Anna Schmidt

Die Rolle interkultureller Kommunikation für die Gesundheitsförderung von Migranten

Das Beispiel russisch-deutsche Kommunikation

Diplomica Verlag

Schmidt, Anna: Die Rolle interkultureller Kommunikation für die Gesundheitsförderung von Migranten: Das Beispiel russisch-deutsche Kommunikation. Hamburg, Diplomica Verlag GmbH 2014

Buch-ISBN: 978-3-8428-9467-9
PDF-eBook-ISBN: 978-3-8428-4467-4
Druck/Herstellung: Diplomica® Verlag GmbH, Hamburg, 2014

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden und die Diplomica Verlag GmbH, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

Alle Rechte vorbehalten

© Diplomica Verlag GmbH
Hermannstal 119k, 22119 Hamburg
http://www.diplomica-verlag.de, Hamburg 2014
Printed in Germany

Inhalt

A. Theoretischer Teil 4

1. Einführung 4

1.1 Fragestellung der Arbeit 4

1.2 Statistische Angaben zu russischsprachigen Migranten 5

2. Gesundheitsförderung 7

2.1 Definitionen von Gesundheit 7

2.1.1 Prävention versus Gesundheitsförderung 8

2.1.2 Das Kohärenzgefühl 12

2.2 Gesundheitsförderung bei Migranten 17

2.2.1 Sprachbarrieren 17

2.2.2 Informationsdefizite 18

2.2.3 Kulturelle Faktoren der Krankheitskonzepte 18

2.2.4 Mangelnde interkulturelle Kompetenzen 19

2.2.5 Behördenimage und Angst vor rechtlichen Folgen 20

2.3 Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Migranten 21

2.3.1 Vier-Felder-Matrix-Modell 21

2.3.2 Die Bedeutung des salutogenetischen Modells für die Bewältigung von Migrationserfahrungen 22

3. Dimensionen der interkulturelle Kommunikation 24

3.1 Kulturelle Aspekte 24

3.2 Kulturdimensionen nach Hofstede 25

3.2.1 Machtdistanz 25

3.2.2 Individualismus versus Kollektivismus 26

3.2.3 Männlichkeit versus Weiblichkeit 28

3.2.4 Vermeidung von Ungewissheit 28

3.2.5 Langfristige versus kurzfristige Orientierung 29

3.3 Kulturelle Differenzen im Krankheitsverhalten 31

3.4 Kommunikation 33

3.5 Interkulturelle Kommunikation 34

3.5.1 Kulturelle Überschneidungssituationen und deren Hindernisse 34

3.5.2 Die drei Formen der interkulturellen Kommunikation nach Maletzke 37

3.5.3 Die fünf Axiome von Kommunikation nach Watzlawick 38

3.5.4 Spezifische Probleme der interkulturellen Kommunikation 40
3.5.5 Die fünf Arten von Problemen bei interkulturellen Kommunikation nach Erll 43
4. Gesundheitsförderung durch Gesundheitsberatung.....45
4.1 Interkulturelle Beratung 46
4.2 Gesundheitliche Beratung 48
5. Kulturunterschiede zwischen Russland und Deutschland 50
5.1 Kulturstandards 51
5.2 Kulturdimensionen nach Hofstede im Vergleich von Russland und Deutschland 52
5.2.1 Machtdistanz 52
5.2.2 Individualismus versus Kollektivismus 54
5.2.3 Männlichkeit versus Weiblichkeit..... 54
5.2.4 Vermeidung von Ungewissheit 55
5.2.5 Langfristige versus kurzfristige Orientierung 55
5.3 Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehung bei russischsprachigen Migranten ... 56
5.3.1 Problemfelder der Behandlung von russischsprachigen Patienten 56
5.3.2 Verständigungsprobleme auf kommunikativer Ebene 57

B. Praktischer Teil 58
1. Methode und Instrument.....58
1.1 Vorgehensweise 58
2. Durchführung und Auswertung 58
2.1 Bemerkungen zur Interviewmethode 58
2.2 Interviewleitfaden..... 60
2.3 Bemerkungen zum Interviewablauf 64
2.4 Materialaufbereitung durch Transkription 64
2.5 Auswertung 65

C. Fazit 91

1. Schlussfolgerungen aus Theorie und Praxis für die Ausführung von Gesundheitsförderung bei russischsprachigen Migranten 91

2. Kritische Würdigung 93

3. Ausblick 95

D. Anhang 97

1. Literatur

2. Leitfaden für die Interviews und Einverständniserklärung

3. Transkription und Postskriptum der Interviews

A. Theoretischer Teil

1. Einführung

1.1 Fragestellung der Arbeit

Migration beeinflusst die Menschen, die unterwegs sind, jene die zurückbleiben und auch diejenigen, welche die Migranten aufnehmen. Den Implikationen für die Gesundheitssysteme der betroffenen Gesellschaften kommt dabei eine große Bedeutung zu. Diese betreffen politisch-rechtliche, ökonomische, ökologische, soziale und gesundheitliche Fragen sowie Aspekte der Information und der Kommunikation. Die gleichberechtigte Teilhabe von Migrantinnen und Migranten an gesundheitlicher Versorgung sollte ein wichtiges Ziel integrationspolitischer Maßnahmen in Deutschland sein. In der Migration stehen ökonomische und ökologische Faktoren im Vordergrund, in den industrialisierten Ländern sind dies vor allem Fragen der Partizipation und Unterschiede in den Gesundheitssystemen. Dies gilt speziell für die Kommunikation, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung in hohem Masse beeinflusst.
In der Praxis stehen Migrantinnen und Migranten jedoch oftmals vor erheblichen Schwierigkeiten, wenn sie gesundheitliche Vorsorge, Beratung oder Behandlung in Anspruch nehmen wollen. Diese Hürden können rechtlicher oder sozialer Natur sein oder sich aus sprachlichen und kulturellen Kommunikationsbarrieren zwischen Arzt, Pfleger oder Therapeuten einerseits und Patienten andererseits ergeben.
Dabei sind Informationen über institutionelle Strukturen der Gesundheitssysteme sowohl für die Migranten als auch für ihre Betreuer wichtig. Qualitative Informationen zu Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen der Migrantengruppen fördern das Verständnis und ermöglichen eine kompetente, beide Seiten befriedigende Lösung von Gesundheitsproblemen.
Die Kommunikation umfasst jedoch auch die vielfältigen Interaktionen zwischen Migranten und Gesundheitsanbietern. Wesentlich ist auch ein bewusster Umgang aller Beteiligten mit kultureller Differenz.
Die Fragestellung der Arbeit richtet sich auf die Rolle der Kommunikation bei der Gesundheitsförderung von Migranten. Es werden dabei auch Aspekte der Kultur wie nationale Stereotype und ihre Rolle bei der Konfrontation mit einer fremden Kultur, Kulturstandards sowie Verhaltensmuster beleuchtet.

In den Blick genommen werden die Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion. Der Fokus wird nicht auf eine bestimmte Gruppe gelenkt, sondern richtet sich auf alle Migrantengruppen, deren Gemeinsamkeit in der russischen Sprache liegt.
Als MigrantInnen bezeichne ich in dieser Arbeit alle Personen, die nach Deutschland eingewandert sind und sich hier eine neue Lebensgrundlage aufbauen wollen. Dabei sind weder die Gründe noch die Art der Einwanderung von Bedeutung, auch nicht der Stand des Bewilligungsverfahrens. So sind z.B. Flüchtlinge nur eine bestimmte Kategorie von MigrantInnen, HeiratsmigrantInnen eine andere. Wichtigstes Kriterium ist dabei, dass die Muttersprache nicht Deutsch ist, also Wolga-Deutsche, die seit ca. 200 Jahren kein Deutsch mehr in den Familien sprechen zählen auch dazu.
Nachfolgend werden zunächst theoretische Hintergründe im Themenbereich angeführt. Eine qualitative Untersuchung soll die theoretischen Inhalte ergänzen, beziehungsweise überprüfen. Abschließend sollen die erarbeiteten Inhalte in ihrer Bedeutung für die Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund mit gesundheitsförderlichem Schwerpunkt eingeordnet werden.
Die Analyse von Wechselbeziehungen der deutschen und russischen Kultur und die Besonderheiten der russisch-deutschen Kommunikation können für die konzeptionelle Soziale Arbeit Grundlagen in der Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund bieten.

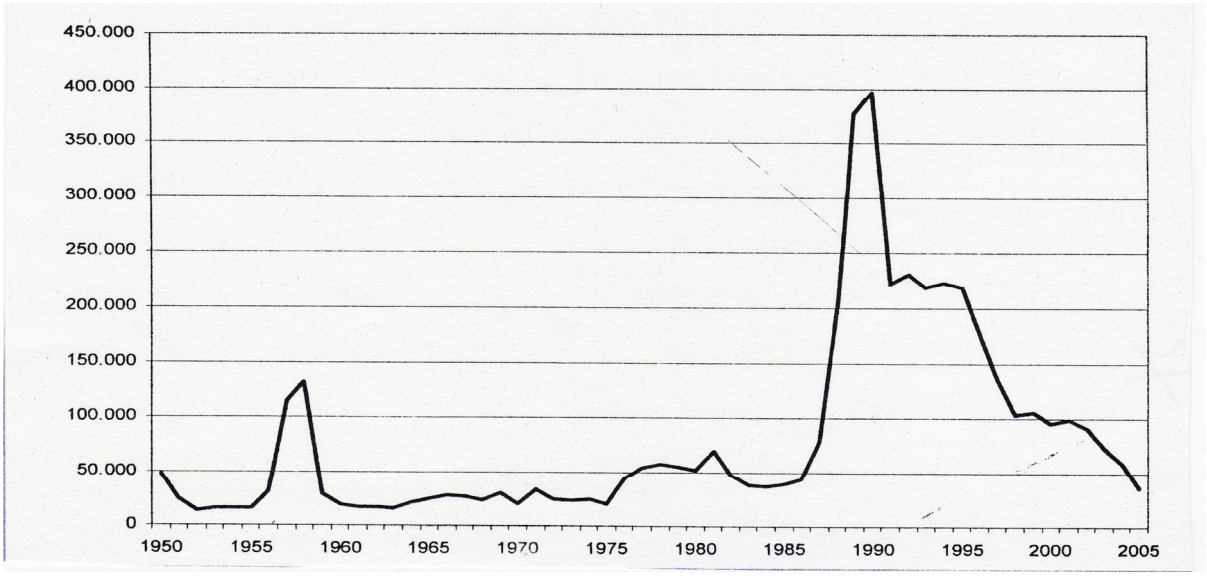
1.2 Statistische Angaben zu russischsprachigen Migranten

Menschen mit russischsprachigem Hintergrund sind eine für Deutschland bedeutsame Gruppe, weil sie zahlenmäßig die größte Migrantengruppe darstellen:

> „Für die russischsprachigen Mitbürger in der Bundesrepublik Deutschland nennt die Werbeagentur inprom.com im Jahr 2005 als Schätzwert 4 Millionen Personen, davon 83% Aussiedler/Spätaussiedler aus UdSSR-Staaten, 8% jüdische Emigranten und 9% Sonstige (Heirat, Arbeit, Studenten).“ (Lima Curvello 2007:18)

Anfang der 1990er Jahre, nach der deutschen Vereinigung zogen größere Gruppen russlanddeutscher (Spät-)Aussiedler mit ihren Familien nach Deutschland. Der Zustrom der Aussiedler (rund 100.000 pro Jahr) hielt bis 2001 an, ist aber seit 2003 drastisch gesunken. Mit gut 35.522 Personen im Jahr 2005 (Vorjahre 59.093 und 72.885 Personen) ist ein Rückgang von rund 30 Prozent zu verzeichnen. 99 Prozent aller (Spät-)Aussiedler kamen aus der GUS (den Teilrepubliken der ehemaligen Sowjetunion) (Info-Dienst 2005: 4). Die russlanddeutschen

Spätaussiedler aus der GUS sind die größte Gruppe von Zuwanderern: über zwei Millionen Russlanddeutsche (und ihre russischen Ehepartner) sind in die Bundesrepublik migriert.



In Deutschland eingetroffene (Spät-)Aussiedler von 1950 bis 2005 (www.zuwanderung.de 2007:3)

Außerdem kamen nach Abschluss eines Vertrages über Kontingentflüchtlinge viele russische Juden aus der ehemaligen Sowjetunion. Sie brachten auch ihre russischen Familienangehörigen mit (darunter viele Russen, Ukrainer, Weißrussen und Menschen aus sonstigen Völkern der ehemaligen UdSSR).

> „Überwog zu Beginn der Einwanderungswelle der deutschstämmige/-sprachige Anteil in den Familien, so überwiegt inzwischen der russische Anteil ohne deutschsprachige Kenntnisse. Die Zahl der russisch-sprachigen Einwohner Deutschlands (einschließlich illegal eingewanderter Personen) hat sich inzwischen auf geschätzte 5 Millionen gesteigert, weshalb man diese Sprachgemeinschaft mittlerweile als größte Ausländergruppe in Deutschland betrachtet.“ (www.uni-protokolle.de 2009:1)

Die Bevölkerung der russischsprachigen Migranten nimmt ständig zu. Im Gegensatz zum Beispiel zu den Türken haben die russischsprachige Migranten eine „Gastarbeiter-Philosophie“, wonach das Ersparte zurück in das Heimatland fließt. Sie sind gekommen, um zu bleiben. Zum sozialen und kulturellen Leben der russischsprachigen Migranten in der ehemaligen Sowjetunion existieren sehr wenige Informationen und Analysen, ebenso zu ihrer Integration in der Bundesrepublik Deutschland.

2. Gesundheitsförderung

2.1 Definitionen von Gesundheit

Aus medizinischer Sicht eine Definition der Gesundheit zu formulieren, ist besonders schwierig, vor allem, wenn diese positiv klingen soll:

> „Von medizinischer Seite her ist eine eigenartige Abstinenz bei diesem Thema zu bemerken. Es hat sich der Eindruck festgesetzt, dass die Medizin, wenn überhaupt, nur eine negative Definition von Gesundheit besitzt und Gesundheit als das Fehlen von Krankheit versteht“ (Faltermaier 1994: 56).

Im Jahr 1948 entstand in der WHO (World Health Organisation) der Versuch einer umfassenden, positiven Definition: „Gesundheit ist der Zustand eines vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ (Faltermaier 2005: 33). Es kann auf diesem Hintergrund festgehalten werden: „Gesundheit bedeutet also mehr als nicht krank zu sein.“ (Homfeldt 2003: 20)
Parsons definierte Gesundheit in der Soziologie als „Zustand der optimalen Leistungsfähigkeit eines Individuums für die Erfüllung der Aufgaben und Rollen, für die es sozialisiert wurde“ (Parsons 1968: 344 nach Faltermaier 2005: 34).

In der Systemtheorie wird der Gesundheitsbegriff durch folgende Aussage umschrieben:

> „Im Zustand der Gesundheit befinden sich die biologischen und psychischen Systeme eines Individuums in einem harmonischen Gleichgewicht, das auch den Austausch mit den ökologischen Systemen (physikalisch, biologisch, psychisch und sozial) gewährleistet. Das gesunde Individuum verfügt über Reserven und Ressourcen (>Potential<), die es ihm erlauben, ein gestörtes Gleichgewicht innerhalb der erwähnten Systeme wieder herzustellen.“ (Heim/Willi 1986: 286 nach Faltermaier 2005: 34)

Ferner wird Gesundheit systemisch verstanden als:

> „ein konstruktiver Prozess der Selbstorganisation und Selbsterneuerung. Gesundheit muss vom Organismus ständig hergestellt werden: als immunologisch verstandene Abwehr sowie als Anpassung an oder als zielgerichtete Veränderung der Umweltbedingungen durch das Individuum.“ (Rimann 1998: 352)

Andererseits wird Gesundheit auch als etwas Verborgenes bezeichnet, das nicht hergestellt werden kann, allerdings können Bedingungen geschaffen werden, welche sie eher ermögli-

chen (Brucks 1998: 36). Gesundheit lässt sich allgemein als „das bestmögliche Gleichgewicht zu einer bestimmten Zeit“ (Rimann 1998: 352) beschreiben.
Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es sich bei Gesundheit nicht um ein eindeutig definierbares Konstrukt handelt. Daher wird es in den Sozialwissenschaften sowie in der Medizin als mehrdimensionales Phänomen gesehen, welches körperliches und psychisches Wohlbefinden ebenso einschließt wie Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und Sinnfindung (Bengel 2001: 16).

2.1.1 Prävention versus Gesundheitsförderung

Die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention werden oft synonym benutzt. In Wirklichkeit haben sie unterschiedliche Konzepte und Strategien, verfolgen aber das gleiche Ziel: die Gesunderhaltung im Vorfeld.

(Vorlesungsskript, Prof. Dr. M. Baier-Hartmann, Ev. Fachhochschule Freiburg, 2007)

Zur Prävention

„Prävention hat ihren Ausgangspunkt bei spezifizierten Krankheiten oder Störungen und das Ziel, diese Risiken zu minimieren oder gänzlich auszuschalten“ (Beispiel: Impfprogramme) (Hurrelmann 2009:41). Voraussetzung dafür ist eine Kenntnis pathologischer Dynamiken sowie der Entwicklungs- und Verlaufsstadien des individuellen und kollektiven Krankheitsgeschehens. Es wird angenommen, dass die zukünftige Entwicklung des Krankheitsgeschehens individuell und kollektiv vorhergesagt werden kann. Somit beruht Prävention auf einer „Zukunftsprognose“, „bei der die Eintrittswahrscheinlichkeit des unerwünschten Ereignisses ‚Krankheit’ angegeben werden kann.“ (Hurrelmann 2009:12)

Prävention wird als „vorbeugendes Eingreifen“ verstanden, das auf die Verhinderung möglicher Gefahren und Schädigungen abzielt und es abgrenzt gegen Intervention als „nachgehendem Eingriff“ als Reaktion auf einen bereits eingetretenen „Schaden“. (Galuske 2007:293)

Caplan unterscheidet bei Prävention zwischen primärer, sekundärer und tertiärer. „Es ist eine Einteilung nach dem Zeitpunkt der Maßnahmen und erhält eine Rangfolge der Wünschbarkeit des Erfolgs“ (Caplan 1964 nach Hurrelmann 2009: 335). Die folgenden Beispiele wurden speziell auf Menschen mit Migrationshintergrund ausgerichtet.

Primäre Prävention verhindert das Auftreten von Krankheiten und körperlichen Schädigungen (Galuske 2007: 296);

Sekundäre Prävention versucht die Erkrankungen in einem möglichst frühzeitigen Stadium zu erkennen (Galuske 2007:296);

Tertiäre Prävention wird sowohl als die wirksame Verhütung bzw. Verzögerung der Verschlimmerung einer manifesten Erkrankung sowie auch als Verhinderung bzw. Minderung bleibender, insbesondere sozialer Funktionseinbußen verstanden. (Sunder 2002 in Galuske 2007:296)

Johanna Maria Körber nennt eine Reihe von Kennzeichen präventiver Maßnahmen.

- Prävention versucht den Gesundheitszustand der Bevölkerung oder einzelner Bevölkerungsgruppen oder einzelner Personen zu erhalten oder zu verbessern.
- Prävention ist nicht nur eine Aufgabe der Medizin, sondern arbeitet interdisziplinär, das heißt auch Psychologie, Soziologie und Pädagogik leisten hierzu ihren Beitrag.
- In der Umsetzung versucht Prävention verschiedene Ebenen anzusprechen (z.B. Wissen, Einstellungen).
- Präventive Maßnahmen sind langfristig angelegt und zielen auf langfristige Veränderungen des Erlebens und Verhaltens. (Körber 2003:32)

Zur Gesundheitsförderung

In Abgrenzung zur Prävention[1], die sich mit dem Verhindern von Krankheiten in einer geschichtlich gewachsenen, pathologisch orientierten Kultur beschäftigt, fokussiert die Gesundheitsförderung „die Erreichung von Gesundheit in ihrer positiven Bedeutung" (Faltermaier 2005: 297).

Veränderungen in einer erweiterten Sicht von Gesundheit und Krankheit, die über das dichotome Modell der Pathophysiologie (auf der einen Seite die Krankheit und auf der anderen die Gesundheit, man kann nicht in beiden Zuständen gleichzeitig sein) hinausgehen, führten zu einer begrifflichen Veränderung, die 1987 von der WHO in der Charta von Ottawa festgehalten wurde: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen" (Faltermaier 2005: 297). Diese wird in dem Dokument definiert als „[…] positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten" (ebd.). Der Schwerpunkt hat sich damit also weg von den Ursachen hin zu den Bedingungen von Gesundheit (Ressourcen) verändert. Faltermaier (2005: 297) sieht darin eine Ausrichtung der gesundheitsförderlichen Sicht an der Salutogenese, welche nachfolgend Beachtung finden soll.

Aaron Antonovsky befasste sich als Soziologe und später als Medizinsoziologe mit Fragestellungen zum Zusammenhang zwischen Stress und Gesundheit bzw. Krankheit. Während seinen Forschungen in den 60er und 70er Jahren fiel sein Augenmerk auf Frauen, die den Holocaust überlebt haben. Beim Vergleich mit Frauen, die keine Holocaust-Erfahrungen hatten, wiesen die Holocaust-Überlebenden – wie erwartet – eine signifikant stärkere gesundheitliche Belastung auf. Jedoch wurde bei 29% der ehemaligen inhaftierten Frauen eine relativ gute psychische Gesundheit festgestellt. Dieses Phänomen veranlasste ihn zu einer neuen Art der Fragestellung:

> „Mich interessieren weniger die schlecht angepassten Frauen. Ich möchte mich auf die erstaunliche Minderheit der gut Angepassten konzentrieren. Woher haben diese Frauen, die so viel Schlimmes erlebt haben, die Kraft genommen, sich positiv auf die neue Lebensphase einzustellen?" (Maoz 1998: 13).

Die folgenden zentralen Fragen bilden die Basis der theoretischen und empirischen Arbeiten von Antonovsky und dem von ihm entwickelten salutogenetischen Modell:

---

1 prae-venire = zuvorkommen

> „Warum bleiben Menschen – trotz vieler potentiell gesundheitsgefährdender Einflüsse – gesund? Wie schaffen sie es, sich von Erkrankungen wieder zu erholen? Was ist das Besondere an Menschen, die trotz extremer Belastungen nicht krank werden?“ (Bengel 2001: 24).

Die in diesen Fragestellungen enthaltene neue Perspektive hat Antonovsky mit der Begrifflichkeit der „Salutogenese“[2] umschrieben, welche er dadurch deutlich von der bisher dominierenden „Pathogenese“[3] des biomedizinischen Ansatzes abgrenzt. Für Antonovsky bedeutet Salutogenese jedoch mehr als der Gegensatz zur pathogenetischen Sichtweise. „Salutogenese meint, alle Menschen als mehr oder weniger gesund und gleichzeitig mehr oder weniger krank zu betrachten.“ (ebd.) Antonovsky zufolge sind die beiden Pole völlige Gesundheit oder völlige Krankheit unerreichbar.

Er vertritt die Ansicht, dass in jedem Menschen, selbst wenn er sich gesund fühlt, auch kranke Anteile vorhanden sind und dass, so lange jemand lebt, in irgendeiner Weise Gesundheit vorzufinden ist (Bengel 2001: 32). „We are all terminal cases. And we all are, so long as there is a breath of life in us, in some measure healthy“ (Antonovsky 1988 nach Lorenz, 2004: 24). Im Gegensatz zur präventiven Orientierung konzentriert sich das salutogenetische Konzept nicht auf bestimmte Ursachen, die eine Erkrankung auslösen, sondern fragt: „Welche Faktoren sind daran beteiligt, dass man seine Position auf dem Kontinuum zumindest beibehalten oder aber auf den gesunden Pol hin bewegen kann?“ (Antonovsky 1987 nach Franke 1997: 30).

In der Fachwelt wird Antonovskys Gesundheitskontinuum als wesentlicher Beitrag zur Fassung eines Gesundheitsbegriffs gesehen.

> „Es ist oft künstlich oder willkürlich, die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit zu bestimmen; die Konzentration auf Krankheit schafft zudem eine eigene Realität und verhindert, dass die Person als Ganzes mit ihrer Geschichte gesehen wird“ (Faltermaier 2005: 152).

Das Konzept der Salutogenese eröffnet vielfältige Denkrichtungen und Handlungsmöglichkeiten. Die bio-psycho-sozialen Modelle erklären, was Krankheit bedeutet und wie sie entsteht, während die Salutogenese versucht, die Frage zu beantworten, unter welchen Bedingungen Menschen gesund bleiben und wieder werden.

Gesundheit (statt nur Krankheit) in den Mittelpunkt der Betrachtung zu rücken, hat zur Entwicklung des Lebensweisenkonzeptes und einem veränderten Gesundheitsverständnis geführt. Gesundheitsförderung wird stärker gewichtet:

---

2 Salus = lat.: Unverletztheit, Heil, Glück; Genese = griech. Entstehung

3 Die Pathogenese befasst sich mit der Entstehung und Behandlung von Krankheiten.

- Gesundheit wird ganzheitlich, also mit ihrer körperlichen, psychischen, und sozialen Komponente gesehen. Die psychische Gesundheit erhält dadurch einen höheren Stellenwert.
- Gesundheitsförderung muss in das gesamte soziale, ökologische und infrastrukturelle Umweltgeschehen eingebettet sein.
- Effektive Gesundheitsförderung setzt Selbstbestimmung, Emanzipation und Persönlichkeitsentfaltung des Individuums voraus. (Mackovic-Stegemann 2005:32)

Der Begriff Prävention – wie schon oben erwähnt –ist in seinem Wortsinne immer auf potentielle Störungen und Defizite ausgerichtet. „Neuere Ansätze der Weltgesundheitsorganisation (WHO) betonen unter dem Begriff Gesundheitsförderung in Übereinstimmung mit einer salutogenetischen Perspektive die Bedeutung gesundheitsförderlicher Lebenswelten und Verhaltensweisen für die menschliche Gesundheit. Anhand des Salutogenetischen Modells von A. Antonovski soll nachfolgend das von ihm bestimmte Kohärenzgefühl dargestellt werden.

2.1.2 Das Kohärenzgefühl

Antonovsky befasste sich insbesondere mit der Auswirkung eines günstigen Umgangs mit Spannungszuständen auf die Gesundheit. Er erschloss ein breites Spektrum an Einflussgrößen deren Korrelation mit dem Gesundheitszustand aus epidemiologischen Studien hervorging. Dabei handelt es sich um individuelle Faktoren (z.B. körperliche Faktoren, Intelligenz, Bewältigungsstrategien) sowie soziale und kulturelle Variablen (z.B. soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten, kulturelle Stabilität). Diese Einflussgrößen nennt Antonovsky „generalisierte Widerstandsressourcen“. Es handelt sich dabei um Widerstandskräfte, welche die Bewältigung eines Problems ermöglichen, ohne eine Stressbelastung zu empfinden. Sie stellen ein wichtiges Potential dar, das für die Bewältigung eines Spannungszustandes aktiviert werden kann. (Bengel 2001: 34)
Die Funktion von generalisierten Widerstandsressourcen besteht zum einen darin, unsere Lebenserfahrungen zu beeinflussen und zum anderen ermöglichen sie das Erleben von Bedeutsamkeit und Kohärenz (ebd.). Somit beeinflussen sie maßgeblich das Kohärenzgefühl, welches im Folgenden gleichbedeutend als sense of coherence (SOC), bezeichnet und beschrieben wird.