

2 Begrifflichkeiten und empirische Grundlagen zum gesundheitsbewussten Konsumentenverhalten

2.1 Definition und Einordnung gesundheitsbewussten Konsumentenverhaltens in das Marketing

Im folgenden Kapitel werden das Verständnis und die Begrifflichkeiten des Untersuchungsgegenstandes (gesundheitsbewusstes Konsumentenverhalten) erläutert. Der Einstieg erfolgt zunächst über die Konsumentenverhaltensforschung, in der die vorliegende Arbeit einzuordnen ist (Kap. 2.1.1). Anschließend wird der bewusste Kaufentscheidungsprozess erläutert und der diesem zugrunde liegende Ziel-Mittel-Zusammenhang und Erwartungs-Wert-Ansatz verdeutlicht. In Kapitel 2.1.2 erfolgt schließlich die Einführung der Gesundheit als Ziel, auf das der Konsum ausgerichtet wird, wobei zunächst der Wandel des Gesundheitsverständnisses als Werttreiber der Gesundheit und schließlich die (individuelle) Definition von Gesundheit als motivstiftendes Konzept dargestellt werden. Auf Grundlage dieser Beschreibungen werden der gesundheitsbewusste Konsument, Gesundheitsbewusstsein und gesundheitsbewusster Konsum definiert und erläutert (Kap. 2.1.3).

2.1.1 Konsumentenverhaltensforschung und bewusstes Konsumentenverhalten

Der Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Arbeit ist das *gesundheitsbewusste Konsumentenverhalten*. Nach Kroeber-Riel/Gröppel-Klein (2013, S. 3) umfasst das *Konsumentenverhalten* „das beobachtbare ‚äußere‘ und das nicht beobachtbare ‚innere‘ Verhalten von Menschen beim Kauf und Konsum wirtschaftlicher Güter“. Es repräsentiert das zentrale Erkenntnisobjekt der Konsumentenverhaltensforschung. Die *Konsumentenverhaltensforschung* stellt eine Teildisziplin des Marketing dar, die Unternehmen (auch im non-profit und sozialen Bereich) als Informationsquelle zur erfolgreichen Ausrichtung der Aktivitäten an den Konsumentenbedürfnissen dient (vgl. Balderjahn/Scholderer 2007, S. 1; MacInnis/Folkes 2010, S. 900). Genauer befasst sich die Konsumentenverhaltensforschung mit „der Beschreibung, der Erklärung, dem Verstehen und der Prognose“ (Balderjahn/Scholderer 2007, S. 1) der ‚inneren‘ und ‚äußeren‘ Verhaltensprozesse von Menschen in der Rolle des Konsumenten. Dabei greift die Konsumentenverhaltensforschung insbesondere auf Erkenntnisse der auf die Erklärung des menschlichen Verhaltens ausgerichteten Sozialwissenschaften (wie z. B. der Psychologie, Sozialpsychologie, Soziologie) zurück, um so in Abgrenzung zu den stark rational orientierten ökonomischen Theorien (Homo Oeconomicus, Rationalprin-

zip) das „tatsächliche“ (Entscheidungs-)Verhalten von Individuen oder Gruppen erfassen zu können (vgl. Kroeber-Riel/Gröppel-Klein 2013, S. 3). Es existiert keine „geschlossene Theorie“ zum Konsumentenverhalten, sondern es wird je nach Untersuchungsgegenstand ein breites Spektrum an Partialtheorien multidisziplinär eingesetzt bzw. kombiniert, um dem komplexen Phänomen gerecht werden zu können (vgl. Kroeber-Riel/Gröppel-Klein 2013, S. 9f.; MacInnis/Folkes 2010, S. 910f.; Simonson et al. 2001, S. 249).

Die *Kaufentscheidungsprozesse* sind dabei ein zentraler Bestandteil. Die Beschreibung und Erklärung der mentalen Prozesse von Entscheidern im Konsumprozess stehen beim Großteil der Untersuchungen in der Konsumentenverhaltensforschung im Fokus (vgl. Jacoby et al. 1998, S. 322). Nach Balderjahn/Scholderer (2007, S. 19) ergeben sich Kaufentscheidungen aus dem individuellen Abwägen zwischen wahrgenommenen positiven und negativen Konsequenzen des Konsums eines Produktes oder einer Dienstleistung. Dieser kognitiven Algebra liegen aufwendige Informationsverarbeitungsprozesse zugrunde (vgl. Kroeber-Riel/Gröppel-Klein 2013, S. 474), weshalb da-von ausgegangen wird, dass diese vor allem bei Entscheidungsprozessen mit stärkerer kognitiver Kontrolle (extensives und limitiertes Entscheidungsverhalten) stattfinden (vgl. Kroeber-Riel/Gröppel-Klein 2013, S. 467, 470). In diesem Zusammenhang kann auch von einem bewussten Informationsverarbeitungsprozess gesprochen werden, auf dem *bewusst getroffene Kaufentscheidungen* basieren (vgl. Dijksterhuis et al. 2005, S. 193).

Diesem traditionellen Ansatz liegt die Kognitionspsychologie zugrunde, die besagt, dass einer *bewussten Informationsverarbeitung* eine Wissens- und Einstellungsbildung folgt, die wiederum Entscheidungen und Verhaltensweisen beeinflusst (vgl. Dijksterhuis et al. 2005, S. 193). Dass dem Kaufverhalten primär ein bewusster Informationsverarbeitungsprozess vorangeht, bekräftigen Simonson (2005) und Zaltman (2000) mit ihren Arbeiten und belegen dies zusätzlich mit verschiedenen Studien (siehe u. a. Hobson 1999; Huber et al. 1982; Kivetz/Simonson 2003). Dennoch gibt es zahlreiche Untersuchungen, die beobachten, dass Kaufentscheidungen zu einem Großteil unbewusst getroffen werden (siehe u. a. Bargh 2002; Dijksterhuis et al. 2009; Dijksterhuis/Smith 2005; Dijksterhuis et al. 2005), weshalb diese die dominierende sozial-kognitive Verhaltenswissenschaft kritisieren. Auch Simonson (2005, S. 214ff.) und Zaltman (2000, S. 425, 428) räumen ein, dass die Art und Weise, wie Konsumenten verschiedene Optionen bewerten und eine Auswahl treffen, durch unbewusste, automatische Stimuli und Prozesse beeinflusst werden kann. Gleichzeitig führt dies jedoch nicht dazu, das Konzept des bewussten Verhaltens abzulegen, da es einerseits der Forschung weiterhin einen wichtigen prognostizierenden und erklärenden Rahmen ermöglicht

und andererseits selbst Bestandteil der Arbeiten zum unbewussten Verhalten ist, da sich diese mit der unbewussten Beeinflussung kognitiver (bewusster) Verarbeitungsprozesse befassen (vgl. Simonson 2005, S. 214ff.; Zaltman 2000, S. 425, 428). Werden bereits bestehende Werte, Ziele und Einstellungen eines Individuums durch unbewusste Stimuli (Bahnungsreize) aktiviert (Priming³), agiert die Person infolgedessen jedoch bewusst bzw. kognitiv kontrolliert, da sie „priming-konforme“ Entscheidungen trifft (siehe hierzu Bargh 2002; Dijksterhuis et al. 2005, S. 197ff.). Der Anstoß für das Interesse an einem Objekt kann demnach durch unbewusste Faktoren erfolgen (wie z. B. durch den Selbstaufmerksamkeitsfokus, siehe Kap. 3.2.1, S. 52), die Kaufentscheidung selbst bleibt jedoch geprägt durch bewusste Prozesse der Produktauswahl. Nach Nisbett/Wilson (1977) ist hier lediglich der Zugang des Individuums zu den zugrunde liegenden Kognitionen (z. B. Einstellungen, Überzeugungen, Wissen) unbewusst.

Den verschiedenen kognitiven Handlungstheorien (z. B. Motivationstheorien, Einstellungstheorien, ökonomische Theorien) folgend, liegt dem (bewussten) Kaufentscheidungsprozess ein *Ziel-Mittel-Zusammenhang* zugrunde (vgl. Balderjahn/Scholderer 2007, S. 61ff.; Kroeber-Riel/Gröppel-Klein 2013, S. 191f.). Der Konsument hat zum Ziel, mithilfe des Konsums ein bestimmtes Bedürfnis zu befriedigen. Dieses *Bedürfnis* kennzeichnet einen empfundenen Mangelzustand, den die Person, beseitigen möchte (vgl. Trommsdorff/Teichert 2011, S. 102). Durch Interpretation bzw. Verarbeitung des Mangelzustandes erhält dieser Motiv- bzw. Zielqualität (vgl. Trommsdorff/Teichert 2011, S. 102). *Motive* sind folglich zielgerichtete Antriebe des Konsums und repräsentieren die Beweggründe des Verhaltens von Konsumenten (vgl. Balderjahn/Scholderer 2007, S. 54; Trommsdorff/Teichert 2011, S. 102). Die Motivation bzw. Bereitschaft einer Person ein Produkt bzw. eine Dienstleistung zu konsumieren, hängt im Weiteren von der *Erwartung* ab, wie gut mit diesem Konsum ein bestimmtes Ziel bzw. Motiv (z. B. Gesundheit) erreicht werden kann (Kosten-Nutzen-Bilanz der Handlung) und wie groß der *Befriedigungswert* des Ziels ist (subjektive Bedeutung des Ziels) (vgl. Kroeber-Riel/Gröppel-Klein 2013, S. 191). Dies folgt dem *Erwartung-mal-Wert-Modell* der Motivationspsychologie (siehe Lewin et al. 1944; Tolman 1932; Vroom 1964). Je geeigneter der Konsument das wirtschaftliche Gut einschätzt, ein gewünschtes Ziel (z. B. Gesundheit) erreichen zu können, und umso bedeutender dieses Ziel für ihn ist, desto stärker ist seine Tendenz, sich für dieses Gut zu entscheiden (vgl. Kroeber-Riel/Gröppel-Klein 2013, S. 191f.). Hierfür wägt der Konsument zwischen Nutzen

³ Priming („Bahnung“) bezeichnet den Prozess, indem Bahnungsreize ein Gedächtnisfeld aktivieren bzw. vorbereiten, innerhalb dessen Stimuli leichter identifiziert werden können, sofern Erfahrungen mit diesem Assoziationsfeld bestehen (vgl. Kiefer 2011, S. 169; Kroeber-Riel/Gröppel-Klein 2013, S. 185).

(pos. Konsequenzen) und Kosten (neg. Konsequenzen) des Konsums ab, und je nach individueller Gewichtung einzelner Nutzen- bzw. Kosten-Parameter leitet sich daraus die Konsumententscheidung für die „günstigere“ Alternative ab (vgl. Balderjahn/Scholdecker 2007, S. 19). Der (bewusste) Kaufentscheidungsprozess basiert demnach auf einer *bewusst abwägenden Zielorientierung* des Menschen (vgl. Kroeber-Riel/Gröppel-Klein 2013, S. 191).

2.1.2 Gesundheit als Konsumziel

Die Analyse des gesundheitsbewussten Konsumentenverhaltens fokussiert auf *Gesundheit als das Ziel*, auf das der Konsum ausgerichtet wird, und untersucht die kognitiven Prozesse, die die gesundheitsbewusste Konsumententscheidung bestimmen. Gesundheit rückt immer stärker in den Fokus des Konsumentenverhaltens, denn bei Konsumententscheidungen wird Gesundheit immer häufiger zu einem wichtigen Verhaltensziel. Der Wert, den ein Konsument einem Ziel beimisst, ist für die Aktivierung von Motivationen bedeutend, da sie „Maßstäbe für die Beurteilung des eignen Verhaltens (Innenaspekt) und Leit- oder Richtlinien für die Wahrnehmung der Umwelt des Einzelnen (Außenaspekt) liefern“ (Kroeber-Riel/Gröppel-Klein 2013, S. 193).

Die *subjektive Bedeutung der Gesundheit*, und damit der (Stellen)Wert, den Gesundheit im Leben einer Person einnimmt, sind gestiegen (vgl. Faltermaier 1994, S. 220). Dies ist vor allem auf einen gesellschaftlichen Wandel des Gesundheitsverständnisses zurückzuführen. Zu Beginn des 19. Jh. setzt sich die Schulmedizin als moderne Naturwissenschaft durch, die die Aufmerksamkeit auf die erkrankten Körpereinheiten (Organ, Gewebe, Zelle) und deren Heilung lenkt (vgl. Faltermaier 1994, S. 71). Damit dominiert eine pathogene Orientierung (Erkundung von Krankheitsursachen) mit einem negativen Gesundheitsverständnis, das Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit versteht (vgl. Antonovsky/Franke 1997, S. 24). Aufgrund eines fehlenden medizinischen Verständnisses der Erkrankten sind sie auf Verhaltensanweisungen des Arztes (dem professionellen Gesundheitssystem) beschränkt und üben als „unmündige“ Patienten vornehmlich vorgegebenes Krankheitsverhalten aus (vgl. Faltermaier 1994, S. 71). Dadurch befreit die moderne Medizin das Individuum in gewisser Weise von der Schuld an der eigenen Krankheit und der individuelle Verhaltensaspekt verliert an Bedeutung (vgl. Ehrlich 2006, S. 11).

Diese medizinische Perspektive hat sich jedoch seit Mitte des 20. Jh. hin zu einem *ganzheitlichen Gesundheitsverständnis* gewandelt, in dem nicht mehr allein physische, sondern nun auch psychische und soziale Faktoren des Individuums als relevante Aspekte der Gesundheit berücksichtigt werden (vgl. Antonovsky 1979; Dunn 1959, S.

786; Ehrlich 2006, S. 12; WHO 1946, S. 2). Darüber hinaus wird mit dem Aufkommen der Risikofaktorenmedizin der Effekt der Entschuldung der Kranken wieder stark abgeschwächt und die Verhaltensweisen geraten erneut in den Blick für die Entstehung von Krankheiten (vgl. Ehrlich 2006, S. 11; Schachenhofer 1997, S. 70). Damit entwickelt sich eine *salutogenetische Orientierung*, die sich mit der Erkundung der Ursachen für Gesundheit befasst und mit einem *positiven Gesundheitsverständnis* einhergeht, das Gesundheit als Vorhandensein von Bewältigungsfähigkeiten und -ressourcen versteht (vgl. Antonovsky/Franke 1997, S. 25; Schachenhofer 1997, S. 35). Mit der Erkenntnis, dass der Mensch mit seiner Lebensweise selber für seine Gesundheit verantwortlich ist, verändert sich seine Rolle im Gesundheitssystem. Der passive Patient wird zu einem aktiven, selbstbestimmten Konsumenten im Gesundheitsbereich (vgl. Gould 1988, S. 97; Reeder 1972, S. 408). Darüber hinaus führt der Perspektivenwechsel weg von den Gesundheitsleistungen als Zweck zur reinen Krankheitsbehandlung hin zur ganzheitlichen Gesundheitsoptimierung (vgl. Gould 1988, S. 97; Reeder 1972, S. 407). Diese Entwicklung führt gemeinsam mit der Tatsache, dass die Menschen ein immer höheres Alter erreichen, dazu, dass eine gesunde präventive Lebensweise an Bedeutung gewinnt und Gesundheit sich als Wert etabliert (vgl. Dunn 1959, S. 787).

Gesundheitsverständnis	
ab Beginn des 19. Jahrhunderts	ab Mitte des 20. Jahrhunderts
Pathogene Orientierung (Ursache von Krankheit)	Salutogenetische Orientierung (Ursache von Gesundheit)
Negative Gesundheitsdefinition (Abwesenheit von Krankheit)	Positive Gesundheitsdefinition (Vorhandensein von Bewältigungsfähigkeiten und -ressourcen)
Medizinisch (körperlich)	Ganzheitlich (körperlich, psychisch, sozial)
„Unmündiger“ Patient, der geheilt wird	Eigenverantwortlicher Konsument, der gesundheitspräventiv bzw. -förderlich lebt
Professionelles Gesundheitssystem (staatliche Dominanz)	Neben dem professionellen System etabliert sich ein Laiensystem - Gesundheitsselfhilfe (Individualisierung)

Tab. 1: Wandel im Gesundheitsverständnis

Seit den 1970er Jahren ist klar, dass die häufigsten Todes- und Krankheitsursachen zum Großteil auf den Lebensstil, tägliches Konsumverhalten und andere Aktivitäten zurückzuführen sind (vgl. Kraft/Goodell 1993, S. 18). Die verschiedenen Problemfelder bzw. *verhaltensbedingte Risikofaktoren*, die potenziell in der Kontrolle des handelnden Individuums stehen, sind vielfältig: bspw. Lebensmittelkonsum (z. B. Fehl-

und Überernährung); Tabak-, Alkohol-, Drogen- und Medikamentenkonsum; Arbeitsumwelt und Arbeitshygiene (z. B. Stressbewältigung); Freizeitgestaltung und Sportverhalten; persönliche Hygiene und psychosomatische Probleme (z. B. dysfunktionales Verhalten); Gesundheits-/Krankheitsverhalten (z. B. Arztkonsultation, Vorsorgeuntersuchungen) (vgl. Biener 1992; Hurrelmann/Laaser 1993, S. 6). Diesen Risikofaktoren liegen Verhaltensmuster zugrunde, die in den *soziokulturellen Lebensstil* eingebettet und durch die jeweilige Lebenslage geformt sind (vgl. Hurrelmann/Laaser 1993, S. 6). Durch gesellschaftliche Ungleichheiten ergeben sich somit bspw. je nach sozialer Lage, kultureller Einbindung, Geschlecht und Alter unterschiedliche Belastungen und Ressourcen (vgl. Hurrelmann/Laaser 1993, S. 20). Für die Bewältigung und damit das Gesundheitsverhalten bzw. den gesundheitsbezogenen Konsum sind folglich die persönlichen, sozialen und ökonomischen Ressourcen einer Person von großer Bedeutung (vgl. Schwarzer 2005, S. 4f.). Gesundheit wird damit zu einem persönlichen Ziel, das durch eigene Anstrengungen verfolgt wird und sich aus den Reserven an physischer, mentaler und sozialer Stärke ergibt (vgl. Schachenhofer 1997, S. 189ff., 225). Folglich ist die Gesundheit und die Suche nach einer gesunden Lebensweise eine unverzichtbare individuelle Aufgabe eines jeden geworden und kann nur durch nachhaltige und selbstverantwortliche Förderung erreicht werden (vgl. Schachenhofer 1997, S. 226).

Durch den Wandel im Gesundheitsverständnis ist ein neuer Kult um die Beschäftigung mit Gesundheit entstanden (vgl. Faltermaier 1994, S. 72), der durch die Medien, Werbung und Gesundheitspolitik aufgegriffen und gefördert wird (z. B. mit dem *Life-style of Health and Sustainability*, den sog. LOHAS, oder der neuen Gesundheitszielgruppe der Self-Tracker, siehe u. a. Glöckner et al. 2010; Hartmann 2009; Kirig/Wenzel 2009; Langwieser 2009; Theis 2014). Die stark kommunizierte Selbstverantwortung der Individuen gegenüber deren Gesundheit (*Individualisierung*), die Suggestierung, dass es ein „richtiges“ und „falsches“ Verhalten gibt, sowie die Schaffung des Gesundheitsbildes von einem „perfekten“ Körper und das Angebot vielfältiger Lösungen zur Realisierung dieser Gesundheitsideale haben zu einer „*Moralisierung von Gesundheit*“ geführt (Faltermaier 1994, S. 72). Diese Moralisierung des Gesundheitsdiskurses führt dazu, dass Gesundheit zunehmend als öffentliche Pflicht angesehen wird, auf deren Grundlage sich die soziale Kontrolle stark ausweitet (vgl. Faltermaier 1994, S. 72). Die Erwartungen der Gesellschaft, sich gesundheitspräventiv bzw. -förderlich zu verhalten, und der soziale Druck, ausgeübt durch soziale Kontrolle und Sanktionierung, machen die Gesundheit bzw. gesundheitsbewusstes Verhalten zur sozialen *Norm* (vgl. Faltermaier 1994, S. 69; Patrick et al. 1973, S. 19ff.). Die persönliche Gesundheit bzw. das individuelle Gesundheitsverhalten wird, durch den hohen Wert in der Gesellschaft in Kombination mit der sozioökonomischen Abhängigkeit zu einer verbreiteten

Strategie sozialer Distinktion (vgl. Faltermaier 1994, S. 69; Karmasin 1993, S. 31, 54f.).

Basierend auf dieser Entwicklung bilden sich neben rein gesundheitsbezogenen *Motiven* (z. B. langes beschwerdefreies Leben, Vitalität, Wohlbefinden) Motive wie soziale Anerkennung (z. B. Leistungsfähigkeit, Fitness, physische Attraktivität) und Normenunterwerfung (z. B. Erfüllung von Rollenerwartungen) heraus, die ebenfalls mit Gesundheitsverhalten bzw. gesundheitsbewusstem Konsum in Verbindung stehen (vgl. Faltermaier 1994, S. 72; Hayes/Ross 1987; Karmasin 1993, S. 54f.). Die Gesundheit ist folglich eng verbunden mit individuellen und kollektiven Wertvorstellungen, die sich in der persönlichen Lebensführung und damit auch im Konsum niederschlagen (vgl. Hurrelmann 1994, S. 17). Die verschiedenen Motive lassen sich auf die impliziten Konzepte bzw. Theorien zurückführen, die Individuen von der Gesundheit haben (subjektive Gesundheitsdefinition). Folglich beeinflusst dieses implizite Gesundheitsverständnis auch das gesundheitsbewusste Konsumentenverhalten, da es über die Motive die Ziele, Urteile und Entscheidungen der Personen determiniert (vgl. Dweck 2007, S. 275).

Die *Definition von Gesundheit* spielt somit eine entscheidende Rolle beim Gesundheitsverhalten bzw. gesundheitsbewussten Konsumentenverhalten. Grundsätzlich existiert keine absolute oder richtige Definition von Gesundheit. Je nach Kultur, Gesellschaft und wissenschaftlicher Disziplin variieren die Verständnisse von Gesundheit. So definieren Ärzte Gesundheit vornehmlich als Abwesenheit von Krankheit bzw. Symptomen (vgl. Gochman 1997, S. 10; Langwieser 2009, S. 12). Psychologen dagegen sehen Gesundheit als das Gefühl eines Wohlbefindens und eines Gleichgewichts (vgl. Gochman 1997, S. 10). Für Soziologen äußert sich Gesundheit als die Fähigkeit, Rollen und Aufgaben ausführen und Normen von erwarteten Verhaltensweisen erfüllen zu können (vgl. Parsons 1964, S. 247). Die Anthropologen betonen letztlich die kulturellen Bedeutungen von Symptomen und die Reaktionen auf diese (vgl. Gochman 1997, S. 10). Die Humanisten verstehen unter Gesundheit „die Fähigkeit, sich positiv an die Probleme des Lebens anzupassen“ (Schachenhofer 1997, S. 34). Eine recht umfangreiche und disziplinenübergreifende Definition wurde im Jahre 1946 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) getroffen: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO 1946, S. 2).

Trotz der teilweise sehr unterschiedlichen Definitionen einzelner Disziplinen gibt es in der Literatur einen gewissen Konsens darüber, dass eine Definition von Gesundheit *drei Dimensionen* enthalten sollte (vgl. Gochman 1997, S. 10). Diese zeichnen sich bereits in den Definitionen der verschiedenen Disziplinen ab, wurden ebenfalls

von der WHO erfasst und sind auch bei Laiendefinitionen zu finden: (1) die *Abwesenheit von Symptomen bzw. Krankheit* (körperliche Dimension), (2) ein *Gefühl von Wohlbefinden* (mentale Dimension) und (3) die *Fähigkeit, soziale Handlungen ausführen zu können* (soziale Dimension) (vgl. Langwieser 2009, S. 26; Levine/Sorenso 1984, S. 224). Die erste Dimension umfasst letztlich die medizinische Sichtweise, dass eine Person gesund ist, wenn sie keine Symptome einer Krankheit aufweist und physisch alles funktionsfähig ist. Die zweite Dimension bezieht sich auf den psychologischen Ansatz und geht von einem subjektiven Verständnis aus, d. h., eine Person gilt als gesund, wenn sie sich gut fühlt, also ein generelles Wohlbefinden verspürt (emotionale Komponente - z. B. positives Lebensgefühl, hohe Lebensfreude, zufriedene Stimmung). Und die dritte Dimension betrachtet einen soziokulturellen Ansatz, demnach eine Person gesund ist, wenn sie die von ihr erwarteten Funktionen (Aufgaben und Rollen) erfüllen kann und an dem sozialen Geschehen in erwarteter Art und Weise teilnehmen kann und somit nicht von der Norm abweicht (instrumentelle Komponente - z. B. Leistungsfähigkeit) (vgl. Twaddle 1973 zitiert nach Gochman 1997, S. 12). Hier zeigt sich die funktionelle Dimension der Gesundheit, die durch soziale Normen definiert wird (vgl. Patrick et al. 1973, S. 19ff.).

Diese drei Dimensionen lassen sich anhand der Untersuchungen zu den Laienkonzepten noch um *zwei weitere Dimensionen* ergänzen. Die vierte Dimension der *Gesundheit als Ressource* („Reserve of Health“ Herzlich 1973, S. 63 bzw. „Reservoir an Gesundheit“ Faltermaier et al. 1998, S. 79) versteht Gesundheit als (körperliche) Robustheit und Stärke (Fitness) sowie als Widerstandspotenzial gegenüber schädlichen Einflüssen (Belastbarkeit) (vgl. Faltermaier et al. 1998, S. 79; Flick et al. 2004, S. 41). Je nach Lebensweise kann sich diese Ressource erhöhen oder verringern (vgl. Faltermaier et al. 1998, S. 79). Die fünfte Dimension der *Gesundheit als Anpassungs- bzw. Bewältigungsfähigkeit* sieht eine Person als gesund an, wenn sie in der Lage ist, alle Anforderungen des Alltags angemessen bewältigen zu können, d. h. sich Veränderungen flexibel anpassen und mit stressigen Ereignissen umgehen zu können (vgl. Flick et al. 2004, S. 41; Laffrey 1986, S. 111; Lusk et al. 1995, S. 221f.).

Dimensionen von Gesundheitskonzepten
Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit
Gesundheit als Wohlbefinden
Gesundheit als Leistungsfähigkeit
Gesundheit als Ressource
Gesundheit als Anpassungs- bzw. Bewältigungsfähigkeit

Tab. 2: Dimensionen von Gesundheitskonzepten

Diese fünf zentralen Bereiche konnten bereits durch verschiedene Studien für subjektive Gesundheitsdefinitionen von Laien belegt werden (siehe hierzu bspw. Baumann 1961; Blaxter 1990; Faltermaier 1994, S. 204ff., 261ff.; Herzlich 1973; Laffrey 1986, S. 111; Lau 1997, S. 55ff.; Lusk et al. 1995, S. 221f.; Natapoff 1978). So konnte auch nachgewiesen werden, dass diese Dimensionen in der kognitiven Repräsentation eines Individuums voneinander unterschiedliche und gleichzeitig korrelierende Konzepte der Gesundheit darstellen und sich in dem individuellen Gesundheitsverhalten widerspiegeln (vgl. Hall et al. 1989, S. 174f.; Hays/Stewart 1990; Laffrey 1986; Lau 1997, S. 54). Das stützt die Beobachtung, dass die Dimensionen nicht trennscharf sind und die Individuen diese unterschiedlich dominant in ihrem Gesundheitskonzept einschließen (vgl. Baumann 1961; Faltermaier 1994, S. 208f.; Hurrelmann 1994, S. 16f.). Folglich variiert das Gesundheitsverhalten bzw. gesundheitsbewusste Konsumentenverhalten je nach individuellem Gesundheitskonzept.

2.1.3 Gesundheitsbewusste Konsumenten und gesundheitsbewusster Konsum

Je nach individuellem Gesundheitskonzept macht die Gesundheit einer Person unterschiedliche Dinge aus, d. h., für einige ist die Sicherung der Leistungsfähigkeit ein dominantes Gesundheitsmotiv und für andere das emotionale Wohlbefinden. Diese verschiedenen Gesundheitsmotive können unterschiedlich durch Gesundheitsleistungen bzw. -produkte bedient werden. In Abhängigkeit der individuellen Gesundheitsmotive (Konsumzweck bzw. -ziel) beurteilt eine Person gesundheitsbezogene Produkt- bzw. Dienstleistungs-Alternativen unterschiedlich, da die individuellen Gesundheitsmotive befriedigt werden sollen und das Produkt bzgl. dieser Fähigkeit bewertet wird. Dabei ergeben sich der *Nutzen* eines Gutes aus den wahrgenommenen Gesundheitsvorteilen (Health Benefits), die möglicherweise aus dem Konsum resultieren (*positive Konsequenzenerwartungen*), und die wahrgenommenen *Kosten* aus den Nachteilen (Geld, Zeit, Anstrengung), die mit dem Konsum einhergehen können (*negative Konsequenzenerwartungen*). Die Wahrnehmung und Bedeutung der Vor- und Nachteile des Konsums wird durch das jeweilige Gesundheitsmotiv, das hinter dem Konsum steht, beeinflusst. Wie eingehend erläutert, trifft der Konsument infolge einer Abwägung zwischen diesen erwarteten Vor- und Nachteilen seine Konsumententscheidung (vgl. Balderjahn/Scholderer 2007, S. 19). Bewertet eine Person die positiven Konsequenzen gesunden Konsums günstiger als die negativen, so entscheidet er sich für die gesunde Produktalternative. Diese Abwägung wird durch die individuellen Gesundheitsmotive und deren Bedeutung für die Person beeinflusst. Hat ein Konsument eine relativ konsistente Präferenz für gesunde Produktalternativen, so kann dieser als *gesundheitsbe-*

wusster Konsument bezeichnet werden (vgl. Prasad et al. 2008, S. 302). Das Gesundheitsbewusstsein einer Person begründet sich somit als „Aspekt des inneren, psychischen Überzeugungs- bzw. Wert-Einstellungssystems von Menschen“ (Wimmer 1995, S. 268).

„*Gesundheitsbewusste Konsumenten* erkennen die Zusammenhänge zwischen dem eigenen Konsum und den damit verbundenen gesundheitlichen Konsequenzen.“ (Silbermann/Balderjahn 2013, S. 38). Sie sind aufmerksam gegenüber ihrer Gesundheit und übernehmen für sie Verantwortung, indem sie für sie sorgen (vgl. Gould 1988, S. 98ff.; Kraft/Goodell 1993, S. 20; Michaelidou/Hassan 2008, S. 164; Newsom et al. 2005, S. 433; Plank/Gould 1990, S. 69). Aus diesem Grund beabsichtigen gesundheitsbewusste Konsumenten „so zu konsumieren, dass positive gesundheitliche Effekte gefördert und negative reduziert oder vermieden werden.“ (Silbermann/Balderjahn 2013, S. 38). Das Gesundheitsverständnis (Definition und Bedeutung von Gesundheit) des Individuums einerseits und die Überzeugung, dass das eigene Konsumverhalten die eigene Gesundheit beeinflusst, sowie die Motivation (Bereitschaft), die Gesundheit zu erhalten, andererseits, sind damit bedeutende Komponenten des Gesundheitsbewusstseins (vgl. Gould 1988, S. 98ff.; Kraft/Goodell 1993, S. 20; Michaelidou/Hassan 2008, S. 164; Newsom et al. 2005, S. 433; Plank/Gould 1990, S. 69). Das *Gesundheitsbewusstsein* ist folglich ein „komplexes Aggregat von subjektiven Vorstellungen von der[m] eigenen Gesundheit[-verständnis], die[das] kognitive, emotionale und motivationale Momente beinhaltet, die sich auf das eigene Selbst (als Person, Körper) und das Verhältnis zur sozialen und materiellen Umwelt beziehen, die sich in ständiger biografischer Entwicklung befinden und sozial abgestimmt werden“ (Faltermaier 1994, S. 163). Mit dem Gesundheitsverständnis bildet sich auch das Gesundheitsbewusstsein auf der Grundlage der Sozialisation (personaler, sozialer und materieller Ressourcen), der Erfahrungen und des Umgangs mit Gesundheit heraus (vgl. Faltermaier 1994, S. 182f.). Auch nach Piorkowsky/Rohwer (1988, S. 13ff.) spiegelt sich die Sozialisation in dem Bewusstsein, d. h. den Vorlieben und Abneigungen (Motiven, Einstellungen, Bereitschaften), wider.

Dieses (Gesundheits-)Bewusstsein bestimmt die Ressourcenverwendung über verschiedene Handlungsmöglichkeiten hinweg und verantwortet die kritischen Prozesse, in denen das Individuum Kontrolle über das eigene Verhalten braucht (vgl. Maddux 2008, S. 557). Das Gesundheitsbewusstsein bildet folglich die Grundlage für das alltägliche präventive gesundheitsförderliche Konsumverhalten (gesundheitsbewusstes Konsumverhalten), da es die Intensität bestimmt, zu dem eine Person Gesundheitsaspekte im alltäglichen Leben bzw. alltäglichen Konsum integriert (vgl. Faltermaier 1994, S. 165, 182; Jayanti/Burns 1998, S. 10).

Gesundheitsbewusstes Konsumentenverhalten
Empirische Analyse der Einflussfaktoren auf der
Grundlage einer Systematisierung des Bewusstseins
Silbermann, A.
2015, XXVIII, 341 S. 24 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-658-09680-9