



Maria Miller (Autor)

Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitshandeln

Eine empirische Erhebung bei Mitarbeiterinnen und
Mitarbeitern eines Automobilkonzerns

Herausgeber: Prof. Dr. Kai Peter Birke

ENERGIE & NACHHALTIGKEIT
Elektromobilität & Batterietechnologie

Maria Weichenrieder

**Gesundheitsvorstellungen und
Gesundheitshandeln**
Eine empirische Erhebung bei Mitarbeiterinnen und
Mitarbeitern eines Automobilkonzerns

Elektrische
Energiespeichersysteme



Nachhaltige
CO₂-Kreisläufe



Elektromobilität &
Batterietechnologie



Cuvillier Verlag Göttingen
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag

<https://cuvillier.de/de/shop/publications/8861>

Copyright:

Cuvillier Verlag, Inhaberin Annette Jentsch-Cuvillier, Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen,
Germany

Telefon: +49 (0)551 54724-0, E-Mail: info@cuvillier.de, Website: <https://cuvillier.de>

1 Einleitung

Der Mann, der zu beschäftigt ist, sich um seine Gesundheit zu kümmern, ist wie ein Handwerker, der keine Zeit hat, seine Werkzeuge zu pflegen.

(Zitat aus Spanien)

In modernen Gesellschaften wird Gesundheit als hoher Wert und erstrebenswerter Zustand angesehen. Dies zeigt sich auch an der zunehmenden Kommerzialisierung von Gesundheit. Aufgrund der verstärkten Präsenz von Medien und Fernsehen sowie insbesondere dem Internet ist es kaum möglich, sich den vielen Gesundheitsappellen und Gesundheitsangeboten, beispielsweise zu den Themen Ernährung, Fitness, Wellness, oder auch Naturmedizin, zu entziehen. Darüber hinaus findet der interessierte Internetnutzer etliche Gesundheitsforen und Gesundheitsselftests, in denen er sich informieren und sich mit seinesgleichen oder auch Experten zu Gesundheitsfragen austauschen kann. Diese vielfach und als so ersterbenswert proklamierte und von Vielen emotional so positiv besetzte, ja beinahe „geliebte“ *Gesundheit* konkurriert allerdings gleichzeitig mit anderen Werten der westlichen Wohlstandsgesellschaft wie etwa dem Wunsch nach Genuss und Müßiggang oder der Erlebnisorientierung und sogar der Risikofreudigkeit. Diese anderen, hedonistisch gefärbten Werte beeinflussen in nicht geringem Maße den Lebensstil des Einzelnen. Doch dieser damit verbundene Lebensstil ist häufig eine bedeutsame Ursache für die vorherrschenden Krankheiten des 21. Jahrhunderts, insbesondere die chronischen und degenerativen Erkrankungen. Für die Bewältigung dieser Art von Erkrankungen reicht aber unser etabliertes, dominant kurativ ausgerichtetes Gesundheitssystem in Deutschland nicht mehr aus; denn kurative Behandlungen können derartige Erkrankungen (z.B. Herz- und Gefäßerkrankungen, Lungenkrebs) nicht rückgängig machen oder ihr Fortschreiten aufhalten. Nicht zuletzt aufgrund solcher gesellschaftlichen Entwicklungen der Entstehung und der Versorgung von Krankheiten wurde von der World Health Organization (WHO) in den letzten zwei Jahrzehnten ein neues Vorgehen gefordert, welches sich prononciert und vorrangig mit dem Erhalt und der generellen sowie multidimensionalen Förderung der Gesundheit beschäftigt mit dem ausdrücklich erklärten Ziel, gerade den Zivilisationskrankheiten keine Chance zu geben und jedem Menschen ein möglichst gesundes Leben zu ermöglichen. Damit waren die Weichen für ein Konzept der so genannten *Gesundheitsförderung* gestellt. Dieser Ansatz sollte an vielen Orten, Einrichtungen und Knotenpunkten in der Gesellschaft, so beispielsweise sehr gezielt in Schulen oder auch in Betrieben, Anwendung finden. Speziell für die Betriebe ist der in der Ottawa-Charta von 1986 breit entfaltete und systematisch grundgelegte Ansatz der WHO zur Gesundheitsförderung besonders bedeutend, da gerade in betrieblichen Einrichtungen der Lebensstil und die gesundheitliche Verfassung des Einzelnen mit den Arbeitsbedingungen verbunden sind und Menschen einen großen Teil ihrer Lebenszeit in der Arbeit verbringen und dort positiven wie negativen Einflüssen auf die eigene Gesundheit ausgesetzt sind.

Dank der positiven Entwicklung und Etablierung der Arbeitsmedizin in Betrieben konnte bereits viel zur Verhütung von Arbeitsunfällen und zum Rückgang von Berufskrankheiten unternommen werden und damit auch ein bedeutsamer Beitrag zur Vorbeugung negativer Einflüsse in der Arbeit geleistet werden. Allerdings zeigt sich bei einer Betrachtung der Diagnosen für krankheitsbedingte Fehltagel in der Arbeit, dass es die psychischen Erkrankungen sind, die in den letzten Jahren stetig zunehmen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2005). Zu beobachten ist dabei in der Arbeitswelt eine Verschiebung des Belastungsspektrums von physischen sowie physikalischen und chemischen Belastungen hin zu psychosozialen Belastungen. Zurückgeführt wird diese Verschiebung in der wissenschaftlichen Literatur auf grundlegende Veränderungen in der Arbeitswelt selbst. Diskutiert werden dabei neben Globalisierungsprozessen, die zu rasant beschleunigten Veränderungen am Markt sowie zu einem stetig steigenden Effizienz- und Wettbewerbsdruck führen, auch der technische und der demographische Wandel. Fest steht, dass immer mehr Arbeitnehmer über zunehmende Belastungen am Arbeitsplatz berichten. Waren es im Jahr 2009 noch 60% der Arbeitnehmer in Deutschland, die sich durch ihre Arbeitsplatzbedingungen belastet fühlten, so sind es 2011 bereits 84% der Arbeitnehmer in Deutschland (Fürstenberg Institut, 2010; 2011). Ergebnisse des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen (2008) deuten an, dass berufliche Belastungen auch stark mit der Berufsgruppen- und Branchenzugehörigkeit variieren können.

Doch wie begegnet die wissenschaftliche und an Anwendung interessierte Forschung diesen Veränderungen?

Die bisherige Forschung zu den Auswirkungen von Arbeit und Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit der Arbeitenden erfolgt allein aus einer Perspektive von Experten und kaum aus Laiensicht. Wie bereits angedeutet wird zum einen aus einer arbeitsmedizinischen Sicht versucht, mögliche Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz zu minimieren und zu eliminieren. Zum anderen gibt es seit den 1980er Jahren vermehrt Forschungsarbeiten ausgerichtet an stresstheoretischen und arbeitspsychologischen Modellen, die sich sowohl mit den Auswirkungen von Arbeit auf die Gesundheit als auch mit der Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeit beschäftigt. Bei diesen Modellen wird zentral davon ausgegangen, dass Umwelt- und Situationsbedingungen das Individuum entscheidend beeinflussen, ja der Einzelne dadurch gleichsam determiniert wird. Unstrittig ist: durch arbeitsmedizinische Analysen und durch arbeitspsychologische Modellforschung werden vertiefte Kenntnisse über die Mechanismen des Zusammenspiels von Arbeit und Gesundheit gewonnen. Aber genauso bedeutsam ist: für eine effiziente und effektive Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung darf die alltäglich subjektiv von Mitarbeitern erlebte Realität im betrieblichen Arbeiten und deren ganz eigene Wahrnehmungen, Einstellungen und Annahmen vom Zusammenspiel von Arbeit und persönlicher Gesundheit nicht weiter außer Acht gelassen werden, sondern muss zusätzlich in die Forschungsprozesse miteinbezogen werden.

Mit der Einführung von betrieblicher Gesundheitsförderung keimte in Theorie wie Praxis die Hoffnung auf, dass durch eine Einbeziehung der Mitarbeiter in die Planung und Durchführung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen noch vorhandene Lücken in der Forschung geschlossen werden könnten und betriebliche Gesundheitsförderung eine weit verbreitete und umfangreiche Praxis wird. Tatsache ist aber, dass sich bisher lediglich 15% der deutschen mittleren und großen Unternehmen um betriebliche Gesundheitsförderung bemühen. Und selbst wenn betriebliche Gesundheitsförderung im Unternehmen etabliert ist, finden sich noch viele Defizite bei der Durchführung sowie ein einseitig an verhaltensorientierten Maßnahmen ausgerichtetes Angebot (Ducki, 2003; Lenhardt, 2007). Dieses Angebot wird offensichtlich hauptsächlich von denjenigen in Anspruch genommen, die bereits über ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein und gutes Gesundheitsverhalten verfügen. Zusätzlich lässt sich feststellen, dass auch bei der betrieblichen Gesundheitsförderung die Mitarbeiter nicht in ihrer subjektiven Realität des Arbeitsalltags abgeholt werden und ihre individuelle motivationale Lage und ihr Empfinden von Belastungen und Auswirkungen der Arbeitsbedingungen weitestgehend vernachlässigt werden.

Um diese genannten Defizite zu schließen, muss einerseits Wissen über die Sicht der Mitarbeiter zum Verhältnis von Gesundheit und Arbeit und andererseits Wissen zu den allgemeinen individuellen subjektiven Vorstellungen zu Gesundheit generiert werden. Denn eine nachhaltige betriebliche Gesundheitsförderung ist auf Kenntnisse über die Gesundheitsvorstellungen, die Veränderungsbereitschaft und über die Ausprägung der Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter angewiesen. Sonst läuft sie Gefahr bei einer alleinigen Fokussierung der Analysen und der Zielsetzung aus Expertensicht zu einem top down gesteuerten Gesundheitsmanagement ohne Belegschaftsbeteiligung zu werden.

Der derzeitige Forschungsstand berücksichtigt diese Aspekte zu wenig. Daher nimmt sich die vorliegende Arbeit ganz gezielt neben der modellbasierten Forschung auch der spezifisch subjektorientierten Forschung an. Die vorliegende Studie widmet sich deshalb folgenden Forschungsleitfragen:

Welche allgemeinen Einstellungen und subjektiven Sichtweisen besitzen Erwerbstätige bezüglich der eigenen Gesundheit und dem gesundheitsförderlichem Verhalten? Erleben Mitarbeiter betriebliche Beeinträchtigungen und Einflüsse für Ihre Gesundheit am Arbeitsplatz? Welche betrieblichen Beeinträchtigungen und Einflüsse werden wahrgenommen?

Gibt es Verbindungen der individuellen und motivationalen Lage der Mitarbeiter zum gesundheitsförderlichen und -schädigendem Verhalten? Unterscheiden sich verschiedene Berufs- und Unternehmensgruppen bezüglich der gestellten Fragen?

Zur Beantwortung dieser Fragen muss auch ein entsprechendes Forschungsprogramm entwickelt werden. Dieses lässt sich für die vorliegende Arbeit folgendermaßen skizzieren: Um entschieden und nachhaltig Beeinträchtigungen mit belastender oder gar negativer Auswirkung auf die Mitarbeitergesundheit am Arbeitsplatz zu reduzieren und eine langfristig wirksame Etablierung

gesundheitsförderlicher Arbeit in Betrieben zu unterstützen, müssen die Mitarbeiter mit ihren erlebten Belastungen am Arbeitsplatz und ihren damit einhergehenden Einstellungen und Überzeugungen zur persönlichen und unternehmerischen Beeinflussung von Gesundheit gezielt in gesundheitsförderliche Vorhaben integriert werden. Dieses Anliegen sollte einen wichtigen Stellenwert in der zukünftigen betrieblichen Gesundheitspolitik haben, wenn sie das Wohlergehen der Mitarbeiter als Grundlage von Arbeits- und Leistungsfähigkeit fördern möchte. Eine wirkungsvolle Einbeziehung der Mitarbeiter mit ihren Belangen und individuellen Glaubenssätzen kann aber nur dann mit Aussicht auf Erfolg gelingen, wenn auch dem subjektiven Erleben der Mitarbeiter angemessene Beachtung geschenkt wird. Das subjektive Erleben, also die psychische Realität des Einzelnen, ist erheblich mit ausschlaggebend für das Wohlbefinden und ein gesundheitsrelevantes Verhalten. Für die Forschung folgt daraus: Ziel führend ist hier nur, die Befunde aus Expertensicht der Hauptakteure eines betrieblichen Gesundheitsmanagements (z.B. Arbeitsmediziner, Arbeitsschutzbeauftragte etc.) um Ergebnisse aus einer so genannten „*Laiensicht*“, also aus der Perspektive der Mitarbeiter, zu ergänzen. Dazu bietet sich aus dem Repertoire der sozialwissenschaftlichen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung der Ansatz der so genannten *subjektorientierten Forschung* an, die komplexe Gesundheitsvorstellungen des Laien in den Mittelpunkt des Forschens rückt und die den Einzelnen als selbstaktives und kompetentes Subjekt sowie als (Mit-)Gestalter seines Lebens und seiner Gesundheit sieht und demgemäß auch berücksichtigt (Belz-Merk, 1995; Bengel, 1993; Faltermeier, 1994; Flick, 1998). Dieser Forschungsansatz wird derzeit hauptsächlich zur Erforschung subjektiver Theorien von Erkrankten angewandt und nur vereinzelt in kleinen Studien auf den Arbeitskontext mit Gesunden übertragen. Innovativ soll er dennoch hier in das Forschungssetting zur betrieblichen Gesundheitsförderung eingebunden werden.

Eine Studie, die solche komplexen Vorstellungen abbilden möchte, muss aber dennoch den Bogen zwischen einer rein subjektorientierten explorativen Forschung und den bereits bestehenden Erkenntnissen über bedingungsanalytisch gewonnenes Wissen zum Verhältnis von Arbeit und Gesundheit spannen können. Daher muss der subjektorientierte Forschungsansatz um die expertenbasierte sozialkognitive Modellforschungsexpertise zum Verhältnis von Einstellung und Verhalten ergänzt werden. Dazu liegen eine Reihe erprobter Theorien und Modelle vor: beispielsweise die sozialkognitive Theorie von Bandura (1977), die Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen (1991), das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns von Schwarzer (1992) sowie das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung von Prochaska (1992).

Beide Forschungskonzepte, der zuerst kurz beschriebene subjektive und der zuletzt angesprochene modellbasierte Ansatz, existieren bisher parallel und in Konkurrenz zu einander. Um Defizite und Potenziale der Forschungstraditionen besser einschätzen zu können, wird in der vorliegenden Studie eine Verknüpfung beider angestrebt. Dadurch sollen sowohl Erkenntnisse zu den subjektiven Sichtweisen als auch bedingungsanalytisches Wissen in ihrer Verbindung zu und ihrer Bedeutung für gesundheitsförderliches und gesundheitsschädigendes Verhalten der

Mitarbeiter sichtbar werden. Somit will die Studie in neuer, eigenständiger Weise eine Integration beider vornehmen, um sowohl den Mangel an Erkenntnissen zu subjektiven Vorstellungen von Mitarbeitern über das Zusammenspiel von Arbeit und eigener Gesundheit zu schließen, als auch diese gleichzeitig in Beziehung zu aktuellem expertenbasierten Wissen setzen zu können.

Damit sei hier das Forschungsprogramm der vorliegenden Arbeit skizziert. Die sowohl explorative, als auch bedingungsanalytische Analyse der subjektiven Sichtweisen ist demnach eine elementare Voraussetzung für eine den Bedarfen aller Betroffenen angemessene und von ihnen akzeptierbare sowie eine insgesamt nachhaltige betriebliche Gesundheitspolitik, welche die rasanten Veränderungen der modernen Arbeitswelt berücksichtigen kann. Zum einen will die vorliegende Arbeit mit ihrem Forschungsansatz einen wichtigen Beitrag für die Erhebung von Erkenntnissen zu subjektiven Vorstellungen Erwerbstätiger über das Zusammenspiel von Arbeit und eigener Gesundheit sowie für die Generierung diesbezüglich neuer wissenschaftlicher Forschungsfragen leisten. Zum anderen werden praktische Empfehlungen für die Verbesserung und Optimierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im betrieblichen Kontext abgeleitet bzw. vorgeschlagen. Daraus könnten sich auch Perspektiven ergeben, wie der aktuellen Entwicklung der Zunahme psychischer Erkrankungen durch passende Angebote betrieblicher Gesundheitsförderung entgegengewirkt werden kann.

Die Bearbeitung des Forschungsprogramms erfolgt in aufeinander aufbauenden Abschnitten und gliedert somit die vorliegende Arbeit in zehn Kapitel. Dabei sind das zweite, dritte und vierte Kapitel dem theoretischen Teil der Arbeit gewidmet. Im **zweiten Kapitel** werden grundlegende wissenschaftliche Theorien und Modelle bezüglich aktueller gesellschaftlicher und fachlicher Entwicklungen zu Gesundheit und Krankheit reflektiert und die Auswirkungen von Arbeit auf Gesundheit beleuchtet. Ergänzend wird das Thema Gesundheit und Arbeit in den Praxisbezug der betrieblichen Gesundheitsförderung gestellt. Das **dritte Kapitel** beschäftigt sich in zwei unterschiedlichen Forschungszugängen mit der theoretischen und empirischen Konstruktion von Gesundheit und Gesundheitsverhalten. Der erste Zugang führt über die Erfassung komplexer zusammenhängender Denk- und Wissenssysteme, der zweite über die Anwendung von sozial-kognitiven Gesundheitsverhaltensmodellen. Für beide werden zentrale Modelle und Konzepte ausführlich erläutert und in ihren Funktionen und Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten beschrieben. Das **vierte Kapitel** beschließt die theoretischen Abhandlungen mit der Perspektive der Integration einerseits von Laienwissen mit Expertenwissen und andererseits von subjektorientierter Forschung mit modellbasierter Forschung.

In **Kapitel fünf** werden die eigenen Forschungsfragen abgeleitet und der Kontext der Untersuchung, das Unternehmen AUDI AG und die betriebliche Gesundheitsförderung der AUDI AG dargelegt. Daran anschließend wird im **sechsten Kapitel** die gewählte methodische Vorgehensweise begründet und entfaltet. Dazu gehört die Beschreibung des Untersuchungsdesigns und der Stichprobe, der gewählten Variablen, der Datenerhebung, der Datenauswertung und des Rück-

laufs. Im **Kapitel sieben** wird die Stichprobe anhand demographischer Daten, der beruflichen Situation und der gesundheitlichen Befindlichkeit beschrieben.

Das **achte Kapitel** enthält die Ergebnisse der Untersuchung. Hier werden die Befunde zu den subjektiven Gesundheitsvorstellungen der Mitarbeiter, zu den Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen und zu den Zusammenhängen von Gesundheitsvorstellungen und Gesundheits- bzw. Risikoverhaltensweisen referiert.

Im vorletzten **neunten Kapitel** werden sowohl die gesamte Studie, als auch die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt, und mit Rückbezug auf die Ausgangsfragestellungen und den aufgezeigten Forschungshintergrund in den theoretischen Kapiteln diskutiert. Das abschließende **Kapitel zehn** beinhaltet Empfehlungen für die Gestaltung zukünftiger betrieblicher Gesundheitsförderung und mündet in die Formulierung von neuen inhaltlichen und methodischen Erfordernissen für weiterführende künftige Forschungen zum Thema.

2 Gesundheit und Arbeit

Zunächst werden im ersten theoretischen Kapitel grundlegende wissenschaftliche Theorien und Modelle sowie aktuelle Entwicklungen zu Gesundheit und Krankheit reflektiert (Kap. 2.1). Danach werden verschiedene Auswirkungen von Arbeit auf die Gesundheit beleuchtet (Kap. 2.2). Abschließend wird das Thema Gesundheit und Arbeit in den Praxisbezug der betrieblichen Gesundheitsförderung gestellt (Kap. 2.3).

2.1 Gesundheit und Krankheit - eine theoretische Reflexion

Gesundheit erleben die Menschen von den Göttern. Dass es aber auch in ihrer Hand liegt, diese zu erhalten, daran denken sie nicht.

(Demokrit , 460-370 v. Chr.)

Das Verständnis der Begriffe *Gesundheit* und *Krankheit* ist einem laufenden Wandel ausgesetzt. Der Umgang mit Krankheiten, die Bekämpfung von Krankheiten und die gesellschaftlichen Bemühungen zur Aufklärung von Krankheiten haben sich in Laufe verschiedenster Epochen der Menschheit gewandelt und ändern sich bis heute. Die historischen Wurzeln unserer heutigen wissenschaftlichen Theorien zu den Phänomenen Gesundheit und Krankheit können demnach weit zurückverfolgt werden (Göckenjan, 1985). Auch ändern sich die vorherrschenden Krankheiten über die Zeit hinweg. Es vollzog sich beispielsweise im Zeitraum des 19. bis Anfang des 20. Jahrhunderts ein großer Wandel des dominierenden Krankheitsspektrums. Nach der Zeit der Industrialisierung wurden Infektionskrankheiten in allen modernen Industrienationen immer seltener. Krankheiten wie Cholera, Tuberkulose oder auch Typhus verschwanden langsam von der Bildfläche. An erster Stelle war dies auf die Verbesserung der Lebensverhältnisse zurückzuführen (MacKeown, 1982). An zweiter Stelle war dies auch durch die Fortschritte der Medizin, beispielsweise die Entwicklung von Impfstoffen, mitbedingt. Die Berufsgruppe der Ärzte entwickelte sich zu einer der wichtigsten und gesellschaftlich angesehensten Berufsgruppe zur Heilung der Menschen. Es etablierte sich ein kuratives System zur Heilung von Krankheiten durch die Medizin. Doch das Krankheitsspektrum ändert sich weiter. Heute dominieren in den modernen Industrieländern chronische und degenerative Erkrankungen. Diese können aufgrund ihrer stetigen Verschlechterung zu stärkeren gesundheitlichen Einschränkungen führen und sind von der naturwissenschaftlichen Medizin nur selten aufzuhalten (Hurrelmann, 2007). Dazu gehören Krankheiten wie Herz-, Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen, Allergien, rheumatische Erkrankungen, chronische Bronchitis und viele andere. Die meisten dieser Krankheiten, so der Forschungsstand heute, werden mitbedingt durch den Lebensstil und die Lebensbedingungen des modernen Menschen. Dabei spielen neben körperlichen, auch psychische, soziale und ge-

sellschaftliche Ursachen eine Rolle (Faltermaier, 2005a). Außerdem ändern sich die Anforderungen an das Gesundheitssystem durch den demographischen Wandel, der vor allem durch die gestiegene Lebenserwartung der Menschen und den Rückgang an Geburten charakterisiert wird. Der Umfang und das Profil der Leistungen, welche vor allem von älteren Menschen in Anspruch genommen werden, müssen sich diesem Umstand ebenfalls anpassen (Hurrelmann, 2007). Faltermaier (2005a) und viele andere Gesundheitsexperten fragen zu Recht, ob denn die kurative Ausrichtung des Gesundheitssystems angesichts der Dominanz chronisch-degenerativer Erkrankungen noch angemessen ist? Da die Medizin sich nur auf die Heilung bestehender Krankheiten konzentrierte, entwickelte sich eine notwendige Beschäftigung mit dem Thema Gesundheit und Gesunderhaltung. Die (WHO World Health Organization, 1946) setzte hier sehr früh im 20. Jahrhundert ein erstes Zeichen, indem sie Gesundheit erstmals positiv definierte. Seither bemüht sie sich um eine stärkere Orientierung an Gesundheit und Gesunderhaltung. Diese Bemühungen existieren parallel zur klassischen Medizin. Doch was beinhalten nun die Begriffe *Gesundheit* und *Krankheit* heute? Gesundheit ist vielen Personen im Alltag zwar nicht bewusst, aber im Vergleich der Wichtigkeit steht sie ziemlich weit oben in der Werthierarchie (Faltermaier, 2005a). Die Erfahrungen, die Menschen im Laufe ihres Leben mit der eigenen und der Gesundheit wichtiger anderer Menschen machen, sind vielfältig und nehmen mit dem Alter zu. Das Fortschreiten des Alters bringt oftmals viele Einschränkungen mit sich, auch nehmen Multimorbidität und Polyopathie zu. Doch was bedeutet Gesundheit im Alter? Oder Krankheit? Offensichtlich ist das Verständnis von Gesundheit nicht so einfach wie die dichotome Unterscheidung in *gesund* und *krank*. Es gibt viele wissenschaftliche Definitionen von Gesundheit und Krankheit, die aus verschiedenen Disziplinen herrühren. Die Beschränkung auf nur eine Dimension mit den Polen vollständige Gesundheit und extreme Krankheit, wie sie die heutige Medizin nahe legt, ist sicher, wie schon angedeutet, durch die richtungweisende Definition der WHO von 1946, nicht mehr hinreichend.

Bevor unterschiedliche Modelle und Theorien von Krankheit und Gesundheit referiert werden können, sind verschiedene Problematiken anzuführen, die mit einer Abgrenzung von Krankheit zu Gesundheit einhergehen. Für das Auffinden von Krankheiten bedarf es von jeher geeigneter Mittel und Methoden. Mit dem **Fortschritt der technischen Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie** werden immer „neue“ Krankheiten diagnostizierbar. Durch technische Erfindungen, wie Kernspintomographien oder Positronen-Emissionstomographien, nimmt auch das Spektrum möglicher Krankheiten zu. Einerseits leistet dies einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung, andererseits könnte hier auch das Motto ‚Gesund ist nur der, der nur nicht lange genug untersucht wurde‘ zum Thema werden (Franke, 2006). Eine weitere Problematik bei der Beschreibung von Krankheit und Gesundheit ergibt sich durch die **Diskrepanzen zwischen Befund und Befinden**. Das subjektive Empfinden des eigenen Zustandes divergiert oft stark von medizinischen Befunden, vor allem bei älteren Menschen (Gerok & Brandtstädter, 1992). Auch gibt es Personen, die sich trotz fehlender Diagnosen krank fühlen oder aber auch Personen, die sich aufgrund noch nicht gefundener Krankheiten (wie beispielsweise Tumorerkrankungen)

noch gesund fühlen. Des Weiteren richten sich Krankheitswerte nur an den Normabweichungen des durchschnittlichen Vorkommens in der Bevölkerung aus. Das hat eine **Normgebundenheit von Gesundheit und Krankheit** zur Folge. Eine Abweichung der Norm gilt als krank. Dafür sorgen Klassifikationssysteme, wie beispielsweise der ICD-10 (Graubner, 2011). Ob ein Phänomen als Krankheit betrachtet wird, hängt auch von der gesellschaftlichen Wertung ab. Es findet sich eine **Kulturgebundenheit der Beurteilungen**. In verschiedenen Ländern oder über die Zeit hinweg, also aus einer historischen Perspektive heraus betrachtet, verändern sich Krankheiten bzw. sind bekannt oder verschwinden von der Bildfläche. In Deutschland gilt ein niedriger Blutdruck (Hypotonie) als Krankheitswert, in anderen Ländern, wie beispielsweise England, ist dies nicht der Fall. Folgende Beispiele verdeutlichen die historische Perspektive von Krankheiten: Der Alkoholismus gilt beispielsweise erst seit 1968 als Krankheit, die Homosexualität dagegen seit 1973 nicht mehr (Franke, 2006). Eine vorletzte Problematik betrifft die **Funktionalität von Krankheiten**. Deutlich wird diese Funktionalität anhand der Berufskrankheiten. Was für den einen aufgrund seines Berufes ein deutliches Problem darstellt, wäre für einen anderen Arbeitnehmer nicht von gleicher Bedeutung. Beispielsweise stellt eine Mehl- oder Kleieallergie für einen Bäcker ein Problem dar, für einen Schreiner aber nicht. Für einen Schreiner wäre eine Allergie auf Stäube verschiedener Holzarten problematisch (Müsch, 2006). Als letzter Punkt der Abgrenzungsproblematik seien noch **Interessens geleitete Krankheitsdefinitionen** angeführt, die einen ökonomischen Vorteil beispielsweise für Ärzte, Pharmaunternehmen, Schönheitschirurgen oder Apotheken darstellen. Zu nennen wäre in diesem Zusammenhang die Behandlung absteher Ohren, die Behandlung von Cellulite oder auch von Haarausfall. Die angeschnittene Problematik der Abgrenzung von Krankheit und Gesundheit ließe sich noch weiter führen. Sie verdeutlicht, dass eine klare Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit oftmals nicht sinnvoll erscheint. Daher empfiehlt sich eine genauere Betrachtung wissenschaftlicher Ansätze von Gesundheit und Krankheit.

Es werden nun nachfolgend die Grundannahmen der Krankheits- und Gesundheitswissenschaften genauer beschrieben. Im Anschluss daran werden einzelne Theorien und Modelle aus beiden Richtungen expliziert. Es wird dabei kein erschöpfender Überblick gegeben, sondern es werden lediglich wichtige Pfeiler aufgezeigt.

Tabelle 1: Pathogenese und Salutogenese (eigene Darstellung in Anlehnung an Faltermaier, 2005a, S.51f, und Becker, 2001, S.41f)

	Pathogenese	Salutogenese
Dimensionalisierung des Krankheits- bzw. Gesundheitskonzeptes	Dichotome Konzeptualisierung: Menschen sind entweder gesund oder krank	Multidimensionales Kontinuum
Zielgruppe	Menschen mit Krankheiten	Alle Menschen
Wirkfaktoren und Erklärungsmodelle	Risikofaktorenmodell (spezifische pathogene physikalische, mikrobiologische und psychosoziale Einflüsse), Stressoren (Kausalkette: Stressor - Stress - Krankheit)	Ganzheitliche Lebensgeschichte: schädliche Kräfte und heilsame, Gesundheitsförderliche Ressourcen
Konzeptualisierung von Stressoren	Stressoren als gefährliche und schädliche Einflüsse	Stressoren als alltäglich und normal mit offenen Konsequenzen: schädlich, neutral oder gesundheitsförderlich
Diagnostische Aspekte	Biologische Parameter	Subjektive Indikatoren und Arzturteil
Behandlung	Spezifische Therapie für jede Krankheit	Stärkung von Bewältigungsressourcen

Sowohl der Begriff der Pathogenese, als auch der Begriff der Salutogenese stammen von griechischen und lateinischen Wörtern ab. Das griechische Wort „genesis“ bedeutet Entstehung. Mit dem griechischen Ausdruck „pathos“ ist Krankheit gemeint und der lateinische Begriff „salus“ beschreibt Wohlbefinden und Zufriedenheit. Die Pathogenese beschäftigt sich demnach mit der Entstehung von Krankheit und die Salutogenese mit der Entstehung von Wohlbefinden. In der Tabelle 1 findet sich eine komprimierte Gegenüberstellung der beiden Richtungen, die nachstehend noch erläutert werden. In den **Krankheitswissenschaften** herrscht hauptsächlich ein medizinisch-naturwissenschaftliches Paradigma vor. Die Leitfragen der Medizin sollen klären, warum ein Mensch an einem Leiden erkrankt ist und an welchem Leiden er erkrankt ist. Es werden Maßnahmen ergriffen um diesen Prozess anzuhalten und die Krankheit, wenn möglich, zu heilen. Der **pathogenetische Weg** beschreitet somit den Weg der Ätiologie, der Diagnose und der Therapie. Wie bereits beschrieben wurde, fand aber eine Verschiebung der Krankheitsbilder statt. Und vor allem durch die Zunahme der chronisch degenerativen Erkrankungen gewinnen die **Gesundheitswissenschaften** an Bedeutung, denn sie fragen nicht nach den Krankheiten, sondern gehen den **salutogenetischen Erklärungsweg**. Damit ist gemeint, dass hier die Frage nach der Gesunderhaltung gestellt wird. Die Gesundheitswissenschaften befassen sich mit körperlichen, psychischen und gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit, mit der systematischen Erfassung der Verbreitung von gesundheitlichen Störungen in der Bevölkerung (Epidemiologie) und den Konsequenzen für Organisation sowie Struktur des medizinischen und psychosozialen Versorgungssystems. Dabei spielen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention eine entscheidende Rolle. Hier kooperieren inzwischen viele Fachgebiete, wie beispielsweise die Klinische Medizin, Psychologie, Soziologie, Pädagogik, Sportwissen-