

Thomas KISTEMANN, Bonn
Thomas CLAßEN, Bielefeld

Therapeutische Landschaften – Schlüsselkonzept einer post-medizinischen Geographie der Gesundheit

Summary

Twenty years ago, quite casually the term *therapeutic landscape* appeared. One year later, a programmatic paper was published by Wilbert Gesler, which unfolded and exposed the ample and diverse opportunities which would be provided by this new concept in medical geography. Our paper examines the important prerequisites of the concept, which have developed over recent decades: On the one hand, the idea of health and disease evolved from one-dimensional, linear and disease-centred biomedical paradigms towards a pluralism of complex, multidimensional, salutogenetic concepts, which do not neglect the cultural, social and psychological dimensions of health and ill-health. On the other hand, geography was included in the *cultural turn* of social sciences, which led, inter alia, to substantial consideration of cultural issues and employment of qualitative and interpretative methods. In the meantime, the paradigm of a new geography of health has been absorbed in Germany. However, to meet the metaphorical requirements of this, both awareness of its theoretical foundation and openness for its manifold meanings and interpretations is needed.

1 Einführung

In der wissenschaftlichen Literatur der geographischen Gesundheitsforschung tauchte vor knapp zwanzig Jahren, zunächst eher beiläufig und an wenig prominenter Stelle, der Terminus *therapeutic landscape* auf. Der britische Kulturgeograph Wilbert GESLER, damals an der University of North Carolina tätig, verwandte ihn in einer schmalen Monographie über die Kulturgeographie der Gesundheitsversorgung. Dort schrieb GESLER (1991, 171): „There are many ways in which one could approach the task of illustrating symbolic landscapes in health care delivery. Three studies of therapeutic landscapes, each having a different emphasis, are presented ...“ In einer Fußnote weist der Autor kurioserweise noch darauf hin, dass der Begriff nicht von ihm selbst stamme, sondern von einem anonymen Reviewer des Buches vorgeschlagen worden sei. Offensichtlich hat aber Gesler das konzeptionelle Potenzial des Begriffs sofort erkannt und schon im folgenden Jahr einen programmatischen Artikel veröffentlicht, in dessen Mittelpunkt der neue Begriff stand: *Therapeutic landscapes: Medical issues in the light of the new cultural geography*

(GESLER 1992). Die erste Fremdzitierung ließ zwar vier Jahre auf sich warten (JOSEPH u. KEARNS 1996), aber seitdem avancierte die Arbeit zu einem viel beachteten Beitrag der Medizinischen Geographie. SciVerse Scopus, die größte internationale Datenbasis peer-reviewter Literatur, belegt inzwischen beinahe zweihundert Zitierungen, die Hälfte davon allein in den letzten fünf Jahren. Damit ist Geslers Publikation die wahrscheinlich am häufigsten zitierte Arbeit der geographischen Gesundheitsforschung, zumindest der letzten beiden Jahrzehnte.

Wie aber lässt sich diese überaus erfolgreiche Rezeptionsgeschichte verstehen? Mehrere zusammenwirkende Gründe sind hierfür erkennbar, und sie hängen, wie im Folgenden gezeigt wird, eng mit der Kritik des die medizinische Wissenschaft dominierenden biomedizinischen Krankheitsmodells einerseits und der Rezeption der Neuen Kulturgeographie durch die Medizinische Geographie andererseits zusammen.

2 Modelle von Gesundheit und Krankheit

Seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts dominiert eine naturwissenschaftliche Betrachtungsweise von Krankheit die klinische Medizin und löste die bis dahin bestimmende hippokratisch-humoralpathologische Ideologie ab. Ihr *biomedizinisches Krankheitsmodell* ist im rationalistischen und materialistischen Denken der Aufklärung begründet. Thomas Sydenham (1624–1689) prägte den ontologischen Krankheitsbegriff, wonach Krankheiten als Wesen der Natur aufzufassen seien; die naturhistorische Schule trug diese Auffassung ins 19. Jahrhundert (KNIPPER 2004). Rudolf VIRCHOWs Zellulärpathologie (1858), nach der Krankheiten auf Störungen der Körperzellen bzw. ihrer Funktionen basieren, verhalf ihrem Paradigma zum Durchbruch. Zusammen mit der Mikrobiologie, welche seit dem Nachweis zahlreicher Krankheitserreger durch Robert Koch (1843–1919) und andere Forscher einen rasanten Aufstieg erlebte, bildete die Zellulärpathologie das Fundament der naturwissenschaftlichen Medizin.

Dieses eindimensionale, lineare, biomechanistische Krankheitsmodell bewährte sich seitdem insbesondere für die damals bedeutsamen, akut bis subakut verlaufenden Infektionskrankheiten, denen spezifische biologische Ursachen (Erreger, Vektoren, Reservoir) in einfacher Kausalität zugeordnet werden konnten. Krankheit wird als Abweichung von einem natürlichen Zustand des Organismus gesehen, hat eine bestimmte Ätiologie und Prognose. Im Ergebnis erlaubt das Modell eine lineare, dichotome Unterscheidung von „krank“ und „gesund“ und genügte damit den Bedürfnissen der sich entwickelnden Industriegesellschaft und ihrer sozialen Sicherungssysteme. Indem sich das Modell einerseits auf die Krankheit als solche, nicht den Menschen („Wirt“), andererseits auf die Betrachtung der Krankheit konzentriert, ohne Aspekte der Gesundheit einzubeziehen, ist es in doppeltem Sinne krankheitsfokussiert (FRANKE 2010). Auf die Fragwürdigkeit des zugrunde liegenden Krankheitsbegriffs hatte bereits Karl JASPERS (1946, 651f.) aufmerksam gemacht.

Die Grenzen des einfachen biomedizinischen (ökologischen) Krankheitsmodells liegen in der Annahme einfacher Ursache-Wirkungsbeziehungen. Soziale, kulturelle und psychische Variable, deren Bedeutung für die im Krankheitspanorama

immer prominenter werdenden chronischen und degenerativen Erkrankungen erkannt wurde, bleiben unberücksichtigt. Das Modell wurde vor diesem Hintergrund, vor allem bei der Erforschung der neuen Volkskrankheiten (Krebs, Diabetes, Rheuma und Herz-Kreislauf-Krankheiten) seit den 1920er Jahren zunächst zu einem (sozio-ökologischen) multiple-cause-single-Effect-Modell weiterentwickelt, das den aktuellen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit besser entsprach (WHITE 1981). Schließlich wurde es seit den 1960er Jahren zu einem holistischen *Risikofaktorenmodell* (multiple-cause-multiple-effect-Modell) erweitert (SCHWARTZ et al. 1998). Hinsichtlich wesentlicher Annahmen (Krankheit als Entität, Eindimensionalität) unterscheiden sich diese Weiterentwicklungen aber nicht grundsätzlich vom biomedizinischen Modell. Während es zunächst darum ging, Faktoren, welche die Wahrscheinlichkeit des Krankheitseintritts erhöhen, zu identifizieren, fragt man, um die Erkenntnisse für die Krankheitsprävention nutzen zu können, heute auch nach Verhaltensbedingungen, die zu bekannten Risikofaktoren führen.

Neue Krankheits- und Gesundheitsmodelle haben im Laufe der letzten dreißig Jahre wesentliche Kritikpunkte an den biomedizinischen Modellen (Fokussierung auf Krankheiten als Entitäten und Normabweichungen, Annahme einfacher linear-kausaler Zusammenhänge, Körper-Geist-Dualismus, weitgehendes Versagen für die Prävention) aufgegriffen und Alternativen entwickelt. Im heutigen gesellschaftlichen Diskurs, der im Wesentlichen von nicht-medizinischen, randmedizinischen oder gesundheitswissenschaftlichen (Public Health) Disziplinen getragen wird, die klinische Medizin aber bislang kaum tangiert, konkurrieren zahlreiche verschiedene Modelle von Gesundheit und Krankheit (ECKART 2009).

Soziokulturelle Krankheitsmodelle interpretieren Krankheit als Abweichung von gesellschaftlichen Normen, zu deren Verhinderung und Behandlung Prozesse der sozialen Kontrolle wirksam werden. Unterschieden werden Konflikttheorien, die von einem strukturellen Grundkonflikt zwischen Person und Gesellschaft ausgehen (DURKHEIM 1897), ein strukturfunktionalistisches Modell, welches Krankheit als eine Störung der Fähigkeit definiert, die Anforderungen der sozialen Rolle zu erfüllen (PARSONS 1964), und Interaktionstheorien, vor allem das Labeling-Modell, wonach Krankheit Ergebnis einer gesellschaftlichen Konstruktion, eines sozialen Definitionsprozesses ist (KEUPP 1988).

Den *psychosomatischen Krankheitsmodellen* ist gemeinsam, dass sie den Descartes'sche Dualismus von Leib und Geist zu überwinden suchen. Die WHO (1993) hat sich der Position angeschlossen, dass man nicht nicht-psychosomatisch reagieren kann und dass somit jede Erkrankung eine psychosomatische Störung darstellt. Die auf Sigmund FREUD (1940) zurückgehenden psychoanalytischen Modelle bleiben biomedizinischen Prinzipien verhaftet, indem sie eine qualitative Unterscheidung von „gesund“ und „krank“ machen, zwischen äußerlich sichtbaren Symptomen und im Inneren zu Grunde liegenden Prozessen unterscheiden und Krankheit als ein individuelles Geschehen betrachten (MERTENS 2005). Vulnerabilitäts-Stress-Modelle, unter denen das transaktionale Konzept (LAZARUS 1974) besonders einflussreich ist, betrachten Krankheit als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen den genetisch angelegten oder erworbenen Eigenschaften einer Person und äußeren Belastungsfaktoren. In den verhaltenstheoretischen Modellen

werden Gesundheit und Krankheit erstmals als ein Kontinuum (siehe unten) verstanden, und das subjektive Befinden steht im Mittelpunkt von Diagnostik und Therapie (FRANKE 2010). Gesundheitsstörungen entstehen als gelernte Reaktion in der Auseinandersetzung mit äußeren Bedingungen.

Nach dem systemtheoretischen, *biopsychosozialen Krankheitsmodell* (ENGEL 1976) stellt sich Krankheit dann ein, wenn die autoregulative Kompetenz zur Bewältigung von auftretenden Störungen nicht ausreicht und relevante Regelkreise überfordert sind. Krankheit und Gesundheit sind nicht als Zustände definiert, sondern als dynamisches Geschehen (EGGER 2005). Ein erweitertes biopsychosoziales Modell, das auch als Theorie der organischen Einheit bezeichnet wird, bietet einen Ansatz zur Überwindung des Leib-Geist-Dualismus, indem es unter Bezug auf Spinozas Leib-Seele-Identitätstheorie (Monismus) das Konstrukt der „reinen psychophysischen Ereignisse“ einführt (GOODMAN 1991).

Das *Modell der Salutogenese* (ANTONOWSKY 1979) stellte eine bedeutsame Neuorientierung dar, da es Gesundheit und nicht Krankheit in den Mittelpunkt der Betrachtung stellt. Es griff verschiedene Ansätze, Gedanken und politische Strömungen der 1970er und 1980er Jahre auf und bündelte diese (NOVAK 1998). Dazu gehörten Stressmodelle und das erwähnte biopsychosoziale Krankheitsmodell. Wesentlich ist einerseits die Annahme, dass Gesundheit („Health-Ease“, HE) und Krankheit („Dis-Ease“, DE) Pole eines mehrdimensionalen Kontinuums (HEDE) sind, und andererseits das Prinzip der Heterostase, der zufolge Krankheiten normale Erscheinungen des Lebens und nicht Abweichungen von der Normalität sind. Krankheit ist nach diesem Modell ein in den Fluss des Lebens eingebetteter Prozess der „Entsundung“. Die Bewegung auf dem Kontinuum wird durch die Widerstandsressourcen zum Umgang mit Stressoren bestimmt; diese können gesellschaftlicher (politische und gesellschaftliche Stabilität, Sozialstrukturen) und individueller Art (kognitiv, psychisch, physiologisch, materiell) sein. Erfolgreicher Umgang mit Stressoren führt nach Antonowsky zu einer globalen Orientierung, einem durchdringenden, andauernden und auch dynamischen Gefühl des Vertrauens (*sense of coherence*, Kohärenzgefühl), welches sich aus den Teilaspekten Verstehbarkeit und Handhabbarkeit interner und externer Stimuli sowie Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens konstituiert. Ein Bezug des Kohärenzgefühls zu GIDDENS' (1991) „ontologischer Sicherheit“ bietet sich an, wurde allerdings bislang nicht eingehender untersucht.

In einer späteren Weiterentwicklung des Modells wurde neben dem Strang des optimalen Bewältigungsverhaltens ein eigener Strang des ressourcenfördernden Erlebens und Verhaltens etabliert (WELBRINK u. FRANKE 2000): euthymes Erleben und Verhalten, Humor, Optimismus und die Fähigkeit zu verzeihen etwa tragen erwiesenermaßen zu besserer Gesundheit bei (FRANKE 2010).

Das erweiterte Salutogenese-Konzept überwindet wesentliche Beschränkungen des biomedizinischen Paradigmas, indem es die empirisch nie belegte strikte Dichotomie von Gesundheit und Krankheit konsequent negiert. Es schafft die Theoriebasis für eine Gesundheitsförderung, die auf Stärkung der gesellschaftlichen und individuellen Ressourcen zielt und damit aus der Sackgasse relativer Erfolglosigkeit einer am Risikofaktorenmodell orientierten Prävention führen kann (FRANKE u. WITTE 2009).

Das Salutogenesemodell ist attraktiv, weil es sich sowohl in sozial- und gesundheitswissenschaftlicher als auch in medizinischer Richtung als anschlussfähig erwiesen hat (KOLIP et al. 2000). Jedoch: Obwohl es inzwischen empirisch bestätigt werden konnte, ist die Akzeptanz in der medizinischen Wissenschaft marginal, während pathogenetische Modelle auf ein gigantisches Konvolut von Wissen, Erfahrung und Produktion gestützt sind (PAULI et al. 2000).

Spätestens seit der WHO-Konferenz von Alma-Ata 1978 mit der Proklamation „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ (WHO 1978) und der Vorstellung des WHO-Programms zur Gesundheitsförderung (WHO 1986) wurde aber eine Ergänzung des biomedizinischen Risikofaktorenmodells als notwendig erkannt. Gesundheitsförderung betrachtet Gesundheit nicht als Ziel, sondern als Mittel, um Individuen zu befähigen, individuelles und gesellschaftliches Leben positiv zu gestalten (BENGEL et al. 1998).

Zweifellos hat im internationalen gesundheitswissenschaftlichen Diskurs ein Pluralismus der skizzierten innovativen, komplexen, vieldimensionalen Konzepte die biomedizinische Modellfamilie abzulösen begonnen. Nach diesen modernen Modellen interagieren die Individuen vielseitig mit ihrer komplexen sozialen, kulturellen und physischen Umwelt. Die Neuorientierung hin zur Gesundheit sowie ihrer Prävention und weg von kurativer Medizin bringt also die räumliche Dimension, *die* geographische Schlüsselkategorie, in den Fokus: Alles, was an *Orten* als sozial konstruiertem und komplexem Phänomen in Erscheinung tritt, hat Bedeutung für die Gesundheit (KEARNS u. MOON 2002). Insofern sind Geographen vielleicht in einer Schlüsselposition, um mit ihrem Wissen über die Konditionen, welche an spezifischen Orten zu spezifischen Zeiten im Laufe des alltäglichen Verhaltens wirken (HAYES 1992), das Bild von Gesundheit zu komplettieren (KEARNS 1993). „Places matter!“ (JOHNSTON 1985, 58; KEARNS u. MOON 2002).

3 Rezeption der Neuen Kulturgeographie in der Medizinischen Geographie

In der angelsächsischen Humangeographie setzte in den 1980er Jahren ein sich rasch intensivierender Diskurs über die Rezeption des so genannten *cultural turn* ein. Mit diesem Terminus werden in den Kulturwissenschaften mehrere zwar zusammenhängende, aber dennoch recht unterschiedliche Phänomene bezeichnet. Dazu gehören wesentlich „die explizite Einbeziehung kultureller Forschungsgegenstände, die Berücksichtigung kultureller Einflüsse auf Gesellschaft und Wirtschaft, die Verwendung qualitativer bzw. interpretativer Methoden, die Akzentuierung des Idiographischen, die Ablehnung strukturalistischer Erklärungsansätze“ (BLOTEVOGEL 2003, 9). Dabei wird, etwa in der historischen Kulturwissenschaft, Kultur nicht mehr als ein mehr oder weniger eigenständiger Funktionsbereich der Gesellschaft aufgefasst, sondern als Chiffre für kollektiv institutionalisierte Sinnwelten, innerhalb derer die Menschen denken und handeln.

In den 1980er Jahren erreichte der *cultural turn* im englischsprachigen Raum die meisten Humanwissenschaften. In der Folge kam es auch zu einem raschen Wachstum der *New Cultural Geography*, sodass das kulturalistische Paradigma heute große Teile der anglophonen Humangeographie dominiert (KEMPER 2003). Der interpretative Kulturbegriff, d.h. Kultur als vom Menschen gesponnenes Bedeu-

tungsgewebe, das wie ein Text zu lesen, zu analysieren und interpretieren sei (GEERTZ 1973), war für die Entwicklung der *New Cultural Geography* maßgeblich (NATTER u. WARDENGA 2003).

Gegenüber dem Empirismus/Rationalismus impliziert der *cultural turn* der Humangeographie eine kulturalistische Verschiebung in mindestens vier Dimensionen: Auf der ontologischen Ebene gibt es eine Verschiebung von der Annahme einer Beobachter-unabhängigen Realität zu einer sozial konstruierten und kulturell vorinterpretierten „Wirklichkeit“. Auf der epistemologischen Ebene tritt die (kritische) Rekonstruktion und Reinterpretation von Handlungen und Sinnordnungen an die Stelle eines positivistischen Wissensbegriffes. Methodisch treten teilnehmende Beobachtung, qualitative Interviews und Diskursanalysen an die Stelle von Geländebeobachtungen und Kartierungen, Zählungen und standardisierten Befragungen. Die vierte Dimension bezieht sich auf die Inhalte, z.B. die Untersuchung der kulturellen Konstitution sozialer Milieus (zum Ganzen ausführlich BLOTEVOGEL 2003, 22–26).

COSGROVE und JACKSON (2004, 33) definierten Kultur für die *new cultural geography*, in der Landschaft als Text verstanden wird, folgendermaßen: „Culture is not a residual category, their surface variation unaccounted for by more powerful economic analyses; it is the very medium through which social change is experienced, contested and constituted.“

Die Medizinische Geographie rezipierte den *cultural turn* erst verzögert. Zwar hatten bereits EYLES und WOODS (1983) die Notwendigkeit betont, die psychischen, sozialen und auch kulturellen Dimensionen und Determinanten von Gesundheit (zum Beispiel subjektives Befinden, Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens durch die soziale Bezugsgruppe oder durch kulturelle Traditionen) stärker zu berücksichtigen. Aber erst Anfang der 1990er Jahre intensivierte sich der Diskurs über neue Perspektiven der bislang auf positivistische Konzepte (Krankheitsökologie, Gesundheitssystemforschung) konzentrierten und vom Sog der quantitativen Revolution (BURTON 1963) beherrschten Medizinischen Geographie. Die Debatte über die Rolle von Theorie in der Humangeographie und den *cultural turn* hatte sie bis dahin nicht intensiv aufgenommen (LITVA u. EYLES, 1995).

CURTIS und TAKET (1996) stellten den zwei traditionellen Strängen der Medizinischen Geographie (Krankheitsökologie und Gesundheitssystemforschung; Kistemann & Schweikart 2010) drei neue und eng miteinander verwobene Stränge der Medizinischen Geographie entgegen, welche die Verschiebung hin zu einer Geographie der Gesundheit markierten: *humanistic turn*, *structuralistic/materialist/critical turn*, und *cultural turn*.

Der *humanistic turn* bildete sich seit den späten 1980er Jahren in Arbeiten zu Gesundheit und Gesundheitsbezogenem Verhalten ab, welche hochgradig simplifizierende normative Verhaltensannahmen ersetzten. Dabei spielten qualitative Methoden der Ethnographie eine wichtige Rolle und führten auch zur Annahme einer humanistischen Perspektive: „We have employed qualitative or interpretative methods to allow people to express themselves in their own ways“ (EYLES u. DONOVAN, 1986, 426, Fußnote 8). In den Mittelpunkt des Interesses rückten die Erforschung der gelebten Gesundheitserfahrungen der Menschen sowie die soziale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit. In diesem Sinne begann man auch,

die Gesundheitsversorgung aus der Perspektive der Nutzer neu zu explorieren. Dergestaltige Erforschung der dialektischen Beziehung von Individuum und Gesellschaft führte notwendigerweise auch zu einer Vermischung geographischer Perspektiven mit denen der Soziologie und Anthropologie.

Der *structuralistic/materialist/critical turn* reflektiert die unterschiedlichen zugrunde liegenden Sozialtheorien und wird auch zu einer *Politischen Ökologie von Gesundheit und Krankheit* (MAYER 1996) zusammengefasst. Er sucht nach sozioökonomischen Erklärungen für Muster der Ungerechtigkeit von Gesundheit und Krankheit ebenso wie in Gesundheitsversorgungen. Insbesondere beschäftigt er sich mit den Interaktionen zwischen der individuellen Ebene sowie den strukturellen und materiellen Zwängen, unter denen die Gesundheitserfahrungen der Menschen geprägt werden. Im Mittelpunkt stehen die ökonomischen, sozialen und politischen Determinanten von Gesundheit. Dieser erweiterte Blick fordert die biomedizinischen Krankheitsursachen-Modelle heraus. Von exemplarischer Bedeutung sind EYLES' Untersuchung der Geographie der nationalen Gesundheit in Großbritannien (1987) oder ROSENBERGS Untersuchung zur differentiellen Inanspruchnahme von Abtreibungsangeboten in Ontario (1988).

Der *cultural turn* schließlich ergänzt die humanistische und die politisch-ökologische um die kulturelle Perspektive und repräsentiert insofern den eigentlichen *cultural turn* der Medizinischen Geographie und damit die Entwicklung zu einer Geographie der Gesundheit. „Culture matters!“ (GESLER u. KEARNS 2002, 34) Es geht um den geänderten Blick auf die Bedeutung von Raum und Ort für Individuen und ihre Gesundheit.

4 Therapeutic landscapes: Paradigma des *cultural turn* der Medizinischen Geographie

GESLER (1992, 743) erkannte als erster, dass aus der Anwendung der Konzepte der neuen Kulturgeographie – *sense of place, landscape as text, symbolic landscapes, negotiated reality, hegemony and resistance, territoriality, legitimization and marginalization* – ein großer Nutzen für das Verständnis therapeutischer Prozesse in unterschiedlichen Situationen gezogen werden könne und integrierte diese Belange in den Begriff *therapeutic landscape*, den er folgendermaßen versteht: „a geographic metaphor for aiding in the understanding of how the healing process works itself out in places (or situations, locales, settings, milieux)“. Der mannigfaltige Landschaftsbegriff der Kulturgeographie, den Gesler kategorisiert und für eine Geographie der Gesundheit erschlossen hat, erlaubt Landschaften verschieden zu sehen und zu interpretieren:

- als Mensch-Umwelt-Wechselbeziehung, die den Kern der Kulturökologie ausmacht – naturalistische Landschaften;
- als kulturelle Landschaften, welche soziale Konstrukte sind, die von den Institutionen, die die Gesellschaft errichtet hat, produziert werden – Landschaft aus strukturalistischer Perspektive;
- als individuelle menschliche Perzeptionen dessen, was in kulturellen Landschaften wesentlich erscheint – Landschaft als personales, mentales Konstrukt;

- als Landschaften von Glauben und Überzeugungen – anthropologische Interpretation;
- als Landschaften sozialer Beziehungen – soziologische Interpretation.

WILLIAMS (1998) ergänzte das Modell um die Ebene der symbolischen Landschaft, um im Sinne einer ganzheitlichen, salutogenetisch orientierten Medizin humanistischen Elementen (Bedeutung, Wert, Erfahrung, Subjektivität, Individualität, Kreativität) Geltung zu verschaffen. Alle diese Landschaftsinterpretationen überlagern sich als Schichten einer therapeutischen Landschaft; die relative Bedeutung verschiedener therapeutischer Landschaftsschichten variiert von Situation zu Situation (CLAßEN u. KISTEMANN 2010).

KEARNS (1993) rief dazu auf, die medizinische Geographie grundlegend zu reformieren und sah in der Verbindung von humanistischer Geographie und modernen Gesundheitsmodellen den Beginn einer „post-medizinischen“ Geographie der Gesundheit. Diese Position blieb zwar nicht unwidersprochen (MAYER u. MEADE 1994), aber die Forschungsprojekte und Publikationen der folgenden Jahre reflektierten doch deutlich, dass die Emanzipierung vom biomedizinischen Modell, die sozial- bzw. kulturwissenschaftliche Neuorientierung, die sozialtheoretische Fundierung und das politische Engagement für Probleme der öffentlichen Gesundheit ein breites Echo fanden (SMYTH 2005).

Die medizinische Geographie hat sich nach der transformativen Phase eines Paradigmenwechsels – ihrem *cultural turn* (KEARNS u. MOON 2002) – als Geographie der Gesundheit neu erfunden (KEARNS u. GESLER 1998).¹ Die therapeutische Landschaft, als komplexes Modell komplementärer Bedeutungsebenen (CLAßEN u. KISTEMANN 2010), kann als das neue Paradigma der Geographie der Gesundheit angesehen werden. Seine Ausreifung ist noch im Gange (WILLIAMS 2007). In jüngerer Zeit wurden auch die therapeutischen Geographien bestimmter Gruppen (Drogenabhängige: DEVERTEUIL et al. 2007; Phobiker: DAVIDSON u. PARR 2007), gewisser Gesundheitseinrichtungen (GESLER u. CURTIS 2007; CROOKS u. EVANS 2007) oder sehr spezieller Orte (Schwulen-Badehäuser: ANDREWS u. HOLMES 2007; sowjetischer Gulag: DEVERTEUIL u. ANDREWS 2007) näher untersucht.

In mancher Hinsicht ist dies eine Rückkehr zu den ältesten Anliegen der Medizinischen Geographie: die Wechselwirkungen zwischen menschlichem Leben und Gesundheit an bestimmten Orten und Räumen zu untersuchen. Aber es gibt auch wichtige Unterschiede, insbesondere der explizite Anspruch, nicht nur den Raum-Container zu betrachten, sondern auch Strukturen und Akteure zu berücksichtigen, und die Beschäftigung mit Gesundheit als Prozess anstelle von Krankheitsursachen.

5 „Therapeutische Landschaft“ im deutschen Sprachraum

Ein erster Nachweis für die Verwendung des Begriffs „Therapeutische Landschaft“ im deutschen Schrifttum findet sich bereits 1992 in einer zweisprachigen Arbeit der Architekturtheoretiker Liane LEFAIVRE und Alexander TZONIS über die Geometrie

¹ Autoren wichtiger neuerer Lehrbücher gehen allerdings nicht so weit, bleiben eher den positivistischen Traditionen der Medizinischen Geographie verhaftet und beziehen sich z.B. nicht auf Antonovsky's Konzept der Salutogenese (MEADE u. EARICKSON 2000; GATRELL u. ELLIOTT 2009)

des Gefühls und therapeutische Landschaft, in welcher die Entwicklung des pittoresken Landschaftsgartens gegen Ende des 17. Jahrhunderts analysiert wird.²

Etwas häufiger tritt er dann, ohne Quellbezug, in verschiedenen Bereichen der Medizin seit etwa zehn Jahren auf. Er wird allerdings fast ausschließlich verwendet, um ein Angebot therapeutischer Optionen zu bezeichnen. Insofern handelt es sich eher um die möglicherweise sogar unbewusste Adaption einer griffigen, gegebenenfalls auch werbewirksamen Begrifflichkeit, analog zu Begriffen wie „Erholungslandschaft“, „Einkaufslandschaft“ oder „Bildungslandschaft“, als um die Rezeption des medizinisch-geographischen Konzeptes selbst. Wichtige Schwerpunkte sind dabei Psychiatrie und Psychotherapie. Da ist etwa von Transparenz, Vergleichbarkeit und Übersichtlichkeit in der therapeutischen Landschaft die Rede (HUNOLD u. RAHN 2000), von der Demokratisierung der therapeutischen Landschaft (STIERLIN 2003), vom Verschwinden der Hypnose aus der therapeutischen Landschaft seit S. Freud (Institut Systeme Anne M. Lang)³, von der Veränderung der therapeutischen Landschaft (LEIENDECKER 2005) oder von der Trauma-Heilung in der therapeutischen Landschaft (Bildungswerk Aachen)⁴. Auch in der somatischen Medizin fand der Begriff einen gewissen Eingang: Für die Kardiologie spricht EBER (2008) davon, dass sich die therapeutische Landschaft hinsichtlich der Indikation eines bestimmten Medikaments (ACE-Hemmer) verändert habe. Auch für die Kieferorthopädie wird eine „interessante diagnostische und therapeutische Landschaft“ reklamiert (HEIDEBORN 2003). Die Komplementär- und Alternativmedizin hat den Begriff ebenfalls adaptiert: auf der Homepage eines Heilpraktikerverbandes werden Reflexzonen – Landkarten der Gesundheit – als eine Bereicherung der therapeutischen Landschaft bezeichnet.⁵ Und der Internetauftritt einer Praxis für Naturheilkunde und Osteopathie teilt mit: „Das entscheidend Andere der Naturheilkunde in der therapeutischen Landschaft ist der besondere Ausgangspunkt: die Betrachtung des Menschen, seiner Gesundheit und seiner Krankheit.“⁶ Allen diesen Rezeptionen ist gemeinsam, dass sie den Terminus als Oberbegriff für das Geflecht und Gefüge therapeutischer Möglichkeiten und Angebote in definierten therapeutischen Bereichen verwenden. Es handelt sich insofern um eine rein strukturalistische Rezeption des Begriffs: soziale Konstrukte, die von gesellschaftlichen Institutionen produziert werden.

Ein singulärer Artikel in einer deutschsprachigen medizinischen Zeitschrift (*Natur & Heilen*) steht auch in konzeptionellem Zusammenhang zu *therapeutic landscapes* und weist einen Bezug zur naturalistischen Ebene auf: „Von bestimmten Landschaftsformen geht eine positive emotionale Wirkung aus. Hauptsächlich ist die Wirkung beruhigend, belebend, aufbauend oder beglückend – mit vielen Mischformen“ (SCHOBER 2008, 21).

In der deutschsprachigen Medizinischen Geographie wurde Geslers Konzept der *therapeutic landscapes* erstmals von KISTEMANN und CLAßEN (2003) zitiert und

² Ohne jeden Bezug zu unserer Thematik ist der Begriff im Deutschen vorher wohl einmal belegt: „Der Computer in der pädagogisch-therapeutischen Landschaft?“ (SCHMITT 1990)

³ <http://www.institut-systeme.de/pdf/INfoabendHypnoseinformation.pdf> (12.03.2011).

⁴ <http://www.bildungswerkaachen.de/index.php/bildung/kursliste/1/25/81> (12.03.2011)

⁵ <http://www.heilpraktikerverband.de> (12.03.2011)

⁶ <http://www.naturheilpraxis-eichelmann.de/> (12.03.2011)

vorgestellt. Die weitere Rezeption fokussierte zunächst auf seine Anwendung für naturalistische Landschaften (CLAßEN u. KISTEMANN 2004; CLAßEN et al. 2005; LENGEN 2006; ABRAHAM et al. 2007; CLAßEN 2008; KISTEMANN et al. 2008; KISTEMANN et al. 2010). In diesen ersten Feldstudien ging es insbesondere darum herauszufinden, ob und wie (anthropogen überformte) Natur-Landschaft oder einzelne Landschaftselemente, zum Beispiel Gewässer, sich auf das subjektive gesundheitliche Wohlbefinden auswirken, ob sich hieraus eine strategische Allianz zwischen Gesundheitsförderung und Naturschutz ableiten lässt, und inwieweit Akteure der Bereiche Gesundheit und Natur/Umwelt dem Konzept der *therapeutischen Landschaften* aufgeschlossen sind.

Entsprechende Übersichtsarbeiten der letzten Jahre wandten sich an Public Health (KISTEMANN u. LENGEN 2009), Geographie (CLAßEN u. KISTEMANN 2010) und Medizin (KISTEMANN et al. 2011). In medizinisch-geographischen Studien auf regionaler Ebene wurde das präventive bzw. kurative Potenzial von Natur als therapeutische Landschaft exemplarisch untersucht (KISTEMANN 2010). Als Beispielräume wurden drei deutsche Naturparke, die definitionsgemäß der Sicherung und Erschließung der Landschaft mit besonderem Augenmerk auf die Erholungsfunktion in naturnaher Umgebung dienen, ausgewählt. In allen Naturparks wurde das Thema *Therapeutische Landschaft* aufgegriffen; unter dem Motto „Gesundheit & Wellness – Regional“ befindet sich der Naturpark TERRA.vita inzwischen selbst erklärt auf dem Weg zu einer therapeutischen Landschaft (ESCHER 2010).

6 Fazit und Ausblick auf die Beiträge im Heft

Therapeutic landscape ist eine vielschichtige, facettenreiche Metapher für die Realisierungen gesundheitsrelevanter Prozesse im Neben-, Mit- und Übereinander natürlicher und gestalteter, realer und imaginierter, strukturalistischer und symbolischer Räume. Unsere spontanen Assoziationen mit diesem Begriff ziehen uns am ehesten zur Vorstellung intakter, „schöner“ Naturlandschaften und ihrer prägenden Elemente. Wichtige Bestandteile naturalistischer Landschaften haben große Bedeutung für Erhaltung und Wiederherstellung menschlicher Gesundheit, und zwar sowohl als Lebensgrundlage (saubere Luft, klares Wasser, unbelastete Lebensmittel) wie auch als Therapeutikum (z.B. radonhaltige Luft, Heilquellen, Heilkräuter; CLAßEN u. KISTEMANN 2004; CLAßEN 2005). Meist sind diese Landschaften aber gar nicht „natürlich“, sondern in unterschiedlicher Intensität anthropogen gestaltet, überformt, „domestiziert“.

Dieser realen Landschaft und ihrer Wahrnehmung überlagern sich unablässig weitere gesundheitsrelevante, Kultur-geprägte Schichten: die individuell-emotionale, von Erinnerung und persönlicher Erfahrung getragene Bedeutungsebene, die soziale Ebene von Begegnung, Zugehörigkeit, aber auch Konflikt und Ausgrenzung, die symbolische Ebene, gespeist aus gesellschaftlichen Wert- und Bedeutungszuschreibungen, die strukturalistische Ebene: Hegemonie und Widerstand, Legitimierung und Marginalisierung, Ideologie und Sprache, Territorialität, Privatisierung von Gesundheit, strukturelle Ungleichheiten; Institutionen und deren Macht und Kontrolle über gesundheitsrelevante Prozesse (KISTEMANN et al. 2008).

Therapeutische Landschaft und Gesundheit – durch Projekte, Publikationen und Konferenzen gewinnt dieses Thema derzeit auch in der deutschsprachigen Geographie an Präsenz. Dabei ist, vom Nationalpark bis zum Stadtgrün, weiterhin eine Konzentration auf natürliche und naturnahe Landschaften zu beobachten; verschiedene best practice-Beispiele wurden auf den Weg gebracht, wie etwa in den oben genannten Naturparks. Zunehmend wird hierbei auch die Gestaltung, Erschließung und Inszenierung von Landschaftserfahrungen einbezogen, eine Grundvoraussetzung im Konzept der *healing gardens* (COOPER MARCUS u. BARNES 1998).

Um dem metaphorischen Anspruch des Paradigmas einer „post-medizinischen“ Gesundheitsgeographie gerecht zu werden, bedarf es allerdings einerseits eines gründlichen Bewusstseins seiner theoretischen Fundierung und andererseits der Öffnung für den Pluralismus seiner Bedeutungsschichten. Unverzichtbar ist hierbei die Einbeziehung gebauter „Landschaft“: *landmarks*, historische Bauwerke, Kur- und Wellnessbauten, urbane, infrastrukturelle und auch industrielle Silhouetten sind nicht zuletzt aufgrund ihres Wiedererkennungswertes wichtige identitätsstiftende und damit gesundheitsrelevante Elemente unserer Lebenswelten. Aber gerade diese Elemente veranschaulichen, dass auch die immateriellen Bedeutungsschichten hochwirksam und einzubeziehen sind: die humanistisch-emotionale, die symbolische und die kulturell determinierte strukturalistische Schicht. Erst so wird man dem Konzept der therapeutischen Landschaft gerecht und kann dieses, als spezifischen, vom *cultural turn* geleiteten Beitrag der Geographie zum gesundheitswissenschaftlichen Diskurs, gewinnbringend zum tieferen Verständnis gesundheitsrelevanter Prozesse in Raum und Zeit nutzen.

Die Beiträge dieses Themenheftes wagen diesen Schritt und beleuchten verschiedene, auf den ersten Blick teils überraschende Facetten gesundheitsrelevanter Lebensumwelten unter Berücksichtigung ihrer Vielschichtigkeit und gruppenabhängigen Bedeutungsspezifität.

Esther RIND und Andy JONES skizzieren in einem Übersichtsbeitrag am Beispiel von Großbritannien nicht nur die aktuellen Hintergründe und Trends von Übergewicht allgemein und Fettleibigkeit (*Adipositas*) im Speziellen. Vielmehr untersuchen sie auch die Bedeutung und den Beitrag der soziokulturellen Umwelt (kompositionelle, kontextuelle und kollektive Einflussfaktoren) zur Erklärung dieser Epidemie und stellen britische Ansätze, Initiativen und Programme zur Förderung gesundheitsförderlicher Lebenswelten und -stile in einer gesundheitsabträglichen, „fettsüchtigen“ Umwelt (*obesogenic environment*) dar.

Ob das Konzept der *food deserts* – Orte und Lebensumwelten defizitären Nahrungsmittelangebots aus Sicht der Gesundheitsförderung – vom britischen Kontext auf Deutschland übertragbar ist, untersuchen Carolin SPERK und Thomas KISTEMANN. Grundlegend ist hierbei die Annahme, dass neben individuellen, zum Teil bevölkerungsgruppenspezifisch unterschiedlich geprägten Verhaltensmustern in Bezug auf Ernährung auch das Nahrungsmittelangebot vor Ort beispielsweise mit dem sozioökonomischen Status der Wohnbevölkerung korreliert und deren Ernährungsverhalten mitbestimmt. Am Beispiel zweier Stadtbezirke von Bonn gehen die Autoren aus einer primär strukturalistischen Perspektive heraus der Frage nach, ob ein Zusammenhang zwischen der Sozialstruktur eines Gebietes und dem Lebens-

mittelangebot besteht und inwieweit die lokale Nahrungslandschaft Einkaufsverhalten und Ernährungsgewohnheiten der Wohnbevölkerung beeinflusst. Hierzu wurde das Lebensmittelangebot erhoben und wurden Personen zum Einkaufsverhalten und zur Zufriedenheit mit dem Lebensmittelangebot befragt. Das Ergebnis bestätigt zwar nicht die angelsächsische Hypothese der *food deserts*, zeigt aber den Facettenreichtum ernährungsbeeinflussender Faktoren auf, die sich kleinräumig und individuell als so genannte labile *foodscapes* darstellen.

Ulrike DAPP und Martin DIRKSEN-FISCHER schließlich interessieren sich für Gesundheitseinstellungen und -verhalten älterer Menschen im urbanen Kontext eines Stadtbezirks von Hamburg als Grundlage für die Konzeption und Evaluierung unterschiedlicher Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätze für diese Altersgruppe. Hierzu werden gesundheitsförderliche Strukturelemente für die Stadtteile dieses Stadtbezirks dargestellt und in Verbindung mit den Ergebnissen verschiedener repräsentativer Erhebungen zu Einstellungen und Überzeugungen bei Personen ab 60 Jahren gebracht. Hierbei kann gezeigt werden, dass die Raumwahrnehmung und die Raumeignung der betrachteten Bevölkerung sowohl durch individuelle als auch durch kontextuelle Faktoren maßgeblich beeinflusst wird.

Die drei Beiträge interpretieren das Konzept der therapeutischen Landschaften sehr unterschiedlich. Esther RIND und Andy JONES betrachten in ihrem Übersichtsbeitrag Landschaften bzw. Lebensumwelten vor allem aus einer strukturalistischen Perspektive und folgen damit dem *structuralistic* und *cultural turn* (vgl. CURTIS u. TAKET 1996). Primär folgen diesem auch Carolin SPERK und Thomas KISTEMANN, wohingegen Ulrike DAPP und Martin DIRKSEN-FISCHER die Raumwahrnehmung in Bezug auf den Stadtteil als abstrahiertes Konzentrat von Einstellungen, Überzeugungen, Motiven und Selbstwirksamkeit der älteren Bevölkerung begreifen und somit eher den *humanistic turn* (vgl. CURTIS u. TAKET 1996) aufgreifen. Die Beiträge leisten damit einen differenzierten Beitrag zur Geographie der Gesundheit und zur Prüfung der Anwendbarkeit des Konzepts der Therapeutischen Landschaften.

Literatur

- ABRAHAM, A., SOMMERHALDER, K. BOLLIGER-SALZMANN, H. u. T. ABEL 2007: Landschaft und Gesundheit. Das Potential einer Verbindung zweier Konzepte. Bern.
- ANDREWS, G.J. u. D. HOLMES 2007: Gay Bathhouses: The transgression of health in therapeutic places. In: WILLIAMS, A.M. (Hrsg.): Therapeutic Landscapes. Aldershot und Burlington, S. 221–232 (= Ashgate Geographies of Health Series).
- ANTONOVSKY, A. 1979: Health, stress and coping. San Francisco.
- BENGL, J., R. STRITTMATTER u. H. WILLMANN 1998: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln. (= Schriftenreihe der BZgA: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 6)
- BLOTEVOGEL, H 2003: „Neue Kulturgeographie“. Entwicklung, Dimensionen, Potenziale und Risiken einer kulturalistischen Humangeographie. In: Berichte zur deutschen Landeskunde, 77, H. 1, S. 7–34.
- BURTON, I. 1963: The quantitative revolution and theoretical geography. In: Canadian Geographer, 7, S. 151–162.
- CLAßEN, T. 2005: Naturschutz und Gesundheitsschutz: Synergie oder Konkurrenz? Dargestellt am Beispiel der Nordeifel unter besonderer Berücksichtigung des Nationalparks

- Eifel. In: ERDMANN, K.-H. u. H.-R. BORK (Bearb.): *Zukunftsfaktor Natur – Blickpunkt Berge*. Bonn-Bad Godesberg, S. 21–45.
- CLAßEN, T. 2008: *Naturschutz und vorsorgender Gesundheitsschutz: Synergie oder Konkurrenz? Identifikation gemeinsamer Handlungsfelder im Kontext gegenwärtiger Paradigmenwechsel*. Dissertation, Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Bonn.
- CLAßEN, T. u. T. KISTEMANN 2004: *Die Heilsteinquelle in der Nordeifel: Vom Dornröschenschlaf zur Nationalpark-Attraktion*. In: *Heilbad & Kurort*, 3/4, S. 52–54.
- CLAßEN T., T. KISTEMANN u. K. SCHILLHORN 2005: *Naturschutz und Gesundheitsschutz: Identifikation gemeinsamer Handlungsfelder*. Bonn-Bad Godesberg (= *Naturschutz & Biologische Vielfalt*, 23).
- CLAßEN T. u. T. KISTEMANN 2010: *Das Konzept der Therapeutischen Landschaften*. In: *Geographische Rundschau* 62, H. 7/8, S. 40–46.
- COOPER MARCUS, C. u. M. BARNES (Hrsg.) 1998: *Healing Gardens – Therapeutic Benefits and Design Recommendations*. New York.
- COSGROVE D. u. P. JACKSON 2004: *New directions in cultural geography*. In: THRIFT N. u. S. WHATMORE (Hrsg.): *Cultural geography: critical concepts in the cultural sciences*. London, S. 33–41.
- CROOKS, V.A. u. J. EVANS 2007: *The writing's on the wall: Decoding the interior space of the hospital waiting room*. In: WILLIAMS, A.M. (Hrsg.): *Therapeutic Landscapes*. Aldershot und Burlington, S. 165–180 (= *Ashgate Geographies of Health Series*).
- CURTIS, S. u. A. TAKET 1996: *Health & Societies*. London.
- DAVIDSON, J. u. H. PARR 2007: *Anxious subjectivities and spaces of care: Therapeutic geographies of the UK National Phobics Society*. In: WILLIAMS, A.M. (Hrsg.): *Therapeutic Landscapes*. Aldershot und Burlington, S. 95–110 (= *Ashgate Geographies of Health Series*).
- DEVEREUL, G., R.D. WILTON u. S. KLASSEN 2007: *Making clean and sober places: The intersections of therapeutic landscapes and substance abuse treatment*. In: WILLIAMS, A.M. (Hrsg.): *Therapeutic Landscapes*. Aldershot und Burlington, S. 77–94 (= *Ashgate Geographies of Health Series*).
- DEVERTEUIL, G. u. G.J. ANDREWS 2007: *Surviving profoundly unhealthy places: the ambivalent, fragile and absent therapeutic landscapes of the Soviet Gulag*. In: WILLIAMS, A.M. (Hrsg.): *Therapeutic Landscapes*. Aldershot und Burlington, S. 273–287 (= *Ashgate Geographies of Health Series*).
- DURKHEIM, E. 1897: *Le suicide*. Paris.
- EBER B. 2008: *Die Bedeutung der ONTARGET-Ergebnisse für die Behandlung kardiovaskulärer Hochrisikopatienten*. In: *Journal für Kardiologie*, 15, S. 189–191.
- ECKART, W.E. 2009: *Geschichte der Medizin*. 6., erweiterte und aktualisierte Auflage. Heidelberg.
- EGGER, J.W. 2005: *Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit*. In: *Psychologische Medizin*, 16, H. 2, S. 3–12.
- ENGEL, G.L. 1976: *Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit*. Bern.
- ESCHER H. 2010: *Gesundheit und nachhaltige Regionalentwicklung*. In: Bundesamt für Naturschutz (Hrsg.): *Naturschutz und Gesundheit. Allianzen für mehr Lebensqualität*. Bonn-Bad Godesberg, S. 77–78.
- EYLES J. 1987: *The Geography of the National Health*. London.
- EYLES, J. u. K.J. WOODS 1983: *The Social Geography of Medicine and Health*. London.
- EYLES, J. u. J. DONOVAN 1986: *Making sense of sickness and care: an ethnography of health in a West Midlands town*. In: *Transactions of the Institute of British Geographers*, NS 11, S. 415–427.
- FRANKE, A. 2010: *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern.

- FRANKE, A. u. M. WITTE 2009: Das HEDE-Training – Manual zur Gesundheitsförderung auf Basis der Salutogenese. Bern.
- FREUD, S. 1940: Abriß der Psychoanalyse. In: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago, 25, H. 1, S. 7–67.
- GATRELL, A.C. u. S.J. ELLIOTT 2009: Geographies of Health. An Introduction. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage. Chichester
- GEERTZ, C. 1973: The interpretation of cultures. Selected essays. New York.
- GESLER, W.M. 1991: The Cultural Geography of Health Care. Pittsburgh.
- GESLER W.M. 1992: Therapeutic landscapes: medical issues in light of the new cultural geography. In: Social Science & Medicine 34, H. 7: 735–746
- GESLER W.M. u. R.A. KEARNS 2002: Culture/Place/Health. London, New York (= Critical Geographies. 16)
- GESLER, W. u. S. CURTIS 2007: Application of concepts of therapeutic landscapes to the design of hospitals in the UK: The example of a mental health facility in London. In: WILLIAMS, A.M. (Hrsg.): Therapeutic Landscapes. Aldershot und Burlington, S. 149–164 (= Ashgate Geographies of Health Series).
- GIDDENS, A. 1991: Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age. Stanford.
- GOODMAN, A. 1991: Organic unity theory. The mind-body problem revisited. In: American Journal of Psychiatry, 148, S. 553–563.
- HAYES, M.V. 1992: On the epistemology of risk: language, logic and social science. In: Social Science and Medicine, 35, S. 401–407.
- HEIDEBORN, M. 2003: AK (Applied Kinesiology) in der interdisziplinären Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Ganzheitlichen Kieferorthopädie. http://www.spitta.de/Produktfamilien/Fachinformationen/Interdisziplin%C3%A4res/Ganzheitliche_ZHK/92_index+M5683263416f.html (11.03.2011)
- HUNOLD P. u. E. RAHN 2000: Selbstbewusster Umgang mit psychiatrischen Diagnosen. Bonn.
- JASPERS, K. 1946: Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen. 4., völlig neu bearbeitete Auflage. Berlin und Heidelberg.
- JOHNSTON, R.J. 1985: Places matter! Irish Geography, 18, S. 58–63.
- JOSEPH, A.E. u. R.A. KEARNS 1996: Deinstitutionalization meets restructuring: The closure of a psychiatric hospital. In: Health and Place, 2, S. 179–189.
- KEARNS, R.A. 1993: Place and health: towards a reformed medical geography. In: Professional Geographer, 45, S. 139–147.
- KEARNS R.A. u. W.M. GESLER 1998: Introduction. In: Kearns, R.A. u. W.M. GESLER (Hrsg.): Putting Health into Place. Landscape, Identity & Well-Being. Syracuse, 1–14.
- KEARNS, R.A. u. G. MOON 2002: From medical to health geography: novelty, place and theory after a decade of change. In: Progress in Human Geography, 26, S. 605–625.
- KEMPER F. 2003: Landschaften, Texte, soziale Praktiken. Wege der angelsächsischen Kulturgeographie. In: Petermanns Geographische Mitteilungen, 147, H. 2, S. 6–15.
- KEUPP, H. 1988: Psychische Störungen im gesellschaftlichen Lebenszusammenhang. In: DAVISON, G.C. u. J.M. NEALE (Hrsg.): Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch. München. S. 69–92.
- KISTEMANN, T. 2010: Gesundheit durch Naturschutz? In: Schweizerische Zeitschrift für Forstwesen, 161, S. 69–74.
- KISTEMANN, T. u. T. CLAßEN 2003: Naturschutz und Gesundheitsschutz: Konkurrenz oder Synergie? In: ERDMANN, K.-H. u. C. SCHELL (Hrsg.): Zukunftsfaktor Natur – Blickpunkt Wasser. Bonn-Bad Godesberg, S. 245–256.
- KISTEMANN T., T. CLAßEN u. S. SCHÄFFER 2008: Naturschutz und Gesundheitsschutz – Identifikation gemeinsamer Handlungsfelder. In: ERDMANN, K.-H., S. EILERS, B. JOBHOBEN, N. WIERSBINSKI u. S. DEICKERT (Hrsg.): Naturschutz und Gesundheit: Eine

- Partnerschaft für mehr Lebensqualität. Bonn, S. 25–34 (= Naturschutz und Biologische Vielfalt 65).
- KISTEMANN T. u. C. LENGEN 2009: Gesundheitschancen und -risiken von Natur. Public Health Forum, 62, H. 17, S. 6–8.
- KISTEMANN T. u. J. SCHWEIKART 2010: Von der Krankheitsökologie zur Geographie der Gesundheit. In: Geographische Rundschau 62, H. 7/8, S. 4–11.
- KISTEMANN, T., S. VÖLKER u. C. LENGEN 2010: Stadtblau – Die gesundheitliche Bedeutung von Gewässern im urbanen Raum. In: Natur- und Umweltschutzakademie NRW (Hrsg.): Die Bedeutung von Stadtgrün für die Gesundheit, S. 61–75 (= NUA-Heft Nr. 26).
- KISTEMANN, T., T. CLAßEN, J. SCHWEIKART u. C. LENGEN 2011: Medizinische Geografie: Der räumliche Blick auf Gesundheit. In: Deutsches Ärzteblatt, 108: A 386–387.
- KNIPPER, M. 2004: Krankheit, Kultur und medizinische Praxis. Eine medizinethnologische Untersuchung zu „mal aire“ im Amazonastiefland von Ecuador. Bonn 2004 (= Medizin und Kulturwissenschaft. Bonner Beiträge zur Geschichte, Anthropologie und Ethik der Medizin 2).
- KOLIP, P., J. WYDLER u. T. ABEL 2000: Gesundheit: Salutogenese und Kohärenzgefühl. Einleitung und Überblick. In: WYDLER, H., P. KOLIP u. T. ABEL (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim und München, S. 11–19.
- LAZARUS, R.S. 1974: Psychological stress and coping in adaptation and illness. In: International Journal of Psychiatry and Medicine, 5, S. 321–333.
- LEFAIVRE L. u. A. TZONIS 1992: Geometrie des Gefühls und therapeutische Landschaft. (Theorie der pittoresken Landschaft) In: Daidalos, 46, S. 53–59.
- LEIENDECKER, C. 2005: Bericht von der MV vom 21.05.2005. In: Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V., Landesverband Hessen (Hrsg.): Mitgliederrundschreiben 2/2005, S. 2–5. http://www.dgpt.de/dokumente/hessen/DGPT_Rundbrief_2_2005.pdf (12.03.2011)
- LENGEN, C. 2006: Swiss Health Space. An explorative analysis of health perception and its relationship to socio-demographic and geographic characteristics. Dissertation, Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät der Universität Zürich. Zürich.
- LITVA, A. u. J.D. EYLES 1995: Coming out: exposing social theory in medical geography. In: Health and Place, 1, S. 5–14.
- MAYER, J. 1996: The political ecology of disease as a new focus for medical geography. In: Progress in Human Geography, 20, S. 441–456.
- MAYER, J.D. u. M. MEADE 1994: A reformed medical geography reconsiders. In: The Professional Geographer, 46, S. 103–106.
- MEADE, M.S. u. R. EARICKSON 2000: Medical Geography. New York.
- MERTENS, W. 2005: Grundlagen psychoanalytischer Psychotherapie. In: SENF, W. u. M. BRODA (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch.. Stuttgart. S. 196–238.
- NATTER, W u. U. WARDENGA 2003: Die „neue“ und die „alte“ Cultural Geography in der anglo-amerikanischen Geographie. In: Berichte zur deutschen Landeskunde 77, H. 1, S. 71–90.
- NOVAK, P. 1998: Salutogenese und Pathogenese: Komplementarität und Abgrenzung. In: MARKGRAF, J., J. SIEGRIST u. S. NEUMER (Hrsg.): Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- vs. Pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. Berlin, S. 27–39.
- PARSONS, T. 1964: Social Structure and Personality. London.
- PAULI, H.G., K.L. WHITE u. I.R. MCWHINNEY 2000: Medical education, research, and scientific thinking in the 21st century (part one of three). In: Education for Health, 13, S. 15–25.
- ROSENBERG, M. 1988: Linking the geographical, the medical and the political in analyzing health care delivery systems. In: Social Science & Medicine, 26, S. 179–186.

- SCHMITT R. 1990: Der Computer in der pädagogisch-therapeutischen Landschaft? In: unterrichten und erziehen, H. 4, S. 57–60.
- SCHÖBER, R. 2008: Landschaft als Therapie. In: Natur & Heilen, 9, S. 20–25.
- SCHWARTZ, F.W., J. SIEGRIST u. J. VON TROSCHKE 1998: Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? In: SCHWARTZ, F.W., B. BADURA, R. LEIDL, H. RASPE u. J. SIEGRIST (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München-Wien-Baltimore. S. 8–31.
- SMYTH, F. 2005: Medical geography: therapeutic places, spaces and networks. In: Progress in Human Geography, 29, S. 488–495.
- STIERLIN, H. 2003: Die Demokratisierung der Psychotherapie. Stuttgart.
- VIRCHOW, R. 1858: Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre. Berlin.
- WELBRINK, A. u. A. FRANKE 2000: Zwischen Genuss und Sucht – das Salutogenesemodell in der Suchtforschung. In: WYDLER, H., P. KOLIP u. T. ABEL (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim und München, S. 43–55.
- WHITE, N.F. 1981: Modern health concepts. In: WHITE, N.F. (Hrsg.): The Health Conundrum. Toronto, S. 5–18.
- WHO 1978: Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf (11.03.2011)
- WHO 1986: Ottawa Charter for Health Promotion. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (11.03.2011)
- WHO 1993: Tenth Revision of the International Classification of Diseases. Genf.
- WILLIAMS, A. 1998: Therapeutic landscapes in holistic medicine. In: Social Science & Medicine, 46, S. 1193–1203.
- WILLIAMS, A.M. 2007: Introduction: The continuing maturation of the Therapeutic Landscape Concept. In: WILLIAMS, A.M. (Hrsg.): Therapeutic Landscapes. Aldershot und Burlington, S. 1–15 (= Ashgate Geographies of Health Series).