

In diesem Kapitel werden Sichtweisen und Definitionen von Gesundheit, Krankheit und Behinderung erläutert sowie die wichtigsten Gesundheitsprobleme in den industrialisierten Ländern besprochen. Dabei richtet sich der Blick auch auf die Ursachen bzw. Bedingungen von Gesundheit und Teilhabe, denn daran gilt es in der Praxis der Rehabilitationspsychologie anzuknüpfen.

---

## 2.1 Gesundheit, Krankheit: die Grundkonzepte

Obwohl Gesundheit und Krankheit aus individueller und gesellschaftlicher Sicht als höchst bedeutungsvoll angesehen werden, gibt es keine wissenschaftlich begründbaren, eindeutigen Definitionen. Das Gesundheits- und Krankheitsverständnis verändert sich nicht nur in unterschiedlichen historischen und kulturellen Kontexten, sondern auch innerhalb einer Gesellschaft je nach Blickwinkel, Bezugssystem und Interesse (Kühn 2001a).

**Bezugssysteme für die Analyse der Phänomene Gesundheit und Krankheit** Die Phänomene Gesundheit und Krankheit können in mindestens drei Bezugssystemen definiert werden (Kasten 2).

Im *Bezugssystem der Medizin* und ihrer benachbarten Disziplinen wird der menschliche Körper analog zur Maschine gesehen. Ein Mensch gilt dann als krank, wenn Abweichungen von anatomischen oder physiologischen Regelgrößen (Normen) vorliegen.

**Kasten 2: Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit**

**Bezugssystem der *Medizin*:**

Gesundheit und Krankheit als Erfüllung bzw. Abweichung von objektivierbaren Normen physiologischer Regulation bzw. organischer Funktionen (englisch: *disease*)

**Bezugssystem der *betroffenen Person*:**

Sich gesund bzw. krank fühlen (englisch: *illness*)

**Bezugssystem der *Gesellschaft*:**

Gesundheit und Krankheit unter dem Aspekt der Leistungsminderung bzw. der Notwendigkeit, Hilfe zu gewähren (Krankschreibung, Versicherungsleistungen u.a.) (englisch: *sickness*).

(Siegrist 2005)

Solche Abweichungen äußern sich als Krankheitszeichen, die vom Arzt messbar sind (z. B. zu wenig roter Blutfarbstoff oder zu wenig Schilddrüsenhormon im Blut) sowie in Form von Symptomen, die subjektiv erfahren werden (z. B. Husten, Juckreiz). Anhand von typischen Abweichungen oder Veränderungen definiert man in der Medizin Krankheitsbilder. So wird etwa eine Blasenentzündung im Kern durch eine erhöhte Bakterienzahl im Urin und Schmerzen beim Wasserlassen bestimmt. Die Psychiatrie und klinische Psychologie folgen tendenziell dieser Logik und definieren Krankheiten bzw. Störungen<sup>1</sup> über Normabweichungen von psychischen Funktionen – Erleben, Denken, Affektivität usw. Psychiater haben sich auf Kriterien geeinigt, mithilfe derer sie Normabweichungen definieren und psychische Störungen gegeneinander abgrenzen. Für eine kritische Würdigung dieses Vorgehens siehe die Arbeiten des Sozialpsychiaters Erich Wulff (z. B. 1988) und des Sozialpsychologen Heiner Keupp (z. B. 1972).

In Klassifikationen werden Krankheits- und Störungskonstrukte geordnet – die „International Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD) der WHO umfasst körperliche Krankheiten und psychische Störungen, das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM) klassifiziert ausschließlich psychische Störungen. Bestimmt man Krankheit und Gesundheit allein im Bezugs-

<sup>1</sup> Im Folgenden werden die Begriffe ‚Krankheit‘ und ‚Störung‘ synonym gebraucht bzw. es sind psychische Störungen mitgemeint, wenn von „chronischen Krankheiten“ oder „chronisch Erkrankten“ gesprochen wird. Damit ist selbstverständlich *nicht gemeint*, dass eine psychische Störung physisch-medizinischer Natur ist.

system der Medizin, so läuft man Gefahr, auf die Krankheit oder Störung zu fokussieren und dabei den kranken Menschen als Subjekt zu übersehen.

Die *subjektiven Konzepte* von Krankheit und Gesundheit (Bezugssystem der betroffenen Person) sind nicht identisch mit denen der Medizin. Für die meisten Menschen verbindet sich Gesundheit mit Leistungsvermögen („Fitness“), Wohlbefinden oder positivem Erleben (Blaxter 1990). Dabei unterscheiden sich die subjektiven Vorstellungen über Krankheit und Gesundheit in Abhängigkeit von Geschlecht, Lebensphase und sozialer Schicht. „Im allgemeinen herrschen in bildungsschwächeren Schichten Einstellungsmuster und Handlungsorientierungen vor, die von eher fatalistischen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, von geringerer Präventivorientierung und Symptomaufmerksamkeit, von weniger ausgeprägten Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen in gesundheitlichen Belangen und von einem instrumentellen Verhältnis zum Körper geprägt sind.“ (Siegrist 2003, S. 25). Der Körper wird eher als Maschine angesehen, die sich mit der Zeit abnutzt. In sozial besser gestellten Schichten hingegen gelten eine gesunde körperliche Erscheinung und Fitness als Statussymbole. Solche subjektiven Einstellungen und Konzepte beeinflussen das auf die Gesundheit bezogene Handeln. Darum kann es für ein gelingendes Therapeut-Patient-Verhältnis wichtig sein, sich über das jeweilige Verständnis auszutauschen.

**Salutogenese – positiver Gesundheitsbegriff** In den Gesundheitswissenschaften sind Konzepte entwickelt worden, die das medizinisch-naturwissenschaftliche (und dichotome) Verständnis von gesund und krank zu überwinden versuchen. Besonders fruchtbar für die Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation hat sich das Konzept der „Salutogenese“ des US-amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky erwiesen (Antonovsky 1987, 1997). Er entwickelte dieses Konzept in den 1970er-Jahren, einer Zeit, in der Gesellschaft und Wissenschaft das Gesundheitssystem als zu störungszentriert und einseitig naturwissenschaftlich orientiert kritisierten. Der Begriff „Salutogenese“ ist eine Wortneuschöpfung (salus, lat.: Unverletztheit, Heil, Glück, genesis, griech.: Entstehung) und als Gegenstück und Ergänzung zur medizinischen „Pathogenese“ gedacht (pathos, griech.: Leiden, Krankheit). Die Pathogenese beschäftigt sich mit der Entstehung und Behandlung von Krankheit/Abweichung. Antonovsky hingegen rückt Gesundheit im Sinne von Wohlbefinden ins Zentrum des Interesses und fragt danach, was Menschen auch unter Belastungen gesund erhält. Dabei sieht er Gesundheit und Krankheit nicht als einander ausschließende Zustände, sondern geht davon aus, dass ein Mensch sich während seines Lebens immer zwischen den beiden Polen „gesund“ und „krank“ bewegt. Antonovsky betrachtet

das Leben als einen Fluss voller Strudel, Biegungen und Stromschnellen. Nicht allein die Belastungen, sondern in hohem Maße auch die Ressourcen, über die ein Mensch verfügt, um mit diesen Widrigkeiten umzugehen, entscheiden über seine Gesundheit (*Kap. 2.3*).

Die Überwindung des dichotomen Verständnisses von gesund und krank ermöglicht eine an Übergängen und Nuancen reichere Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit mit weitreichenden praktischen Konsequenzen auch für die Rehabilitation. Sie erleichtert es, chronisch kranke Menschen als „bedingt gesund“ wahrzunehmen. Gesundheit kann so gesehen werden als ein Zustand relativen Wohlbefindens, von relativer Handlungsfähigkeit und Autonomie trotz medizinisch fassbarer Funktionsstörungen. Für die körperlichen Krankheiten hat das Hartmann (1986, S. 172) folgendermaßen ausgedrückt:

Gesund ist ein Mensch, der mit oder ohne nachweisbare oder für ihn wahrgenommene Mängel seiner Leiblichkeit allein oder mit Hilfe anderer Gleichgewichte findet, entwickelt und aufrechterhält, die ihm ein sinnvolles, auf die Entfaltung seiner persönlichen Anlagen und Lebensentwürfe eingerichtetes Dasein und die Erreichung von Lebenszielen in Grenzen ermöglichen, sodass er sagen kann: mein Leben, meine Krankheit, mein Sterben.

Was das professionelle Unterstützungshandeln anbelangt, so verlagert sich also bei chronisch Kranken der Schwerpunkt von der Krankheitsbekämpfung hin zur Unterstützung von Handlungsfähigkeit, Autonomie und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. In diesem Sinne kann auch die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Leitbild dienen: „*Gesundheit ist der Zustand eines umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Freisein von Krankheit und Gebrechen.*“ (WHO (Weltgesundheitsorganisation) 1946).

---

## **2.2 Die wichtigsten Gesundheitsprobleme in den Industriegesellschaften**

Die gesundheitliche Problemlage in Deutschland ist wie in allen anderen reichen Industrieländern durch drei große Trends gekennzeichnet:

- Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung
- Hauptproblem chronische Erkrankungen
- Zunehmend sozial ungleiche Gesundheitschancen

**Wandel der Gesundheitsprobleme** Anders als noch vor vier oder fünf Generationen ist es heute einem Großteil der Bevölkerung möglich, lange und bei relativ guter Gesundheit zu leben. Seit etwa der Mitte des 19. Jh. hat sich in den industrialisierten Ländern die Lebenserwartung in etwa verdoppelt auf heute durchschnittlich etwa 80 Jahre (Männer: 77 Jahre, Frauen: 82 Jahre) und steigt auch derzeit noch um etwa ein Jahr pro Jahrzehnt an. Dieser enorme Gewinn an Lebensjahren ist nur in geringem Maße auf die Bemühungen der Medizin zurückzuführen. Der britische Sozialmediziner Thomas McKeown hat in seiner berühmten Studie „The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis“ historisch-empirisch nachgewiesen, dass nicht die Errungenschaften der modernen Medizin – also die Entwicklung von Antibiotika und Impfstoffen – für den Rückgang der seinerzeit vorherrschenden Infektionskrankheiten verantwortlich waren (McKeown 1976). Vielmehr geht die Verbesserung der gesundheitlichen Lage auf soziale Veränderungen zurück, in erster Linie auf eine verbesserte Ernährung und Hygiene. Hinzu kamen später die Leistungen vor allem der Bildungs-, Gesundheits-, Wohlfahrts- und Versicherungssysteme. Für die Gegenwart schätzt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, dass gesundheitliche Verbesserungen nur zu etwa 10 bis 40% auf das Konto der kurativen Medizin gehen (SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) 2005, S. 23).

Mit der gestiegenen Lebenserwartung veränderten sich auch die Gesundheitsprobleme der Bevölkerung: Heute dominieren chronische Krankheiten, auch im Kindes- und Jugendalter, wobei die meisten Erkrankungen erst im Erwachsenenalter auftreten (Tab. 2.1). Eine chronische Krankheit wirkt sich auf das gesamte Alltagsleben des Betroffenen aus, beeinträchtigt ihn in seiner Identität und in seinem Rollenhandeln (Familie, Erwerbsarbeit, Partnerschaft u. a.), macht abhängig von therapeutischer Unterstützung und bedroht das psychische Gleichgewicht (Kap. 3.1).

**Tab. 2.1** Häufige chronische Krankheiten nach Lebensphase

Kinder u. Jugendliche	Erwachsenenalter	Höheres Alter
Psychische Störungen (Strg. des Sozialverhaltens, ADHS, Angst, Depression Essstörung u.a.)	(Koronare) Herzkrankheit Krebs Psychische Störungen (Angst, Depression, Sucht u.a.)	Schlaganfall Krebs Koronare Herzkrankheit Diabetes
Chronische Bronchitis	Diabetes	Muskuloskelettale Erkrq.
Heuschnupfen	Rückenschmerz	Demenz
Neurodermitis	Asthma	
Asthma	Chronisch-obstruktive Bronchitis	
Adipositas		

**Soziale Ungleichheit bei Krankheit und Gesundheit** In den Industriegesellschaften sind die Chancen für ein längeres und von chronischen Einschränkungen unbelastetes Leben trotz weitgehend gleicher Zugangsbedingungen zur medizinischen Versorgung in erheblichem Umfang sozial ungleich verteilt, wie zahlreiche Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung zeigen. Diese insbesondere in den angelsächsischen und skandinavischen Ländern weit entwickelte Wissenschaftsdisziplin beschäftigt sich mit der Frage, wie Sterblichkeit und das Auftreten von Krankheiten mit der sozialen Schichtzugehörigkeit zusammenhängen.

In Deutschland leben Männer aus dem unteren Einkommensviertel im Durchschnitt 10 Jahre kürzer als Männer aus dem oberen; bei Frauen beträgt die Differenz fünf Jahre, was eine Durchschnittsdifferenz von sieben Jahren zwischen dem reichsten und ärmsten Viertel der Bevölkerung ergibt. Doch der Unterschied beschränkt sich nicht auf die Lebenserwartung: Angehörige der einkommensstarken Schicht genießen im Durchschnitt sieben Jahre länger ein nicht durch Krankheit beeinträchtigtes Leben (SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) 2005, Bd. I Kap. 3). Daten der letzten Jahrzehnte zeigen einen Trend, wonach sich diese Unterschiede noch vergrößern. Entscheidend ist, dass die sozial bedingt ungleichen Gesundheitschancen nicht nur zwischen „ganz oben“ und „ganz unten“ bestehen, sondern einen Gradienten aufweisen: Je höher der gesellschaftliche Status eines Individuums, desto besser sind seine Gesundheitschancen. Mit anderen Worten: „Menschen am unteren Ende der sozialen Leiter weisen einen schlechteren Gesundheitszustand auf als jene in der Mitte und diese wiederum einen schlechteren Gesundheitszustand als jene am oberen Ende der sozialen Leiter“ (Siegrist und Marmot 2008, S. 18). Personen mit guten und gesicherten Jobs, Einkommen und Bildungsabschlüssen sterben eher als Personen mit ein bisschen mehr Bildung oder ein bisschen statushöheren Jobs und so fort. Der britische Sozialepidemiologe Michael Marmot (2004) hat dieses Phänomen „Status Syndrome“ genannt. Der soziale Status ist hier ein Indikator für sozial unterschiedliche Lebensbedingungen, die sich auf die Gesundheit auswirken.

---

## 2.3 Die Determinanten von Krankheit und Gesundheit

Gesundheitswissenschaftliche Theorien sehen Krankheit als Folge einer gestörten Balance zwischen Belastungen und Ressourcen. Eine Fülle von Forschungsergebnissen aus der Medizinsoziologie, Gesundheitspsychologie, Sozialepidemiologie und Gesundheitswissenschaften zeigt, dass Menschen dann gesund bleiben, wenn sie (moderate) Belastungen mit guten Bewältigungsressourcen ausgleichen können. Belastungen und Ressourcen entstehen in erster Linie in den Lebenswelten,

in denen sich Menschen bewegen. In der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986) zur Gesundheitsförderung heißt es: „*Gesundheit wird von Menschen in ihrer täglichen Umgebung geschaffen und gelebt, dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben...*“. Wichtige Lebenswelten sind bei Kindern etwa die Familie, die Kindertagesstätte, die Schule, die Gleichaltrigengruppe, das Wohnumfeld und bei Erwachsenen die Arbeit, die Familie oder Partnerschaft. In Abhängigkeit von der sozialen Statusposition eines Individuums und den damit verbundenen Über- und Unterordnungsverhältnissen weisen die Lebenswelten, in denen es sich bewegt, ganz unterschiedliche Belastungen und Ressourcen auf. So kann etwa die Arbeitswelt Quelle von Belastungen wie Arbeitsplatzunsicherheit, physikalisch-chemischen Expositionen und Überforderung oder aber Quelle entwicklungsfördernder Ressourcen sein – in Form von Gestaltungsspielräumen, ausreichend Zeit, anregenden Arbeitsinhalten und sozialen Kontakten.

Besonders belastend sind Gewalt, Überforderung, Benachteiligung und Ausschluss, während Autonomie, Handlungsspielräume und Partizipation die Gesundheit schützen. Menschen in benachteiligter Statusposition haben in der Tendenz Lebensbedingungen, die durch hohe Belastungen und geringe Handlungsspielräume gekennzeichnet sind und die Entwicklung eines ungünstigen Gesundheitsverhaltens nahelegen. Sie haben darum ein höheres Risiko zu erkranken und schlechtere Chancen, eine Krankheit zu bewältigen.

**Belastungen (Risikofaktoren)** Im *Erwachsenenalter* hat insbesondere die Qualität der Erwerbs- und Familienarbeit und der damit verbundenen sozialen Beziehungen eine zentrale Bedeutung für die Gesundheit. Die medizinsoziologische und -psychologische Forschung hat verschiedene typische Konstellationen am Arbeitsplatz herausgearbeitet, die mit hoher psychomentaler Belastung verbunden sind und das Risiko für Herzinfarkt, chronische Rückenschmerzen und psychische Störungen erhöhen: Zeitdruck, hohe Arbeitsanforderungen bei zugleich geringen Gestaltungsspielräumen (Karasek und Theorell 1990), ein Missverhältnis zwischen beruflicher Verausgabung und Belohnung (z. B. Aufstiegschancen) sowie geringer sozialer Rückhalt (Siegrist 1996). Arbeitsintensität, Zeitdruck und Stress sind in der gesamten EU seit 1990 deutlich gestiegen (Parent-Thirion et al. 2007). Hinzu kommen chemisch-physikalische Einwirkungen in der Arbeitswelt. Auch im Reproduktionsbereich (Familie u. a.) gefährden vor allem chronische Konflikte und Überforderungen (etwa Doppelbelastung durch Erwerbs- und Familienarbeit) und finanzielle Sorgen die Gesundheit.

Die *Kindergesundheit* gefährden vor allem widrige familiäre Lebensbedingungen: Besonders in benachteiligten Lebenslagen häufen sich hier psychosoziale Belastungen wie materielle Armut, prekäre Arbeit oder Arbeitslosigkeit und das

Leben in einer Ein-Eltern-Familie, während zugleich die Ressourcen, diese Belastungen zu bewältigen (Bildung, Einbindung in soziale Netze, kommunikative Kompetenz, Selbstvertrauen usw.) gering sind. Die daraus resultierende Überforderung und Erschöpfung erschwert es, sich in Beziehungen feinfühlig zu verhalten, was zu chronischen Konflikten in der Partnerschaft oder auch einer gestörten Interaktion mit den Kindern führen kann (s. Lutz 2014, S. 118 ff.). Solche Lebensbedingungen schädigen den großen Entwicklungsstudien zufolge die Entwicklung und die psychische Gesundheit der Kinder. Nicht vergessen werden sollte, dass auch Umweltschadstoffe die Gesundheit von Kindern belasten.

**Ressourcen (Schutzfaktoren)** Wenn Menschen hinreichend materiell abgesichert sind, gelten Autonomie und Partizipationschancen als entscheidende Ressourcen für die Gesundheit. Zentral ist also, in welchem Maße ein Individuum sein Leben kontrollieren und gestalten kann und über welche Möglichkeiten der sozialen Teilhabe („full social engagement“) es verfügt (Marmot 2004).

Die psychische Seite dieses Sachverhaltes bringt Antonovsky zum Ausdruck (Antonovsky 1987, 1997). Er sieht in seinem Salutogenese-Modell den „*Sense of Coherence*“ (*Kohärenzgefühl*) als wichtigste Gesundheitsressource. Das Kohärenzgefühl beschreibt eine generelle Lebenseinstellung des Individuums, in der sich ein umfassendes und überdauerndes Gefühl des Vertrauens darin ausdrückt, dass

- Ereignisse, die in einem Leben passieren, strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind (Verstehbarkeit),
- man in der Lage ist, den gestellten Anforderungen gerecht zu werden und diese konstruktiv bewältigen kann (Handhabbarkeit) und
- diese Anforderungen Herausforderungen darstellen, für die es sich lohnt, sich zu engagieren und anzustrengen (Bedeutsamkeit, Sinnhaftigkeit).

Antonovsky zufolge entwickelt sich das Kohärenzgefühl, wenn Menschen über „generalisierte Widerstandsressourcen“ für den Umgang mit belastenden Lebenssituationen verfügen. Widerstandsressourcen sind angesiedelt auf der Ebene

- des Individuums (biologische Konstitution, Ich-Stärke, Selbstvertrauen, Bildung u. a.),
- des sozialen Nahraums (soziales Eingebundensein und Unterstützung),
- der Gesellschaft (Teilhabe an sinnvollen Tätigkeiten, materielle Sicherheit u. a.) sowie
- der Kultur (tragfähige Wertorientierungen bezogen u. a. aus politischen, religiösen Quellen).



Wie andere psychische Ressourcen auch, entwickelt sich das Kohärenzgefühl im Verlauf der Sozialisation, wenn im Laufe des individuellen Lern- und Entwicklungsprozesses wiederholt die Erfahrung gemacht werden kann, das eigene Leben gestalten und meistern zu können. Pragmatisch gewendet könnte man das Kohärenzgefühl auch beschreiben als *Überzeugung, handlungsfähig zu sein* (Grundmann 2006). Peukert (2009, S. 1) drückt das so aus:

Gesundheit ist ein Nebeneffekt – ein Nebeneffekt von Ich-Stärke, Sinnhaftigkeit, Genussfähigkeit, erwartungssicherer Sozialstruktur, internaler Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstgewissheit und Selbstaufmerksamkeit, von Zuversicht und Optimismus, Neugierde auf das Leben, von aktivem Bewältigungsverhalten; Gesundheit ist das Ergebnis eines positiven Selbstbildes der eigenen Handlungsfähigkeit.

An das Kohärenzgefühl anschlussfähige Konstrukte psychischer Schutzfaktoren sind u. a. die *Selbstwirksamkeitserwartung* von Albert Bandura (Bandura 1977, 1997, 2001), *Hardiness* (Widerstandsfähigkeit) von Susan Kobasa (Kobasa 1979), die *soziale Unterstützung* (House 1981) sowie der *dispositionelle Optimismus* (Scheier und Carver 1985). Sie können auch als Aspekte psychischer Gesundheit angesehen werden, denn die einzelnen Faktoren korrelieren miteinander. Die empirische Evidenz ist für die Selbstwirksamkeit und die soziale Unterstützung am größten. Bei der *Selbstwirksamkeitserwartung* (engl.: perceived self-efficacy) handelt es sich um ein zentrales Konstrukt aus der sozialkognitiven Lerntheorie des US-amerikanischen Psychologen Albert Bandura, der darunter die Zuversicht eines Menschen versteht, Anforderungssituationen im Leben bewältigen zu können. Menschen mit hoher Selbstwirksamkeit erleben weniger Stress und Hilflosigkeit, haben ein größeres Durchhaltevermögen und sind auch motivierter, (gesundheitsschädigendes) Verhalten zu ändern (Luszczynska und Schwarzer 2005). *Soziale Unterstützung* oder sozialer Rückhalt (engl.: social support) meint das Eingebundensein in vertrauensvolle, stützende soziale Beziehungen. Auf der psychischen Ebene drückt sich das aus als sichere Erwartung, bei Problemen Unterstützung durch Andere zu erhalten. Soziale Unterstützung wirkt als Puffer gegenüber den Belastungen des Lebens und geht mit einem deutlich verringerten Sterberisiko und besserer psychischer Gesundheit einher. Diese Schutzfaktoren stellen auch wichtige Ressourcen für die Bewältigung einer chronischen Krankheit dar (*Kap. 3.4*).

**Gesundheitsrelevantes Verhalten – Lebensstil** Bewegungs- und Ernährungsverhalten, Rauchen, Alkoholkonsum, der Umgang mit Stress, Verhalten in Konflikten u. a. haben einen großen Einfluss auf die Gesundheit. Wie zahlreiche epidemiologische Studien zeigen, weist auch das gesundheitsrelevante Verhalten einen

sozialen Gradienten auf, d. h., je niedriger ihre soziale Statusposition, desto häufiger ernähren sich Menschen schlecht, bewegen sie sich zu wenig, rauchen sie usw. (Lampert et al. 2013a, b). Neuere gesundheitswissenschaftliche Ansätze versuchen, dieses Verhalten in seinem sozialen und kulturellen Entstehungskontext zu verstehen, indem sie auf das „Habitus-Konzept“ des französischen Soziologen Pierre Bourdieu zurückgreifen: Er zeigt, dass die subjektive Lebensführung bzw. der individuelle Lebensstil mit der objektiven gesellschaftlichen Position durch den individuellen „Habitus“ vermittelt ist (Bourdieu 1987).

Der Habitus ist ein tief verwurzeltes, dem Bewusstsein nicht leicht zugängliches System verinnerlichter Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsdispositionen. Es handelt sich um die „gesellschaftlich produzierte innere Natur des Subjekts“, also einen „soziokulturell geformten“ Teil der Persönlichkeit. Einstellungen, die Beziehungen zum eigenen Körper, Geschmacksvorlieben, Verhaltensweisen (auch das gesundheitsrelevante Verhalten) werden in der Sozialisation quasi „eingeschliffen“, sie gehen in „Fleisch und Blut“ über und werden zu Alltagsselbstverständlichkeiten. Individuen „wählen“ also nicht einfach einen Lebensstil, sondern entwickeln ihn in der praktischen Auseinandersetzung mit ihren Lebenswelten, die je nach sozialer Statusposition ganz unterschiedliche Handlungsspielräume und kulturelle Normen aufweisen. So legt etwa in benachteiligten Lebenslagen die mangelnde Kontrolle über die eigenen Lebensumstände nahe, auf Verhaltensweisen wie Zigaretten- oder Alkoholkonsum auszuweichen, wenn sie emotionale Kompensation für Handlungszwänge und Probleme versprechen. Schädliche Verhaltensweisen können also für ein Individuum in gewisser Weise funktional sein. Individuelles „Fehl- oder Risikoverhalten“ ist demzufolge auch subjektiv bedeutsames Handeln. Dies gilt es zu berücksichtigen, wenn es in der medizinischen Rehabilitation darum geht, die Änderung von gesundheitsschädigendem Verhalten zu unterstützen.

**Biopsychosoziales Krankheitsmodell** Wie widrige soziale Lebensbedingungen „unter die Haut“ gehen, also körperliche und psychische Störungen hervorrufen können, lässt sich anhand des biopsychosozialen Modells verdeutlichen. Es bringt die sozialen Lebensbedingungen mit den psychischen und biologischen Prozessen bei der Erklärung von Krankheit oder Gesundheit zusammen.

Die Abbildung zeigt den sozio → psycho → somatischen Weg der Krankheitsentstehung oder Gesunderhaltung. Das Modell greift die oben beschriebene salutogene oder pathogene Bedeutung der Lebenswelten auf. Pathogen oder salutogen sind hier vor allem die sozialen Beziehungen (in Familie, Arbeit, Schule usw.) sowie die stoffliche Umwelt, wobei auch Umweltbelastungen (Schadstoffexpositionen, Lärm u. a.) sozial ungleich verteilt sind. Prozesse auf der psychischen

Rehabilitationspsychologie

Wolf-Kühn, N.; Morfeld, M.

2016, VIII, 232 S. 20 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-531-17109-8