

Klaus Hurrelmann | Matthias Richter

# Gesundheits- und Medizinsoziologie

Eine Einführung in  
sozialwissenschaftliche  
Gesundheitsforschung

8. Auflage

**BELTZ** JUVENTA

Klaus Hurrelmann | Matthias Richter  
Gesundheits- und Medizinsoziologie

# Grundlagentexte Soziologie

Herausgegeben von  
Martin Diewald | Klaus Hurrelmann

Der Juventa Verlag hat eine lange Tradition in der Publikation sozialwissenschaftlicher Texte. Bereits in den 1960er Jahren wurden mit der Reihe „Grundfragen der Soziologie“ (hrsg. von Dieter Claessens) programmatische Akzente gesetzt. Die Reihe hatte einen prägenden Einfluss auf die damals noch in den Anfängen stehende Disziplin Soziologie.

Die Reihe „Grundlagentexte Soziologie“ knüpft an diese Tradition an. Die Soziologie hat sich seitdem in Deutschland als theoretisch und empirisch reichhaltiges wissenschaftliches Fach etabliert. Es fehlt ihr aber an Einführungstexten und Übersichtsbänden für den Lehrbetrieb in Universitäten, Fachhochschulen, Fachschulen und anderen Bildungseinrichtungen.

Dieser Herausforderung stellt sich die Reihe „Grundlagentexte Soziologie“. Von fachlich gut ausgewiesenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern werden Texte vorgelegt, die die wichtigsten theoretischen Ansätze des Faches, methodische Zugänge und gesellschaftswissenschaftliche Analysen präsentieren. Die Bände sind so zugeschnitten, dass sie sich als Basislektüre für Vorlesungen, Seminare und andere Lehrveranstaltungen mit ein führendem Charakter eignen, dabei aber gleichzeitig auf der Höhe der aktuellen Entwicklung des Faches sind.

Die Reihe „Grundlagentexte Soziologie“ wird gemeinsam herausgegeben von Martin Diewald (Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie) und Klaus Hurrelmann (Hertie School of Governance, Berlin).

Klaus Hurrelmann | Matthias Richter

# **Gesundheits- und Medizinsoziologie**

Eine Einführung in  
sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung

8., überarbeitete Auflage

**BELTZ** JUVENTA

## Die Autoren

Klaus Hurrelmann, Dr. rer. soc. pol., Jg. 1944, ist Professor of Public Health and Education an der Hertie School of Governance in Berlin. Er war zuvor Professor für Sozialwissenschaften und Gründungsdekan der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

Seine Arbeitsschwerpunkte liegen in der Sozialisations- und Gesundheitsforschung sowie der Kindheits- und Jugendforschung.

Matthias Richter, Dr. rer. soc., Jg. 1971, ist Professor für Medizinische Soziologie an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Er war zuvor Assistenzprofessor für Medizinische Soziologie und Sozialepidemiologie an der Universität Bern. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Soziale Determinanten von Gesundheit und Krankheit, Kinder- und Jugendgesundheitsforschung, Lebenslaufforschung.

## 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.

1. Auflage 1988 (Sozialisation und Gesundheit)
2. Auflage 1991
3. Auflage 1994
- 4., völlig überarbeitete Auflage 2000 (Gesundheitssoziologie)
5. Auflage 2003
- 6., völlig überarbeitete Auflage 2006
7. Auflage 2010
- 8., überarbeitete Auflage 2013 (Gesundheits- und Medizinsoziologie)

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

© 2000 Juventa Verlag Weinheim und München

© 2013 Beltz Juventa · Weinheim und Basel

[www.beltz.de](http://www.beltz.de) · [www.juventa.de](http://www.juventa.de)

ISBN 978-3-7799-4093-7

# Inhalt

Vorwort .....	7
1. <i>Gesundheit- und Medizinsoziologie – eine Standortbestimmung</i> .....	11
1.1 Ausrichtung und Arbeitsschwerpunkte .....	11
1.2 Verhältnis zu Nachbardisziplinen .....	15
2. <i>Bedingungen für Gesundheit und Krankheit – empirische Befunde</i> .....	21
2.1 Gesundheitsverhältnisse und Gesundheitsverhalten .....	21
2.2 Sozioökonomischer Status, soziale Ungleichheit und Gesundheit .....	28
2.3 Beruf, Migration und soziale Lebensformen .....	43
2.4 Lebensalter, Geschlecht und Gesundheit .....	52
3. <i>Entstehung von Gesundheit und Krankheit – theoretische Ansätze</i> .....	66
3.1 Gesellschaftstheorien .....	67
3.2 Public-Health-Theorien .....	84
3.3 Lerntheorien .....	94
3.4 Bewältigungstheorien .....	102
4. <i>Definition von Gesundheit und Krankheit – Wege zu einem integrativen Konzept</i> .....	113
4.1 Bisherige Definitionen von Gesundheit und Krankheit .....	113
4.2 Das Salutogenesemodell .....	120
4.3 Das Sozialisationsmodell .....	128
4.4 Eine konsensfähige Definition von Gesundheit und Krankheit ..	138
4.5 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention .....	148
5. <i>Gesundheitsförderung – Strategien zur Optimierung der Gesundheitsverhältnisse</i> .....	155
5.1 Strategien gesundheitsorientierter Sozialpolitik .....	156
5.2 Strategien der Gesundheitssystemgestaltung .....	166

5.3 Strategien der Gestaltung kommunaler und familiärer Lebensräume .....	176
5.4 Strategien der Gesundheitsförderung in sozialen Organisationen.....	185
6. <i>Krankheitsprävention – Strategien zur Stärkung des Gesundheitsverhaltens</i> .....	193
6.1 Ansätze der Gesundheitskommunikation.....	193
6.2 Strategien der Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung..	199
6.3 Strategien der Gesundheitsberatung und Patientenschulung .....	210
6.4 Strategien der Gesundheitsaufklärung und Stärkung der Gesundheitskompetenz .....	226
Literatur	241

# Vorwort

Geht es um Gesundheits- und Krankheitsforschung, denken die meisten Menschen als erstes an Medizin. Das ist mit Blick auf die Krankheitskomponente berechtigt, denn die Medizin nimmt seit Jahrzehnten die vorherrschende Rolle in der Diagnose, Analyse und Behandlung von Störungen der Lebensvorgänge im Körper und (als Psychotherapie) auch der Seele von Menschen ein. Man kann sie mit Fug und Recht als eine „Krankheitswissenschaft“ bezeichnen. Ihr Bezug zur Gesundheitsforschung ist hingegen weniger stark. Medizinisches Handeln sorgt im Idealfall dafür, dass Krankheiten abgemildert oder sogar geheilt werden und dadurch die Gesundheit eines Menschen gestärkt oder wiederhergestellt werden kann. In diesem Sinne kann die Medizin als Wissenschaft von der Vermeidung und der Abwendung einer „Gesundheitsstörung“ verstanden werden.

Bei der Erforschung der Ursachen und Bedingungen für Gesundheit aber kommt der Medizin eine eher arbeitsteilige Rolle zu, hier ist sie ein Gebiet unter vielen und arbeitet mit anderen wissenschaftlichen Disziplinen zusammen. Eine dieser Disziplinen ist die Soziologie. Bei ihr steht die Analyse der menschlichen Handlungs- und Verhaltensweisen in ihrer Abhängigkeit von gesellschaftlichen Strukturen und Werten im Vordergrund (z.B. den Machtverhältnissen, wirtschaftlichen und Arbeitsbedingungen, sozialen Konflikten und kulturellem Wandel). Auf diese Weise leistet die Soziologie ihren Beitrag zur Erforschung von Gesundheit und Krankheit. Ihr Erkenntnisinteresse richtet sich nicht wie das der Medizin auf das Verständnis und die Beeinflussung von körperlichen und inner-organischen Prozessen beim einzelnen Menschen, sondern auf das Verständnis und die Beeinflussung von sozialen Bedingungen, die Konsequenzen für Gesundheits- und Krankheitsabläufe bei Gruppen von Menschen haben. Die Soziologie ist im Unterschied zur Medizin gleichermaßen an Gesundheit und Krankheit interessiert und sieht sie in der Regel als sich ergänzende und ineinander übergehende und nicht sich absolut ausschließende Phänomene.

Diese Charakterisierung der beiden Disziplinen macht deutlich, wie wertvoll ihre Verbindung ist. Der Umfang und die Tiefe an Erkenntnissen wachsen, wenn diese beiden unterschiedlichen Forschungsansätze mit ihren verschiedenartigen Herangehensweisen an das gleiche Problem, nämlich Gesundheit und Krankheit, in ein Ergänzungs- und Kooperationsverhältnis zueinander gebracht werden. Um dieses Verhältnis herzustellen, muss die Disziplin Medizin ihre Arbeitsweisen in Theorie, Forschung und Praxis so ausrichten, dass sie die Andockstellen für die Soziologie erkennbar werden lässt. Umgekehrt ist es die Aufgabe der Soziologie, ihre spezifischen gesell-

schaftswissenschaftlichen Arbeitsweisen in Theorie, Forschung und Praxis so zu akzentuieren, dass die Anschlüsse durch die Medizin möglich werden.

Genau dieser Aufgabe stellt sich der vorliegende Band. Er wurde 1988 zum ersten Mal unter dem Titel „Sozialisation und Gesundheit“ publiziert und gab, wie es seinerzeit im Vorwort hieß, „einen Überblick über Untersuchungen zum Zusammenhang von ökonomischen, ökologischen, kulturellen und sozialen Lebensbedingungen und ihrer subjektiven Aneignung und Verarbeitung“. Die produktive Verarbeitung der inneren und der äußeren Realität wurde als „Sozialisation“ bezeichnet, und je nach Ausgang dieser Verarbeitung wurde der Status von Gesundheit und Krankheit bestimmt, in dem sich ein einzelner Mensch oder eine Gruppe von Menschen befindet. Gesundheit wurde definiert „als individueller Zustand der befriedigenden Lebensgestaltung“, Krankheit als Zustand der nicht befriedigenden Lebensgestaltung. „Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen inneren und äußeren Lebensbedingungen befindet“ (Hurrelmann 1988, 16).

Zwölf Jahre nach dem Erscheinen der Erstauflage und drei erfolgten Überarbeitungen war wegen der ständig ansteigenden Nachfrage nach einer einführnden Darstellung in die sozialwissenschaftliche Gesundheits- und Krankheitsforschung eine grundlegende konzeptionelle Überarbeitung des Bandes notwendig. In der vierten Auflage 2000 wurde sie vorgenommen. Der Band nahm nun das gesamte Spektrum von Gesellschafts-, Public-Health-, Lern- und Bewältigungstheorien auf, die sich mit Gesundheit und Krankheit beschäftigen und schlug damit ausdrücklich auch Brücken zu psychologischen und gesundheitswissenschaftlichen Ansätzen. Der Band konzentrierte sich wie in den vorangehenden Auflagen auch weiterhin auf die systematische Darstellung von Erkenntnissen und Befunden zu Belastungen im menschlichen Lebenslauf und der Ressourcen, die für die Bewältigung dieser Belastungen zur Verfügung stehen. Er entwickelte aber zusätzlich ein integratives Konzept von Gesundheit und Krankheit, das sich für den Einsatz in allen Bereichen der Forschung eignen sollte. Um die konzeptionelle Erweiterung zum Ausdruck zu bringen, wurde der Titel in „Gesundheitssoziologie“ geändert. Dieser Begriff, zu diesem Zeitpunkt in Deutschland noch wenig geläufig, wurde in programmatischer Absicht gewählt, um das Gebiet in die sozialwissenschaftliche Diskussion einzuführen und als integralen Bestandteil der Disziplin Soziologie zu etablieren.

Seit 2000 hat sich eine dynamische Weiterentwicklung der Gesundheitssoziologie und parallel dazu auch des Nachbargebietes der „Medizinsoziologie“ vollzogen. Die Medizinsoziologie hat sich in ihrer Ausrichtung immer stärker an die Gesundheitssoziologie angenähert. Sie war noch in

den 1990er Jahren auf die Anwendung soziologischer Theorien und Methoden auf medizinische und psychotherapeutische Interventionen, die Organisationsanalyse ihrer Einrichtungen und Berufsgruppen sowie Untersuchungen zur Versorgung der kranken Bevölkerung fokussiert. Sie ergänzte damit die überwiegend krankheitsorientierte Arbeitsweise der Medizin um sozialwissenschaftliche Komponenten, und sie akzentuierte im Unterschied zur Gesundheitssoziologie die Krankheitssoziologie. Diese Ausrichtung hat sich bis heute deutlich gewandelt, weil die Verbindungen zwischen der Gesundheits- und der Krankheitsforschung immer enger geworden sind.

Heute ist die fachliche Ausrichtung der beiden Spezialsoziologien „Gesundheitssoziologie“ und „Medizinsoziologie“ kaum noch voneinander zu unterscheiden. Diese Entwicklung führte zu dem Entschluss, den Titel des Bandes in „Gesundheits- und Medizinsoziologie“ zu erweitern. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass die sozialwissenschaftlich ausgerichtete Gesundheits- und Krankheitsforschung in Deutschland nach dem Vorbild anderer Länder mit einer Stimme spricht und sich unter einer einheitlichen Disziplinbezeichnung zusammenfindet. Wäre nicht die Jahrzehnte lange Tradition des Begriffes „Medizinsoziologie“, die gewissermaßen ein Markenzeichen für die sozialwissenschaftlichen Zugänge zur Krankheitsforschung geworden ist, hätte der Band auch „Gesundheits- und Krankheitssoziologie“ heißen können.

Die Gliederung des Bandes ist gegenüber den vorangegangenen Auflagen kaum verändert worden. Der Band ist in sechs Kapitel gegliedert.

- In *Kapitel 1* wird eine Standortbestimmung der Gesundheits- und Medizinsoziologie vorgenommen. Das Verhältnis zu den Nachbargebieten Gesundheitspsychologie, Gesundheitspädagogik und Gesundheitsökonomie wird erörtert.
- In *Kapitel 2* werden die Bedingungen für Gesundheit und Krankheit dargestellt. Die Ausprägungen des Gesundheits- und Krankheitszustandes der Bevölkerung nach sozialer Lage, Lebensbedingungen, Geschlecht und Lebensalter werden am Beispiel empirischer Studien erörtert, um zu dokumentieren, wie stark die Gesundheitsverhältnisse Einfluss auf die Gesundheit von Menschen nehmen.
- In *Kapitel 3* wird eine Übersicht über die wesentlichen wissenschaftlichen Theorien von Gesundheit und Krankheit gegeben. Es werden zentrale theoretische Konzepte vorgestellt, die für die Gesundheits- und Medizinsoziologie von Relevanz sind. Die Theorien liefern Erklärungen und Interpretationen für die in Kapitel 2 vorgestellten Bedingungsfaktoren.
- *Kapitel 4* stellt ein integratives Konzept von Gesundheit und Krankheit vor, das eine Synthese der in Kapitel 3 erörterten theoretischen Ansätze vornimmt. Das integrative Konzept baut auf dem Sozialisationsmodell auf, das auch schon in der ersten Auflage zu Grunde lag und die zentralen Leitsätze des Salutogenesemodells aufnimmt, das ebenfalls ausführ-

lich erläutert wird. Anschließend werden erkenntnisleitende Maximen formuliert und der Versuch einer umfassenden Definition von Gesundheit und Krankheit gemacht. Das Kapitel endet mit einem Überblick über die beiden gesundheitssoziologisch relevantesten Veränderungsstrategien, nämlich Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention.

- *Kapitel 5* behandelt Strategien der Gesundheitsförderung, also der Optimierung der gesellschaftlichen Gesundheitsbedingungen. Zunächst werden Strategien erörtert, die sich auf die Gestaltung der gesundheitsrelevanten Sozialsysteme und des Gesundheitssystems richten, anschließend geht es um Strategien der Gesundheitsförderung im kommunalen und familialen Lebensraum und in Organisationen („Settings“).
- *Kapitel 6* konzentriert sich auf Strategien der Krankheitsprävention, also der Optimierung des Gesundheitsverhaltens. Es werden Konzepte der Gesundheitserziehung und -bildung, der Gesundheitsberatung und Patientenschulung sowie der Gesundheitsaufklärung und Förderung der Gesundheitskompetenz („health literacy“) erörtert.

Die Neuauflage wurde zusammen von Klaus Hurrelmann und Matthias Richter gestaltet. Beide kennen sich aus gemeinsamen Forschungs- und Lehrprojekten an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Klaus Hurrelmann ist gegenwärtig als Senior Professor of Public Health and Education an der Hertie School of Governance in Berlin tätig, Matthias Richter als Professor für Medizinische Soziologie an der Martin-Luther-Universität in Halle. Die technische Bearbeitung lag in den Händen von Kristina Heilmann, der wir für ihre Überarbeitungshinweise sowie tatkräftige und unermüdliche Unterstützung herzlichst danken.

---

# 1. Gesundheits- und Medizinsoziologie – eine Standortbestimmung

---

Wie haben sich die beiden Teilgebiete „Gesundheitssoziologie“ und „Medizinsoziologie“ (oft auch „Medizinische Soziologie“ genannt) in den letzten Jahren entwickelt und in welchem Verhältnis stehen sie zueinander? In diesem Kapitel soll zunächst diese Frage beantwortet werden. Wie im Vorwort schon erwähnt, haben sich die beiden Gebiete immer stärker aufeinander zubewegt und ergänzen sich inzwischen. Die inhaltlichen Schwerpunkte einer kombinierten Gesundheits- und Medizinsoziologie werden kurz vorgestellt. Danach wird die Beziehung zu den disziplinar angrenzenden Gebieten Gesundheitspsychologie, Gesundheitspädagogik und Gesundheitsökonomie erörtert.

## 1.1 Ausrichtung und Arbeitsschwerpunkte

Die Gesundheits- und Medizinsoziologie kann als ein Teilgebiet der „Mutterdisziplin“ Soziologie verstanden werden, zugleich aber auch als ein integraler Bestandteil der umfassenden, interdisziplinär ausgerichteten Gesundheitswissenschaften, die international als Health Sciences oder auch als Public Health bezeichnet werden. Durch diese interdisziplinäre Einbindung werden Bezüge zu den Verhaltens- und Biowissenschaften ebenso wie den Wirtschafts- und Organisationswissenschaften möglich.

### **Medizinsoziologie**

Die Medizinsoziologie geht eng mit der wissenschaftlichen Disziplin Medizin einher und befasst sich schwerpunktmäßig mit der Anwendung von Begriffen, Methoden und Theorien der allgemeinen Soziologie auf die Analyse von Krankheit (Borgetto und Kälble 2007; Siegrist 2005). Ihr Erkenntnisinteresse richtet sich in Ergänzung der biologischen oder psychologischen Bedingungen der Entwicklung und des Verlaufs von Krankheiten, die in Medizin und Psychotherapie im Vordergrund stehen, auf die gesellschaftlichen, also vor allem die sozialen und kulturellen Aspekte. Dies schließt auch die Analyse von Organisationsstrukturen des medizinischen Behandlungs- und Versorgungssystems sowie der Interaktionen zwischen professionellen Helfern, Kranken und ihren Angehörigen mit ein (Bradby 2009). Die Medizinsoziologie stellt also in ihrem Kern auf die analytischen Leistungen der Soziologie für die professionelle Krankenversorgung und für medizinische Interventionen zur Krankheitsvermeidung ab. Sie kann deshalb auch als Bestandteil der Medizin definiert werden.

Ihre inhaltlichen Schwerpunkte lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Analyse der *Soziogenese von Krankheiten*, also der Untersuchung der gesellschaftlichen Einflüsse auf Entstehung und Verlauf von Krankheiten (Annandale 1998; Cockerham 2010).
- Analyse der *Organisations- und Strukturmerkmale*, der Funktionsabläufe und der Interaktionsdynamiken medizinischer und anderer therapeutischer Behandlungen und Versorgung (Borgetto und Kälble 2007; Lup-ton und Najman 1995).

In Deutschland ist die medizinische Soziologie zusammen mit der medizinischen Psychologie seit 1970 ein Prüfungsfach in der ärztlichen Ausbildung. Entsprechend gibt es an den medizinischen Fakultäten der Universitäten und Medizinischen Hochschulen eine fast flächendeckende Ausstattung mit wissenschaftlichen Positionen in diesem Bereich. Die Medizinsoziologie stellt also – analog zu „Medizinpsychologie“ und „Medizinpädagogik“ – die Verbindung zwischen der wissenschaftlichen Disziplin Soziologie und der Disziplin Medizin her. Schon die Bezeichnung signalisiert, dass es sich um eine Zuarbeit eines wissenschaftlichen Faches zu einem anderen handelt. Dieses andere Fach, die Medizin, hat mit dem Teilgebiet „Sozialmedizin“ eine Art Brückengebiet eingerichtet, das mit der systematischen Analyse aller sozialen Aspekte innerhalb der medizinischen Versorgung eine ähnliche fachliche Ausrichtung wie die Medizinsoziologie hat (Bury und Gabe 2004; Trabert und Waller 2013).

### **Gesundheitssoziologie**

In teilweise bewusster Abgrenzung zur Medizinsoziologie wurde mit Beginn der 1990er Jahre in Deutschland und anderen Ländern versucht, eine eigenständige soziologische Analyse der sozioökonomischen und psychosozialen Einflüsse auf Gesundheit und der entsprechenden Infrastruktursektoren, die sich mit Gesundheit und Krankheit befassen, zu etablieren: die Gesundheitssoziologie. Entsprechend ihrer Programmatik sollte sie nach eigenen theoretischen und methodischen Standards unabhängig von den Einflüssen der Medizin arbeiten (Germov 2009; Nettleton 2006).

Gesundheitssoziologie kann dementsprechend als das *Teilgebiet der Soziologie* bezeichnet werden, das sich mit der Analyse der gesellschaftlichen Ursachen, Hintergründe und Kontexte von Gesundheit und Krankheit, also bildhaft ausgedrückt den „Gesundheits- und Krankheitsverhältnissen“, befasst. Im Unterschied zur Medizinsoziologie beschäftigt sich die Gesundheitssoziologie nicht nur mit den sozialen Ausgangsbedingungen von Krankheiten und den Strukturen und Funktionen des Krankenversorgungssystems, sondern mit der Analyse der Beziehung zwischen Gesundheit und Krankheit und den Strukturen und Funktionen des gesamten Gesundheits- und Krankheitsversorgungssystems, das eines der größten gesellschaftli-

chen Infrastruktursysteme darstellt. Medizinsoziologie ist aus dieser Perspektive ein Teilbereich der Gesundheitssoziologie (Gerlinger 2006). Zu den Aufgaben der Gesundheitssoziologie gehört auch die Entwicklung von Strategien der Optimierung der Verhältnisse für Gesundheit und der Vermeidung von Krankheit, besonders durch die Gestaltung von Lebens- und Arbeitsbedingungen.

### **Die Soziologie von Gesundheit und Krankheit**

Die Arbeitsschwerpunkte der Gesundheitssoziologie überschneiden sich also deutlich mit denen der Medizinsoziologie. Gemeinsamer theoretischer Ausgangspunkt beider Teilgebiete der Soziologie ist die Überzeugung, dass viele gesundheitliche Probleme und viele Krankheiten soziale Ursachen haben und dementsprechend die Untersuchung der gesellschaftlichen Einflüsse auf die Entstehung und den Verlauf von Gesundheit und Krankheiten im analytischen Mittelpunkt stehen sollte. International werden die Bezeichnungen „Medizinsoziologie“, „Gesundheitssoziologie“ oder „Soziologie von Gesundheit und Krankheit“ oft austauschbar verwendet. Zudem werden die Begriffe auch länderspezifisch unterschiedlich ausgelegt (Cockerham 2010; Gabe, Bury und Elston 2004, Germov 2009).

In den letzten beiden Jahrzehnten haben sich die Arbeitsschwerpunkte der beiden Teilgebiete der Soziologie aber stark aneinander angenähert. Die Medizinsoziologie hat unter dem Einfluss von Medizin und Psychotherapie ihr Erkenntnisinteresse und ihre Arbeitsschwerpunkte von der Analyse der Bedingungen von Krankheit immer stärker auch auf die von Gesundheit ausgerichtet. Gesundheit und Krankheit werden auch in der Medizinsoziologie zunehmend als ein Kontinuum betrachtet, auf dem sich Menschen je nach Ausstattung ihrer Risiken und Ressourcen befinden. In Medizin und Psychotherapie selbst bleibt ein pathogenetischer Blick auf den Menschen zwar vorherrschend, wird aber durch den „salutogenetischen“, auf gesundheitliche Dynamiken ausgerichteten Blick zunehmend ergänzt (Cockerham 2010).

Gesundheitsförderliche Ressourcen der Patienten, Aspekte der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten sowie soziale Determinanten von Gesundheit gelangen immer stärker in das Blickfeld, weil die enge Beziehung zwischen krankmachenden und gesundmachenden Faktoren erkannt worden ist. Dies schlägt sich auch in der deutlichen Stärkung soziologischer und psychologischer Inhalte in der medizinischen Ausbildung sowohl in Deutschland als auch international nieder (Gabe, Bury und Elston 2004).

Es sind also sowohl inhaltliche als auch fachliche und fachpolitische Entwicklungen, die fraglich erscheinen lassen, ob die traditionelle Trennung von Gesundheitssoziologie und Medizinsoziologie noch zielführend ist. In diesem Band werden diese Entwicklungen zum Anlass genommen, zum ersten Mal eine integrierte „Gesundheits- und Medizinsoziologie“ zu kon-

zipieren. Die Bezeichnung ist in Anlehnung an andere Bereiche der deutschsprachigen Soziologie entstanden, die zum Beispiel seit vielen Jahren die Gebietskombinationen Arbeits- und Industriesoziologie und Medien- und Kommunikationssoziologie kennt. Durch die Kombination werden die beiden Teildisziplinen „Medizinsoziologie“ und „Gesundheitssoziologie“ zu Teilbereichen des Faches „Soziologie“. Die moderne Gesundheits- und Medizinsoziologie wendet damit Theorien, Methoden und Wissensbestände der allgemeinen Soziologie auf einen Gegenstandsbereich an, der die gesamte Spannweite an Themen zwischen Gesundheit und Krankheit umfasst und sich nicht ausschließlich auf die Medizin beschränkt. Ausgehend von den sozialen Ursachen von Gesundheit und Krankheit über die gesellschaftliche Konstruktion von Krankheit, die Arzt-Patienten-Beziehung bis zur sozialen Organisation der gesamten Gesundheitsversorgung einschließlich der Prävention, Gesundheitsförderung, Therapie, Rehabilitation und Pflege. Diese inhaltlichen Ausrichtungen würde auch die Bezeichnung „Gesundheits- und Krankheitssoziologie“ rechtfertigen. Da aber die Begriffe „Medizinsoziologie“ und „Medizinische Soziologie“ seit Jahrzehnten etabliert sind, erscheint es angemessen, sie in der Bezeichnung des kombinierten Gebietes mit aufscheinen zu lassen.

### **Arbeitsschwerpunkte der Gesundheits- und Medizinsoziologie**

Mit Gesundheits- und Medizinsoziologie soll in diesem Buch das Teilgebiet der Soziologie bezeichnet werden, das sich mit der Analyse der gesellschaftlichen (also sozialen, kulturellen, ökonomischen und ökologischen) Bedingungen für Gesundheit und Krankheit von Menschen befasst. Zentraler Aufgabenbereich der Gesundheits- und Medizinsoziologie ist eine eigenständige soziologische Analyse der Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit und der entsprechenden Infrastrukturektoren, die sich mit Gesundheit und Krankheit befassen (Barry und Yuill 2002; Germov 2009; Freund, McGuire und Podhurst 2003). Mit zu den Aufgaben gehört es, in empirisch abgesicherten Studien Möglichkeiten der Verbesserung der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung aufzuzeigen (Germov 2009; Dippelhofer-Stiem 2013).

Im Einzelnen lassen sich die folgenden Arbeitsschwerpunkte der Gesundheits- und Medizinsoziologie benennen:

- Die Gesundheits- und Medizinsoziologie stellt die sozialen Bedingungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit von einzelnen Menschen und Gruppen von Menschen in den Mittelpunkt ihres Erkenntnisinteresses. In enger Anlehnung an die Mutterdisziplin Soziologie als Wissenschaft der Analyse der Strukturen, Dynamiken und Gesetzmäßigkeiten des gesellschaftlichen Zusammenlebens beschäftigt sie sich mit der Analyse der sozialen, ökonomischen, ökologischen und kulturellen Ursachen, Hintergründe und Kontexte von Gesundheit und Krankheit und ihrer ungleichen Verteilung in der Gesellschaft.

- Die Gesundheits- und Medizinsoziologie beschäftigt sich sowohl mit den Strukturen und Funktionen des Krankenversorgungssystems als auch mit der Analyse des gesamten Gesundheitssystems als dem zentralen (und gegenwärtig größten) gesellschaftlichen Infrastruktursektor. Neben dem Sektor Kuration/Therapie gehören dazu auch die Sektoren Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Rehabilitation und Pflege. Im analytischen Ansatz wird beachtet, dass das Gesundheitssystem von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflusst wird, insbesondere der demografischen Entwicklung der Bevölkerung, ökonomischen Kräften der Wirtschaft, kulturellen Impulsen aus dem Bildungs- und Wissenschaftssystem und der Setzung politischer Rahmenbedingungen.
- Die Gesundheits- und Medizinsoziologie konzentriert sich darüber hinaus auf die Frage, wie große gesellschaftliche Teilsysteme außerhalb des Gesundheitssystems, insbesondere die Systeme Bildung, Arbeit, Familie, Wohlfahrt und Freizeit auf die Gesundheits- und Krankheitsdynamik Einfluss nehmen. Sie geht dabei von der Annahme aus, dass potentiell alle gesellschaftlichen Teilsysteme und alle Macht- und Sozialstrukturen einer Gesellschaft zumindest indirekt für das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen in der Bevölkerung von Bedeutung sind.
- Für die Gesundheits- und Medizinsoziologie ist das Interesse charakteristisch, über die Bestandsanalyse hinaus optimierende Veränderungen der Bedingungsfaktoren im Gesundheitssystem und in den gesundheitsrelevanten Bereichen anderer gesellschaftlicher Teilsysteme wissenschaftlich abzuleiten. Sie ist insofern eine veränderungsorientierte Wissenschaftsdisziplin, die an einer Optimierung sämtlicher Gesundheitsbedingungen („Gesundheits- und Krankheitsverhältnisse“) einschließlich des diagnostischen, therapeutischen und präventiven Handelns im Gesundheitssystem und den entsprechenden Strukturen anderer Teilsysteme der Gesellschaft interessiert ist.
- Die Gesundheits- und Medizinsoziologie beschäftigt sich mit der Frage, welche gesellschaftlichen Bedingungen dazu führen, dass Individuen und Gruppen von Menschen unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitsbilanzen aufweisen. Ein zentraler Faktor hierbei ist der sozioökonomische Status eines Menschen und der Gruppe, der er angehört. Dabei spielen Bildungspotentiale eine wichtige Rolle. Die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen sind eine der wichtigsten Einflussgrößen für das individuelle Gesundheitsverhalten, das maßgeblich über den Ablauf der Gesundheits- und Krankheitsdynamik entscheidet und deshalb von großer Bedeutung für soziologische Analysen ist.

## 1.2 Verhältnis zu Nachbardisziplinen

Die Arbeitsschwerpunkte der Gesundheits- und Medizinsoziologie verlangen wegen ihres umfassenden Zuschnitts nach enger Kooperation mit an-

grenzenden Disziplinen. Entsprechend wichtig ist die Zusammenarbeit mit Gesundheitspsychologie, Gesundheitspädagogik und Gesundheitsökonomie.

### **Die Beziehungen zur Gesundheitspsychologie**

Die Gesundheitspsychologie ist eine Teildisziplin der Psychologie, die sich ganz ähnlich wie die Gesundheitssoziologie gegenüber der „medizinischen Psychologie“ profilieren musste. Die Medizinpsychologie konzentriert sich auf die psychologische Begleitung von medizinischen Behandlungsprozessen, vor allem auf Studien zum Arzt-Patient-Kontakt, zum Krankheitserleben und zur Krankheitsbewältigung von Patientinnen und Patienten (Buddenberg 2004; Knoll, Scholz und Rieckmann 2011). Wie für die Gesundheits- und Medizinsoziologie zeichnet sich aber auch für beide psychologischen Fachgebiete eine zunehmende Annäherung ab.

Im Anschluss an Faltermaier (2005, 20) lassen sich als die wesentlichen Arbeitsgebiete der Gesundheitspsychologie wie folgt bezeichnen:

- Die Untersuchung von Krankheitsursachen, also die „*Ätiologie*“ von *pathogenen Prozessen* und die Bedeutung von psychischen Faktoren hierbei. Hier geht es um die Frage, wie sich Persönlichkeitsstrukturen, Belastungen im sozialen Umfeld und gesundheitsbezogene Wahrnehmungen auf die Entstehung von Krankheiten auswirken. Hieraus werden Folgerungen für die Sicherung der Gesundheit abgeleitet.
- Ein zweiter Schwerpunkt liegt in der Untersuchung der *Bewältigung von einmal eingetretenen Krankheiten*. Hier geht es um die Frage, wie sich das psychische Erleben eines Menschen auf seinen Krankheitsverlauf auswirkt. Die Rolle der aktiven emotionalen Auseinandersetzung, der kognitiven Bewertung und der sozialen Unterstützung wird systematisch untersucht.
- Ein dritter Schwerpunkt ist die Analyse von *psychosozialen Prozessen bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten* im Gesundheitswesen. Hier geht es um die Frage, wie sich die Mitarbeit und die Therapietreue (compliance) von Patienten entwickelt und die Arzt-Patient-Interaktion gestaltet werden kann, um einen günstigen Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf zu nehmen.
- Ein vierter Schwerpunkt ist die systematische *Erforschung der Voraussetzungen für Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Hier geht es um die Frage, wie verhaltens- und umweltbedingte Risikofaktoren durch psychologische Interventionen beeinflusst werden können, um auf diesem Wege die Gesundheitspotentiale eines Menschen auf der psychischen Ebene zu aktivieren. Umfangreiche Erkenntnisse liegen bisher vor allem in Ansätzen der Veränderung riskanter Verhaltensweisen, der Förderung gesunder Lebensweisen und bei Stress-Präventionsprogrammen vor. Ein weiterer Beitrag der Gesundheitspsychologie

liegt darin, zielgruppenspezifische Differenzierungen vorzunehmen, um gesundheitlich besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen zu unterstützen (Renneberg und Hammelstein 2006; Schwarzer 1997; Vogt und Hoff 2012).

Wie diese Darstellung zeigt, liegt der Unterschied zwischen der Gesundheitspsychologie und der Gesundheits- und Medizinsoziologie im wissenschaftlichen Erkenntnisinteresse. Der Gesundheitspsychologie geht es vorrangig um die Analyse der psychischen, vor allem innerpersonalen Faktoren für die Gesundheits- und Krankheitsdynamik, während die Gesundheits- und Medizinsoziologie den Akzent auf die außerpersonalen gesellschaftlichen Zusammenhänge legt. Dieser Unterschied drückt sich auch in den anwendungsorientierten und interventionsbezogenen Akzenten aus. Hier liegt der Schwerpunkt der Gesundheitspsychologie auf der Beeinflussung der Wahrnehmungen und der Verhaltensdispositionen eines Individuums, um die Gesundheitspotentiale zu stabilisieren und sich mit Krankheitssituationen auseinanderzusetzen, wohingegen die Soziologie von Gesundheit und Krankheit den Akzent auf die Beeinflussung der sozialen Rahmenbedingungen und der gesundheitsrelevanten Teilsysteme der Gesellschaft legt.

In neueren Ansätzen beider Gebiete wird die wechselseitige Beziehung zwischen den psychischen und den sozialen Bedingungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit betont. Hierdurch ergeben sich Berührungspunkte zwischen Gesundheitspsychologie und einer Soziologie von Gesundheit und Krankheit, die charakteristisch für eine zunehmende interdisziplinäre Orientierung sind.

### **Die Beziehungen zur Gesundheitspädagogik**

Sowohl Gesundheits- und Medizinsoziologie als auch Gesundheitspsychologie gemeinsam ist ihre enge Beziehung zur Gesundheitspädagogik, wenn es um Aktivitäten der Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens und der Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Entwicklung von Gesundheitspotentialen geht.

Gesundheitspädagogik kann als dasjenige Teilgebiet der Pädagogik (Erziehungswissenschaft) verstanden werden, das die Möglichkeiten von Bildung und Erziehung analysiert, um das Gesundheitsverhalten von Menschen zu fördern. Die Schwerpunkte der Gesundheitspädagogik liegen in der Analyse und Umsetzung von *Strategien der Beeinflussung des gesundheitsrelevanten Verhaltens* über die Vermittlung geeigneter Wissensbestandteile, die Förderung gesundheitsrelevanter Einstellungen und Verhaltensdispositionen („Kompetenzen“) und die Gestaltung gesundheitsrelevanter Lebenswelten (Wulfhorst 2002, 33; Wulfhorst und Hurrelmann 2009). Ziel ist die Verbesserung des Selbst- und Weltverstehens, die Stärkung der Selbstbestimmung und der persönlichen Steuerungsfähigkeit eines Menschen durch

geeignete Erziehungs- und Bildungsimpulse, um die persönlichen Gesundheitspotentiale so weit wie möglich zu stärken (Schleider und Huse 2011).

Im deutschen Sprachgebrauch wird zwischen Erziehung und Bildung unterschieden. Sie können als sich ergänzende Teilstrategien zur Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens verstanden werden (Wulfhorst und Hurrelmann 2009, 12).

- *Gesundheitserziehung* ist in diesem Verständnis die strukturierte Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens durch die Vermittlung von Gesundheitswissen und die Prägung gesundheitlicher Kompetenzen. Diese Vermittlung findet meist in einem gesellschaftlich verpflichtenden Rahmen, beispielsweise an Schulen, statt. Bei „Erziehung“ geht es um die Beeinflussung des Verhaltens durch einen „Edukatoren“ (Vater, Mutter, Erzieher, Lehrkraft) in einer durch Wissen, Autorität oder Kompetenz überlegenen Position. Erziehung ist ihrem Charakter nach die gezielte Intervention in die Entwicklung eines anderen Menschen, die tief in Persönlichkeitsstrukturen eingreift.
- Demgegenüber wird der Begriff *Gesundheitsbildung* meist für diejenigen Eingreifstrategien verwandt, bei denen dem Adressaten verschiedene Angebote für die Steuerung des Gesundheitsverhaltens und die Verbesserung des gesundheitsrelevanten Selbstverstehens gemacht werden. Ob diese Angebote angenommen werden, liegt im Ermessen des Adressaten. Gegenüber dem Ansatz der Gesundheitserziehung ist der Strukturierungs- und Verbindlichkeitsgrad deutlich niedriger. Das Ziel der Stärkung der Gesundheitspotentiale und der Optimierung des Gesundheitsverhaltens ist aber identisch.

Beiden Ansätzen gemeinsam ist die Kombination von Wissens-, Einstellungs- und Kompetenzvermittlung. Ziel der gesundheitspädagogischen Bemühungen ist es, eine Verinnerlichung des Wissens und einen Übergang der vermittelten Informationen in die Selbststeuerung des Individuums zu erreichen.

Im Unterschied zu Gesundheits- und Medizinsoziologie liegt damit das Erkenntnisinteresse der Gesundheitspädagogik eindeutig bei der Entwicklung von Veränderungsstrategien, die direkt in das Verhalten von Menschen eingreifen. Für die Gesundheits- und Medizinsoziologie sind diese Strategien, wie in Kapitel 6 ausführlich erläutert wird, von großer Bedeutung, weil über die Gesundheitsverhältnisse eine indirekte Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens möglich ist.

### **Die Beziehungen zur Gesundheitsökonomie**

Die Gesundheitsökonomie konzentriert sich auf die Frage, welche wirtschaftlichen Ressourcen (in erster Linie finanzielle Mittel) dem Gesundheitssystem zur Verfügung gestellt werden müssen, damit es seine Aufga-

ben der Versorgung der Bevölkerung angemessen erfüllen kann und wie diese Mittel so kostengünstig wie möglich eingesetzt werden können (Adam und Henke 2012; Lauterbach, Stock und Brunner 2009). Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt ist die Frage, welche wirtschaftlichen Anreize gegeben werden können, um Menschen zu einem möglichst gesundheitsförderlichen Verhalten anzuleiten (Auld, Donaldson, Mitton und Shackley 2002).

Von Schulenburg und Greiner definieren Gesundheitsökonomie als „eine volkswirtschaftliche Disziplin, die sich der Analyse wirtschaftlicher Aspekte des Gesundheitswesens widmet“. Die Gesundheitsökonomie verwendet dazu Methoden und Theorien aus den Wirtschaftswissenschaften und wendet diese unter Hinzuziehung der Erkenntnisse der Medizin an (von Schulenburg und Greiner 2006).

Ebenso wie Gesundheitssoziologie, Gesundheitspsychologie und Gesundheitspädagogik handelt es sich also um ein Teilgebiet eines größeren Faches, wobei die dort gängigen Theorien und Methoden auf ein konkretes Anwendungsfeld übertragen werden. Im Falle der Gesundheitsökonomie geht es um die umfassende wirtschaftliche *Analyse der Produktionsbedingungen im Gesundheitswesen*, insbesondere die Verteilung von Ressourcen, die grundsätzlich begrenzt und knapp sind, und die Festlegung der Kosten (Preise) für die Bereitstellung und die Nutzung dieser Ressourcen.

Im Zentrum des Erkenntnisinteresses der Gesundheitsökonomie steht die Lösung der Frage, welche Ressourcen eine Gesellschaft in das Gesundheitswesen geben kann, um die Versorgung der Kranken möglichst optimal zu gestalten, ohne dabei die Bedeutung anderer gesellschaftlicher Güter zu vernachlässigen (*Allokationsfrage*). „Jede Geldeinheit, die für eine Gesundheitsversorgungsinstitution – zum Beispiel ein neues Transplantationszentrum – ausgegeben wird, steht für eine alternative Verwendung innerhalb oder außerhalb des Gesundheitswesens – zum Beispiel für den Bildungssektor – nicht zur Verfügung“ (von Schulenburg und Greiner 2006, 2).

Aus diesem Zuschnitt der Gesundheitsökonomie ergibt sich ihre zentrale Rolle bei gesundheitspolitischen Entscheidungen. Diese Rolle wuchs seit den 1980er Jahren in dem Maß, wie es zu einer schnellen Steigerung der Beitragskosten in der gesetzlichen Krankenversicherung gekommen war („Kostenexplosion im Gesundheitswesen“). Unter dem Einfluss der angelsächsischen „Health Economics“ haben seitdem wirtschaftswissenschaftliche Analysen im gesundheitlichen Versorgungssystem deutlich an Bedeutung gewonnen. Die Steuerungsmöglichkeit des politischen Systems und der Akteure in Parlamenten und Ministerien wurde ebenfalls analysiert.

Wie aus dieser Skizzierung hervorgeht, liegt das Hauptaugenmerk der Gesundheitsökonomie auf Kosten-, Verteilungs- und Qualitätsproblemen in der Krankenversorgung. Für die Weiterentwicklung des gesamten gesund-

heitlichen Versorgungssystem ist Gesundheitsökonomie aus diesem Grunde eine wichtige Disziplin.

**Zusammenfassung:**

- Die moderne Gesundheits- und Medizinsoziologie wendet Theorien, Methoden und Wissensbestände der allgemeinen Soziologie auf einen Gegenstandsbereich an, der die gesamte Spannweite an Themen zwischen Gesundheit und Krankheit umfasst.
- Aufgabenbereich der Gesundheits- und Medizinsoziologie ist eine eigenständige soziologische Analyse der Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit und der entsprechenden Infrastruktursektoren, die sich mit Gesundheit und Krankheit befassen.
- Gesundheitspsychologie, Gesundheitspädagogik und Gesundheitsökonomie sind ergänzende sozialwissenschaftliche Nachbardisziplinen der Gesundheits- und Medizinsoziologie. Sie verstehen sich als Teildisziplinen zur Analyse von psychischen, pädagogischen und ökonomischen Dimensionen der Entwicklung von Gesundheit und Krankheit bei Individuen und Bevölkerungsgruppen.
- Die Gesundheits- und Medizinsoziologie und ihre Nachbardisziplinen leisten Beiträge zur Verbesserung des Gesundheitsstatus von Individuen und Bevölkerungsgruppen durch Veränderungen, die Psyche und Körper stabilisieren, das Gesundheitsverhalten optimieren und die Verteilung finanzieller und wirtschaftlicher Ressourcen gleicher gestalten.

---

## 2. Bedingungen für Gesundheit und Krankheit – empirische Befunde

---

In diesem Kapitel wird ein Überblick über empirische Belege aus verschiedenen Studien zu zentralen Bedingungen für Gesundheit und Krankheit gegeben. Dabei stehen entsprechend den Schwerpunkten der Gesundheits- und Medizinsoziologie die sozialen und kulturellen Faktoren im Vordergrund. Die Studien dokumentieren eindrucksvoll, wie stark der Einfluss der Gesundheitsverhältnisse – der gesundheitlich relevanten gesellschaftlichen, ökonomischen, kulturellen und institutionellen Lebensbedingungen – auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung ist und auf welche Weise sich Gesundheitsstörungen und Krankheiten entwickeln können.

### 2.1 Gesundheitsverhältnisse und Gesundheitsverhalten

Die Mehrheit der Bevölkerung in hoch entwickelten Gesellschaften lebt in materiellem Wohlstand und hat verhältnismäßig günstige Lebensbedingungen. Die Bekämpfung massenhaften materiellen Elends, wie es noch vor 100 Jahren weit verbreitet war, ist weitgehend gelungen. In der Folge hat sich auch die gesundheitliche Lage der gesamten Bevölkerung dramatisch verbessert. Das schlägt sich nachhaltig in einer Verlängerung der Lebensdauer nieder. Sie hat sich in Deutschland seit dem 18. Jahrhundert fast verdoppelt, auf 78 Jahre bei Männern und 83 Jahre bei Frauen (Statistisches Bundesamt 2012).

#### **Die Veränderung des Gesundheits- und Krankheitsstatus**

Die Ausprägung des Gesundheits- und Krankheitsstatus der Bevölkerung hat sich seit 1900 stark verschoben. Vor allem die lebenslang anhaltenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die „chronischen“ Krankheiten, haben stark zugenommen. Demgegenüber ist die Verbreitung der „akuten“ Krankheiten deutlich zurückgegangen. Diese Entwicklung wird auch als „epidemiologische Transition“ bezeichnet.

Die beiden Formen von Krankheiten variieren nach der Art ihrer Entstehung und Ausprägung:

- Ist eine Krankheit durch mikrobiologische Erreger wie Bakterien oder Viren ausgelöst und führt zu Infektionskrankheiten, wird sie als *akute Krankheit* bezeichnet. Der Begriff „akut“ soll deutlich machen, dass die-

se Krankheiten nur vorübergehend auftreten und nach dem Auslösen der Erreger meist vollständig beseitigt sind.

- Wird eine Krankheit durch die lang andauernde Überlastung der körperlichen, psychischen und sozialen Anpassungskräfte eines Menschen ausgelöst und schlägt sich zum Beispiel in Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebskrankheiten, Atemwegs-, Haut- und Stoffwechselerkrankungen oder psychischen Krankheiten nieder, dann wird sie als *chronische Krankheit* bezeichnet, die oft lebenslang bestehen bleibt.

Jahrhundertlang stellten die akuten Krankheiten in den westlichen Gesellschaften die größte Gruppe dar und waren auch der wichtigste Grund für Todesursachen. In den ökonomisch und gesellschaftlich weniger entwickelten Ländern zeigt sich dieses Bild noch heute. Wie schnell sich Infektionskrankheiten weltweit ausbreiten können, wird immer wieder am Beispiel von Immunschwächekrankheiten wie HIV-AIDS und anderer Viruserkrankungen deutlich.

Gegenwärtig stellen die chronischen Krankheiten die größte Herausforderung für das gesundheitliche Versorgungssystem dar. Im Unterschied zu den Infektionskrankheiten können sie meist nicht geheilt, sondern nur in ihrer Ausprägung eingedämmt und damit in den Folgen erträglich gemacht werden. Chronische Krankheiten beeinträchtigen dauerhaft sowohl die körperliche als auch die psychische und soziale Funktionsfähigkeit eines Menschen (Schaeffer 2009). Sie vermindern die Belastbarkeit der kranken Person und können zu eingeschränkter Leistungs- und Funktionsfähigkeit führen und so das alltägliche Leben nachhaltig erschweren. Diagnose und Behandlung der Erkrankungen bedeuten für viele Patienten, komplizierte und zeitraubende Pfade durch die unterschiedlichen Angebote und Dienste des Gesundheitswesens gehen zu müssen.

## **Die Überbetonung der biomedizinischen Forschung**

Der überwiegende Anteil der gesundheitsorientierten Forschungsressourcen und fast die gesamte (gesundheits-)politische Aufmerksamkeit werden heute auf die „Bekämpfung“ dieser chronischen Krankheiten gerichtet. Große Hoffnungen werden in die Analyse von (epi-)genetischen, molekularbiologischen und physiologischen Mechanismen der Verursachung der chronischen Krankheiten gesetzt. Das medizinische Versorgungssystem erhält auf diese Weise viele neue Impulse für sich ständig weiterentwickelnde Diagnoseverfahren. Die greifbaren Konsequenzen für Behandlung und Heilung sind bisher aber noch gering. Es entsteht der Eindruck einer Überbetonung von biomedizinischen Forschungsansätzen.

Stark vernachlässigt werden hingegen die Erkenntnisse der nicht biomedizinisch ausgerichteten Ursachenforschung, nach denen ein enger Zusammenhang zwischen der Ausbreitung von chronischen Krankheiten und den sozia-

len Lebensbedingungen und der hierdurch bestimmten Lebensweise der Bevölkerung besteht. Die Folge ist: Die verursachende Schlüsselrolle der gesellschaftlichen Verhältnisse und des weitgehend darauf zurückzuführenden individuellen Gesundheitsverhaltens wird übersehen. Die Fixierung von Politik und Forschung auf die biomedizinischen Parameter führt zu einer völlig unzureichenden Beachtung von soziologischen, psychologischen, pädagogischen und ökonomischen Erkenntnissen und hieraus abzuleitenden Handlungsstrategien (Albrecht, Fitzpatrick und Scrimshaw 2000; Richter 2013).

Wie die sozialwissenschaftlich orientierte Forschung, die in diesem Buch vorgestellt wird, verdeutlicht, ist ein sehr großer Anteil der heute vorherrschenden gesundheitlichen Störungen auf *Fehlanpassungen zwischen körperlichen und psychischen Ressourcen* und den *äußeren Anforderungen* zurückzuführen. Bei Kindern und Jugendlichen zeigt sich dieser Zusammenhang zum Beispiel in Störungen der Gewichtsregulierung, des Immunsystems, der Spannungsbewältigung und der sensorischen Anregung, die überwiegend psycho-, öko- und soziosomatische Beeinträchtigungen darstellen. Sie führen zu Übergewicht, Allergien, Stimmungsschwankungen und Aufmerksamkeitsdefiziten, die nach einigen Jahren in chronische Krankheiten wie Diabetes, Asthma, psychische Leiden und Leistungsschwäche übergehen und auch im Erwachsenenalter fortbestehen können.

Entsprechend wichtig ist es, die konkret gegebenen Bedingungen für Gesundheit zu optimieren, verstärkt vorbeugend zu handeln und die Schlüsselbedeutung des Gesundheitsverhaltens zu berücksichtigen. Auf diese Weise können bessere Effekte beim Zurückdrängen der Ausbreitung der chronischen Krankheiten erzielt werden als durch eine weitere einseitige Investition in ausschließlich biomedizinische Forschung.

### **Bedingungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit**

Für einen solchen Ansatz sprechen auch die Ergebnisse der bisherigen Forschung zu den Hintergrundfaktoren für die Zunahme der chronischen Krankheiten. Die Bedingungen für den Gesundheits- und Krankheitszustand der Bevölkerung lassen sich in drei Gruppen von Faktoren unterteilen:

- Zu den *personalen Faktoren* zählen die genetische Disposition, die körperlich-psychische Konstitution und die ethnische Zugehörigkeit.
- Zu den *Verhaltensfaktoren* zählen Essgewohnheiten, körperliche Aktivität und psychische Spannungsregulation.
- Zu den *Verhältnisfaktoren* gehören sozioökonomischer Status, Bildungsangebote und wirtschaftliche Verhältnisse sowie Komponenten der Gesundheits- und Krankheitsversorgung.

In der folgenden Abbildung sind diese Bedingungsfaktoren des Gesundheits- und Krankheitszustandes der Bevölkerung – im Folgenden kurz als „Gesundheitsstatus“ bezeichnet – in Übersicht dargestellt.

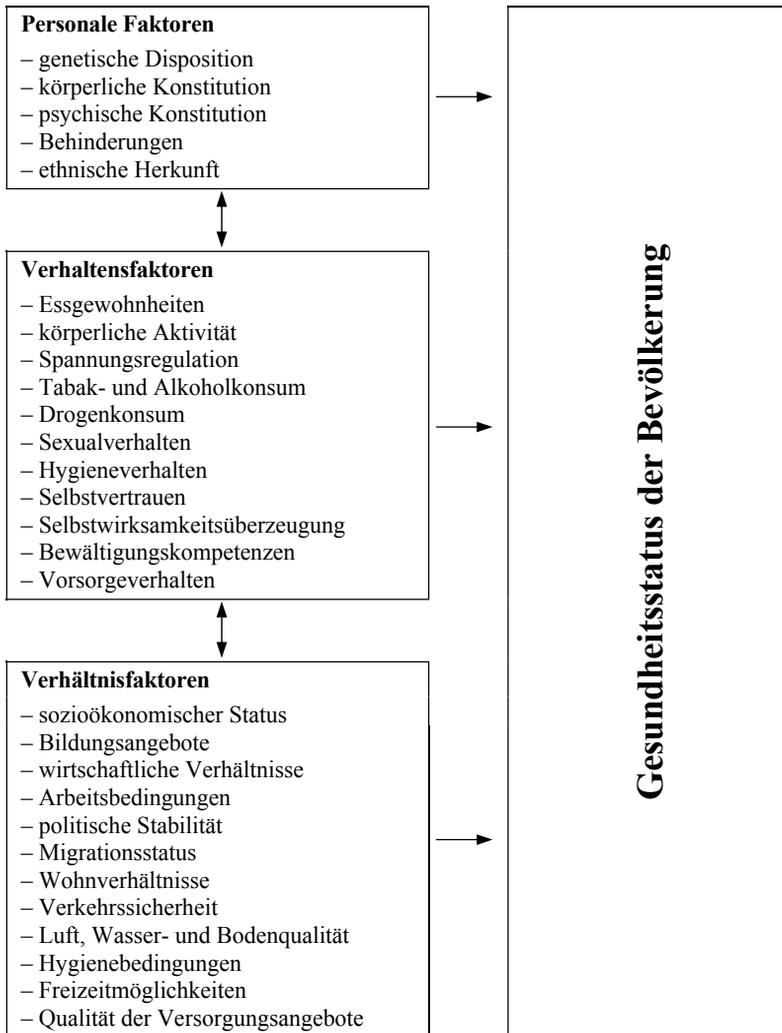


Abbildung 1: Bedingungsfaktoren des Gesundheitsstatus der Bevölkerung

Die drei Faktorengruppen bilden die *Gesundheitschancen* von Menschen ab, indem sie positive oder negative Voraussetzungen für den Gesundheitsstatus beeinflussen. Sie wirken nicht unabhängig voneinander, sondern bedingen sich gegenseitig. In Forschung und Praxis sollte deshalb unbedingt auf alle drei Bedingungsfaktoren geachtet werden. Biomedizinische und psychologische Ansätze konzentrieren sich dabei auf die personalen Fakto-

ren und ihr Wechselspiel mit den Verhaltensfaktoren, verhaltens- und erziehungswissenschaftliche Ansätze gehen intensiv auf die Verhaltensfaktoren ein, während sozialwissenschaftliche und ökonomische Ansätze die Verhältnisfaktoren und ihren Einfluss auf das Gesundheitsverhalten thematisieren.

Die heutige Fixierung der Forschung auf personale Faktoren wird der *gegenseitigen Verflechtung der Bedingungsfaktoren* für Gesundheitsstörungen und Krankheiten nicht gerecht. Die bisherigen Erkenntnisse der biogenetischen Forschung sprechen ausdrücklich für einen multidisziplinären Ansatz. Die entsprechenden Studien finden zwar immer mehr Hinweise auf die Beteiligung von Genen in der Entstehung von chronischen Krankheiten, rücken aber von deterministischen Positionen ab, die ein Gen direkt für eine bestimmte Krankheit verantwortlich machen.

Bei fast allen chronischen Krankheiten scheint eine komplexe Kombination von mehreren verantwortlichen Genen im Spiel zu sein, sodass die Identifizierung eines einzelnen Gens noch keine gewichtige Erklärungskraft besitzt. Außerdem scheinen sich die genetischen Einflüsse immer erst im Kontext von Umweltbedingungen zu entfalten. Ob sich eine die Gesundheit beeinträchtigende genetische Disposition entfalten kann, hängt von Umwelt- und Verhaltensfaktoren wie der Ernährung, der körperlichen Betätigung und der medizinischen Versorgung ab. Offenbar müssen genetische Disposition, neuronale Aktivität, individuelles Verhalten und Umwelt in einem dynamisch-interaktionistischen Wechselspiel gesehen werden (Asendorpf 2005).

### **Die große Bedeutung der Verhaltensfaktoren**

Alle vorliegenden empirischen Studien weisen auf die große Bedeutung der Verhaltensfaktoren hin. Sie bilden das Gelenkstück zwischen den personalen und den Verhältnisfaktoren. Unter „Gesundheitsverhalten“ können alle diejenigen Prozesse der Aufmerksamkeit, des Erlebens, der Informationssuche, der Handlungsintention und der Handlungsausführung zusammengefasst werden, die auf die Aufrechterhaltung der körperlichen und psychischen Unversehrtheit, die Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens und die Vermeidung von Gesundheitsstörungen und Krankheiten abzielen.

Untersuchungen zum Gesundheitsstatus von Männern und Frauen verdeutlichen die Schlüsselrolle des Gesundheitsverhaltens:

- *Die deutlich längere Lebensdauer des weiblichen Geschlechts* lässt sich nicht vollständig durch die genetischen Anlagen und andere personale Faktoren, aber auch nicht durch die gesellschaftlich vorgegebenen unterschiedlichen Geschlechtsrollen erklären. Beide Faktoren zusammen wirken vielmehr auf das Gesundheitsverhalten ein. Für die relativ günstigeren Muster des weiblichen Gesundheitsverhaltens sind als *genetische*