept der Gesundheit

„Der Weg ist das Ziel.“

Konfuzius

Das Grundprinzip der Salutogenese

Der ungarisch-amerikanische Medizinsoziologe und Stressforscher Aaron Antonovsky (1923 - 1994) hat im Jahr 1979 das neue Gesundheitskonzept der Salutogenese (lat. salus: gesund & griech. genesis: Entstehung) entwickelt, womit er den damals vorherrschenden pathogenetischen Konzepten eine neue Betrachtung gegenüber stellte.

Er wollte die pathogenetische kurativ orientierte Sichtweise der medizinischen Forschung nicht ausschließen. Das neue Konzept der Salutogenese sollte die Pathogenese in ihren Fragestellungen ergänzen. Während bis dahin nur die Erforschung der Ursachen und die Behandlung von Krankheiten im Vorder-