



Leseprobe aus Razum und Kolip, Handbuch Gesundheitswissenschaften,

ISBN 978-3-7799-3857-6

© 2020 Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel

[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-3857-6)

isbn=978-3-7799-3857-6

Inhalt

Vorwort zur 7. Auflage Oliver Razum und Petra Kolip	9
Aus dem Vorwort zur 1. Auflage 1993 Klaus Hurrelmann und Ulrich Laaser	15
Gesundheitswissenschaften: eine Einführung Oliver Razum und Petra Kolip	19

GRUNDLAGEN DER GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

Geschichte und Gesundheitswissenschaften Axel Flügel	46
Humanbiologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften Hanna Bednarz und Karsten Niehaus	89
Medizinische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften Christoph Trautner	114
Psychologische Ansätze in den Gesundheitswissenschaften Emily Finne und Hannah Gohres	141
Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften Olaf von dem Knesebeck und Bernhard Badura	179
Ethik in den Gesundheitswissenschaften Peter Schröder-Bäck, Jan-Christoph Heilinger und Verina Wild	192

METHODEN, PROZESSE UND FORSCHUNGSFELDER DER GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

Statistische Methoden der Gesundheitswissenschaften Christian Stock	214
Epidemiologie in den Gesundheitswissenschaften Oliver Razum, Jürgen Breckenkamp und Patrick Brzoska	251
Demografische Prozesse und Methoden in den Gesundheitswissenschaften Ralf E. Ulrich	392

Sozialwissenschaftliche Verfahren in den Gesundheitswissenschaften Siegfried Geyer	326
Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation Wolfgang Greiner	357
Gesundheitsberichterstattung Bärbel-Maria Kurth, Anke-Christine Saß und Thomas Ziese	399
Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung Reinhard Busse und Julia Röttger	421
Interventions- und Transferforschung Holger Pfaff und Gisela Nellessen-Martens	448
Gesundheitskommunikation Eva Baumann, Claudia Lampert und Bettina Fromm	465
Electronic Public Health Christoph Dockweiler	493
Evidenzbasierung in Public Health Ansgar Gerhardus	513

DETERMINANTEN DER GESUNDHEIT

Soziale Ungleichheit und Gesundheit Thomas Lampert	539
Arbeit(swelt) und Gesundheit Tobias Staiger	569
Umwelt und Gesundheit Rainer Fehr, Claudia Hornberg und Heinz-Erich Wichmann	585
Diversität und Diskriminierung am Beispiel der Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung von Migrant*innen und Geflüchteten Oliver Razum, Nurcan Akbulut und Kayvan Bozorgmehr	621
Geschlecht und Gesundheit Birgit Babitsch, Antje Ducki und Ulrike Maschewsky-Schneider	647
Gesundheitskompetenz Doris Schaeffer, Dominique Vogt und Eva-Maria Berens	672

GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung: Begründung, Konzepte und politischer Rahmen Petra Kolip	686
Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung. Das Beispiel ungleicher Lebenslagen Ullrich Bauer und Uwe H. Bittlingmayer	719
Partizipation von Zielgruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung Susanne Hartung	736

STRUKTUREN DES VERSORGUNGSSYSTEMS

Ambulante ärztliche Versorgung Michael Simon und Bernhard Gibis	748
Krankenhausversorgung Karl Blum	777
Regionale Variationen in der Versorgung Verena Vogt und Hanna Ermann	895
Öffentlicher Gesundheitsdienst Joseph Kuhn und Manfred Wildner	815
Versorgungsstrukturen und -bedarfe psychisch kranker Kinder, Jugendlicher und Erwachsener in Deutschland Steffi Koch-Stoecker und Michael Kölch	833
Rehabilitative Versorgung Thorsten Meyer und Anke Menzel-Begemann	876
Pflegerische Versorgung Klaus Wingenfeld	999
Selbsthilfe Bernhard Borgetto, Isabel Wünsche, Silke Schwinn und Andrea Pfingsten	932

ORGANISATION UND STEUERUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS

Gesundheitspolitik Thomas Gerlinger und Rolf Rosenbrock	954
Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen Holger Gothe und Christoph Ohlmeier	999
Gesundheits- und Sozialprofessionen Johanne Pundt	1917
Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen Eva Maria Bitzer, Friedrich W. Schwartz und Ulla Walter	1934
Internationale Organisationen mit gesundheitspolitischer Bedeutung Albrecht Jahn, Oliver Razum und Maike Voss	1963
SACHREGISTER	1999
AUTOR*INNENREGISTER	1199

Gesundheitswissenschaften: eine Einführung

Oliver Razum und Petra Kolip

„Gesundheitswissenschaften“ steht als Sammelbegriff für diejenigen Einzelwissenschaften, welche die wissenschaftliche Grundlage für Public Health schaffen. Public Health ist durch einen Bevölkerungs- und Systembezug gekennzeichnet. Sie identifiziert gefährdende und fördernde Einflüsse auf die Bevölkerungsgesundheit. Solche Einflüsse umfassen neben individuellen Faktoren wie Bewegungsmangel (Verhalten) und genetischer Prädisposition beispielsweise die physische Umwelt, die politischen und ökonomischen Verhältnisse, in denen Menschen leben, sowie das Gesundheitssystem (Kurativmedizin, öffentlicher Gesundheitsdienst) und seine Organisationsformen. Entsprechend breit ist das Spektrum der Einzelwissenschaften, die – häufig in Fächer übergreifender (interdisziplinärer) Kooperation – Beiträge zu Public Health leisten. Zum einen zählen hierzu methodisch ausgerichtete Wissenschaftsbereiche wie Epidemiologie, Biostatistik, quantitative und qualitative empirische Sozialforschung, Gesundheitsökonomie und Demografie. Sie tragen dazu bei, dass Evidenz geschaffen und Interventionen zur Änderung von Verhalten oder Verhältnissen evaluiert werden können. Inhaltlich leisten unter anderem Soziologie, Politikwissenschaften, Umweltwissenschaften, Psychologie und Humanbiologie/Medizin wesentliche Beiträge. Zunehmend komplexere gesundheitsbezogene Herausforderungen erweitern das Spektrum der Einzelwissenschaften beispielsweise um die Rechtswissenschaft und die Ethik (Philosophie) bei Fragen des Anspruchs auf gesundheitliche Leistungen oder um die Tiermedizin bei der Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen. Dementsprechend kann eine Auflistung von „Gesundheitswissenschaften“ nie vollständig sein – sie ist immer nur zeitbezogen. Dies gilt ähnlich für die Aufgaben von Public Health, die sich über die Zeit verändern.

Nach den Verbrechen des Nationalsozialismus, die sich auch Elementen aus dem Bereich bedient hatten, den wir heute als Public Health bezeichnen, erlebt Deutschland eine nachholende Entwicklung in Public Health sowie bei der institutionellen Bündelung gesundheitswissenschaftlicher Aktivitäten. Bisläng gibt es erst wenige Fakultäten oder Einrichtungen, an denen Wissenschaftler*innen über Fächergrenzen hinweg gemeinsam arbeiten (Interdisziplinarität) sowie mit Umsetzern gemeinsam wissenschaftliche Fragestellungen entwickeln und bearbeiten (Transdisziplinarität).

1 Gesundheit, Krankheit und ihre Determinanten

In dieser Einführung erläutern wir zunächst, was wir mit „Gesundheit“ meinen, wie sie in Bevölkerungen erfasst werden kann und warum zu ihrer Verbesserung Fächer übergreifende Ansätze erforderlich sind. Auf dieser Grundlage erläutern wir Definitionen von Public Health und Gesundheitswissenschaften: Public Health befasst sich mit der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung oder bestimmter Gruppen in der Bevölkerung; die Gesundheitswissenschaften liefern dafür die wissenschaftlichen Grundlagen. Wir zeigen, dass die Gesundheitswissenschaften weit mehr umfassen als eine Anleitung zum gesünderen Leben oder die Akademisierung der Gesundheitsberufe, und in welcher Hinsicht ihre Perspektive über diejenige der Medizin hinausgeht.

1.1 Was ist Gesundheit?

Für jüngere Menschen mag es naheliegen, über „gesund“ und „krank“ im Sinne einer Dichotomie nachzudenken: Entweder bin ich gesund oder ich bin krank, etwa durch einen grippalen Infekt oder einen gebrochenen Knochen im Bein. Dann erwarte ich aber, in absehbarer Zeit wieder gänzlich gesund zu werden – nötigenfalls mithilfe meiner Hausärztin oder (im Falle des gebrochenen Beins) der medizinisch-technischen Leistungen eines Krankenhauses. Bei „Gesundheit“ und „Krankheit“ würde es sich somit um zwei klar abgrenzbare Zustände handeln, die sich zudem gegenseitig ausschließen. Eine solche Betrachtungsweise vereinfacht offensichtlich, denn sie wirft sogleich Fragen auf: Was ist, wenn krankheitsbedingte Einschränkungen über längere Zeit bestehen bleiben? Gibt es Abstufungen zwischen gesund und krank? Wie lassen sich dann die Abstufungen von Gesundheit oder Krankheit objektiv erfassen, also messbar machen? Die Beschreibung von Gesundheit und Krankheit erfordert ein umfassenderes Konzept als die schlichte Dichotomie.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert seit 1946 Gesundheit als den „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1946/1948). Diese Definition ist auch heute noch gängig, denn sie hat eine Reihe von Stärken: Sie zeigt Gesundheit als ein für alle Menschen anzustrebendes Ideal auf. Der Begriff „Wohlbefinden“ wurde von der WHO zudem mit Bedacht gewählt, denn er verweist auf die subjektive Komponente der Gesundheit und löst Gesundheit und Krankheit damit aus der Definitionsmacht von Mediziner*innen. Die Definition berücksichtigt, dass ein Mensch sich auch dann nicht notwendigerweise gesund fühlt, wenn alle Knochen intakt sind und keine Infektionen vorliegen. Und sie erklärt, woran das liegen kann: Menschen

können nicht nur körperlich erkranken, sondern auch psychisch. Eine Krankheit muss nicht notwendig biologische Ursachen haben, sie kann auch sozial bedingt sein. Um vollkommen gesund zu sein, müssen sich Menschen auch in ihrer Umgebung – etwa in der Familie, in der Nachbarschaft, am Arbeitsplatz – gut aufgehoben fühlen. Gesundheit und Krankheit sind also keine rein individuellen Phänomene, sie haben auch gesellschaftliche Aspekte. Einerseits beeinflussen gesellschaftliche Faktoren (man spricht auch von sozialen Determinanten) die Gesundheitschancen: So verschlechtert beispielsweise die Ausgrenzung von Menschen, etwa aufgrund ihrer Hautfarbe, sexuellen Orientierung, Herkunft oder Religion, ihre Gesundheit. Entsprechend formuliert die WHO im zweiten Satz der Präambel: „Über den bestmöglichen Gesundheitszustand zu verfügen ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung“ (WHO 1946/1948) (eigene Übersetzung). Andererseits erleichtern (oder ermöglichen sogar erst) gesellschaftliche Faktoren die Heilung erkrankter Menschen. Die Regierungen der Staatengemeinschaft sind in der WHO-Verfassung aufgerufen, die bestmöglichen Rahmenbedingungen für ein Aufwachsen in Gesundheit zu schaffen. Dabei hilft ein kuratives Gesundheitssystem mit niedergelassenen Ärzt*innen und Krankenhäusern. Dieses aufzubauen, zu regulieren und zu finanzieren ist eine äußerst komplexe gesellschaftliche Leistung.

Die WHO-Definition von Gesundheit weist aber auch offensichtliche Probleme auf: Ist das Ideal eines *völligen* Wohlbefindens zeitgleich in allen drei genannten Dimensionen wirklich erreichbar? Das erscheint fraglich. Aber bis zu welchem Punkt des Nicht-Erreichens kann man Menschen noch als „gesund“ definieren? Ab welchem Punkt muss das Gesundheitssystem eingreifen? Unklar bleibt zudem, ob Menschen mit einer körperlichen Einschränkung nach der WHO-Definition überhaupt gesund sein können. Menschen, die ohne Gehör zur Welt kommen, haben nach der WHO-Definition ein Gebrechen. In einem unterstützenden Umfeld können sie aber den Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens erreichen. Die Begriffe „Krankheit“ und „Gebrechen“ weisen noch eine weitere Unschärfe auf: Sie gehen weder auf die Schwere noch auf die Dauer des Zustands ein. So werden sich Menschen mit einem grippalen Infekt zwar ein paar Tage krank fühlen (für kurze Zeit vielleicht sogar sehr krank), aber vermutlich erheblich weniger krank (und somit „gesünder“) als Menschen mit einem progredienten (voranschreitenden) Krebsleiden ohne Aussicht auf vollständige Heilung.

Die WHO-Definition von Gesundheit hat ihre Grenzen, wenn es darum geht, „Gesundheit“ zu operationalisieren, das heißt, sie im Alltag oder in der Forschung *messbar* zu machen. Sie hilft aber dabei, über *Determinanten* von Gesundheit nachzudenken, also über Faktoren, die krank oder gesund machen,

und über die dabei wirksamen Mechanismen. Die WHO-Definition lässt sich als gesundheitspolitische Vision verstehen, als ein für alle Menschen anzustrebendes Ideal.

1.2 Wie Krankheit entsteht: Pathogenese

Medizin und Biologie haben die Entstehung von Krankheit (Pathogenese) für viele Krankheitsbilder recht gut untersucht. Ein grippaler Infekt tritt auf, wenn eine Person Kontakt mit dem Erreger (in diesem Fall ein Virus) hat und keine ausreichende Immunabwehr aufbauen kann. Der Erreger vermehrt sich im Körper des Infizierten, was zu Krankheitssymptomen (in diesem Fall Abgeschlagenheit, erhöhte Temperatur, eine laufende Nase und Husten) führen kann. Nach einer gewissen Zeit gelingt es dem Immunsystem, Antikörper gegen den Erreger zu bilden und dessen weitere Vermehrung zu verhindern. Die Symptome lassen nach, die erkrankte Person gesundet wieder.

Ein Beinbruch tritt auf, wenn zu hohe Kräfte auf einen Knochen des Ober- oder Unterschenkels einwirken. Die Schulmedizin hat sich intensiv mit den Prozessen befasst, die bei und nach einer solchen Fraktur ablaufen und kann entsprechend wirksam das Zusammenwachsen des Knochens unterstützen sowie Schädigungen der umliegenden Gefäße, Nerven und Muskeln verhindern oder vermindern. Aber selbst an diesem zunächst weitgehend bio-mechanisch verursachten Krankheitsbild wird die Rolle von Umwelt- und gesellschaftlichen Faktoren deutlich: Die erforderlichen hohen mechanischen Kräfte können bei einem Unfall auftreten, beispielsweise beim direkten Einwirken einer Autostoßstange auf das Bein von Fußgänger*innen oder Radfahrer*innen. In einer Gesellschaft, die mehr Ressourcen für sichere Fuß- und Radwege ausgibt und Alkoholkonsum am Steuer stärker sanktioniert, wird das Krankheitsbild seltener auftreten als in Gesellschaften, die das nicht tun. Bricht eine Gesellschaft gewaltsam auseinander, etwa in einem Bürgerkrieg, so wird dieses Krankheitsbild (neben vielen anderen) gehäuft auftreten. Neben proximalen, „nahen“ Faktoren wie dem Virus oder der unmittelbaren Gewalteinwirkung gibt es also meist noch „distale“, also weiter entfernt und damit häufig auf Umwelt- oder gesellschaftlicher Ebene liegende Krankheitsursachen. Deren gemeinsames Wirken zeigt sich besonders eindrücklich am Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit: In Bevölkerungsgruppen mit niedrigerem Einkommen und geringerer Bildung treten viele Krankheiten häufiger (oder früher im Leben) auf als unter Wohlhabenden und Gebildeten. Ein gleich gerichteter sozialer Gradient findet sich auch bei der Lebenserwartung. „Arme sterben früher“ – eine solche Aussage mag zunächst sehr plakativ klingen, aber diese und ähnliche Aussagen treffen selbst für ein insgesamt wohl-

habendes Land wie Deutschland zu (Lampert et al. 2017). Wiederum zeigt sich: Es ist nicht (oder nicht nur) individuelles *Verhalten*, das krank macht; es sind (auch) die *Verhältnisse*, unter denen Menschen leben.

1.3 Wie Gesundheit entsteht: Salutogenese (Antonovsky)

Krankmachende Faktoren und Mechanismen werden seit Langem untersucht. Aber wie entsteht Gesundheit, und welche Faktoren tragen zu ihrer Entstehung bei? Untersuchungen zur Entstehung von Gesundheit (Salutogenese) haben eine im Vergleich zur Erforschung der Pathogenese viel kürzere Tradition. Ein Pionier in diesem Bereich war der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1923–1994). Antonovsky untersuchte, wie es Menschen gelingt, auch unter schwierigen Bedingungen gesund zu bleiben. Er konnte zeigen, dass das Gefühl, Zusammenhänge des Lebens zu verstehen, das Leben selbst gestalten zu können und einen Sinn im Leben erkennen zu können – von Antonovsky als Kohärenz-sinn (*Sense of coherence*) bezeichnet – eine wichtige Determinante von Gesundheit ist (Antonovsky 1987). Zudem ging er nicht von einem dichotomen Modell von Gesundheit und Krankheit aus, sondern von einem Kontinuum. Menschen bewegen sich auf diesem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit, beeinflusst durch personale (z. B. Immunsystem, Problemlösekompetenz) und soziale Faktoren (z. B. Schul- und Betriebsklima, soziale Sicherung). Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl (eine personale Ressource) kann einen Menschen auch dann in Richtung Gesundheit positionieren, wenn er seit Geburt gehörlos ist – oder selbst dann noch (in einem gewissen Maße), wenn er an einer nicht heilbaren Krankheit leidet. Das Modell der Salutogenese überwindet also viele der zu Beginn des Kapitels genannten Einschränkungen einfacher dichotomer Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit sowie der WHO-Definition von Gesundheit. Solchen Überlegungen tragen jüngere Gesundheitsdefinitionen der WHO Rechnung. So wird in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung Gesundheit nicht mehr als fernes (und utopisches) Lebensziel gefasst, sondern als Prozess betrachtet (WHO Europe 1986).

1.4 Determinanten von Gesundheit

Krankheit und Gesundheit werden durch viele und vielfältige Faktoren determiniert. Die betreffenden Determinanten sind nicht allein auf Ebene des Individuums angesiedelt, sondern auch in dessen physischer und sozialer Umwelt. Um alle relevanten Determinanten auf systematische Weise erfassen zu können, lassen sich unterschiedliche Ebenen definieren, vom Individuum über sein

direktes Umfeld bis hin zu Makro-Ebenen mit Einflüssen, die auf ganze Gesellschaften wirken. Im Falle der physischen Umwelt umfasst eine solche Gliederung die unmittelbare Nachbarschaft bis hin zur globalen Umwelt, die beispielsweise über das Klima Einfluss auf Gesundheit und Krankheit nehmen kann. Im Falle der sozialen Umwelt reicht sie von persönlichen Netzwerken bis hin zu Makro-Ebenen wie dem politischen System eines Landes oder dem wirtschaftlichen System einer Weltregion.

1.4.1 Das Regenbogen-Modell

Göran Dahlgren und Margaret Whitehead haben individuelle, physische und soziale Determinanten von Gesundheit 1991 grafisch in einem „Regenbogen-Modell“ zusammengefasst (siehe Abb. 1) (Dahlgren/Whitehead 1991). Im Zentrum stehen Individuen mit ihren persönlichen (proximalen) Determinanten wie Geschlecht, Alter und genetischer Konstitution. Um die Individuen herum sind weitere Determinanten in konzentrischen Halbkreisen angeordnet, beginnend mit Lebensstilfaktoren. Je weiter außen (also je distaler) der Halbkreis angesiedelt ist, desto breiter wirkten die entsprechenden Faktoren – ganz außen liegen wirtschaftliche, kulturelle und umweltbezogene Faktoren. In einer anderen Fassung dieses Modells (hier nicht abgebildet) ist ein zusätzlicher Halbkreis den Lebens- und Arbeitsbedingungen gewidmet, bei denen Interventionen zu einer Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit ansetzen können. Dazu gehören so unterschiedliche (und sehr breit definierte) Bereiche wie Bildung, Wasserversorgung und Sanitation sowie das Gesundheitssystem.

Das Regenbogen-Modell hatte großen Einfluss auf die Diskussion um gesundheitliche Determinanten und um gesundheitliche Ungleichheit. Seine Grenzen wurden aber schnell deutlich: Unter einem gemeinsamen Oberbegriff oder in einem Halbkreis waren jeweils sehr unterschiedliche Determinanten zusammengefasst. Das erschwerte es, anhand des Modells gezielte Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit zu definieren. Die Übersichtlichkeit und der plakative Charakter des Regenbogen-Modells waren somit Stärke und Schwäche zugleich.