



Peter Becker

Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung

HOGREFE 

Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung

Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung

von

Peter Becker

HOGREFE  GÖTTINGEN · BERN · WIEN
TORONTO · SEATTLE · OXFORD · PRAG

Prof. Dr. Peter Becker, geb. 1942. 1963-1969 Studium der Psychologie in Saarbrücken. 1972 Promotion. 1970-1978 als Wissenschaftlicher Mitarbeiter bzw. als Assistenzprofessor am Psychologischen Institut der Universität des Saarlandes an der Ausbildung in Klinischer Psychologie und Psychotherapie beteiligt. Seit 1979 Professor für Psychologie an der Universität Trier. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Persönlichkeits-, Gesundheits-, Diagnostische und Klinische Psychologie.

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.

© 2006 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Toronto • Seattle • Oxford • Prag
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien



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

Umschlagabbildung: © Peter Becker, Trier
Druck: Druckerei Kaestner, Rosdorf
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN-10: 3-8017-2029-2
ISBN-13: 978-3-8017-2029-2

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	5
Vorwort	9
1. Gesundheit und Krankheit	13
1.1 Paradoxa der Begriffe Gesundheit und Krankheit	13
1.2 Gesundheitsbegriff	14
1.2.1 Gesundheitsbegriff in der Wissenschaft.....	14
1.2.2 Gesundheitsbegriff von Laien	17
1.3 Krankheitsbegriff	19
1.3.1 Konzeptuelle Differenzierungen	19
1.3.2 Allgemeiner Krankheitsbegriff in der Wissenschaft	20
1.3.3 Allgemeiner Krankheitsbegriff von Laien	23
1.4 Gesundheit und Krankheit als Dichotomie und als Kontinuum	24
1.5 Zwischenbilanz zum Gesundheits- und Krankheitsbegriff	26
1.6 Differenzierung von Gesundheitsbegriffen	26
1.6.1 Aktuelle und habituelle Gesundheit	27
1.6.2 Körperliche und psychische (seelische) Gesundheit	27
1.6.3 „Objektiv“ erfasste und subjektiv eingeschätzte Gesundheit bzw. Krankheit	30
1.7 Psychometrische Diagnostik von Gesundheit und Krankheit	32
1.7.1 Diagnostik der aktuellen körperlichen Gesundheit	33
1.7.2 Diagnostik der aktuellen psychischen Gesundheit: Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus.....	36
1.7.3 Diagnostik der aktuellen (psychischen und körperlichen) Gesundheit	38
1.7.4 Diagnostik der habituellen körperlichen Gesundheit	42
1.7.5 Diagnostik der habituellen psychischen Gesundheit.....	45
1.7.6 Vergleichende Gegenüberstellung der acht Verfahren zur Diagnostik von Gesundheit und Krankheit.....	47
1.8 Zusammenhang von körperlicher und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit	49
1.8.1 Komorbidität von körperlichen und psychischen Erkrankungen	49
1.8.2 Zusammenhang von aktueller körperlicher und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit, ausgehend von Symptomen	52
1.8.3 Zusammenhang von habitueller psychischer und körperlicher Gesundheit bzw. Krankheit..	55
1.8.4 Diskussion der Zusammenhänge von körperlicher und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit.....	56
1.9 Zusammenfassung	58

2. Modellvorstellungen über Zusammenhänge von Lebensbedingungen, Persönlichkeitseigenschaften und Gesundheit/Krankheit	61
2.1 Stressor-Stress-Modelle	61
2.1.1 Stress aus biologischer Perspektive: Hans Selye	62
2.1.2 Stress aus integrativer psychobiologischer Perspektive: Bruce McEwen	63
2.1.3 Stress aus psychosozialer Perspektive.....	67
2.2 Diathese-Stress-Modelle	79
2.3 Stressor-Ressourcen-Modelle	81
2.3.1 Demand-Control-Modell.....	81
2.3.2 Modell der beruflichen Gratifikationskrisen (Effort-reward imbalance-Modell).....	84
2.3.3 Stressbewältigungsmodell von Lazarus	86
2.3.4 Salutogenese-Modell von Antonovsky	90
2.3.5 MASH-Modell	94
2.3.6 Modell der Vereinbarkeit von Familie und Beruf von Kupsch.....	97
2.4 Zusammenfassung	99
3. Ein systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell) der Gesundheit	103
3.1 Systemtheoretische Überlegungen zu Gesundheit und Krankheit	103
3.1.1 Ansatz von von Uexküll und Wesiack (1986).....	104
3.1.2 Bewältigung von Anforderungen mithilfe von Ressourcen	108
3.2 Anforderungen	111
3.2.1 Interne Anforderungen.....	111
3.2.2 Externe Anforderungen.....	127
3.3 Ressourcen	131
3.3.1 Externe Ressourcen.....	133
3.3.2 Interne Ressourcen.....	137
3.4 Diagnostik externer Anforderungen und Ressourcen	167
3.4.1 CEPAR.....	168
3.4.2 Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS)	169
3.5 Allgemeines Modell zur Entstehung von Störungen/Krankheiten	172
3.5.1 Prädisponierende und immunisierende Bedingungen	173
3.5.2 Auslösende und Pufferbedingungen.....	175
3.5.3 Aufrechterhaltende und kurative Bedingungen.....	175
3.6 Stellenwert des Gesundheits- und Bewältigungsverhaltens innerhalb des SAR-Modells	176
3.7 Vergleich mit verwandten Modellen	178
3.7.1 Lazarus.....	178
3.7.2 Antonovsky.....	179
3.7.3 Hobfoll	181
3.7.4 Siegrist	182
3.8 Zusammenfassung	183

4. Empirische Überprüfung des SAR-Modells	187
4.1 Stabilität und Veränderung von Persönlichkeitseigenschaften	187
4.1.1 Effekte auf die Stabilität von Persönlichkeitseigenschaften	188
4.1.2 Einfluss von Psychotherapie auf Persönlichkeitseigenschaften	190
4.1.3 Einfluss von Umweltbedingungen auf den Neurotizismus _e	193
4.2 Ausgewählte pfadanalytische Studien zur Erklärung von Gesundheitsvariablen	196
4.3 Eigene pfadanalytische Studien zur Überprüfung des SAR-Modells	202
4.3.1 Eine Untersuchung an Lehrern.....	202
4.3.2 Untersuchung beruflich Hochambitionierter.....	210
4.3.3 Längsschnittstudie von Becker und Jansen mit einer Trainingsgruppe und einer Kontrollgruppe	214
4.3.4 Zusammenfassende Schlussfolgerungen aus eigenen pfadanalytischen Studien	220
4.4 Zusammenfassung	224
5. Förderung, Bewahrung und Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Gesundheit	227
5.1 Gesundheitsförderung, Prävention und Therapie: Gemeinsamkeiten und Unterschiede	227
5.2 Übergeordnete Leitideen für gesundheitsbezogene Maßnahmen	232
5.2.1 Gesundheitsförderung nach den Leitideen der Weltgesundheitsorganisation (WHO).....	232
5.2.2 Gesundheitsbezogene Maßnahmen nach den Leitideen des systemischen Anforderungs- Ressourcen-Modells	234
5.3 Gesundheitsbezogene Maßnahmen, ausgehend von internen Anforderungen	235
5.3.1 Diagnostische Aspekte.....	236
5.3.2 Förderung der Bedürfnisbefriedigung durch Psychotherapie.....	238
5.3.3 Förderung der Bedürfnisbefriedigung durch Veränderung von Zielsetzungen und des Lebensstils.....	239
5.4 Gesundheitsbezogene Maßnahmen, ausgehend von externen Anforderungen	241
5.4.1 Analyse und Veränderung beruflicher Anforderungen	241
5.4.2 Reduktion familiärer Anforderungen	243
5.4.3 Koordination beruflicher und familiärer Anforderungen: Verbesserung der Balance von Beruf und Familie.....	245
5.5 Gesundheitsbezogene Maßnahmen, ausgehend von externen Ressourcen	247
5.5.1 Ressourcen am Arbeitsplatz.....	247
5.5.2 Ressourcen in Partnerschaft und Familie	248
5.5.3 Ressourcen in der Gemeinde (gemeindeorientierte Gesundheitsförderung).....	249
5.6 Gesundheitsbezogene Maßnahmen, ausgehend von internen Ressourcen	251
5.6.1 Förderung psychosozialer Kompetenzen	251
5.6.2 Förderung der körperlichen Fitness	258
5.7 Zusammenfassung	267

6. Anwendung des SAR-Modells auf das Phänomen Mobbing am Arbeitsplatz	271
.....	271
6.1 Definition und Prävalenz von Mobbing	271
6.2 Ursachen und Folgen von Mobbing: Die Perspektive des SAR-Modells	272
6.2.1 Ursachen von Mobbing.....	273
6.2.2 Gesundheitliche Folgen von Mobbing.....	278
6.3 Therapie von Mobbing	279
7. Bedingungen der Gesundheit. Bilanz und Ausblick	283
Literaturverzeichnis	287
Sachverzeichnis	316

Vorwort

Wann und warum erkranken Menschen? Was hält andere gesund? Gibt es Persönlichkeitsmerkmale, die mit der Gesundheit in Beziehung stehen? Wie stark unterscheiden die individuellen Lebensbedingungen und der Lebensstil – neben genetischen Determinanten – darüber, ob jemand häufig oder selten erkrankt? Welches sind die relevanten Bedingungen für Gesundheit und Krankheit? In welchem Verhältnis stehen die körperliche und psychische Gesundheit zueinander? Sind psychisch Gesunde auch körperlich gesund und umgekehrt? Solche Fragen haben mich schon immer beschäftigt, und ich war fasziniert von Antonovskys Salutogenesetheorie, die Antworten auf einige meiner Fragen gab. Antonovskys Schlüsselvariable ist das Kohärenzgefühl, eine bestimmte Einstellung des Vertrauens – also eine Personvariable. Aber wovon hängt der Ausprägungsgrad des Kohärenzgefühls ab? Kann sich das Kohärenzgefühl im Erwachsenenalter verändern, und was entscheidet darüber? Gibt es vielleicht ein anderes Konstrukt, eine andere Leitidee, die hier zu neuen Antworten führen?

Dieses Buch handelt von einer Theorie der Gesundheit, die ich schrittweise entwickelt habe. Am Anfang standen Bemühungen um ein vertieftes Verständnis und die diagnostische Erschließung des Konstruktes der seelischen (bzw. psychischen) Gesundheit. Bei der Operationalisierung der seelischen Gesundheit mithilfe geeigneter Indikatoren entdeckte ich zum ersten Mal vielfältige Entsprechungen zu Indikatoren der körperlichen Gesundheit. Diese Beobachtungen weckten mein Interesse für die Beziehungen zwischen der seelischen und körperlichen Gesundheit. Zunächst wurde mir deutlich, dass die habituelle seelische Gesundheit als eine übergeordnete Persönlichkeitsdimension betrachtet werden kann, die eine enge Verwandtschaft zum Konstrukt des Neurotizismus (bzw. der emotionalen Stabilität) aufweist, ohne jedoch damit völlig identisch zu sein. Ich verstand unter seelischer Gesundheit als Eigenschaft die Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner (psychischer) Anforderungen. Von dieser Persönlichkeitsdimension nahm ich an, dass sie sich als guter Prädiktor der (habituellen) körperlichen Gesundheit erweisen würde. In zahlreichen Quer- und Längsschnittstudien konnte diese Annahme gestützt werden.

Bereits früh musste ich erkennen, dass der Terminus „Seelische Gesundheit als Eigenschaft“ Anlass zu Missverständnissen und unfruchtbaren Kontroversen bietet. Aus Sicht der internationalen Persönlichkeitsforschung erscheint es problematisch, eine Abgrenzung gegenüber dem „etablierten“ Konstrukt des Neurotizismus zu versuchen. Für viele klinische Psychologen ist der Begriff der seelischen (oder psychischen) Gesundheit – bzw. der englische Begriff „mental health“ – entweder ein Synonym für psychisches Wohlbefinden oder für dessen Gegenteil (z.B. Depressivität oder psychische Störungen). Aus diesem Grund habe ich mich entschlossen, die entsprechende Persönlichkeitsdimension „Neurotizismus vs.

seelische Gesundheit“ zu nennen. Im vorliegenden Buch erfährt dieses Konstrukt eine – wie mir scheint – bedeutsame Erweiterung und einen veränderten Stellenwert.

Um terminologische Verwirrungen und Konfundierungen zwischen gesundheitsrelevanten Variablen zu vermeiden, ist es erforderlich, die Begriffe Gesundheit und Krankheit sorgfältig zu definieren und ihrer diagnostischen Erfassung große Aufmerksamkeit zu widmen. Diesem Zweck ist das erste Kapitel des Buches gewidmet. Zahlreiche empirische Studien haben nämlich gezeigt, dass die Ergebnisse von Untersuchungen zur Vorhersage oder Erklärung des individuellen Gesundheitszustandes in hohem Maße von der Auswahl des Gesundheitsmaßes abhängen. Das erste Kapitel, das in Teilen auch auf „technische“ (psychometrische) Fragen der Gesundheitsdiagnostik eingeht, soll einerseits das konzeptuelle Denken des Lesers über Gesundheit und Krankheit schärfen und andererseits eine Orientierungshilfe bei der Auswahl geeigneter gesundheitsdiagnostischer Verfahren bieten.

In meinen Bemühungen um ein Verständnis der Bedingungen der körperlichen Gesundheit wurde ich – wie viel andere Gesundheitsforscher – durch die Salutogenesetheorie von Antonovsky inspiriert. Ich habe mich in verschiedenen Arbeiten mit diesem fruchtbaren Ansatz auseinandergesetzt und ihn empirisch überprüft. Im zweiten Kapitel des vorliegenden Buches werden die Salutogenesetheorie sowie weitere einflussreiche Modellvorstellungen über Zusammenhänge von Lebensbedingungen, Persönlichkeitseigenschaften und der Gesundheit unter die Lupe genommen. Dadurch erhält der Leser einen breiten theoretischen Überblick und kann vor diesem Hintergrund die Besonderheiten des von mir entwickelten systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells (SAR-Modells) beurteilen.

Das zentrale dritte Kapitel ist dem SAR-Modell gewidmet. Dieses Modell greift einen Grundgedanken der Systemtheorie auf, dass sich die Elemente eines Systems wechselseitig beeinflussen. Übertragen auf den Menschen bedeutet dies Folgendes: Personen, die in eine Beziehung zueinander treten, stellen wechselseitige Anforderungen aneinander und bewältigen diese dadurch, dass sie in einen Austausch von Ressourcen treten. Demgemäß stehen die Begriffe Anforderungen und Ressourcen im Mittelpunkt des dritten Kapitels; mit ihrer Hilfe lassen sich Verbindungen zu Persönlichkeitseigenschaften und gesundheitsrelevanten Umweltbedingungen herstellen. Eine These des SAR-Modells besagt, dass der Gesundheitszustand einer Person davon abhängt, wie gut es ihr gelingt, externe und interne Anforderungen mithilfe interner und externer Ressourcen zu bewältigen. Große Aufmerksamkeit verdient dabei die individuelle *Bedürfnisbefriedigung*, da nach dem SAR-Modell das Ausmaß an Bedürfnisbefriedigung in engem Zusammenhang mit der Gesundheit steht. Neben theoretischen Annahmen zu den Bedingungen der Gesundheit umfasst dieses Kapitel auch ein allgemeines Modell zur Entstehung von Störungen und Krankheiten.

Das SAR-Modell wurde während mehr als zehn Jahren aufgrund empirischer Befunde schrittweise weiterentwickelt. Die dabei erzielten Fortschritte beruhen nicht zuletzt auf dem Einsatz neuer diagnostischer Verfahren: dem Trierer Integrierten Persönlichkeitsinventar (TIPI), dem Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS) und dem Fragebogen zur habituellen körperlichen Gesundheit (FHKG). So ermöglicht beispielsweise das TICS die Differenzierung zwischen chronischen Stressoren aufgrund hoher Anforderungen und chronischen Stressoren, die zu einem

Mangel an Bedürfnisbefriedigung führen. *Große theoretische und praktische Bedeutung kommt dem Ergebnis zu, dass es der Mangel an Bedürfnisbefriedigung und nicht der chronische Stress aufgrund hoher Anforderungen ist, der den Gesundheitszustand beeinträchtigt.* Im Kapitel 4 werden Studien dargestellt, die diese These untermauern und einen Beitrag zur Klärung der Einflussrichtung zwischen gesundheitsrelevanten Variablen leisten. Zwangsläufig enthält dieses Kapitel auch einige methodisch-statistische Passagen; ich habe mich bemüht, sie auf das erforderliche Minimum zu beschränken und Lesehilfen zu geben. In ihrer Gesamtheit stützen die empirischen Studien das SAR-Modell. Meines Erachtens kann inzwischen davon ausgegangen werden, *dass es sich bei der individuellen Bedürfnisbefriedigung um eine gesundheitsrelevante Schlüsselvariable handelt.* Dies gilt gleichermaßen für die körperliche wie die psychische Gesundheit.

Die beiden anschließenden Kapitel befassen sich aus dem Blickwinkel des SAR-Modells mit der Förderung, Bewahrung und Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Gesundheit. Dabei kommt es mir darauf an, die anwendungspraktische Leistungsfähigkeit des SAR-Modells unter Beweis zu stellen. Es bietet einen geeigneten Rahmen für theoriegeleitete präventive und therapeutische Maßnahmen. Leitidee ist die Schaffung besserer Voraussetzungen für die Bewältigung externer und interner Anforderungen mithilfe interner und externer Ressourcen. Geeignete Maßnahmen können sowohl am Individuum als auch seinen Lebensbedingungen ansetzen. Im sechsten und vorletzten Kapitel wird das gesellschaftlich brisante und für die Betroffenen folgenreiche Phänomen des Mobbing am Arbeitsplatz aus der Perspektive des SAR-Modells beleuchtet. Nach einer Erörterung der Ursachen und Folgen von Mobbing werden Vorschläge zur Therapie unterbreitet. Das Buch endet mit einer Bilanz und einem Ausblick.

Nach Fertigstellung des Textes ist es mir ein großes Anliegen, allen zu danken, die mich in verschiedenen Phasen unterstützt haben. Dr. Andrea Mohr und Dipl.-Psych. Sabina Vasilescu sowie meine studentischen wissenschaftlichen MitarbeiterInnen, Karla Schönberger, Michael Gadinger und Frederic Thau, gaben mir wertvolle Rückmeldungen zu Kapitelentwürfen. Meiner Sekretärin, Antonia Beyer, sowie Katrin Scheiding vom Hogrefe-Verlag bin ich für die sorgfältige Betreuung und redaktionelle Optimierung des Manuskriptes zu großem Dank verpflichtet.

Und – last but not least – danke ich meiner Frau, Karin Becker. Sie hat mir durch geduldiges Zuhören, interessiertes Nachfragen und engagiertes Mitdenken dabei geholfen, dem Buch seinen Inhalt, Titel und Cover zu geben.

Trier, April 2006

Peter Becker

1. Gesundheit und Krankheit

1.1 Paradoxa der Begriffe Gesundheit und Krankheit

Gesundheit ist für viele Menschen das höchste Gut. Man wünscht anderen zum Geburtstag oder Jahreswechsel beste Gesundheit. Dabei treten in der Regel keine Verständigungsschwierigkeiten darüber auf, was damit gemeint ist. Wir alle verfügen seit Kindesbeinen über Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, die sich auf eigene Erfahrungen, die Beobachtungen und Schilderungen wichtiger Bezugspersonen sowie Informationen aus den Medien stützen. Erwachsene können auf ein beträchtliches intuitives Wissen zurückgreifen, wenn von Gesundheit oder Krankheit die Rede ist.

Umso erstaunlicher ist, dass es Laien und Experten schwer fällt, die Begriffe Gesundheit und Krankheit präzise und hinreichend übereinstimmend zu definieren. Auch können Urteile über den Gesundheitszustand einer Person sehr unterschiedlich ausfallen. Offenbar haben die beiden Begriffe Gesundheit und Krankheit Konstruktcharakter. Wie der Gesundheitszustand einer Person einzuschätzen ist, hängt von der Auswahl und Gewichtung bestimmter Indikatoren für Gesundheit und Krankheit ab. Solche Indikatoren sind z.B. der Zustand und das Funktionieren von Körperorganen, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit oder das subjektive Befinden. Während in vielen Fällen eine Person A und wichtige Bezugspersonen, wie Angehörige oder Ärzte, zu übereinstimmenden Urteilen darüber gelangen, ob Person A gesund oder krank ist, stößt man auch auf kontroverse Einschätzungen. Engel (1977) und Weiner (1983) sprechen von folgenden Paradoxa: Es gibt Personen mit positiven (d.h. klinisch auffälligen) *Laborbefunden*, denen mitgeteilt wird, dass sie eine Krankheit haben und sich in Behandlung begeben müssen, die sich jedoch wohl fühlen, keine *Beschwerden* haben und sich für gesund halten. Fahrenberg (1994) bezeichnet sie als „Scheinbar Gesunde“. Und das Umgekehrte gilt für Menschen, die Beschwerden haben und sich krank fühlen, jedoch vom Arzt versichert bekommen, dass sie keine Krankheit haben. Fahrenberg (1994) spricht hier von „Problempatienten“. Mithin wird die wichtige Unterscheidung zwischen einer *Krankheit* (bzw. einem „*Befund*“), die man „hat“, und Beschwerden bzw. einem subjektiven *Krankheitsgefühl* getroffen (siehe auch Brähler & Scheer, 1983). An den beiden geschilderten Extrembeispielen treten zum Teil gravierende Auffassungsunterschiede darüber zutage, was unter Gesundheit und Krankheit zu verstehen ist. Zu einem ähnlichen Ergebnis gelangt man, wenn man sich mit den Gesundheitskonzepten von Experten und Laien auseinandersetzt (zum Überblick Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2003; Faltermaier, 1994a, 2005; Schmidt, 1998).

Man könnte angesichts der Schwierigkeiten, die Begriffe Gesundheit und Krankheit präzise zu fassen, auf den Gedanken kommen, auf sie gänzlich zu verzichten und sie durch andere Begriffe zu ersetzen. Wie Ladewig (1996) in seinen

Ausführungen zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie belegt, gibt es jedoch gute Gründe dafür, am Krankheitsbegriff festzuhalten: Da mit dem Krankheitsstatus eine Reihe bedeutsamer Privilegien, aber auch Verpflichtungen verknüpft sind (siehe unten), kommt man in der Praxis nicht umhin, anhand konsensfähiger Kriterien die Frage zu beantworten, ob eine bestimmte (z.B. Hilfe suchende oder wegen eines Deliktes angeklagte) Person als gesund oder krank zu betrachten ist. Aber auch für den Fortschritt in der Wissenschaft ist die Beantwortung dieser Frage von größter Bedeutung. „Wie erläutert wurde, haben die operationalen Definitionen von Gesundheit und Krankheit enorme Implikationen für die Interpretation von Forschungsergebnissen.“ (Wiebe & Smith, 1997, S. 907; Übersetzung des Verfassers). So hängt beispielsweise die Höhe der empirisch ermittelten Korrelationen zwischen Persönlichkeitseigenschaften und Gesundheit bzw. Krankheit davon ab, ob man „subjektive“ oder „objektive“ Krankheitsindikatoren heranzieht. Die theoretische und anwendungspraktische Relevanz einer Klärung des Gesundheitsbegriffs wird auch in einem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung herausgegebenen Buch mit dem Titel „Leitbegriffe der Gesundheitsförderung“ betont: „Für die Gesundheitswissenschaften und insbesondere auch Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung ist ein in sich stimmiges und aufeinander abgestimmtes Konzept von Gesundheit und die Verhältnisbestimmung zu Krankheit wichtige Voraussetzung für konsequentes wissenschaftliches Arbeiten.“ (Hurrelmann & Franzkowiak, 2003, S. 52).

Im Folgenden nähern wir uns dem Verständnis von Gesundheit und Krankheit, indem wir unterschiedliche Definitionen und Auffassungen gegenüberstellen.

1.2 Gesundheitsbegriff

1.2.1 Gesundheitsbegriff in der Wissenschaft

Gesundheit als Konstrukt kann aus dem Blickwinkel verschiedener Wissenschaften, Professionen und Organisationen, zum Beispiel der Medizin, Biologie, Psychologie, Soziologie, Rechtswissenschaft oder der Weltgesundheitsorganisation, betrachtet werden. Tabelle 1.1 gibt einen Überblick über Gesundheitsdefinitionen prominenter Fachvertreter.

Am bekanntesten und einflussreichsten ist die *Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation*, die 1948 in der Präambel der Charta der WHO formuliert wurde: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“ Gesundheit wird dabei als ein (utopischer) Idealzustand charakterisiert, dem sich reale Menschen nur mehr oder weniger stark annähern können. Zu begrüßen an dieser Definition sind (a) das Bemühen um einen positiven Gesundheitsbegriff, der mehr beinhaltet als nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen, (b) die implizierten engen Zusammenhänge zwischen körperlichem,

Tabelle 1.1: Gesundheitsdefinitionen**Wohlbefinden**

(1) „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen.“ (Weltgesundheitsorganisation; zit. nach Hurrelmann & Franzkowiak, 2003, S. 53).

Leistungsfähigkeit/Kompetenz/Anforderungsbewältigung

(2) „Gesundheit kann definiert werden als der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist.“ (Parsons, 1967, S. 71).

(3) „Gesundheit als Kompetenz zur Lebensführung in den einzelnen Lebensbereichen.“ (Kaiser, 1987, S. 90).

Funktionstüchtigkeit von Organen

(4) „Gesundheit, lateinisch sanitas, der Zustand, in dem sich Lebewesen befinden, wenn all ihre Organe ungestört tätig sind und harmonisch zur Erhaltung ihres ganzen Wesens zusammenwirken sowie ihre Fortpflanzung gewährleisten (im Gegensatz zur Krankheit).“ (Brockhaus, 1969, S. 249).

Anpassung + Funktionstüchtigkeit (von Organen)

(5) „Wir können daher, von einer breit gefassten biologischen Perspektive aus gesehen, Gesundheit als erfolgreiche Anpassung auf biochemischer, physiologischer, immunologischer, sozialer oder kultureller Ebene definieren. Das Kriterium für eine erfolgreiche Anpassung ist der gesunde und intakte Zustand der betreffenden Person, einschließlich der körperlichen Aspekte, d.h. ein Zustand, in welchem alle Funktionen wie erforderlich ablaufen.“ (Weiner, 1983, S. 16).

Wohlbefinden + Leistungsfähigkeit

(6) „Gesundheit ist die aus der personalen Einheit von subjektivem Wohlbefinden und objektiver Belastbarkeit erwachsene körperliche und seelische, individuelle und soziale Leistungsfähigkeit der Menschen.“ (Gesundheitsdefinition des Deutschen Ärztetages 1986; zit. nach Winkler, Klaes, Florijn-Zens und Wild-Mittmann, 1998, S. 206).

Wohlbefinden + Anpassung + Anforderungsbewältigung

(7) „Gesundheit bezeichnet den Zustand 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 äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist beeinträchtigt, wenn sich in einem oder mehreren dieser Bereiche Anforderungen ergeben, die von der Person in der jeweiligen Phase im Lebenslauf nicht erfüllt und bewältigt werden können.“ (Hurrelmann, 1988, S. 16).

Wohlbefinden + Anforderungsbewältigung

(8) „Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“ (Hurrelmann & Franzkowiak, 2003, S. 54).

Funktionstüchtigkeit von Organen + Anforderungsbewältigung

(9) „Wir können vom Organismus als Ganzem (oder von Organen oder Systemen des Organismus) sagen, dass er sich in einem gesunden Zustand befindet [...], wenn er glatt funktioniert, Bedürfnisse stillt, erfolgreich den Anforderungen oder Ansprüchen der inneren oder äußeren Umgebung entspricht, und seinem biologischen Schicksal, eingeschlossen Wachstum und Reproduktion, nachkommt.“ (Engel, 1976, S. 272).

psychischem und sozialem Wohlbefinden sowie (c) eine Perspektivenerweiterung im Sinne eines biopsychosozialen Gesundheitsmodells. Andererseits bietet die WHO-Gesundheitsdefinition, zu der Antonovsky (1979, S. 53) anmerkt, dass sie zwischenzeitlich zu einer sakrosankten Redewendung geworden sei, auch Ansatzpunkte zur Kritik. Im Zentrum der Definition stehen drei Komponenten des Wohlbefindens, nämlich das körperliche, psychische (geistige) und soziale Wohlbefinden. Dabei handelt es sich um Konstrukte, die ihrerseits einer genaueren Operationalisierung bedürfen, um wissenschaftlich und anwendungspraktisch fruchtbar zu sein (für den Versuch einer Operationalisierung siehe z.B. Breslow, 1972). *Problematisch erscheint mir vor allem die einseitige Zentrierung auf verschiedene Aspekte von Wohlbefinden* und das Ausklammern anderer Gesundheitsindikatoren (abgesehen von der Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen). Wohlbefinden wird meist im Sinne der Häufigkeit positiver und Seltenheit negativer Gefühle sowie verschiedener Formen der Zufriedenheit verstanden und operationalisiert (Abele & Becker, 1991; Becker, 1991). Das individuelle Wohlbefinden hängt jedoch von zahlreichen Bedingungen und keinesfalls nur vom Gesundheitszustand ab. Eine Person kann beispielsweise körperlich gesund sein (keine diagnostizierbare Krankheit) und dennoch sich nicht wohlfühlen, da sie z.B. inhaftiert ist, ihren Arbeitsplatz verloren hat oder in einer unglücklichen Ehe lebt. Fehlendes Wohlbefinden verweist mithin nicht zwangsläufig auf Kranksein, und vorhandenes Wohlbefinden ist kein Garant für Gesundsein.

Nimmt man die weiteren Definitionen in Tabelle 1.1 unter die Lupe, so erkennt man, dass neben dem Wohlbefinden drei weitere Konstrukte ins Spiel gebracht werden: (a) Leistungsfähigkeit/Kompetenz/Anforderungsbewältigung, (b) Anpassung, (c) Funktionstüchtigkeit von Organen. Die ausgewählten Definitionen unterscheiden sich darin, welche der insgesamt vier zentralen Bestandteile von Gesundheit allein oder in Kombination Berücksichtigung finden. Es bleibt festzuhalten, dass keine Definition alle vier Komponenten gleichzeitig umfasst. Ferner sind die Definitionen unterschiedlich abstrakt und in unterschiedliche theoretische Rahmenvorstellungen eingebettet. Klammert man diese theoretischen Bezüge aus und beschränkt sich auf die vier noch näher zu operationalisierenden Kernkonstrukte, so ergibt sich die Möglichkeit einer prototypischen Charakterisierung von Gesundheit etwa in der folgenden Formulierung:

Experten charakterisieren Gesundheit als Zustand eines Individuums, der gekennzeichnet ist durch Funktionstüchtigkeit der Organe, Leistungsfähigkeit, erfolgreiche Anpassung an die Lebensbedingungen und Wohlbefinden.

Von entscheidender Bedeutung ist allerdings die Frage, in welcher Weise und aufgrund welcher Mechanismen die vier Indikatoren von Gesundheit zusammenhängen. Handelt es sich beispielsweise um die Einflüsse des Wohlbefindens auf die Funktionstüchtigkeit oder umgekehrt? Legt man die in Tabelle 1.1 aufgeführten Gesundheitsdefinitionen zugrunde, so sind die Funktionstüchtigkeit von Organen, Leistungsfähigkeit, Anforderungsbewältigung und Anpassung die zentralen Bedingungen und Voraussetzungen für Wohlbefinden. *Aus diesem Blickwinkel betrachtet setzt die WHO-Gesundheitsdefinition mit ihrer Betonung des Wohlbefindens den*

falschen Akzent und bietet Anlass für vielfältige Kontroversen in der Wissenschaft sowie für Missverständnisse.

1.2.2 Gesundheitsbegriff von Laien

Faltermaier (2005) diskutiert unter dem Oberbegriff „Gesundheitsvorstellungen von Laien“ zum einen „subjektive Konzepte von Gesundheit“ und zum anderen „subjektive Theorien von Gesundheit“. Letztere beziehen sich auf Laienvorstellungen über positive oder negative Einflussfaktoren auf die Gesundheit (z.B. Lebensweise, Stress, berufliche oder familiäre Belastung, Schicksal). Im vorliegenden Zusammenhang beschränken wir uns auf die subjektiven Konzepte von Gesundheit, d.h. die in Interviews erhobenen Auskünfte von Laien darüber, was sie unter Gesundheit verstehen. Die erste klassische Studie zu dieser Thematik wurde von der französischen Sozialpsychologin Claudine Herzlich (1973) durchgeführt. In einer Stichprobe aus der Mittelschicht rekonstruierte sie aus Interviewdaten drei unterschiedliche Gesundheitskonzepte:

- „*Gesundheit als Vakuum*“: wird nicht positiv bestimmt, sondern ist am Fehlen einer Krankheit erkennbar.
- „*Gesundheit als Reservoir*“: ist subjektiv erlebbar und beschreibt ein biologisches Merkmal des Individuums, das sich primär in einer körperlichen Robustheit und Widerstandskraft gegenüber schädigenden Einflüssen äußert.
- „*Gesundheit als Gleichgewicht*“: ist durch körperliches Wohlbefinden, eine gute Stimmung und gute Beziehungen zu anderen charakterisiert.

In einer für Großbritannien repräsentativen Studie befragte Blaxter (1990) 9003 Erwachsene nach ihren Gesundheitskonzepten, indem sie zwei Fragen stellte: (1) Denken Sie bitte an jemanden, der sehr gesund ist. An wen denken Sie dabei? Wie alt ist diese Person? Warum bezeichnen Sie diese Person als gesund? (2) Manchmal ist man gesünder als zu anderen Zeiten. Was bedeutet es, wenn Sie gesund sind? Die erste Frage zielte auf die Außenperspektive, die zweite auf die Innenperspektive bzw. die eigene Person ab. Die frei formulierten Antworten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und sind in den Tabellen 1.2 und 1.3 für die Gesamtgruppe und getrennt nach Geschlecht und Altersgruppen wiedergegeben.

Etwas mehr als 10% der Interviewten hatten Schwierigkeiten, die Frage zu beantworten. Auch verwechselten einige Teilnehmer die Fragestellung, indem sie Erklärungen lieferten (führt ein gesundes Leben) statt Gesundheit zu definieren. Im Übrigen wurden die beiden Fragen etwas unterschiedlich beantwortet. Aus der Innenperspektive wurde am häufigsten das psychische Wohlbefinden (Psychische Fitness; Wohlbefinden) genannt, gefolgt von Körperlicher Fitness/Energie und Funktionstüchtigkeit/Leistungsfähigkeit. Aus der Außenperspektive wurde am häufigsten zur Definition herangezogen, dass der Betreffende nie krank ist bzw. keine Krankheit hat. Daran schlossen sich an: die körperliche Fitness und die Funktionstüchtigkeit/Leistungsfähigkeit; das psychische Wohlbefinden (Psychische Fitness; Wohlbefinden) wurde hingegen nur von 8% der Befragten berücksichtigt.

Tabelle 1.2: Gesundheitskonzepte, die für die Beschreibung einer anderen Person, die sehr gesund ist, verwendet werden (nach Blaxter, 1990, S. 18). Prozentuale Häufigkeiten

Konzept	Männer +Frauen	Männer Alter			Frauen Alter		
		18-39	40-59	60+	18-39	40-59	60+
Kann ich nicht beurteilen	12	10	14	23	13	12	21
Nie krank; keine Krankheit	33	25	37	35	43	49	34
Körperliche Fitness	23	44	26	10	28	20	10
Funktionstüchtigkeit; Kann viel tun	13	12	15	19	13	17	18
Psychische Fitness; Wohlbefinden	8	8	9	12	10	8	5
Führt ein gesundes Leben	16	22	16	11	24	16	12
Für ihr Alter bei guter Gesundheit	5	2	8	12	3	8	15
N = 100%	9003	1668	1240	997	2150	1596	1352

Tabelle 1.3: Gesundheitskonzepte, die verwendet werden, um zu beschreiben, was es bedeutet, selbst gesund zu sein (nach Blaxter, 1990, S. 18). Prozentuale Häufigkeiten

Konzept	Männer +Frauen	Männer Alter			Frauen Alter		
		18-39	40-59	60+	18-39	40-59	60+
Kann ich nicht beurteilen	10	16	12	10	11	7	8
Nie krank; keine Krankheit	11	14	17	16	12	10	10
Körperliche Fitness; Energie	28	39	27	12	41	32	16
Funktionstüchtigkeit; Kann viel tun	24	22	26	43	22	36	34
Psychische Fitness; Wohlbefinden	36	31	40	36	48	52	44
Andere	6	5	6	10	6	8	12
N = 100%	9003	1668	1240	997	2150	1596	1352

Das Kriterium Körperliche Fitness wurde in beiden Perspektiven von Jüngeren häufiger genannt als von Älteren. Frauen zogen häufiger als Männer Aspekte des Wohlbefindens (insbesondere viel Energie haben) heran, um Gesundheit zu charakterisieren.

In Deutschland führten Frank, Belz-Merk, Bengel und Strittmatter (1998) halbstrukturierte Interviews an 86 gesunden deutschen Männern und Frauen zwischen 30 und 55 Jahren mit einer Überrepräsentation höherer Schulbildung durch. Auf die Frage „Was verstehen Sie unter Gesundheit?“ erhielten sie Antworten, die sie folgenden Kategorien zuwies (in Klammern Prozentanteil der Personen, die das Kriterium nannten): (1) Allgemeines Wohlbefinden (48%); (2) Körperlich organische Integrität (Negativ-Aspekte; d.h. Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit) (44%); (3) Körper-Geist-Einheit (Betonung des engen Zusammenhangs von Seele und Körper bzw. des Einflusses der Psyche auf den Körper) (36%); (4) Funktionalistischer Begriff (Gesundheit als Voraussetzung für zu bewältigende Lebensanforderungen) (31%); (5) Psychische und soziale Integrität (20%); (6) Freude und Zufriedenheit mit Arbeit und Leben (15%); (7) Körperlich organische Integrität (Positiv-Aspekte; Gesundheit als positives Körpererleben) (15%); (8) Gesundheitsförderliche und -schädliche Verhaltensweisen (14%); (9) Höchstes Gut (1%); (10) Sonstiges (1%).

Zusammenfassend spiegeln die subjektiven Konzepte von Gesundheit einen Gesundheitsbegriff wider, der nicht nur körperliche, sondern auch psychische und soziale Aspekte umfasst. Der Bezug zum Lebenskontext wird dabei hergestellt über die Leistungsfähigkeit, die Fähigkeit, verschiedene Rollen auszufüllen, sowie den Alltag zu bewältigen. Auf die zusätzlich gestellte Frage „Wie spüren Sie, dass Sie gesund sind?“ wurden Antworten gegeben, die Frank et al. (1998, S. 64) wie folgt zusammenfassen: „Gesundsein wird in erster Linie negativ über die Abwesenheit von Befindlichkeitsstörungen und positiv über das Erleben eigener Leistungs- und Bewältigungsfähigkeit gespürt. Gesundsein drückt sich nach Ansicht der Befragten zudem in psychischen und emotionalen Erlebensqualitäten aus.“

1.3 Krankheitsbegriff

1.3.1 Konzeptuelle Differenzierungen

Die folgenden Ausführungen orientieren sich an einem Beitrag von Häfner (1983). Er führt die wichtige Unterscheidung zwischen dem *allgemeinen* Krankheitsbegriff und *speziellen* Krankheitsbegriffen ein. Ersterer dient dazu, allgemein gültige Kriterien für Krankheit zu benennen, während der nachgeordnete spezielle Krankheitsbegriff die konstitutiven Kriterien für eine spezifische Krankheit, im Unterschied zu anderen Krankheiten, betrifft. Anhand krankheitsspezifischer Kriterien (Symptome oder Syndrome) kann eine Diagnosestellung und damit eine Einordnung eines krankhaften Zustandes innerhalb eines klinischen Klassifikationssystems erfolgen. Unter einem (Krankheits-) *Symptom* versteht man ein Krankheitszeichen, d.h. eine für eine bestimmte Krankheit charakteristische, zu einem bestimmten Krankheitsbild gehö-

rende qualitative oder quantitative Veränderung oder Abweichung von einem Normalzustand. Bei diesem „Normalzustand“ kann es sich entweder um einen früheren Zustand des Individuums (Individualnorm), einen statistischen „Normalzustand“ (statistische Norm) oder einen Zustand des „normalen Funktionierens“ (funktionale Norm) handeln. Als *Syndrom* wird ein aus mehreren interkorrelierten Merkmalen (Symptomen) bestehender Zustand bezeichnet, der von anderen Merkmalsclustern hinreichend trennscharf abzugrenzen ist.

Konstitutiv für die Annahme einer Krankheit sind die Unwillkürlichkeit der Gesundheitsstörung sowie bestimmte Verlaufsformen. Im Unterschied zu angeborenen Missbildungen oder Behinderungen haben Krankheiten eine zeitliche Dimension, d.h. einen (schleichenden oder plötzlichen) Anfang sowie einen akuten, intermittierenden oder chronischen Verlauf. *Akute Krankheiten* beginnen plötzlich, spitzen sich bis zu einem Höhepunkt bzw. einer „Krise“ zu und klingen dann in den Symptomen wieder ab. Um von Krankheit sprechen zu können, ist es dabei erforderlich, dass der betreffende normabweichende Zustand von hinreichender (über das zu erwartende Ausmaß hinausgehender) Dauer ist; es darf sich nicht um eine kurzfristige verständliche Beeinträchtigung des Wohlbefindens und der Funktionstüchtigkeit als Folge eines bestimmten Ereignisses oder Geschehens handeln. *Chronische Krankheiten* haben eine lange Latenzzeit und beginnen meistens schleichend. Wenn das Kriterium einer hinreichenden Stabilität erfüllt ist, kann man von einem *Krankheitssyndrom* sprechen. Ist darüber hinaus der Ort oder das Organ bekannt, worin sich das Krankheitsgeschehen abspielt, so handelt es sich um einen *morphologischen Krankheitsbegriff* (z.B. Lungenentzündung). Lassen sich das Syndrom und dessen Verlauf durch bestimmte pathologische Funktionszusammenhänge erklären, so handelt es sich um ein *funktionelles Krankheitskonzept* (z.B. Unterfunktion der Langerhansschen Zellen beim Diabetes mellitus). Und wenn schließlich auch eine eindeutige Ätiologie bekannt ist, kann von einem *ätiologischen Krankheitsbegriff* gesprochen werden (z.B. bakterieller Infekt).

1.3.2 Allgemeiner Krankheitsbegriff in der Wissenschaft

Im Gegensatz zum Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsordnung findet sich kein allgemeiner Krankheitsbegriff, der auf große internationale Zustimmung stößt. Vielmehr konkurrieren verschiedene Krankheitsbegriffe miteinander, die in unterschiedlichen theoretischen Kontexten und Krankheitsmodellen verankert sind bzw. für unterschiedliche gesellschaftliche Zwecke entwickelt wurden (zum Überblick siehe Becker, 1982; Faltermaier, 2005; Franzkowiak, 2003a). Tabelle 1.4 enthält exemplarisch 13 Definitionen, darunter diejenige von Antonovsky (1979), dem bekannten Medizinsoziologen und Begründer einer salutogenetischen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit, stammende Vier-Facetten-Definition.

Tabelle 1.4: Krankheitsdefinitionen*Elemente von Krankheitsdefinitionen:*

- (A) Funktionsbeeinträchtigung/Funktionsstörung
- (B) Morphologische Abweichung
- (C) Notwendigkeit therapeutischer Maßnahmen/Hilfsbedürftigkeit
- (D) Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit, Anforderungsbewältigung, Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit
- (E) Normabweichung/Regelwidrigkeit
- (F) Beeinträchtigung des Wohlbefindens (Leiden)
- (G) Beeinträchtigung der Anpassungsfähigkeit/Überlebenstüchtigkeit

A + B

(1) „Krankheit kann definiert werden als Vorliegen objektiv gemessener pathophysiologischer Prozesse wie hoher Blutdruck, nachgewiesene organische Krankheit oder Tod.“ (Wiebe & Smith, 1997, S. 896. Übersetzung des Verfassers).

A + B + C

(2) „Das mit [...] dem Aufkommen einer naturwissenschaftlich orientierten Medizin entstandene ätiologische Krankheitsverständnis stützt sich auf folgende grundsätzliche Feststellungen: Jede Krankheit besitzt eine spezifische Ursache. Jede Krankheit zeichnet sich durch eine bestimmte Grundschädigung aus, die entweder in der Zelle oder im Gewebe lokalisiert ist oder in der Fehlsteuerung der mechanischen oder biochemischen Abläufe besteht. Krankheiten haben typische äußere Zeichen (Symptome) und können daher durch wissenschaftlich geschultes Personal erkannt werden. Krankheiten haben beschreibbare und vorhersehbare Verläufe; sie verschlimmern sich ohne medizinische Intervention.“ (Tietze & Bartholomeyczik, 1993, S. 139).

A + B + D + E + F

(3) „Krankheit, komplementärer Begriff zur Gesundheit: Einschränkungen oder Störungen der normalen organischen Funktionen des Organismus oder der spezifisch-menschlichen (bzw. tierischen) psychischen Leistungen; morphologische Abweichungen vom normalen Körperbau; Zustand des körperlichen oder seelischen Unwohlseins bzw. Leidens. Die Anwendung des Begriffes Krankheit ist uneinheitlich.“ (Meyer, 1980, S. 302).

A + B + G

(4) „Im Gegensatz zum Krankheitszustand definieren wir Krankheit anders – als Behinderung oder Einwirkung durch eine Komponente der Gesamtstruktur oder Funktion, die die Anpassungsfähigkeit der Person beeinträchtigt oder nicht beeinflusst bzw. sich auf seine Überlebenstüchtigkeit zu einem bestimmten Lebenszeitpunkt auswirkt.“ (Weiner, 1983, S. 17).

A + C

(5) „Krank ist der Mensch, der wegen des Verlustes des abgestimmten Zusammenwirkens der physischen oder psychischen oder psycho-physischen Funktionsglieder des Organismus subjektiv (oder-und) klinisch (oder-und) sozial hilfsbedürftig wird.“ (Rothschuh, S. 417).

Tabelle 1.4 Fortsetzung

A + C

(6) „Krankheit ist im engeren medizinischen Sinn Behandlungs- und/oder Pflegebedürftigkeit. Sie ist definiert durch das Vorhandensein von subjektiv empfunden bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen oder seelischen Veränderungen bzw. Störungen.“ (Franzkowiak, 2003, S. 138).

A + C + D + E

(7) „Krankheit. 1. Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen bzw. seelischen Veränderungen; 2. im Sinne der sozialversicherungs- und arbeitsrechtlichen Gesetze der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, der in der Notwendigkeit einer Heilbehandlung [...] oder der Arbeitsunfähigkeit wahrnehmbar zutage tritt; 3. begriffliche Bezeichnung für eine definierbare Einheit typischer ätiologischer, morphologischer, symptomatischer, nosologisch beschreibbarer Erscheinungen, die als eine bestimmte Erkrankung verstanden wird.“ (Pschyrembel, 2002, S. 904).

A + C + D + F

(8) „Krankheit (Zusammenbruch) ist jeder Zustand oder jede Bedingung des menschlichen Organismus, die von dem Individuum als [...] schmerzhaft und als [...] beeinträchtigend erlebt wird, soweit sie die Ausübung der vom Individuum als angemessen betrachteten Lebensaktivitäten betrifft. Sie würde von Gesundheitsexperten als ein (akuter oder chronischer, leichter oder schwerer [...]) Zustand definiert werden, der nach ihrer Auffassung (mehr oder weniger intensive [...]) therapeutische Maßnahmen erfordert.“ (Antonovsky, 1979, S. 65; leicht verkürzte Übersetzung des Verfassers).

A + D

(9) „Krankheit im allgemeinen Sinne bezeichnet einen bestimmten Zustand unwillkürlich gestörter Lebensfunktionen eines Individuums, der eine Zeitdimension aufweist – Beginn und Verlauf – und in der Regel eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit (Fähigkeit zur Bewältigung konkreter Lebensaufgaben) zur Folge hat.“ (Häfner, 1983, S. 232).

B + C + D + E

(10) „Eine Krankheit liegt im versicherungsrechtlichen Sinne vor [...], wenn ein nach ärztlichem Urteil anomaler körperlicher oder geistiger Zustand besteht, dessen Eintritt die Notwendigkeit der Heilbehandlung oder (bzw. ausschließlich) eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.“ (Haring & Leickert, 1968, S. 342).

B + D + E

(11) „In der Gesetzlichen Rentenversicherung ist Krankheit ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der eine Erwerbsminderung bis hin zur Erwerbsunfähigkeit zur Folge hat – gleichgültig, ob ein/e Versicherte(r) behandlungsbedürftig ist oder nicht.“ (Franzkowiak, 2003, S. 138).

D + F

(12) „Krankheit ist das Stadium des Ungleichgewichtes von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen die Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen nicht gelingt: In diesem Stadium erfährt der Mensch eine (akute oder dauerhafte) Beeinträchtigung seines Wohlbefindens und seiner Lebensfreude.“ (Hurrelmann, zit. nach Franzkowiak, 2003, S. 140).

Tabelle 1.4 Fortsetzung

E

(13) „Krankheiten sind demnach Abweichungen von einem ‚Normalzustand Gesundsein‘ auf die durch die Verwendung des Labels ‚krank‘ oder einer speziellen Krankheitsbezeichnung – in der Forschung durch vorläufige Hypothesenbildung, in der Praxis durch eine Diagnosestellung – eine bestimmte Sichtweise, nämlich das Krankheitsparadigma, angewendet wird.“ (Schulte, 1990, S. 30). „Das Krankheitsparadigma nimmt also die folgende Verursachungskette an: Ursache – Defekt (in der Person gelegen) – Erscheinungsbild – Folgen, mit anderen Worten: Krankheitsursache – Krankheit – Kranksein – Krankenrolle“ (Schulte, 1990, S. 29).

Analysiert man diese Krankheitsdefinitionen hinsichtlich der jeweils berücksichtigten Kriterien, so lassen sich die im oberen Teil der Tabelle 1.4 aufgelisteten sieben Elemente herauspräparieren. Diese sind in absteigender Reihenfolge nach der Häufigkeit ihrer Nennung angeordnet. Am häufigsten werden die vier Kriterien (A) Funktionsbeeinträchtigung/Funktionsstörung, (B) Morphologische Abweichung, (C) Notwendigkeit therapeutischer Maßnahmen/Hilfsbedürftigkeit und (D) Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit, Anforderungsbewältigung, Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit herangezogen. Das Kriterium „Beeinträchtigung des Wohlbefindens“ bekommt einen geringeren Stellenwert zugebilligt. Die 13 Definitionen unterscheiden sich in der Anzahl und Kombination der berücksichtigten Elemente. Keine Definition umfasst alle sieben Elemente gleichzeitig. Sie fokussieren mithin selektiv auf bestimmte Kriterien und klammern andere aus. Weiterhin unterscheiden sie sich darin, ob in die Krankheitsdefinition explizit ätiologische Annahmen einfließen (Definitionen 2 und 13) oder nicht (restliche Definitionen).

Interessant erscheint, dass in der englischen im Gegensatz zur deutschen Sprache drei verschiedene Krankheitsbegriffe („disease“, „illness“ und „sickness“) existieren, die Franzkowiak (2003a) aus Sicht der Medizinischen Soziologie näher erläutert (siehe Tabelle 1.5).

1.3.3 Allgemeiner Krankheitsbegriff von Laien

Zum allgemeinen Krankheitsbegriff von Laien liegen nur wenige Studien vor. In einem Überblicksartikel zur Dimensionalität von Gesundheit (und Krankheit) berichtet Schmidt (1998) über die Ergebnisse einer Befragung von Kindern, Jugendlichen und ihren Müttern zur Definition von Krankheit. Auf die Frage „Was bedeutet das Wort Krankheit?“ wurden von 25 16-Jährigen und 48 Müttern Antworten gegeben, die unter folgenden Oberbegriffen zusammengefasst werden können: (1) Beschwerden/Beeinträchtigung des Wohlbefindens, (2) Beeinträchtigte Leistungsfähigkeit/Energierlosigkeit, (3) Körperliche Symptome, (4) Ergriffene Maßnahmen zur Behandlung (Konsequenzen), (5) Nicht gesund sein. Es erscheint bemerkenswert, dass die befragten Laien – im Gegensatz zu den Wissenschaftlern – dem beeinträchtigten Wohlbefinden ein besonders hohes Gewicht verliehen.

Tabelle 1.5: Differenzierungen von „Krankheit“ aus Sicht der Medizinischen Soziologie (nach Franzkowiak, 2003a, S. 140)

Krankheitsverständnis	Schwerpunkte
<p>Disease: Ein veränderter Zustand der Person, des Körpers oder seiner Teile durch Abweichung von physiologischen, organischen oder psychiatrischen Normen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Biomedizinische Beobachtung und Diagnostik von veränderten, „abnormen“ Zuständen, physiologischen Regulationen oder Funktionsweisen im menschlichen Organismus • Krankheit als objektivierbarer medizinisch-psychiatrischer Befund • Krankheitsbilder und -syndrome werden objektiviert und klassifiziert (z.B. in der ICD-10 oder dem DSM-IV)
<p>Illness: Das Erleben von Beeinträchtigungen und Unwohlsein</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Subjektive Beobachtung und das persönliche Erleben von veränderten, „abnormen“ Zuständen bzw. Funktionsweisen des menschlichen Organismus • Krankheit als subjektive Störung des Befindens • Beobachtungen und Zuschreibungen werden z.B. in regelmäßigen Umfragen über das Gesundheitsempfinden der Bevölkerung erhoben
<p>Sickness: Die Zuschreibung einer sozialen Rolle mit besonderen Ansprüchen und Privilegien und der Veränderung von Interaktionen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gesellschaftliche Zuschreibung der Krankheit und Krankheitsrollen • Krankheit als definiertes soziales Phänomen („Abweichung“), das einhergeht mit einer Veränderung von sozialen Interaktionsmustern • Krankheit als soziale Rollendysfunktion und Leistungsminderung in Verbindung mit der Notwendigkeit, Hilfe zu gewähren und aktiv zu suchen

1.4 Gesundheit und Krankheit als Dichotomie und als Kontinuum

Innerhalb des klassischen biomedizinischen Modells werden Gesundheit und Krankheit als dichotome Zustände betrachtet. Eine Person hat entweder eine oder mehrere Krankheiten oder sie ist gesund; eine bestimmte Krankheit liegt vor oder nicht. Bei genauerer Betrachtung kann aber auch nach dem *Schweregrad* einer vorliegenden Krankheit differenziert werden (Wyler, Masuda & Holmes, 1968). Ferner kann bei zwei Personen mit derselben Krankheit diese bei Person A einen anderen *Verlauf* nehmen als bei Person B. Darüber hinaus kommt vor, dass eine Person A simultan unter einer größeren *Anzahl* von (akuten oder chronischen) Krankheiten leidet und daher schwerer krank ist als Person B.

Derartige Überlegungen haben Antonovsky (1979) und andere Gesundheitsforscher dazu bewogen, von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum anstatt von einer Gesundheits-Krankheits-Dichotomie auszugehen. Genauer gesagt handelt es sich um mehrere korrelierende Kontinua, die den Hauptindikatoren für Gesundheit und Krankheit entsprechen (siehe auch Faltermaier, 1994a,b; Franke, 1990; Schmidt, 1998). Diese sind in Tabelle 1.6 einander gegenübergestellt.

Tabelle 1.6: Gegenüberstellung der Indikatoren von Gesundheit und Krankheit

Gesundheit („Gesundheitszeichen“)	Krankheit („Krankheitszeichen“)
<ul style="list-style-type: none"> • Funktionstüchtigkeit von Organen 	<ul style="list-style-type: none"> • Funktionsbeeinträchtigung/Funktionsstörung
<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsfähigkeit/ Kompetenz/ Anforderungsbewältigung/ Fitness 	<ul style="list-style-type: none"> • Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit, Anforderungsbewältigung, Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit; geringe Fitness
<ul style="list-style-type: none"> • Anpassungsfähigkeit/ Überlebenstüchtigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Beeinträchtigung der Anpassungsfähigkeit/ Überlebenstüchtigkeit
<ul style="list-style-type: none"> • Wohlbefinden 	<ul style="list-style-type: none"> • Beeinträchtigung des Wohlbefindens (Leiden, Schmerzen, Ängste, ...)
	<ul style="list-style-type: none"> • Morphologische Abweichung
	<ul style="list-style-type: none"> • Notwendigkeit therapeutischer Maßnahmen/ Hilfsbedürftigkeit
	<ul style="list-style-type: none"> • Normabweichung/Regelwidrigkeit

Dieser Tabelle ist zu entnehmen, dass die ersten vier Indikatoren übereinstimmend in Definitionen von Gesundheit und Krankheit herangezogen werden, während drei weitere Indikatoren ausschließlich zur Charakterisierung von Krankheit Berücksichtigung finden. Ausgehend von Tabelle 1.6 kann jede Person durch ein individuelles *Gesundheits-Profil*, bestehend aus den Positionen auf den sieben Kontinua, beschrieben werden. Auf diesem Weg lassen sich die in Kapitel 1.1 benannten Paradoxa beseitigen. Eine Person besitzt beispielsweise einen überdurchschnittlichen Wert auf dem Wohlbefindenskontinuum (d.h. sie fühlt sich wohl), zeigt keine bedeutsamen Funktionsbeeinträchtigungen, ist in ihrer Leistungsfähigkeit bisher nicht beeinträchtigt, weist jedoch morphologische Abweichungen und Regelwidrigkeiten (z.B. einen Tumor) auf, aus denen sich die Notwendigkeit einer Behandlung und eine Beeinträchtigung der Überlebenstüchtigkeit ergeben, falls keine Therapie erfolgt.

1.5 Zwischenbilanz zum Gesundheits- und Krankheitsbegriff

Aus der Zusammenschau der von Wissenschaftlern („Experten“) und Laien formulierten Definitionen von Gesundheit und Krankheit ergibt sich folgendes Bild, das thesenartig bilanziert:

- Sowohl Wissenschaftler als auch Laien formulieren eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen sowohl von Gesundheit als auch Krankheit.
- Die unterschiedlichen Formulierungen resultieren in erster Linie daraus, dass jeweils nur eine Teilmenge der wesentlichen Bestimmungsstücke in die Definitionen einbezogen wird. Dies entspricht einer impliziten Gewichtung der einzelnen Bestimmungsstücke. Mithin ergeben sich Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriffe, die sich nur teilweise überschneiden.
- Bei aller Vielfalt und Variationsbreite decken sich die Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriffe von „Experten“ und „Laien“ weitgehend. Übereinstimmend werden von beiden Personengruppen die drei Indikatoren „Wohlbefinden“, „Leistungsfähigkeit/Kompetenz/Anforderungsbewältigung/Fitness“ und „Funktionstüchtigkeit von Organen“ sowohl zur Beurteilung von Gesundheit als auch allgemeinem Kranksein herangezogen. Krankheit wird darüber hinaus durch die Notwendigkeit therapeutischer Maßnahmen bzw. Hilfsbedürftigkeit und Gesundheit über die Abwesenheit von Krankheit charakterisiert.
- Die Gewichtungen der Kriterien für Gesundheit (bzw. Krankheit) bei Experten und Laien unterscheiden sich an einer Stelle: Laien – vor allem, wenn sie nach der Innenperspektive gefragt werden – räumen dem *Wohlbefinden* (bzw. dessen Beeinträchtigung) einen hohen Stellenwert ein. Die meisten Experten hingegen betonen primär die *Funktionstüchtigkeit* (bzw. deren Beeinträchtigung) sowie die *Leistungsfähigkeit/Kompetenz/Anforderungsbewältigung* (bzw. deren Beeinträchtigung) (siehe in diesem Zusammenhang auch den Begriff der „*funktionalen Gesundheit*“; Schuntermann, 2003; Werle, Woll & Tittlbach, 2006).
- Sowohl unter den Experten- als auch Laiendefinitionen von Gesundheit und Krankheit findet man am häufigsten Auffassungen, die explizit die körperliche *und* die psychische Gesundheit (sowie eventuell das soziale Wohlbefinden) einbeziehen. Daneben existieren Definitionen, die Gesundheit und Krankheit mit *körperlicher* Gesundheit und Krankheit gleichsetzen.
- Insbesondere bei Befragungen von Laien findet sich eine größere Personen- gruppe, die auf die enge Verzahnung und „Einheit“ von körperlicher und psychischer Gesundheit hinweist.

1.6 Differenzierung von Gesundheitsbegriffen

Wissenschaftlicher Fortschritt resultiert nicht selten aus einer Präzisierung und Differenzierung grundlegender Begriffe. Diesem Zweck dient auch das folgende Unterkapitel, in dem die Unterscheidungen zwischen (a) aktueller und habitueller, (b)

körperlicher und psychischer sowie (c) „objektiver“ und „subjektiver“ Gesundheit eingeführt werden.

1.6.1 Aktuelle und habituelle Gesundheit

Bei seinen Bemühungen um eine Diagnostik und Erklärung interindividueller Unterschiede in der (seelischen und körperlichen) Gesundheit schlug Becker (1989, 1994a, 1996) die Unterscheidung zwischen aktueller und habitueller Gesundheit vor. Unter dem *aktuellen Gesundheitszustand* ist der in den unmittelbar zurückliegenden Tagen (und eventuell Wochen) für eine Person charakteristische Gesundheitszustand zu verstehen. Dieser hängt in der Regel vom gewählten Untersuchungszeitpunkt ab und kann in einem längeren Beobachtungsintervall mehr oder weniger starken Schwankungen unterliegen. Der *habituelle Gesundheitszustand* ist hingegen ein Maß für den über einen längeren Zeitraum von Jahren aggregierten (bzw. gemittelten) Gesundheitszustand. Dieser spiegelt u.a. wider, wie häufig und wie schwer jemand in dem betreffenden Zeitraum erkrankt war, wie oft der Betreffende medizinische Hilfe in Anspruch nehmen musste oder wie wohl er sich im Allgemeinen fühlte. Es gibt zahlreiche empirische Belege dafür, dass Menschen sich in ihrem habituellen Gesundheitszustand erheblich voneinander unterscheiden (Becker, Bös, Opper, Woll & Wustmans, 1996; Burchfield, Holmes & Harrington, 1981; Eastwood, 1975; Hinkle, Christenson, Kane, Ostfeld, Thetford & Wolff, 1958; Hinkle & Wolff, 1958; Watson & Pennebaker, 1989). Personen mit einer überdurchschnittlichen habituelleren Gesundheit wurden von Becker et al. (1996) als *Hochgesunde*, solche mit unterdurchschnittlicher habituellerer Gesundheit als *Mindergesunde* und die restlichen Personen als *Normalgesunde* bezeichnet. Verzichtet man in diagnostischen Instrumenten zur Erfassung des Gesundheitszustandes auf diese Differenzierung und erfragt nur globale Selbsteinschätzungen des Gesundheitszustandes, so ergeben sich für die Befragten Unklarheiten, worauf sie sich beziehen sollen, und es resultieren vermeidbare Messfehler.

1.6.2 Körperliche und psychische (seelische) Gesundheit

Eine weitere Differenzierung betrifft die Unterscheidung zwischen *körperlicher Gesundheit* und *psychischer (oder seelischer) Gesundheit* (Becker, 1982; Becker & Minsel, 1986). Während die Begriffe körperliche Gesundheit und körperliche Krankheit vergleichsweise einfach zu verstehen sind, ergeben sich größere Schwierigkeiten bei den Begriffen psychische Gesundheit bzw. psychische Krankheit. Dies wird ersichtlich, wenn man die von verschiedenen Autoren formulierten Definitionen dieser Begriffe oder vorliegende Theorien psychischer Gesundheit vergleichend gegenüberstellt (Becker, 1982, 1995). Klammert man jedoch übergeordnete Theorien aus und beschränkt sich auf die Frage, anhand welcher Indikatoren beurteilt werden kann, in welchem Ausmaß jemand als psychisch gesund oder krank zu betrachten ist, so lassen sich wesentliche Gemeinsamkeiten zwischen psychischer und körperlicher Gesundheit bzw. Krankheit feststellen. Tabelle 1.7 informiert anhand von fünf ausgewählten Indikatorbereichen und mithilfe der Unterscheidung von Krankheits-

und Gesundheitszeichen über vielfältige Entsprechungen von psychischer und körperlicher Gesundheit bzw. Krankheit.

Tabelle 1.7: Ausgewählte Indikatoren für Zustände der körperlichen und psychischen Gesundheit bzw. Krankheit

Indikatorbereich	Krankheitszeichen		Gesundheitszeichen	
	<i>Körperliche Krankheit</i>	<i>Psychische Krankheit</i>	<i>Körperliche Gesundheit</i>	<i>Psychische Gesundheit</i>
<i>Beeinträchtigt vs. hohes Wohlbefinden</i>	Körperlicher Schmerz, körperliches Unwohlsein	Negative Gefühlszustände (Angst, Depressivität, Gereiztheit, Schuldgefühle, Wut ..)	Körperliches Wohlbefinden	Psychisches Wohlbefinden (positive Gefühle; Abwesenheit negativer Gefühle)
<i>Funktions-tüchtigkeit</i>	Störungen von Organsystemen und körperlichen Funktionen	Störungen psychischer Funktionen (Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis, Konzentration, Fühlen)	Intaktheit von Organsystemen und körperlichen Funktionen	Intaktheit psychischer Funktionen (Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis, Konzentration, Fühlen)
<i>Leistungsfähigkeit, Anforderungsbewältigung</i>	Beeinträchtigte körperliche Leistungsfähigkeit; Schwäche	Beeinträchtigte Fähigkeit zur Bewältigung psychosozialer Anforderungen	Hohe körperliche Leistungsfähigkeit/ Fitness	Intakte Fähigkeit zur Bewältigung psychosozialer Anforderungen
<i>Anpassungsfähigkeit/Überlebenstüchtigkeit</i>	Beeinträchtigte Anpassungsfähigkeit/Überlebenstüchtigkeit		Hohe Anpassungsfähigkeit/ Überlebenstüchtigkeit	
<i>Hilfesuchen vs. Autonomie</i>	Suche nach (ärztlicher) Hilfe	Suche nach (psychologischer) Hilfe	Kein Bedürfnis nach (ärztlicher) Hilfe	Kein Bedürfnis nach (psychologischer) Hilfe

Bei den fünf Indikatorbereichen „Wohlbefinden“, „Funktionstüchtigkeit“, „Leistungsfähigkeit“, „Anpassungsfähigkeit/Überlebenstüchtigkeit“ und „Hilfesuchen/Hilfsbedürftigkeit“ handelt es sich – wie in Tabelle 1.7 dokumentiert – um zentrale Indikatoren der Gesundheit bzw. Krankheit. Sie lassen sich problemlos auf die psychische und körperliche Gesundheit als Varianten von Gesundheit sowie auf psychische und körperliche Krankheiten als Varianten von Krankheit übertragen.

Vier der fünf Indikatorbereiche finden sich auch in der im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV) verwendeten Definition von „psychischer Störung“: „Im DSM-IV wird jede psychische Störung als ein klinisch bedeutsames Verhaltens- oder psychisches Syndrom oder Muster aufgefasst, das bei einer Person auftritt und das mit momentanem Leiden (z.B. einem schmerzhaften Symptom) oder einer Beeinträchtigung (z.B. Einschränkung in einem oder in mehreren wichtigen Funktionsbereichen) oder mit einem stark erhöhten Risiko einhergeht, zu sterben, Schmerz, Beeinträchtigung oder einen tief greifenden Verlust an Freiheit zu erleiden. Zusätzlich darf dieses Syndrom oder Muster nicht nur eine verständliche und kulturell sanktionierte Reaktion auf ein bestimmtes Ereignis sein, wie z.B. den Tod eines geliebten Menschen. Unabhängig von dem ursprünglichen Auslöser muss gegenwärtig eine verhaltensmäßige, psychische oder biologische Funktionsstörung bei der Person zu beobachten sein.“ (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996, S. 944).

Die Verwendung des Attributes „psychisch“ (bzw. seelisch) in Verbindung mit Gesundheit oder Krankheit sollte sich dabei auf die *beschreibende* Analyseebene und nicht die Bedingungs- bzw. Ursachenebene (Ätiologie) beziehen. Jemand ist mit anderen Worten dann als psychisch gesund (bzw. psychisch krank) zu bezeichnen, wenn sich auf der Ebene des Verhaltens und Erlebens bestimmte, näher zu beschreibende positive Funktionsmerkmale (bzw. Störungen) nachweisen lassen. In analoger Weise wird jemand dann als körperlich gesund (bzw. körperlich krank) gelten, wenn auf der Ebene körperlicher Prozesse oder Strukturen bestimmte, als normal und wünschenswert (bzw. als abnorm und bedrohlich) betrachtete Phänomene nachweisbar sind. Es sei nochmals wiederholt, dass die Ursachenfrage dabei ausgeklammert bleibt: Ob jemand deswegen „psychisch krank“ ist, weil er unter einer Intoxikation, einer Infektionskrankheit, einer Schädelverletzung, chronischem Stress, verdrängten Bedürfnissen oder falsch gelerntem Verhalten leidet, interessiert dabei zunächst nicht. Auch die Frage, warum jemand „körperlich krank“ ist, bedarf einer zusätzlichen – in der Regel multikausalen – Betrachtung: Hoher Blutdruck z.B. kann renal verursacht sein oder auf verschiedene genetische, psychologische und soziologische Bedingungen – im Regelfall auf ein komplexes Ursachenbündel – zurückgeführt werden. Durch die Unterscheidung von körperlicher und psychischer Gesundheit wird keinesfalls impliziert, dass eine Person entweder körperlich oder psychisch krank ist. Vielmehr wird es oft vorkommen, dass eine Person sowohl unter einer oder mehreren psychischen Störungen oder Krankheiten als auch einer oder mehreren körperlichen Krankheiten leidet (auf das damit verbundene Komorbiditätsproblem wird im Kapitel 1.8 eingegangen).

Aus der Kombination der beiden dichotomen Attribute „aktuell versus habituell“ und „körperlich versus psychisch“ ergeben sich vier Gesundheitsbegriffe: aktuelle körperliche, aktuelle psychische, habituelle körperliche und habituelle psychische Gesundheit. Berücksichtigt man, dass es sich sowohl bei der habituellen körperlichen als auch der habituellen psychischen Gesundheit um zeitlich relativ stabile Merkmale mit beträchtlicher interindividueller Varianz handelt, so kann man beide Merkmale auch als *Persönlichkeitseigenschaften* betrachten. Entsprechend enthält das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R; Fahrenberg, Hampel & Selg, 1994) eine Skala „Körperliche Beschwerden“ und das Trierer Integrierte Persön-