



Leseprobe aus Gosch und Daiminger, Psychologie für die Arbeit mit Menschen mit körperlichen Erkrankungen, ISBN 978-3-7799-6161-1

© 2023 Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel  
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6161-1>

# Inhalt

|   |    |
|---|----|
| Einleitung  | 9  |
| 1. Gesundheit und Krankheit<br><i>Angela Gosch</i>  | 14 |
| 1.1 Definition von Gesundheit   | 15 |
| 1.2 Definition von Krankheit  | 18 |
| 1.3 Epidemiologische Daten zu chronischen Krankheiten   | 21 |
| 1.4 Determinanten von Gesundheit und Krankheit  | 22 |
| 1.4.1 Geschlecht und Gender   | 24 |
| 1.4.2 Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Ungleichheit   | 26 |
| 1.4.3 Migration   | 29 |
| 1.5 Begriffsklärung zu Prävention und Gesundheitsförderung  | 31 |
| 1.6 Theorien und Interventionen der Gesundheitsförderung  | 35 |
| 1.6.1 Theoretische Modelle des Gesundheitsverhaltens<br>und der Gesundheitsförderung  | 36 |
| 1.6.2 Interventionen der Gesundheitsförderung   | 40 |
| 2. Ausgewählte psychologische Konzepte<br>und wissenschaftliche Grundlagen mit Bezug<br>zu körperlichen Krankheiten<br><i>Christine Daiminger</i> | 44 |
| 2.1 Das transaktionale Stress-Coping-Modell   | 45 |
| 2.1.1 Stress  | 45 |
| 2.1.2 Stressverarbeitung und Coping   | 47 |
| 2.1.3 Stress und Krankheit  | 52 |
| 2.2 Salutogenese  | 54 |
| 2.3 Subjektive Vorstellungen und Theorien<br>von Gesundheit und Krankheit   | 57 |
| 2.3.1 Ebenen von Gesundheit und Krankheit   | 57 |
| 2.3.2 Subjektive Krankheitstheorien   | 58 |
| 2.4 Gesundheitskompetenz und Stressbewältigung  | 60 |
| 3. Diagnostik und Klassifikationssysteme<br><i>Angela Gosch</i>   | 64 |
| 3.1 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten<br>und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD)  | 65 |

---

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| 3.2   | Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit,<br>Behinderung und Gesundheit (ICF) | 68  |
| 3.3   | Risiko- und Schutzfaktorenmodelle, Resilienz  | 71  |
| 3.4   | Disease-Management-Programme/Schulungsprogramme   | 76  |
| 3.5   | Gesundheitsbezogene Selbsthilfe   | 80  |
| 4.    | Leben mit Erkrankungen im Krankheitsverlauf<br><i>Christine Daiminger</i>                 | 84  |
| 4.1   | Krankheit im Verlauf – Das Trajektkonzept   | 85  |
| 4.2   | Krankheitsbezogene Anforderungen  | 90  |
| 4.2.1 | Bereits vor der Erkrankung bestehende<br>oder anderweitige Belastungen                    | 90  |
| 4.2.2 | Herausforderungen und Belastungen<br>durch die Erkrankung und deren Behandlung            | 91  |
| 4.2.3 | Herausforderungen und Belastungen im Alltag   | 92  |
| 4.2.4 | Herausforderungen und Belastungen für die Identität<br>und Biografie                      | 92  |
| 4.2.5 | Belastungsfolgen und Krankheitsfolgen   | 93  |
| 4.2.6 | Persönliches Wachstum/Posttraumatic Growth  | 95  |
| 4.2.7 | Gelingende Krankheitsverarbeitung im Prozess  | 96  |
| 4.3   | Psychoonkologische Interventionen   | 98  |
| 5.    | Krankheit und Lebenslauf<br><i>Christine Daiminger</i>                                    | 101 |
| 5.1   | Krankheit aus der Lebenslaufperspektive   | 101 |
| 5.2   | Kindheit und Jugend   | 103 |
| 5.2.1 | Gesundheitliche Lage und gesundheitliche Belastungen<br>in Kindheit und Jugend            | 104 |
| 5.2.2 | Altersspezifische Herausforderungen im Umgang<br>mit Krankheit                            | 106 |
| 5.3   | Erwachsenenalter mit Fokus auf das Alter  | 112 |
| 5.3.1 | Gesundheitliche Lage und gesundheitliche Belastungen<br>im Erwachsenenalter/Alter         | 113 |
| 5.3.2 | Altersspezifische Herausforderungen im Umgang<br>mit Krankheit                            | 117 |
| 5.4   | Psychologische Interventionen   | 121 |
| 5.4.1 | Biografiearbeit   | 121 |
| 5.4.2 | Psychologische Schmerztherapie  | 123 |

---

|       |  |     |
|-------|--|-----|
| 6.    | Chronische Krankheit bei Kindern unter Einbeziehung<br>der Familie<br><i>Angela Gosch</i>                    | 126 |
| 6.1   | Bedeutung der chronischen Erkrankung für das Kind<br>und die Familie   | 127 |
| 6.2   | Einstellungen gegenüber und Stigmatisierung<br>von chronischen Krankheiten                                   | 129 |
| 6.3   | Psychologische Interventionsansätze  | 132 |
| 7.    | Chronische Krankheiten von Fachkräften<br><i>Angela Gosch</i>  | 138 |
| 7.1   | Gesundheitliche Lage von Arbeitnehmer:innen  | 140 |
| 7.2   | Gesetzliche Rahmenbedingungen zum Arbeitsschutz<br>und zur betrieblichen Gesundheitsförderung                | 142 |
| 7.3   | Interventionen der Verhältnis- und Verhaltensprävention  | 144 |
| 7.3.1 | Verhältnisprävention   | 147 |
| 7.3.2 | Verhaltensprävention   | 149 |
| 7.4   | Rehabilitation und Disability Management   | 151 |
| 8.    | Erkrankte Menschen als Nutzer:innen und Akteur:innen<br>des Gesundheitssystems<br><i>Christine Daiminger</i> | 154 |
| 8.1   | Gesundheitssystem – Grundlagen der Versorgung<br>und Nutzung   | 155 |
| 8.1.1 | Patient:innen als Ko-Produzent:innen von Gesundheit –<br>Krankenrolle im Wandel                              | 156 |
| 8.1.2 | Gesundheitsbezogene Informationen  | 159 |
| 8.1.3 | Nutzung des professionellen Gesundheitssystems<br>und Versorgung aus Perspektive von Patient:innen           | 161 |
| 8.2   | Partizipation und Rechte von Patient:innen   | 164 |
| 8.2.1 | Nutzer:innen als Akteur: innen im Gesundheitssystem  | 164 |
| 8.2.2 | Patientenrechtegesetz und Patientenberatung  | 165 |
|       | Glossar  | 168 |
|       | Literatur  | 174 |

## Einleitung

Wenn Menschen nach ihren Zukunftswünschen befragt werden, nennen sie an erster Stelle gute Beziehungen zu Freund:innen und zur Familie und an zweiter Stelle den Wunsch nach einem „langen und gesunden Leben“ (vgl. Hinz et al. 2010; Birkner 2016; Pokorny 2017). Krankheiten, insbesondere wenn sie chronifizieren oder schwerwiegend sind, stellen den Wunsch nach einem gesunden Leben, häufig auch nach einem langen Leben, infrage und können einen Bruch in der eigenen Biografie bedeuten. Sie verändern das Leben der Betroffenen oftmals grundlegend und langfristig. Chronische Krankheiten sind in jedem Lebensalter möglich, treten aber mit zunehmendem Alter vermehrt auf.

Anders als bei den meisten akuten Krankheiten ist eine vollständige Heilung bei chronischen Krankheiten selten zu erwarten. Das fordert vom betroffenen Individuum eine langfristige Auseinandersetzung und Anpassungsprozesse im „Auf und Ab“ der chronischen Krankheit (vgl. Schaeffer 2009). Neben körperlichen Beeinträchtigungen kann sie vielfältige Auswirkungen auf das Leben, wie eine geringere Leistungsfähigkeit, finanzielle Einbußen und eine eingeschränkte Teilhabe in der Gesellschaft, mit sich bringen. Auch eine vermehrte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems kann (überlebens-)notwendig werden.

Nicht nur die erkrankte Person selbst ist von einer Krankheit betroffen, sondern auch deren Familie, Freundeskreis, das soziale Netzwerk oder die Arbeitsstelle. Die involvierten Personen sind mit Anforderungen der chronischen Krankheit konfrontiert und müssen sich gegebenenfalls mit deren Bedeutung in der eigenen Wahrnehmung und den Konsequenzen für das Zusammenleben bzw. -arbeiten auseinandersetzen und kontinuierliche Anpassungsleistungen erbringen.

Angesichts der Zunahme von chronischen Krankheiten ist die Gesellschaft gefordert, angemessene medizinisch-therapeutische Versorgungsstrukturen und -konzepte, Beratungs- und Unterstützungsangebote zur Verfügung zu stellen. Hilfen und Interventionen sollten darauf abzielen, dass Menschen mit chronischen Krankheiten und ihre Angehörigen ihren Alltag möglichst beschwerdefrei leben und ein Höchstmaß an gesundheitsbezogener Lebensqualität und Teilhabe in allen Bereichen der Gesellschaft erreichen können. Vor dem Hintergrund wachsender sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in Deutschland sollten gesellschaftliche Verhältnisse angestrebt werden, die allen Menschen, auch denjenigen mit Krankheiten und Behinderungen, gleiche Verwirklichungschancen eröffnen.

Die Komplexität der Lebenslagen von Menschen mit chronischen Krank-

heiten macht die Zusammenarbeit verschiedener (nicht nur) gesundheitsbezogener Professionen und Disziplinen notwendig. In der Kooperation verschiedener Professionen sind für eine adäquate Versorgung und Unterstützung chronisch kranker Menschen im Krankheitsverlauf transdisziplinäre Konzepte erforderlich. Keine einzelne Disziplin kann eine chronische Krankheit, die vielfältigen Bewältigungs- und Adaptationsleistungen eines Individuums und seines sozialen sowie beruflichen Umfeldes im Kontext seiner sozio-kulturellen und ökonomischen Lage gänzlich erklären. Vielmehr bieten Disziplinen wie die Medizin, Pflegewissenschaften, Psychologie, Soziologie, Gesundheits- und Therapiewissenschaften, (Sozial-)Pädagogik, Soziale Arbeit (u. a.) teilweise sehr unterschiedliche Konzepte, theoretische Erklärungsmodelle oder praxisorientierte Ansätze an, die der Komplexität der Lebenssituation der Individuen mit chronischer Krankheit und seinem sozialen Umfeld am besten in einer transdisziplinären Betrachtung gerecht werden können.

In diesem Buch legen wir den Fokus auf die Psychologie für die Arbeit mit Menschen mit körperlichen Erkrankungen. Wenn es zum besseren Verständnis der chronischen Krankheit notwendig erscheint, werden Bezüge zu anderen Disziplinen (z. B. zu den Gesundheitswissenschaften, zur Medizin und Epidemiologie) hergestellt. Jedem Kapitel des Buches stellen wir eine Fallgeschichte mit Bezug zu einer ausgewählten Krankheit voran, die einem realen Krankheitsverlauf nachempfunden ist. Die folgenden theoretischen Ansätze und Einführungen zu Handlungsansätzen sowie praktischen Vorgehensweisen und Interventionen orientieren sich an dem Fallbeispiel, das z. T. weitergeführt wird.

Im Kapitel 1 skizziert das Fallbeispiel die Lebenssituation einer Frau mit einer Herz-Kreislauf-Krankheit. Es erfolgt eine Auseinandersetzung mit den Begriffen der Gesundheit und (chronischen) Krankheit, bevor epidemiologische Daten zu chronischen Krankheiten in Deutschland berichtet werden. Gesundheit und Krankheit werden von Determinanten, wie beispielsweise dem Geschlecht bzw. Gender, der sozio-ökonomischen Lage der Menschen und ihrer Herkunft beeinflusst; wesentliche Ergebnisse hierzu werden referiert. Sodann folgen Begriffsklärungen zu Prävention und Gesundheitsförderung, bevor Interventionen der Gesundheitsförderung am Beispiel von Sport, Ernährung und Stressbewältigung aufgegriffen werden.

Kapitel 2 greift im Fallbeispiel mit Diabetes mellitus Typ 2 eine zunehmend häufiger auftretende Krankheit auf. Mit dem transaktionalen Stress-Coping-Modell (Lazarus/Launier 1981; Lazarus/Folkman 1984) und der Salutogenese (Antonovsky 1997) werden grundlegende gesundheitsbezogene Konzepte in Bezug auf (chronische) Krankheiten und deren Bewältigung vorgestellt. Subjektive Vorstellungen und Theorien von Krankheit beeinflussen das gesundheitsbezogene Handeln. Sie können Fachkräften helfen, Verhaltensweisen von

erkrankten Menschen besser zu verstehen. Als Konzepte für vielfältige Interventionen in der Arbeit mit kranken Menschen schließen die Gesundheitskompetenz/Health Literacy und Stressbewältigung das Kapitel ab.

Kapitel 3, dem das Fallbeispiel eines Kindes mit Asthma bronchiale vorangestellt ist, befasst sich mit grundlegenden diagnostischen Vorgehensweisen bei Vorliegen einer chronischen Krankheit. Wesentlich sind dafür Kenntnisse der beiden Klassifikationssysteme der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) und der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) mit ihren Zielen und ihrer Anwendungslogik. Die Bedeutung von Risiko- und Schutzfaktorenmodellen sowie von Resilienz werden präsentiert und auf das Fallbeispiel bezogen. Als exemplarisches Beispiel dient das Programm „Luftikurs“ (Theiling/Szczepanski/Lob-Corzilius 1992, 2012). Schließlich wird als Möglichkeit der eigenen Krankheitsbewältigung die Selbsthilfe dargestellt.

Kapitel 4 betrachtet das Leben mit Erkrankungen im Krankheitsverlauf mithilfe des Fallbeispiels einer an Brustkrebs erkrankten Frau. Das Trajektmodell (Glaser/Strauss 1965; Corbin/Strauss 2010) als ein theoretisches Modell konzipiert Krankheitsverläufe dabei in Phasen. Charakteristische Herausforderungen und Belastungen, die mit Krankheiten einhergehen, werden in Bezug auf den (medizinischen) Krankheitsverlauf, den Alltag oder die Identität ausgeführt. Das Konzept des persönlichen Wachstums (Personal bzw. Posttraumatic Growth) verweist auf positive Entwicklungsprozesse, die mit Erkrankungen einhergehen können. Psychoonkologische Interventionen werden vor allem mit Blick auf Langzeitüberlebende von Krebserkrankungen und die Palliativversorgung thematisiert.

Menschen können in jedem Lebensalter krank werden und gleichzeitig kann sich eine chronische Krankheit auf den weiteren Lebensverlauf auswirken. Kapitel 5 geht auf die gesundheitliche Lage und Belastungen in unterschiedlichen Lebensaltersphasen ein. Zudem werden altersspezifische Herausforderungen im Umgang mit chronischen Krankheiten und lebenslaufbezogene Auswirkungen beschrieben. Ausgewählte psychologische Interventionen mit Lebenslaufbezug, wie die Biografiearbeit und die psychologische Schmerztherapie, werden skizziert. Schmerzen sind nicht nur eine häufige Begleitsymptomatik von Krankheiten, sondern können zu eigenständigen Krankheiten werden. Zwei Fallbeispiele greifen Schmerzstörungen am Beispiel der Migräne und der rheumatoiden Arthritis in der Lebensphase der Jugend und des Alters auf.

Kapitel 6 beginnt mit der beispielhaften Lebenssituation eines Jugendlichen mit Epilepsie und seiner Familie. Auf die besondere Bedeutung der Familie im Umgang mit chronischen Krankheiten wird theoretisch hingewiesen und auf die systemische Arbeit am Beispiel der Multifamilientherapie (Asen/Scholz 2012) eingegangen.

In Kapitel 7 wird anhand des Fallbeispiels einer Frau mit einer Krankheit

des Muskel-Skelett-Systems thematisiert, dass Fachkräfte im psychosozialen und Erziehungsbereich ebenso wie – wenn nicht teilweise stärker als – Menschen anderer Berufsgruppen von chronischen Krankheiten betroffen sind. Was das für die Rehabilitation und den Umgang mit den chronischen Krankheiten im Beruf (z. B. Betriebliches Gesundheitsmanagement, BGM, allgemein Verhältnisprävention) bedeutet, wird in diesem Kapitel referiert. Zusätzlich wird im Rahmen der Verhaltensprävention auf das Thema der Selbstfürsorge (z. B. Achtsamkeit) eingegangen.

Kapitel 8 greift erkrankte Menschen als Nutzer:innen und Akteur:innen des Gesundheitssystems auf. Die Fallgeschichte beschreibt die Tätigkeit und das Engagement eines Paares mit Nierenerkrankungen in verschiedenen Bereichen einer Selbsthilfeorganisation. Das aktuelle Leitbild von Patient:innen als Koproduzent:innen ihrer Gesundheit verweist auf einen Wandel der Rolle von Patient:innen. Aspekte der Versorgung und der Nutzung des Gesundheitssystems werden aus Perspektive von Patient:innen dargestellt. In Bezug auf Möglichkeiten der Teilhabe und Partizipation von Nutzer:innen wird auf das Patientenrechtegesetz und die Unabhängige Patientenberatung eingegangen.

Abschließend möchten wir allgemeine Informationen zum Sprachgebrauch im Buch geben. Ziel ist es, eine respektvolle, gendersensible und wertschätzende Sprache zu verwenden. Im Sinne einer gendergerechten Sprache nutzen wir einen Doppelpunkt (z. B. Psycholog:innen).

In der wissenschaftlichen Literatur werden Bezeichnungen wie Menschen mit Beeinträchtigung oder mit chronischer Krankheit präferiert: Damit wird ausgedrückt, dass der Mensch im Fokus steht und nicht die Krankheit oder Beeinträchtigung – Letzteres geschähe, wenn beispielsweise von Asthmatiker:innen gesprochen würde. Das Buch folgt dieser Zielsetzung, d. h. auch wenn von erkrankten Menschen gesprochen wird, steht das Individuum im Vordergrund.

Der Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ wird im aktuellen Diskurs kritisch diskutiert. Die Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit (2021) empfiehlt, „das bisher im Rahmen des Mikrozensus verwendete statistische Konzept des ‚Migrationshintergrunds‘ aufzugeben. Das betrifft sowohl die Bezeichnung als solche als auch die Definition der Gruppen, die in diese Kategorie fallen. Erfasst werden sollen künftig ‚Eingewanderte und ihre (direkten) Nachkommen‘: Menschen, die entweder selbst oder deren beide Elternteile seit 1950 in das Gebiet der heutigen Bundesrepublik eingewandert sind.“ (S. 218). Doch liegt dem Begriff Migrationshintergrund in statistischen Erhebungen und epidemiologischen Untersuchungen eine bestimmte Definition zugrunde. Nach der Definition des Statistischen Bundesamts hat eine Person dann einen Migrationshintergrund, „wenn sie selbst oder mindestens eins ihrer Elternteile ohne die deutsche Staatsangehörigkeit geboren wurde.“ (Destatis 2023, o. S.). Aus Gründen

der wissenschaftlichen Klarheit verwenden wir deshalb in den Ausführungen zu entsprechenden Erhebungen den Begriff „Migrationshintergrund“, ansonsten jedoch Begriffe wie Migrationsgeschichte oder Einwanderung.

# 1. Gesundheit und Krankheit

Angela Gosch



## **Fallbeispiel**

Frau N., 35 Jahre alt, ist alleinerziehend und lebt zusammen mit ihrem 16-jährigen Sohn O. und der 14-jährigen Tochter L. in einer Dreizimmerwohnung. Sie hat einen Hauptschulabschluss; eine Ausbildung als Bäckereifachverkäuferin brach sie ab, als sie schwanger wurde. Ihr Ehemann verließ die Familie, als O. vier Jahre alt war. Seither bezahlt er unregelmäßig Unterhalt und hat selten Kontakt zu seinen Kindern. Frau N. hat berufliche Qualifizierungsangebote aus familiären Gründen (z. B. fehlende zeitliche Vereinbarkeit mit der Familie) abgebrochen und jobbt seit einigen Jahren in Teilzeit in einem Supermarkt. Darüber hinaus bezieht sie staatliche Unterstützungsleistungen. Das Geld ist dauernd knapp. Die finanziellen Sorgen, die Organisation von Familie, Haushalt und Job belasten sie ebenso wie die alleinige Verantwortung für die Kinder. Gerade in der Zeit der COVID-19-Pandemie habe es dauernd Streit gegeben, weil die Wohnung so klein und die technische Ausstattung für das Homeschooling anfangs nicht dagewesen sei. Ein Tablet für den Digitalunterricht wurde gespendet. O. ist kaum noch zu Hause und die Schule hat wegen seines Fernbleibens vom Unterricht um ein Gespräch gebeten. Der Jugendliche wird die Klasse wiederholen müssen. Immerhin hat er zugestimmt, Gespräche mit der Schulsozialarbeiterin zu führen. Die Tochter L. schämt sich bzw. ist wütend, weil „für nichts Geld da ist“. Sie litt sehr unter den fehlenden Kontakten zu Freund:innen im Zuge der Pandemie. Bis heute ist sie stundenlang digital unterwegs und hat deutlich an Gewicht zugenommen.

Frau N. fühlt sich ständig überfordert, sie muss für den Job flexibel sein und wird kritisiert, wenn sie einmal nicht einspringen kann. Sie versucht, es den Kindern recht zu machen, denn diese sollen es einmal besser haben als sie. Sie wünscht sich ein harmonisches Familienleben, fühlt sich aber in den letzten Jahren zunehmend erschöpft und hoffnungslos. Aus diesem Grund hat sie sich auch von Freunden zurückgezogen, weil ihr alles zu viel ist. Entspannen kann sie sich, wenn sie raucht oder abends Alkohol trinkt. Vor Jahren wurde bei ihr ein Bluthochdruck festgestellt. Eine Umstellung ihres Gesundheitsverhaltens mit einer Gewichtsabnahme und Rauchabstinenz wurde ihr nahegelegt. In dem Gespräch fühlte sich Frau N. kritisiert und wenig ernst genommen. Danach hat sie Termine mit ärztlichem Fachpersonal vermieden. Vor einigen Monaten litt sie verstärkt unter Atemnot, Übelkeit, Schmerzen im Oberbauch und einem Ziehen in den Armen. Im Krankenhaus wurde eine Koronare Herzkrankheit (KHK) mit Herzinfarkt und Bluthochdruck festgestellt. Im Gespräch äußert Frau N., sie habe nochmal Glück

gehabt, aber dieses „Ereignis“ belaste sie sehr. Sie fühle sich antriebsarm, gedrückter Stimmung und mache sich Sorgen, denn als Alleinerziehende könne sie nicht „ausfallen“. Sie befürchtet, einen weiteren Herzinfarkt zu erleiden, und wolle alles tun, um dem vorzubeugen. Nach der stationären Behandlung nimmt Frau N. nun an einer ambulanten Rehabilitation und in diesem Rahmen auch an einer Koronarsportgruppe teil.

In diesem Kapitel werden zunächst die Begriffe zu Gesundheit und Krankheit diskutiert, bevor epidemiologische Zahlen zu chronischen Krankheiten präsentiert werden. Folgend wird die Bedeutung von Determinanten der Gesundheit, wie biologisches (Sex) und soziales Geschlecht (Gender), soziale Ungleichheit und die Herkunft erörtert. In einem weiteren Punkt folgt eine Begriffsbestimmung, was unter Prävention und Gesundheitsförderung zu verstehen ist. Abschließend werden Theorien und praktische Interventionen der Gesundheitsförderung beleuchtet.

## 1.1 Definition von Gesundheit

Gesundheit wird als hohes Gut beschrieben, was sich auch in der Satzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1948 widerspiegelt: „Es ist eines der Grundrechte jedes Menschen ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Lage, sich einer möglichst guten Gesundheit zu erfreuen.“ Und weiter definiert die WHO Gesundheit als einen „Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1948, S. 1).

Diese Definition ist bis heute wegweisend, denn Gesundheit wird nicht nur als Abwesenheit von Krankheit (Negativdefinition) gesehen, sondern als eigenständiger positiver Zustand, und das subjektive Wohlbefinden von Menschen wird mehrdimensional bezogen auf körperliche und geistig-seelische Aspekte in ihrer sozialen Einbettung betrachtet.

Lange Zeit wurden die Begriffe des „Zustands“ und des „vollkommenen Wohlbefindens“ kritisiert. Klotter (2009) nennt die WHO-Definition deterministisch, weil es darum gehe, diesen statischen Zustand anzustreben, Hurrelmann und Richter (2013) bezeichnen sie als utopisch und unrealistisch. Mittlerweile wird Gesundheit als ein Pol auf einem *Gesundheit-Krankheits-Kontinuum* gesehen, wonach sich Menschen körperlich, geistig-seelisch und sozial mehr oder weniger wohl fühlen (s. Kap. 2.2). Und Gesundheit wird als *dynamischer biopsychologischer Prozess* verstanden, der täglich von einem aktiven Individuum, das über Regulations-, Adaptionen- und Bewältigungsmechanismen verfügt, hergestellt werden muss (vgl. WHO 1986; Antonovsky 1997).

Als konsensfähig wird die Definition von Hurrelmann und Richter (2013, S. 147) angesehen. Danach bezeichnet Gesundheit „den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. 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.“ Franke (2012) ergänzt, dass sich Menschen bezogen auf das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in ihrer Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung sowie ihrer Selbstverwirklichung unterscheiden.

Auch bei der Definition von Hurrelmann und Richter (2013) bleibt offen, was unter Wohlbefinden zu verstehen ist und wie dieses gemessen werden kann.

Es kann zwischen dem objektiven und subjektiven Wohlbefinden unterschieden werden. Objektives Wohlbefinden bezieht sich auf die ökonomischen, ökologischen und sozialen Rahmenbedingungen einer Gesellschaft und die Chancen von Menschen auf einen gerechten Zugang zu Lebensbedingungen (z. B. Bildung, Bürgerbeteiligung, Sicherheit, Umwelt, Politikgestaltung u. a.). Dies beeinflusst das subjektive Wohlbefinden von Menschen, d. h. die individuelle Zufriedenheit mit bestimmten Lebensbereichen (z. B. Beruf).

Die WHO (2015) hat sich im Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für die Europäische Region zum Ziel gesetzt, die Begriffe „Wohlbefinden“ für das Individuum und „Wohlergehen“ für die Bevölkerung zu definieren, einen Indikatorenkatalog dazu zu erarbeiten und auch die Fortschritte bei der Förderung des Wohlbefindens bzw. Wohlergehens zu dokumentieren.

Die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden muss laut WHO einerseits auf ein gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln und andererseits auf praxisorientierte Handlungskonzepte und Interventionen fokussieren (vgl. WHO 2013). Die letzten Jahren zeigten, dass weltweite Gesundheitsfragen und -herausforderungen eine über Sektor- und Ländergrenzen hinausgehende Gesundheitspolitik erfordert. *Ziele für eine Globale Gesundheitspolitik* werden in der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung (The 2030 Agenda for Sustainable Development) festgeschrieben und der Generaldirektor der WHO Tedros Adhanom Ghebreyesus formuliert auf dem Weltgesundheitskongress 2022: „Taking global health to a new level means we need a new global agreement based on a common vision, a new global health architecture that is coherent and inclusive, and a new global approach that prioritizes promoting health and preventing disease, rather than only treating the sick.“ (World Health Summit 2022).

### **Kurz zusammengefasst**



In der Definition von Hurrelmann und Richter (2013) wird deutlich, dass Menschen ihre Gesundheit kontinuierlich aktiv herstellen, indem sie innere und äußere Anforderungen zu bewältigen und in Einklang zu bringen versuchen. Die individuelle (Bewältigungs-)Leistung des Individuums, d. h. auch der Einsatz von Ressourcen angesichts von Risiken, in einem gegebenen gesellschaftlichen und sozio-ökonomischen Kontext, wird betont. Damit werden sowohl eine positive Sichtweise auf Gesundheit (Wohlbefinden und Lebensfreude) präsentiert als auch die interagierenden inneren und äußeren Bedingungsfaktoren zur Herstellung und Aufrechterhaltung dieser beschrieben. Ziele der WHO zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden von Bevölkerungen beziehen sich einerseits auf ein gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln und andererseits auf Handlungskonzepte und praxisorientierte Interventionen (vgl. WHO 2013). Darüber hinaus müssen Gesellschaften auf globale Gesundheitsfragen und -herausforderungen reagieren und eine „Globale Gesundheitspolitik“ gestalten.

### **Fallbeispiel**



Um Frau N.s Verortung auf dem Gesundheit-Krankheits-Kontinuum einschätzen zu können, müssen verschiedene Punkte analysiert werden: Das körperliche Wohlbefinden wird von Frau N. wahrscheinlich durch die Teilnahme am Rehabilitationssport, die zu einer höheren Fitness führen und eine Gewichtreduktion unterstützen kann, als positiv wahrgenommen. Auch wenn das Rauchen und der Alkoholkonsum (abhängig von der Trinkmenge) gesundheitsschädigend sind, stellen sie aktuell eine Bewältigungsstrategie von Frau N. dar. Geistig-seelisch fühlt sich Frau N. für die Kinder alleinverantwortlich und sie kann sich einen weiteren Herzinfarkt „nicht leisten“, was die subjektive Belastung und den erlebten Stress auf hohem Niveau halten kann. Durch den Rehasport in der Gruppe kann sie mit anderen Betroffenen ins Gespräch kommen. Insgesamt fehlt ihr ein sozialer Ausgleich, z. B. ein Austausch mit anderen Eltern und daraus resultierende mögliche Entlastungsangebote. Hinzu kommt, dass Frau N. sich nur eingeschränkt psychisch und sozial in Einklang mit ihren Möglichkeiten und den gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet: so hat sie eine Berufsausbildung aufgrund familiärer Anforderungen beenden müssen. Ihre Chancen auf Nutzung ihres Potenzials (z. B. Bildung, Bürgerbeteiligung, u. a.) sind begrenzt. Folglich liegen für Frau N. derzeit mehr Risiken als Ressourcen vor, sodass sie innere (körperliche und psychische) und auch äußere (soziale und materielle) Anforderungen nur begrenzt ausgleichen kann. Daher wird Frau N. eher auf dem Krankheitspol des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums verortet (s. Kap. 2.2 zur Salutogenese).



### Anregungen zur (Selbst-)Reflexion

- Welche weiteren Ressourcen und Risiken können Sie für Frau N. identifizieren?
- Inwiefern können sich die Rollenerfüllung und Selbstverwirklichung von Frau N. durch ihre Krankheit verändern?



### Praxistipp

In Gesprächen sollte neben der Erfassung von Krankheits- und allgemeinen Belastungen der Blick auf Ressourcen gelegt werden, um gemeinsam Ansatzpunkte für (Verhaltens- und/oder Lebens-)Veränderungen zu erkunden.

## 1.2 Definition von Krankheit

Eine *allgemeingültige Definition von Krankheit liegt nicht vor* (vgl. Scheidt-Nave 2010), zumal einigen wissenschaftlichen Konzepten zufolge Störungen, wie *Krankheiten, Bestandteil des Lebens*, somit des Alltags, sind (vgl. Antonovsky 1997).

Begriffe wie Krankheit, Erkrankung und Kranksein werden *synonym* verwendet. Im Pschyrembel online (2020) wird Krankheit als „Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen und/oder objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen oder seelischen Veränderungen“ definiert. Diese Störungen basieren auf strukturellen Veränderungen von Zellen und Gewebe. Alle für eine Krankheit typischen Erscheinungen kennzeichnen das Krankheitsbild (Entität), das in mehr oder weniger variablen Erscheinungsformen auftreten kann. Nach Franke (2012) kennzeichnen sich Krankheiten durch das „Vorhandensein von objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen und/oder seelischen Störungen“, eine „Störung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens, eine Einschränkung von Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung“ (S. 64) sowie eine notwendige medizinische und soziale Betreuung.

Eine einheitliche, allgemein anerkannte Definition von Krankheit ist auch deswegen schwierig, weil *unterschiedliche historische, soziokulturelle und juristische Auffassungen von Gesundheit und Krankheit* existieren (vgl. Fangerau/Franzkowiak 2022).

*Historisch* betrachtet verändern sich in verschiedenen Epochen Blickweisen auf ein und dasselbe Geschehen: Während in früheren Zeiten das „Gewichtigsein“ (Übergewicht und Adipositas) als erstrebenswert galt und den Reichtum der Person abbildete, gilt es heute als Risikofaktor und eine Adipositas als Krankheit (s. Code: E66, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICD-10 GM, vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, BfArM 2022).

Auch *soziokulturelle Aspekte* spielen eine Rolle. So betrachten Sozialwissenschaftler:innen „Gesundheit und Krankheit als sozial strukturierte subjektive Wirklichkeiten“ (Naidoo/Wills 2019, S. 35). Dies wird besonders deutlich, wenn die subjektive Erfahrung des Krankseins sich von der objektiven Krankheitsdiagnose unterscheidet. Hinzu kommt, dass in verschiedenen Kulturen Begrifflichkeiten für z. B. in Deutschland und weiteren Ländern bestehende Störungsbilder (z. B. Angststörungen) fehlen (und umgekehrt) oder Erklärungen zur Entstehung von Beschwerden soziokulturell begründet sind (z. B. der „böse Blick“).

In Deutschland wird von einem *praktisch-normativen Begriff* ausgegangen: Es wird eine Norm des Funktionierens oder Verhaltens zugrunde gelegt und das, was außerhalb der Norm liegt, wird als „krankhaft“ definiert. Dies drückt sich auch in der Definition des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 21. März 1958 aus: „Krankheit ist jede Störung der normalen Beschaffenheit oder der normalen Tätigkeit des Körpers, die geheilt, d. h. beseitigt oder gelindert werden kann.“ Auch im fünften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V, §§ 27 ff.), in dem Aufgaben und Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung beschrieben werden, wird auf eine inhaltliche Definition von Krankheit verzichtet und nach Fangerau und Franzkowiak (2022) kommt es „auf die Krankheitsursache [...] für das Vorliegen eines Versicherungsfalles nach SGB V nicht an“ (o. S.).

Weitere Versuche, den Begriff der Krankheit einzugrenzen und verschiedene Krankheiten voneinander abzugrenzen, sind *Beschreibungen von abgrenzbaren, pathologischen Einheiten* (Entitäten) mit dem Ziel einer *systematischen Einteilung von Krankheiten* (Nosologie, Krankheitslehre), die in *Klassifikationssystemen* (z. B. ICD, BfArM 2022) gesammelt werden.

Mit Krankheiten gehen in der Regel Beschwerden und Symptome einher. Liegen mehrere spezifische Beschwerden und Symptome vor, die überzufällig häufig gemeinsam auftreten, wird von einem *Syndrom* gesprochen. Überzufällig häufig gemeinsam auftretende Beschwerden können bspw. eine gedrückte Stimmung, ein Interessenverlust und Freudlosigkeit sowie eine Verminderung des Antriebs (u. a.) sein und hiermit kann das Syndrom der Depression beschrieben werden. Gleichzeitig müssen *weitere Ein- und Ausschlusskriterien* bei der Diagnostik einbezogen werden, die dann auch Aussagen über den Schweregrad der Störung zulassen. In der Regel liegt *Krankheiten eine Ätiologie (Ursache)* zugrunde und eine *gemeinsame Pathogenese* (Lehre von der Entstehung und Entwicklung von Krankheiten).

Weitere Unterscheidungsmerkmale von Krankheiten sind deren Beginn und Verlauf. Es wird zwischen einem *akuten* (plötzlicher Beginn, z. B. gripptaler Infekt), einem *subakuten* (allmählicher Beginn, z. B. Hepatitis B), einem *chronischen* (langanhaltender Verlauf, z. B. Multiple Sklerose) und einem chronisch rezidivierenden (immer wieder auftretend, z. B. chronische Bronchitis) *zeitlichen Verlauf* unterschieden (Fangerau/Franzkowiak 2022).

*Chronische Krankheiten* sind in der Regel lang *andauernde Krankheiten*, bei denen Beschwerden und Symptome *mindestens sechs Monate oder länger* (Erkrankungsdauer) vorliegen und bei denen eine „vollständige *Heilung in der Regel nicht erreicht* werden kann“ (Krämer/Bengel 2020, S. 32). Der Erkrankungsbeginn tritt oftmals schleichend ein und entwickelt sich über Jahre. Die Pathogenese kann unbekannt bzw. der Einfluss einzelner Faktoren ungeklärt sein. Sie sind zumeist *multifaktoriell* bedingt und der *Krankheitsverlauf* kann sehr *variabel* sein. Zudem können unterschiedliche Bereiche des Körpers betroffen sein: zum Beispiel das Herz (z. B. koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz), die Lunge (z. B. Asthma, chronisch obstruktive Lungenkrankheit) oder die Gelenke (z. B. Arthrose, Arthritis) (u. a.). Die Bandbreite reicht auch über spezifische Organe hinaus, zum Beispiel bei Stoffwechselstörungen (z. B. Diabetes), Krebserkrankungen, psychischen Störungen oder den unterschiedlichen Seltenen Erkrankungen (vgl. Güthlin/Köhler/Dieckelmann 2020).

Mit chronischen Krankheiten geht zumeist eine *wiederkehrend erhöhte Inanspruchnahme* von Leistungen des *Gesundheitssystems* bei einem kontinuierlichen medizinischen Versorgungs-, Betreuungs- und Pflegebedarf einher. Die (kurativen) Behandlungsmöglichkeiten sind begrenzt, es können eine symptomatische Therapie und/oder Palliativtherapie im Vordergrund stehen. Mit chronischen Krankheiten gehen bedeutsame soziale, psychologische und ökonomische Konsequenzen für die Betroffenen einher, was sich auf Teilhabe am täglichen Leben auswirken kann (vgl. ebd.).



### **Kurz zusammengefasst**

Gesundheitsbeschwerden und auch Krankheiten werden als Bestandteil des alltäglichen Lebens aufgefasst; es werden akute und chronische Erkrankungen unterschieden. Begriffe wie Krankheiten und Erkrankungen werden synonym verwendet. Die Vielzahl von unterschiedlichen chronischen Krankheiten erschwert eine einheitliche Definition. Sie umfassen verschiedene medizinische Krankheitsbilder (z. B. chronische Krankheiten von Organsystemen, psychische Störungen etc.), die sich unter anderem durch Beginn, Dauer und Verlauf sowie die Schwere der Symptomatik unterscheiden. Sie sind in der Regel nicht heilbar und daher häufig mit bedeutsamen Belastungen verbunden, von der Krankheit selbst resultierend, aber auch mit den diagnostischen und medizinischen Behandlungsmaßnahmen einhergehend. Häufig ist eine erhöhte Inanspruchnahme von Diensten des Gesundheitssystems erforderlich und die Teilhabe von Betroffenen, zum Beispiel in Familie, persönlichem Umfeld, Beruf, kulturell-sportlichen Aktivitäten und Gesellschaft, ist eingeschränkt.



### **Anregung zur (Selbst-)Reflexion**

- Naidoo/Wills (2019) beschreiben, dass Menschen, die chronisch krank werden, die Erfahrung machen, dass ihre Gesundheit verloren geht bzw. gegen-

gen ist. Welche subjektiven Verlusterfahrungen, die im Zusammenhang mit ihrer Gesundheit stehen, können für Frau N. genannt werden?

### 1.3 Epidemiologische Daten zu chronischen Krankheiten

Insgesamt werden nach der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (GEDA-Studie) des Robert-Koch-Instituts von *Frauen häufiger chronische Krankheiten* oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem von mehr als sechs Monaten (51,9%) berichtet als von Männern (46,4%) (vgl. Heidemann et al. 2021). Mit zunehmendem Alter gleichen sich die Geschlechtsunterschiede an, wie Abbildung 1.1 zu entnehmen ist.

Im jüngeren Alter geben mehr Frauen als Männer eine chronische Krankheit an und bei Frauen ist fast und bei Männern mehr als eine Verdopplung der Prävalenzzahlen im Alter von mindestens 65 Jahren zu sehen. Auch die berichteten gesundheitlichen Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten über die Dauer von mindestens sechs Monaten *nehmen mit dem Alter zu*. Über alle Altersgruppen sind im Mittel 35,5 Prozent der Frauen und weniger als ein Drittel (31%) der Männer betroffen (vgl. Heidemann et al. 2021).

Die beiden Studien zur gesundheitlichen Lage von Erwachsenen in Deutschland der Jahre 2012 (RKI 2014a) und 2019/2020 (Heidemann et al. 2021) weisen auf eine *deutliche Zunahme der chronischen Krankheiten* bei

Abbildung 1.1: Prozentualer Anteil jüngerer und älterer Frauen und Männer, die sich als chronisch krank bezeichnen (eigene Darstellung) (vgl. Heidemann et al. 2021)

