

Oliver Razum | Petra Kolip | Timothy Mc Call |
Anna Christina Nowak (Hrsg.)

Handbuch

Gesundheitswissenschaften

8. Auflage

BELTZ JUVENTA

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-7799-8886-1 Print
ISBN 978-3-7799-8887-8 E-Book (PDF)
ISBN 978-3-7799-8876-2 E-Book (ePub)

8., überarbeitete Auflage 2026

© 2026 Beltz Juventa
Beltz Verlagsgruppe GmbH & Co. KG
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Satz: Helmut Rohde, Euskirchen
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag
(ID 15985-2104-1001)
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Vorwort zur 8. Auflage <i>Oliver Razum, Petra Kolip, Timothy Mc Call und Anna Christina Nowak</i>	9
Gesundheitswissenschaften: eine Einführung <i>Oliver Razum, Petra Kolip, Timothy Mc Call und Anna Christina Nowak</i>	14
Grundlagen der Gesundheitswissenschaften	
Geschichte und Gesundheitswissenschaften <i>Axel Flügel</i>	40
Humanbiologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften <i>Hanna Bednarz und Karsten Niehaus</i>	73
Medizinische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften <i>Christoph Trautner und Oliver Razum</i>	108
Psychologische Ansätze in den Gesundheitswissenschaften <i>Emily Finne und Hannah Paul</i>	138
Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften <i>Olaf von dem Knesebeck, Nico Vonneilich und Bernhard Badura</i>	166
Ethik in Public Health und den Gesundheitswissenschaften <i>Peter Schröder-Bäck, Jan-Christoph Heilinger und Verina Wild</i>	187
Rechtliche Aspekte der Gesundheitswissenschaften <i>Friederike Gebhard</i>	208
Methoden, Prozesse und Forschungsfelder der Gesundheitswissenschaften	
Statistische Methoden der Gesundheitswissenschaften <i>Christian Stock</i>	230

Epidemiologie in den Gesundheitswissenschaften <i>Oliver Razum, Jürgen Breckenkamp und Patrick Brzoska</i>	266
Demografische Prozesse und Methoden in den Gesundheitswissenschaften <i>Ralf E. Ulrich</i>	316
Sozialwissenschaftliche Verfahren in den Gesundheitswissenschaften <i>Siegfried Geyer</i>	338
Qualitative Methoden in Public Health <i>Anna Christina Nowak</i>	369
Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation <i>Wolfgang Greiner</i>	388
Gesundheitsberichterstattung <i>Anke-Christine Saß, Bärbel-Maria Kurth, Franziska Prütz, Martin Thißen, Angelina Taylor und Thomas Ziese</i>	419
Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung <i>Reinhard Busse und Julia Röttger</i>	454
Interventions- und Transferforschung <i>Holger Pfaff, Michael Herberz und Gisela Nellesen-Martens</i>	481
Gesundheitskommunikation <i>Eva Baumann, Claudia Lampert und Bettina Fromm</i>	499
Digital Public Health <i>Juliane Düvel und Christoph Dockweiler</i>	531
Evidenzbasierung in Public Health <i>Ansgar Gerhardus</i>	560
Determinanten der Gesundheit	
Soziale Ungleichheit und Gesundheit <i>Thomas Lampert †, Claudia Hövener, Jens Hoebel</i>	578
Arbeit(swelt) und Gesundheit <i>Tobias Staiger</i>	609

Umwelt und Gesundheit – Environmental Public Health (ePH)
Timothy Mc Call [634](#)

Diversität und Diskriminierung am Beispiel der Gesundheit und
gesundheitlichen Versorgung von Migrant*innen und Geflüchteten
Oliver Razum, Nurcan Akbulut und Kayvan Bozorgmehr [671](#)

Geschlecht und Gesundheit
Stephanie Batram-Zantvoort, Céline Miani [697](#)

Gesundheitsförderung und Prävention

Prävention und Gesundheitsförderung: von der Begründung und
konzeptionellen Verortung zu aktuellen Herausforderungen und
Perspektiven
Jens Bucksch und Petra Kolip [722](#)

Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung. Das Beispiel ungleicher
Lebenslagen
Ullrich Bauer und Uwe H. Bittlingmayer [746](#)

Partizipation von Zielgruppen in der Prävention und
Gesundheitsförderung
Susanne Hartung [775](#)

Strukturen des Versorgungssystems

Ambulante ärztliche Versorgung
Bernhard Gibis [788](#)

Krankenhausversorgung
Wolfgang Greiner und Andreas Schmid [817](#)

Regionale Variationen in der Versorgung
Verena Vogt und Antje Freytag [846](#)

Öffentlicher Gesundheitsdienst und Public Health
Joseph Kuhn und Manfred Wildner [856](#)

Versorgungsstrukturen und -bedarfe psychisch kranker Kinder, Jugendlicher und Erwachsener in Deutschland <i>Markus Kösters, Steffi Koch-Stoecker und Michael Kölch</i>	876
Rehabilitative Versorgung <i>Thorsten Meyer-Feil und Anke Menzel-Begemann</i>	912
Pflegerische Versorgung im Wandel: Strukturen, Herausforderungen und Zukunftsperspektiven <i>Claudia B. Maier, Ana Mazur, Charlotte Reidt, Daria Bula und Emma Schlegel</i>	937
Gemeinschaftliche Selbsthilfe, Partizipation und Patientenbeteiligung <i>Christopher Kofahl</i>	963
Organisation und Steuerung des Gesundheitssystems	
Gesundheitspolitik <i>Thomas Gerlinger, Caspar Lückenbach, Rolf Rosenbrock und Phillip Florian Schmidt</i>	994
Gesundheits- und Sozialprofessionen <i>Johanne Pundt</i>	1055
Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen <i>Eva Maria Bitzer, Friedrich W. Schwartz † und Ulla Walter</i>	1073
Global Health: Institutionen und politische Konzepte <i>Albrecht Jahn, Oliver Razum und Maike Voss</i>	1101
Personenregister	1129
Sachregister	1131
Autor*innenregister	1141

Vorwort zur 8. Auflage

*Oliver Razum, Petra Kolip, Timothy Mc Call und
Anna Christina Nowak*

1 Zum Handbuch Gesundheitswissenschaften

1.1 Ziel und Zielgruppen

Das Handbuch Gesundheitswissenschaften soll dem Feld der Gesundheitswissenschaften ein wissenschaftliches Fundament verleihen. Es präsentiert den Stand der theoretischen und methodischen Zugänge sowie die wissenschaftliche Evidenz in den verschiedenen, die Gesundheitswissenschaften konstituierenden Disziplinen. Es beleuchtet die thematisch relevanten Felder und vermittelt dabei einen Eindruck von der fachlichen Breite der Gesundheitswissenschaften. Das Handbuch zeugt aber vor allem davon, wie gewinnbringend es ist, wenn verschiedene Disziplinen gemeinsam einen Blick auf die Probleme der Gesundheit der Bevölkerung, auf Prävention und Versorgung einschließlich Rehabilitation und Pflege und auf die Steuerung und Finanzierung des Gesundheitssystems werfen. Bereits die von Klaus Hurrelmann und Ulrich Laaser herausgegebene und 1993 erschienene 1. Auflage des Handbuches hatte diesen Anspruch. Wir verfolgen ihn auch mit der 8. Auflage weiter.

Oliver Razum, seit der 4. Auflage mit dabei, hat die 7. Auflage des Handbuchs zusammen mit Petra Kolip herausgegeben. Wir nutzen die neue Auflage, um die Runde der Herausgeber*innen um Anna Christina Nowak und Timothy Mc Call zu erweitern und damit den nächsten Generationenwechsel vorzubereiten. Auch das Team der Autor*innen verändern und erweitern wir Schritt für Schritt. Die Grundstruktur des Handbuchs ist weitgehend erhalten geblieben. Wir haben für die 8. Auflage alle Kapitel aktualisiert und einige grundlegend überarbeitet – nicht zuletzt, weil wir die 7. Auflage unmittelbar vor Beginn der Covid-19-Pandemie fertiggestellt hatten. Gegenüber früheren Auflagen wird zudem sichtbar, wie sich das Feld im Laufe der Jahre verändert hat. Die Autor*innen setzen neue Akzente, z. B. mit stärkerem Blick auf Vielfalt, Global Health, stärkere Zielgruppen- und Evidenzbasierung sowie Theorieorientierung, z. B. in der Gesundheitsförderung. Weiterhin aber sind alle Kapitel unter Beteiligung besonders ausgewiesener Wissenschaftler*innen entstanden – das Verzeichnis der Autor*innen liest sich

deshalb wie ein *Who is Who* der Gesundheitswissenschaften und der Public Health in Deutschland.

Mit dem Handbuch Gesundheitswissenschaften sprechen wir Studierende an, die neugierig sind und sich Hintergründe zum Lehrstoff erarbeiten wollen. Wir richten uns außerdem an Wissenschaftler*innen, die im Bereich Public Health tätig sind oder in Fächern arbeiten, die einen Bezug zu Public Health haben – beispielsweise in der Soziologie, in der Geografie, in der Rechtswissenschaft oder der Biologie. Es ist aber auch für Expert*innen in der Praxis relevant, die sich das wissenschaftliche Fundament ihres Feldes über die Grenzen der fachwissenschaftlichen Expertise hinaus erarbeiten wollen.

1.2 Vielfalt der Perspektiven

Fachliche Breite und Interdisziplinarität führen dazu, dass sich Themen aus dem Bereich Public Health aus ganz unterschiedlichen Perspektiven darstellen und analysieren lassen. Unterschiedliche Sichtweisen können durchaus zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. „Wie mache ich etwas?“ lässt sich manchmal eindeutiger beantworten als „Wie deute ich etwas?“. Oft gibt es mehrere konkurrierende, vielleicht sogar widersprüchliche Interpretationen einer Wirklichkeit, je nach angelegter Linse oder nach Sicht des beteiligten Faches. Im Handbuch Gesundheitswissenschaften streben wir keine einheitliche Lesart an, sondern geben unterschiedlichen disziplinären Herangehensweisen und Interpretationen Raum. Leser*innen sind also aufgefordert, kritisch nachzudenken und sich selbst ein Bild zu machen. Aus unserer Sicht ist das ein elementarer Bestandteil von Wissenschaft – gerade, weil es häufig nicht die eine richtige oder falsche Lösung gibt. Das ist auch für die praktische Tätigkeit von Bedeutung. Selbst bei guter Evidenzlage gibt es politische Widerstände gegen Veränderungen im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft. Noch stärker werden die Widerstände, wenn Schutzmaßnahmen angezeigt sind, sich die Evidenzlage aber noch entwickelt, wie wir das zu Beginn der Covid-19-Pandemie erlebt haben. Um damit umgehen zu können, ist ein Verständnis unterschiedlicher Positionen unabdingbar. Was wir nicht bieten, ist ein Anleitungsbuch im Sinne eines *How-to-do* (aber manchmal einen Wegweiser durch komplexe Systeme oder komplexes Denken).

Trotz – oder gerade wegen – der ausgewiesenen Autor*innen und des strikten Redaktionsprozesses sind die Aussagen im Handbuch also klar, aber nicht notwendig widerspruchsfrei. Lediglich der Rahmen ist allen Beiträgen gemeinsam: ein Public-Health-immanenter Bezug auf Bevölkerungen und eine Orientierung an den Menschen, ihren Bedürfnissen und Sichtweisen.

Auch in dieser Auflage des Handbuchs halten wir am durchgehenden Gendern fest – und das mit einem typografisch auffallenden Sternchen. Wir sehen das Gendern als eine wichtige Erinnerung daran, dass unsere Gesellschaft vielfältig

ist, dass der Umgang mit der Vielfalt aber noch nicht immer angemessen gelingt. Mehr noch: Ein konstruktiver und dem (vermeintlich) Anderen zugewandter Umgang mit Diversität gehört heute – zusammen mit Fragen der Nachhaltigkeit – zu den größten gesellschaftlichen und damit letztlich gesundheitlichen Herausforderungen.

2 Die Fakultät für Gesundheitswissenschaften in Bielefeld

Die Geschichte des Handbuchs ist eng mit der Entstehung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld vor über 30 Jahren verbunden. Auch viele der Autor*innen der 8. Auflage arbeiten an der Fakultät oder waren früher dort tätig. Viele Überlegungen des Gründungsteams der Fakultät flossen in das Handbuch ein. Und vieles, was wir im Handbuch beschreiben, versuchen wir an der Fakultät umzusetzen. Daher beschreiben wir hier die Fakultät als Wiege und (teilweise) Heimat des Handbuchs.

Die Fakultät für Gesundheitswissenschaften wurde 1994 nach dem Vorbild angloamerikanischer, unabhängiger *Schools of Public Health* gegründet. „Unabhängig“ bedeutet in diesem Kontext, dass es sich um eine eigenständige Fakultät handelt (und nicht, wie an anderen Universitäten, um eine Abteilung innerhalb der Medizinischen Fakultät). Dieses Konzept erlaubt es der Fakultät, eigenständige Prioritäten zu setzen, die sich von denen der klinischen Medizin unterscheiden können, und sich sozialwissenschaftlichen wie auch naturwissenschaftlichen Fragestellungen zu widmen und entsprechende Methoden einzusetzen. Das ermöglicht eine gleichberechtigte Kooperation mit Beschäftigten in Einrichtungen des Gesundheitswesens und anderen gesundheitsrelevanten Institutionen genauso wie mit Wissenschaftler*innen anderer Fakultäten wie beispielsweise der Soziologie oder der Psychologie.

Bereits dem Gründerteam (stellvertretend seien hier der 2023 verstorbene Paul Wolters sowie Bernhard Badura genannt) war an einer interdisziplinären und problemorientierten Arbeitsweise der Fakultät gelegen. Dazu bindet die Fakultät alle für Public Health relevanten wissenschaftlichen Bezugsdisziplinen ein. Bereits Klaus Hurrelmann und Ulrich Laaser, beide zählen zu den ersten Professoren der Fakultät, haben sich ausführlich mit der Begrifflichkeit der Gesundheitswissenschaften sowie mit dem Verhältnis der beteiligten Fächer zueinander auseinandergesetzt. Mehr über die Geschichte der Fakultät erfahren Sie in einem Filmbeitrag zum 30. Jubiläum: <https://youtu.be/IKYBNgAmMHU> (Zugriff am 27.05.2025)

Seit ihrer Gründung ist die Fakultät in Arbeitsgruppen (AGs, entsprechend traditionellen Lehrstühlen) organisiert, die jeweils bestimmte Forschungsfelder vertreten und entsprechende Lehrveranstaltungen anbieten. In den vergangenen

Jahren sind zusätzlich zwei Forschungseinheiten entstanden (siehe Tabelle 1). Einige Forschungsansätze wie die Versorgungsforschung sind in mehreren AGs/ Forschungseinheiten verankert, auch wenn sie dies nicht explizit in ihrem Namen tragen.

Tabelle 1: Arbeitsgruppen und Forschungseinheiten der Fakultät

Die Fakultät ist in acht Arbeitsgruppen (AGs) und zwei Forschungseinheiten organisiert (Stand: Anfang 2025), welche die wichtigsten Felder der Gesundheitswissenschaften abdecken:

- AG 1 Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie
- AG 2 Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung
- AG 3 Epidemiologie und International Public Health
- AG 4 Prävention und Gesundheitsförderung
- AG 5 Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement
- AG 6 Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft
- AG 7 Umwelt und Gesundheit
- AG 8 Demografie und Gesundheit
- Forschungseinheit Rehabilitative Versorgungsforschung (in Besetzung)
- Forschungseinheit *Electronic Public Health Research*

Die Wissenschaftler*innen der Fakultät forschen zu den Ursachen, Rahmenbedingungen und Folgen von Gesundheit und Krankheit. Dazu betreiben sie Theoriebildung, Methodenentwicklung, Grundlagen- sowie problemorientierte Forschung. Die AGs akquirieren Forschungsprojekte entsprechend ihrer jeweiligen fachlichen Ausrichtung. Sie arbeiten dabei häufig mit anderen AGs, anderen Fakultäten der Universität Bielefeld einschließlich der neuen Medizinischen Fakultät OWL (Ostwestfalen-Lippe) oder Partner*innen außerhalb der Universität zusammen – das können andere Forschungseinrichtungen oder Akteur*innen aus der Praxis sein.

Die Fakultät hat sich ein Leitbild gegeben, in dem unsere Ansprüche in der Lehre, unser Verständnis eines gesunden und familienfreundlichen Arbeitsplatzes, unser Eintreten gegen Diskriminierung sowie unsere demokratische Entscheidungsfindung dargelegt sind (<https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/faculty/leitbild/>; Zugriff am 27.05.2025)

Zukünftige Herausforderungen der Fakultät liegen in der Erschließung weiterer neuer Themenfelder, die bislang zu wenig Aufmerksamkeit erhalten haben (hier sind besonders globale gesundheitliche Determinanten zu nennen); in der Abdeckung weiterer konstituierender Fächer und Wissenschaftsbereiche der Gesundheitswissenschaften mit Professuren wie etwa der 2021 besetzten Professur für Gesundheitskommunikation; in der Entwicklung einer gleichberechtigten Zusammenarbeit mit der an der Universität Bielefeld neu entstandenen Medizinischen Fakultät OWL; und in einer innovativen und qualitativ hochwertigen

Lehre in Zeiten schwankender Studierendenzahlen und weniger kalkulierbarer Mittelzuweisungen. Mit dem großen Engagement der Lehrenden, dem Innovationspotenzial gerade auch neuer Kolleg*innen und der Erfahrung aus 30 Jahren wird die Fakultät auch diese Herausforderungen meistern.

3 Danksagung der Herausgeber*innen

Wir danken allen Autor*innen für ihre kompetenten und engagierten Beiträge, aber auch für ihre Geduld und Kooperationsbereitschaft hinsichtlich unserer vielen Überarbeitungswünsche. Der Verlag Beltz Juventa hat eine Neuauflage angeregt und damit gezeigt, dass weiterhin Interesse an einem wissenschaftlichen Übersichtswerk über das Feld besteht. Auch hierfür bedanken wir uns.

Schließlich danken wir Franziska Krampe und Reinhard Samson für die redaktionelle Unterstützung und Hilfe bei der Erstellung des Sachregisters.

Ihnen als Leser*innen danken wir für Ihr Interesse am Handbuch. Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen und Diskutieren der Beiträge!

Gesundheitswissenschaften: eine Einführung

*Oliver Razum, Petra Kolip, Timothy Mc Call und
Anna Christina Nowak*

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

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

1 Gesundheit, Krankheit und ihre Determinanten

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

1.1 Was ist Gesundheit?

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

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

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

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

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

Gesundheit nachzudenken, also über Faktoren, die krank oder gesund machen, und über die dabei wirksamen Mechanismen. Die WHO-Definition lässt sich als gesundheitspolitische und normative Vision verstehen, als ein für alle Menschen anzustrebendes Ideal.

1.2 *Wie Krankheit entsteht: Pathogenese*

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

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

Aussage mag zunächst sehr plakativ klingen, aber diese und ähnliche Aussagen treffen selbst für ein insgesamt wohlhabendes Land wie Deutschland zu (Lampert et al., 2017). Wiederum zeigt sich: Es ist nicht (oder nicht nur) individuelles *Verhalten*, das krank macht; es sind (auch) die *Verhältnisse*, unter denen Menschen leben.

1.3 Wie Gesundheit entsteht: Salutogenese (Antonovsky)

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

1.4 Determinanten von Gesundheit

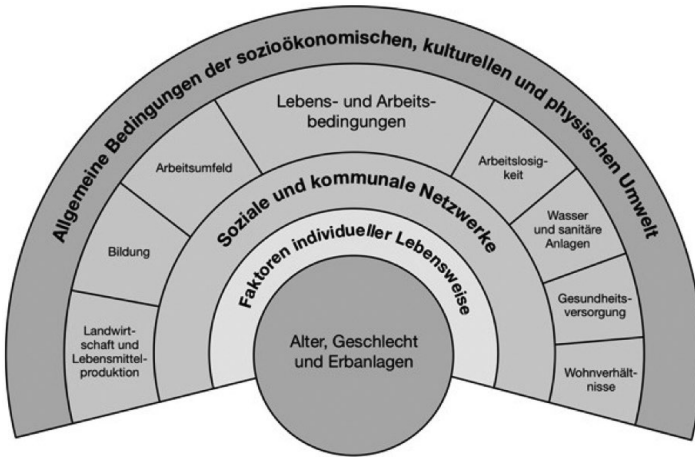
Krankheit und Gesundheit werden durch viele und vielfältige Faktoren determiniert. Die betreffenden Determinanten sind nicht allein auf Ebene des Individuums angesiedelt, sondern auch in dessen physischer und sozialer Umwelt. Um alle relevanten Determinanten auf systematische Weise erfassen zu können, lassen sich unterschiedliche Ebenen definieren, vom Individuum über sein direktes Umfeld bis hin zu Makro-Ebenen mit Einflüssen, die auf ganze Gesellschaften wirken. Im Falle der physischen Umwelt umfasst eine solche Gliederung die unmittelbare Nachbarschaft bis hin zur globalen Umwelt, die beispielsweise über das Klima Einfluss auf Gesundheit und Krankheit nehmen kann. Im Falle der sozialen Umwelt reicht sie von persönlichen Netzwerken bis hin zu Makro-Ebenen wie dem politischen System eines Landes oder dem wirtschaftlichen System einer Weltregion.

1.4.1 Das Regenbogen-Modell

Göran Dahlgren und Margaret Whitehead haben individuelle, physische und soziale Determinanten von Gesundheit 1991 grafisch in einem „Regenbogen-Modell“ zusammengefasst (siehe Abbildung 1) (Dahlgren & Whitehead, 1991). Im Zentrum stehen Individuen mit ihren persönlichen (proximalen) Determinanten wie Geschlecht, Alter und genetischer Konstitution. Um die Individuen herum sind weitere Determinanten in konzentrischen Halbkreisen angeordnet, beginnend mit Lebensstilfaktoren. Je weiter außen (also je distaler) der Halbkreis angesiedelt ist, desto breiter wirken die entsprechenden Faktoren – ganz außen liegen wirtschaftliche, kulturelle und umweltbezogene Faktoren. In einer anderen Fassung dieses Modells (hier nicht abgebildet) werden Arbeits- und Lebensbedingungen als eigener Halbkreis aufgeführt, um klarer herausarbeiten zu können, wo Interventionen zu einer Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit ansetzen können. Dazu gehören so unterschiedliche (und sehr breit definierte) Bereiche wie Bildung, Wasserversorgung und Hygiene sowie das Gesundheitssystem.

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

Abbildung 1: Das Regenbogen-Modell nach Dahlgren und Whitehead (1991)



Quelle: Hurrelmann und Richter (2022); mit freundlicher Genehmigung der Autoren

1.4.2 Das humanökologische Modell

Seit 1991 entstand eine Reihe von Weiterentwicklungen des Regenbogen-Modells, die ihrerseits jeweils spezifische Stärken und Schwächen aufweisen. Beispielhaft stellen wir hier das humanökologische Modell der Gesundheitsdeterminanten nach Barton und Grant (2006) vor (siehe Abbildung 2). Es differenziert die Determinanten und Ebenen deutlich stärker (z. B. in natürliche und bebaute Umwelt) als das Regenbogen-Modell. Wichtiger noch: Es spiegelt die gestiegene Aufmerksamkeit gegenüber den Einflüssen des Ökosystems und des Klimas auf die Gesundheit von Individuen und Gesellschaften viel besser wider als das frühere Modell von Dahlgren und Whitehead. Die gesundheitliche Relevanz ökologischer Nachhaltigkeit wird deutlicher erkennbar. Verglichen mit dem Regenbogen-Modell fehlen im humanökologischen Modell jedoch wichtige Sektoren, in denen Interventionen notwendig sein könnten, um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Dazu gehören insbesondere der Bildungs- und der Gesundheitssektor. Beide Modelle erwähnen zwar die Bedeutung des gesellschaftlichen Zusammenhalts für die Gesundheit (z. B. durch soziale Netzwerke). Negative soziale Einflüsse auf die Gesundheit – etwa durch Rassismus – berücksichtigen sie aber nur implizit; diese und andere Formen der Menschenfeindlichkeit wären im humanökologischen Modell auf der Ebene „Gemeinde“ zu verorten. Das wird aber nicht explizit formuliert, trotz ihres nachweislich negativen Einflusses auf Wohlbefinden und Gesundheit. Um die gesundheitlichen Folgen von Rassismus und andere Formen der Diskriminierung zu verstehen, ist Antonovskys Modell besser geeignet: Sie führen zu einem mangelnden Kohärenzgefühl, das über

neurobiologische Mechanismen mit einem erhöhten Risiko für körperliche und psychische Erkrankungen einhergeht.

Abbildung 2: Das humanökologische Modell der Gesundheitsdeterminanten nach Barton und Grant (2006)



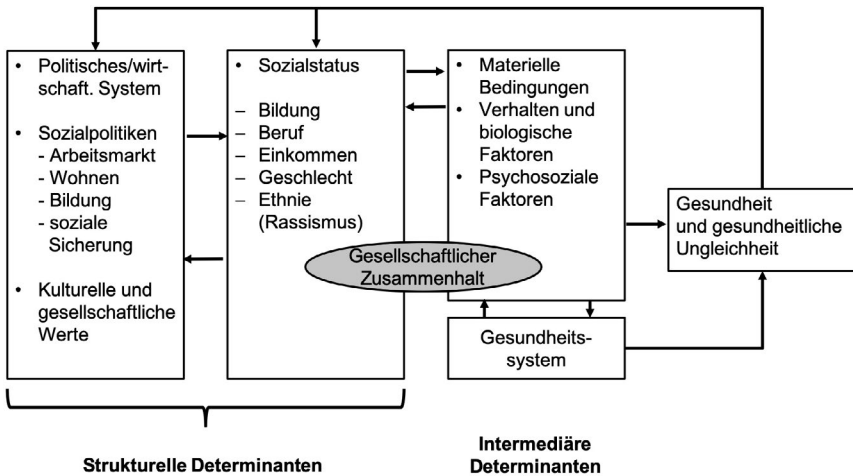
gemeinfreie Abbildung

1.4.3 Das Modell sozialer Determinanten von Gesundheit

Ziel der Beschreibung gesundheitlicher Determinanten ist insbesondere, Interventionen definieren zu können, welche die Gesundheit auf Bevölkerungsebene verbessern und gesundheitliche Ungleichheiten reduzieren. Im Jahr 2008 legte eine von der WHO eingesetzte Kommission unter der Leitung von Michael Marmot ihren Abschlussbericht unter dem Titel *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health* (SDH) vor (WHO Commission on Social Determinants on Health, 2008). Der Bericht wies – wie bereits das humanökologische Modell – auf die Lebensumstände als wichtige Determinante von Gesundheit und Krankheit hin. Besonders aber hob der Bericht die ungleiche Verteilung von Ressourcen (einschließlich politischer und ökonomischer Macht) als Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit hervor. Als eine wesentliche Voraussetzung zur Verringerung gesundheitlicher Ungleich-

heiten sah es die Kommission an, diese Ungleichheiten, ihre Determinanten sowie Erfolge von Interventionen zur Reduzierung von Ungleichheiten besser messbar zu machen. Das erfordert ein Modell, das differenzierter auf die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Ebenen eingeht, auf denen die Determinanten jeweils angesiedelt sind, und das es ermöglicht, die jeweilige Bedeutung von einzelnen Determinanten abzuschätzen. Das SDH-Modell von Solar und Irwin (2010) kommt diesen Ansprüchen nahe (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Das SDH-Modell nach Solar und Irwin (2010)



Vereinfachte und modifizierte Darstellung

Das SDH-Modell betrachtet sowohl das Gesundheitssystem (besonders im Hinblick auf Zugangsbarrieren) als auch den gesellschaftlichen Zusammenhalt explizit als Determinanten von Gesundheit. Es ist analytischer als das Regenbogen-Modell, indem es strukturelle von intermediären Determinanten unterscheidet. Das gibt Hinweise auf zugrunde liegende Mechanismen, was wiederum präzisere Überlegungen zu Ansatzpunkten für Interventionen ermöglicht als eine Untergliederung lediglich nach konzentrisch dargestellten Ebenen mit eher proximalen und eher distalen Determinanten. Selbst in der dargestellten Version des SDH-Modells werden die Mechanismen, über welche die aufgeführten Determinanten ihre Wirkung entfalten, nicht weiter aufgeschlüsselt. Sie sind lediglich als Pfade zwischen den Teilbereichen dargestellt, teilweise, weil sie noch nicht in allen Einzelheiten erforscht sind.

1.4.4 Das Lebenslaufmodell von Gesundheit

Eine Schwäche der bislang vorgestellten Modelle ist das Fehlen einer expliziten zeitlichen Dimension. Ein Umweltfaktor wirkt vermutlich stärker auf die Gesundheit, wenn Menschen ihm länger ausgesetzt sind. Dies versucht das Lebenslaufmodell (*life course model*) zu berücksichtigen. Es betrachtet die Auswirkungen schützender und schädigender Einflüsse (Expositionen) über den Lebenslauf hinweg. Zudem postuliert es, dass manche Expositionen zu bestimmten Lebensphasen (beispielsweise vorgeburtlich oder in der Kindheit) besonders folgenreich wirken oder dass ihre Effekte über die Zeit akkumulieren (Kuh et al., 2003). Gemäß diesem Modell wird die Gesundheit beispielsweise von Migrant*innen auch durch Expositionen während der früheren Lebensphase in ihrem Herkunftsland mit bestimmt. Das Lebenslaufmodell ist einleuchtend, aber erst in Teilen empirisch gestützt. Um es prüfen zu können, muss man eine größere Zahl von Personen über längere Zeiträume – und am besten bereits vorgeburtlich – beobachten können – was nur große und entsprechend teure Kohortenstudien leisten können. Die deutsche NAKO Gesundheitsstudie beispielsweise beobachtet 200.000 Teilnehmer*innen über 20 bis 30 Jahre (siehe den Beitrag von → [Razum, Breckenkamp und Brzoska](#)). Sie berücksichtigt aber zunächst nur Erwachsene und kann so über vorgeburtliche und die Kindheit betreffende Einflüsse auf Gesundheit nur sehr beschränkt Aussagen machen.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass es ein perfektes Modell gesundheitlicher Determinanten nicht geben kann: Modelle müssen immer einen Kompromiss zwischen der übersichtlichen Darstellung wichtiger Aspekte und Vollständigkeit eingehen (ein Ansatz, der *alle* Aspekte von Gesundheit umfassend und optimal abbildet, würde – falls es ihn überhaupt gibt – einen immensen Aufwand erfordern, der in der Forschungspraxis kaum zu leisten ist). Je nach Fragestellung oder untersuchtem Gesundheitsproblem kann daher jeweils ein anderes Modell zielführend sein: das humanökologische Modell etwa, um Einflüsse der Umwelt auf die Gesundheit zu untersuchen oder das SDH-Modell, um Interventionen zur Verringerung sozialer und ökonomischer Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit zu planen.

1.5 Gesundheit und Krankheit quantitativ erfassen

Wissenschaft geht reduktionistisch vor: Sie reduziert ein komplexes Phänomen wie Gesundheit oder Krankheit auf relevante Aspekte, die mit vorhandenen Methoden untersuchbar sind (und sie legt klar dar, welche Einschränkungen sich durch diese Engführung ergeben). Krankheitsbilder und Todesursachen werden nach einem international standardisierten System klassifiziert, der *International Classification of Diseases* (ICD), die im Jahr 1900 erstmals herausgegeben wurde

und seitdem in etwa zehnjährigem Abstand überarbeitet und aktualisiert wird. Demografische und epidemiologische Ansätze arbeiten im einfachsten Fall mit der Sterblichkeit oder der Lebenserwartung als Maße für Gesundheit. Diese Maße können verfeinert werden, etwa als gesunde Lebenserwartung, bei der von der Lebenserwartung die Jahre mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen abgezogen werden (*Disability-Adjusted Life Years*, DALY). Gesundheitsökonomische Verfahren kennen weitere Maße, welche z. B. die Lebensqualität mit standardisierten Verfahren erheben und so einbeziehen können (siehe den Beitrag von → [Greiner](#)). Sie haben gemeinsam, dass sie vor allem Krankheit und gesundheitliche Beeinträchtigungen abbilden, nicht aber Gesundheit und Wohlbefinden.

Die genannten Ansätze sind hoch standardisiert, um Indikatoren von Gesundheit und Krankheit in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen erheben und dann vergleichen zu können. Das ist die Voraussetzung, um gesundheitliche Ungleichheiten erkennen zu können. Diese Ansätze haben aber den Nachteil, ein komplexes Geschehen stark vereinfacht abzubilden. Komplexere Modelle bilden die Realität möglicherweise besser ab, sind aber entsprechend schwieriger zu operationalisieren. Dazu ein Beispiel: Besonders ältere Menschen (aber nicht nur sie) können chronisch erkranken, ohne Aussicht, wieder zu gesunden. Die Krankheit entwickelt sich über die Zeit (man spricht von einem Trajekt) mit stabilen Phasen und Verschlechterungen, bis hin zu Pflegebedürftigkeit und Tod. Nicht mehr Heilung ist das Primärziel; es sollen vielmehr ein selbstständiges Leben sowie möglichst weitgehende gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht werden. Dementsprechend bedarf es je nach der aktuellen Phase auch unterschiedlicher Maße für die jeweils erreichbare Gesundheit (Santoni et al., 2017).

1.6 Alternativen zum naturwissenschaftlichen Modell

Die beschriebene Pathogenese eines Knochenbruchs folgt einem naturwissenschaftlich-medizinischen Modell. Dieses Modell hat den Vorteil, dass es handlungsleitend für die Medizin ist und damit wirksame Behandlungsmöglichkeiten eröffnet – sei es konservativ mittels eines Gipsverbandes oder (bei komplizierteren Frakturen) operativ. Viele Menschen ziehen aber auch andere Erklärungsmodelle für ihre Erkrankung heran, sei es alternativ oder ergänzend zum naturwissenschaftlichen Modell. So könnten sich Betroffene den Knochenbruch auch als Schicksal erklären, oder als eine Strafe durch höhere Mächte. Eine Heilung würde dann nicht nur einen Gipsverband erfordern, sondern auch eine geeignete Kommunikation mit besagten höheren Mächten – eine Aufgabe, die die kurative Medizin nicht leisten kann. Dieses Beispiel mag zunächst exotisch klingen. Die Relevanz für die Gesundheitsversorgung in Deutschland wird deutlich, wenn man es auf den grippalen Infekt überträgt. Hier kann die Schulmedizin nur eine Linderung der Symptome durch Nasentropfen und Kopfschmerztabletten anbie-

ten. Viele Menschen glauben, durch Einnahme von Vitaminpräparaten ihr Immunsystem zu stärken und dadurch einen grippalen Infekt vermeiden zu können. Andere versuchen, den Infekt mittels Globuli zu behandeln, gemäß den Lehren der Homöopathie. Auch wenn sich solche Präventions- und Behandlungsversuche auf individueller Ebene abspielen, so haben sie doch gesellschaftliche Relevanz. Weder für die Vorbeugung durch Vitaminpräparate noch für die Behandlung mit Globuli kann ein Wirksamkeitsnachweis erbracht werden: Sie kosten Geld, führen aber im Vergleich zu einem Scheinmedikament (Placebo) weder zu niedrigeren Erkrankungsraten noch zu einer Linderung der Symptome oder einer schnelleren Gesundung. Angesichts dieser Evidenzlage müssten homöopathische Behandlungen eigentlich von einer Übernahme durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ausgeschlossen sein. Dennoch gibt es Krankenkassen, die eine Behandlung mit Globuli erstatten – in der Erwartung, dass sie mit diesem Angebot eine jüngere und überwiegend gesunde Klientel anziehen und dadurch ihre wirtschaftliche Lage letztendlich verbessern.

Vielen Menschen erscheinen das naturwissenschaftliche Modell der Pathogenese und die sich daraus ergebenden biomedizinischen Behandlungsansätze ausreichend, wenn sie an grippalen Infekten oder Knochenbrüchen leiden. Das kann sich ändern, wenn eine unheilbare oder zum Tode führende Erkrankung auftritt. Dann gewinnen spirituelle Aspekte wie beispielsweise Fragen nach dem Jenseits oder dem Sinn von Leben und Sterben an Bedeutung. Sie sind in den gängigen Definitionen und Modellen von Krankheit und Gesundheit teilweise angedeutet (beispielsweise in der WHO-Definition von Gesundheit, die versucht, auf alle Aspekte des Wohlbefindens einzugehen), aber nicht überzeugend operationalisiert (also messbar gemacht). Teilweise fehlen sie vollständig, wie etwa im humanökologischen Modell, das stark biologisch-soziologisch ausgerichtet ist. Zumindest in Medizin und Pflege gibt es mittlerweile Bemühungen, spirituelle Aspekte in der Betreuung Sterbender zu berücksichtigen und sie damit als Determinanten von Gesundheit zu akzeptieren (Schnabel, 2013).

2 Public Health

Um Menschen gesund zu erhalten, bedarf es mehr als einer kurativen Medizin, die einzelne Patient*innen versorgt. Mit Blick auf das humanökologische Modell oder das SDH-Modell wird deutlich, dass viele Determinanten von Gesundheit bestimmte Bevölkerungsgruppen oder die gesamte Bevölkerung betreffen. Gesundheit, ihre Erhaltung und ggf. ihre Wiederherstellung sind somit eine Herausforderung nicht nur auf der Ebene des einzelnen Menschen – das wäre der Blick der Medizin. Es ist vielmehr eine Herausforderung auch auf der Ebene von Bevölkerungen oder bestimmten Bevölkerungsgruppen – das ist die Per-

spektive von Public Health. Wenn Determinanten von Gesundheit beispielsweise in der Wohngemeinde oder in der bebauten Umwelt angesiedelt sind, bedarf es dementsprechend auch gesellschaftlicher Bemühungen, um Verbesserungen herbeizuführen. Entsprechend weitet sich der Blick: Bewegungsmangel wird nicht mehr nur als gesundheitsgefährdendes individuelles Verhalten interpretiert, wie es die Medizin tut. Public Health stellt darüber hinaus die Frage, warum sich bestimmte Bevölkerungsgruppen im Durchschnitt weniger bewegen als andere oder warum es ihnen schwerer gelingt, ihre Gewohnheiten zu ändern: Trägt dazu die physische Umwelt bei, in der sie leben? Menschen, die keine Grünanlagen in der Nähe ihrer Wohnung vorfinden, werden weniger häufig spazieren gehen. Oder tragen die ökonomischen Verhältnisse bei, unter denen Menschen bis spät in den Abend arbeiten und dann kein ausreichendes Tageslicht mehr für Aktivitäten im Freien haben? Dann müssten Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit nicht nur beim Individuum ansetzen, sondern (auch) an den Lebens(-um-)welten der jeweils betroffenen Bevölkerungsgruppen.

2.1 *Definition von Public Health*

Aus diesen Überlegungen lässt sich eine Definition von Public Health herleiten. Tatsächlich gibt es viele solcher Definitionen, die keineswegs immer deckungsgleich sind. Im Kern aber versteht man unter Public Health „eine von der Gesellschaft organisierte, gemeinsame Anstrengung, mit dem Ziel der Erhaltung und Förderung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung oder von Teilen der Bevölkerung, Vermeiden von Krankheit und Invalidität [und die] Versorgung der Bevölkerung mit präventiven, kurativen und rehabilitativen Diensten“ (Egger, Razum & Rieder, 2021, S. 1).

Das Verständnis von Public Health wandelt sich über die Zeit, entsprechend den jeweils vorherrschenden gesundheitsbezogenen Herausforderungen (Berridge, 2016). Bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts gehörten übertragbare Krankheiten zu den größten gesundheitlichen Problemen. Zur Vorbeugung und Eindämmung von Infektionskrankheiten und Epidemien standen Maßnahmen im Vordergrund, die später als „Old Public Health“ bezeichnet wurden. Sie umfassten beispielsweise Trinkwasserhygiene, Umwelthygiene und die Sicherstellung einer ausreichenden Ernährung. Durch solche Maßnahmen, unterstützt durch steigenden Wohlstand und die Einführung von sozialen Sicherungssystemen, stieg die Lebenserwartung; insbesondere die Kindersterblichkeit sank stark, lange bevor Antibiotika (seit den 1940er Jahren) und Impfungen gegen „Kinderkrankheiten“ wie Masern (seit den 1960er Jahren) verfügbar waren (McKeown, 1977; Szreter, 1988). Durch weiter verbesserte Vorbeugung und medizinische Behandlungsmöglichkeiten setzte – zunächst in den wohlhabenden Ländern des Nordens, später auch in den Ländern mit mittleren und niedrigen Einkommen – ein gesundheit-

licher Übergang ein (in der Literatur auch als demografischer oder epidemiologischer Übergang bezeichnet): Die Sterblichkeit an Infektionskrankheiten sank, die Lebenserwartung stieg an, damit nahmen Häufigkeit und Dauer chronischer, nichtübertragbarer Erkrankungen zu. Ein neues Verständnis von „New Public Health“ bezog dementsprechend die Vorbeugung nichtübertragbarer Erkrankungen und Aspekte der Salutogenese mit ein. Dabei ersetzte „New Public Health“ nicht etwa „Old Public Health“, sondern ergänzte sie, denn deren Elemente sind bis heute von Bedeutung. Herausforderungen wie Antibiotikaresistenzen heben die Rolle der Umwelthygiene erneut hervor; das Phänomen Impfmüdigkeit trägt zu Ausbrüchen vermeidbarer Erkrankungen wie Masern bei; und die Folgen des Klimawandels werden dem Thema „ausreichende Trinkwasserversorgung“ auch in Deutschland Aktualität verleihen. In den weniger wohlhabenden Ländern des Südens bestanden und bestehen die Herausforderungen für „Old Public Health“ in weitaus stärkerem Maße als in den wohlhabenden Regionen weiter. Jedoch nehmen auch dort die chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten zu – eine doppelte Herausforderung für Gesellschaften und Gesundheitssysteme, die nur über geringe Ressourcen für geeignete Lösungsstrategien verfügen und dazu entsprechende Unterstützung der Weltgemeinschaft benötigen.

Viel diskutiert wird, welches der passende deutschsprachige Begriff für „Public Health“ sein könnte. „Bevölkerungsgesundheit“ deckt nur einen Teilaspekt (nämlich das Ziel) von Public Health ab, es fehlt aber u. a. die interventionsbezogene Komponente. Ähnliches gilt für „öffentliche Gesundheit“, ein Begriff, der allenfalls auf die erforderlichen gesellschaftlichen Anstrengungen hindeutet, die von Public Health erbracht werden. Zudem scheint er zu implizieren, es gebe eine davon getrennte „private“ Gesundheit – was so nicht zutrifft, denn eine gute individuelle Gesundheit setzt Public-Health-Aktivitäten voraus. Im frühen 20. Jahrhundert hätte man von „Sozialmedizin“ gesprochen, seinerzeit aber mit dem Blick auf Ärzte als alleinige (oder zumindest wesentliche) Akteure. Einige Autor*innen verwenden den Begriff „Gesundheitswissenschaften“ als deutsches Synonym für Public Health. Wir sehen Gesundheitswissenschaften eher als ein Dach über den Fächern, die eine wissenschaftliche Grundlage für Public Health schaffen und benutzen den Begriff im Folgenden entsprechend (wir sind dabei nicht ganz konsistent, denn wir bezeichnen unsere Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld auf Englisch als *School of Public Health*).

2.2 Zentrale Handlungsfelder von Public Health

Charles-Edward Winslow beschrieb 1920 erstmals zentrale Handlungsfelder von Public Health (Winslow, 1920). Hierzu gehörten (Umwelt-)Hygiene, die Eindämmung von Infektionskrankheiten durch präventive Maßnahmen, Gesundheitserziehung, eine präventive und frühdiagnostische Ausrichtung des medizinischen

Systems, die Einbindung nichtmedizinischer Berufsgruppen in das Versorgungssystem sowie der Abbau gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit.

Durch die Entwicklung der „New Public Health“ sind neue Handlungsfelder hinzugekommen. Mit den zehn *Essential Public Health Operations* (EPHOs) formulierte die WHO Europe die aus ihrer Sicht zentralen Aktionsfelder für Public Health (siehe Tabelle 1). Sie haben das Ziel, nachhaltige Gesundheit und Wohlbefinden für die europäischen Bevölkerungen zu schaffen. Die Aktionsfelder gliedern sich in Kernfelder (Bereiche Information mit EPHOs 1, 2 und 10 sowie Verfügbarmachen gesundheitsbezogener Dienstleistungen mit EPHOs 3–5) sowie unterstützende Felder (politische Steuerung Personal, Organisationsstrukturen sowie Kommunikation, EPHOs 6–9). Eine etwas erweiterte Fassung befindet sich unter der Bezeichnung *Essential Public Health Functions* in der Diskussion (Zhang et al., 2023).

Tabelle 1: Die 10 Essential Public Health Operations (EPHOs) der WHO Europe

1.	Surveillance von Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung.
2.	Beobachtung von Gesundheitsgefahren und gesundheitlichen Notlagen und Gegenmaßnahmen.
3.	Gesundheitsschutzmaßnahmen (u. a. in den Bereichen Umwelt-, Arbeits- und Nahrungsmittelsicherheit).
4.	Gesundheitsförderung, einschließlich Maßnahmen in Bezug auf soziale Determinanten und gesundheitliche Maßnahmen.
5.	Krankheitsprävention, einschließlich Früherkennung.
6.	Gewährleistung von Politikgestaltung und Steuerung (Governance) für mehr Gesundheit und Wohlbefinden.
7.	Gewährleistung einer ausreichenden Zahl von fachkundigem Personal im Bereich der öffentlichen Gesundheit.
8.	Gewährleistung von nachhaltigen Organisationsstrukturen und Finanzierung.
9.	Überzeugungsarbeit, Kommunikation und soziale Mobilisation für die Gesundheit.
10.	Förderung der Forschung im Bereich der öffentlichen Gesundheit zwecks Anwendung in Politik und Praxis.

Deutsche Übersetzung: Robert Koch-Institut (www.rki.de/DE/Content/Institut/Public_Health/Beitrag_Jubilaeumsbuch.html)

Die zehn zentralen Aktionsfelder fokussieren allerdings überwiegend auf intermediäre Determinanten von Gesundheit. Anders als das SDH-Modell sprechen sie nicht explizit strukturelle Determinanten wie das Politik- und Wirtschaftssystem und deren Beiträge zur Produktion gesundheitlicher Ungleichheit an.

2.3 Gesundheit in allen Politikbereichen (*Health in All Policies*)

Das Konzept der *Health in All Policies* (HiAP), also der Berücksichtigung von Gesundheit in allen Politikbereichen, wurde ebenfalls von der WHO entwickelt (WHO, 2014). Es baut auf der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung auf, die

Gesundheit als Querschnittsaufgabe aller Politikbereiche definiert (WHO Europe, 1986). HiAP zielt darauf ab, dass alle Ministerien oder andere öffentliche Entscheidungsträger die Auswirkungen von Politikentscheidungen auf Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung, auf gesundheitliche Determinanten und auf das Gesundheitssystem explizit mitberücksichtigen. Die Verantwortlichkeit der Entscheidungsträger erstreckt sich somit auch auf unbeabsichtigte gesundheitliche Folgen von Entscheidungen, die im eigenen Ressort getroffen werden. Ein Beispiel ist die Auswirkung des Baus einer Stadtautobahn auf die Gesundheit der Anwohner*innen. HiAP erkennt ausdrücklich gesundheitsbezogene Rechte der Bevölkerung an und setzt sich für nachhaltige Politiken ein. Es geht damit einen wichtigen Schritt weiter als die zentralen Aktionsfelder von Public Health (EPHOs).

3 Gesundheitswissenschaften

Das Regenbogen-Modell, das humanökologische Modell und das SDH-Modell zeigen, dass ein breites Spektrum von wissenschaftlichen Disziplinen und Wissenschaftsbereichen erforderlich ist, um Public Health zu betreiben. „Gesundheitswissenschaften“ ist ein sprachlicher Oberbegriff, oder bildlich gesehen ein Dach, um diese Disziplinen und Bereiche zu bündeln. Zu den Gesundheitswissenschaften zählen zum einen methodisch ausgerichtete Wissenschaftsbereiche und Disziplinen wie Epidemiologie, Biostatistik, quantitative und qualitative empirische Sozialforschung, Gesundheitsökonomie und Demografie. Sie tragen dazu bei, dass Evidenz geschaffen und Interventionen zur Änderung von Verhalten oder Verhältnissen evaluiert werden können. Zum anderen leisten Disziplinen und Fachbereiche wie Soziologie, Politikwissenschaft, Umweltwissenschaften, Kommunikationswissenschaft, Psychologie, Biologie und Medizin in jeweils unterschiedlicher Hinsicht wesentliche Beiträge, beispielsweise zur Entwicklung von Theorien, zum Verständnis von Mechanismen, aber auch zur Entwicklung von Interventionen. Zunehmend komplexere gesundheitsbezogene Herausforderungen erweitern das Spektrum der Einzelwissenschaften beispielsweise um die Rechtswissenschaft und die Ethik (Philosophie) bei Fragen des Anspruchs auf gesundheitliche Leistungen oder um die Tiermedizin bei der Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen. Dementsprechend kann eine Auflistung von konstituierenden Fächern und Wissenschaftsbereichen der „Gesundheitswissenschaften“ nie vollständig sein – sie ist immer nur zeitbezogen aktuell. Unabhängig von den beteiligten Fächern sind für die Gesundheitswissenschaften – neben dem bereits dargestellten Bevölkerungs- und Systembezug – drei Elemente konstitutiv: (1) der Anspruch, interdisziplinär zu arbeiten, also mit einer Disziplinen übergreifenden Zusammenarbeit einen Beitrag zur Analyse von gesundheitswissenschaftlichen

Problemen zu leisten und Lösungsvorschläge zu erarbeiten, zu erproben und zu evaluieren; (2) die Bearbeitung von Fragestellungen aus der Lebenswelt in Kooperation mit Praxispartner*innen (Transdisziplinarität) und (3) eine politikberatende Funktion.

3.1 *Interdisziplinarität*

Die Gesundheitswissenschaften, auch wenn sie sich mit einem sprachlichen Oberbegriff bezeichnen, können nicht den Anspruch erheben, eine „Meta-Wissenschaft“ zu sein, also eine Disziplin, die andere Einzelwissenschaften zusammenführt und zu einem neuen Fach vereinigt. Das wird an zwei Aspekten deutlich: Zum einen sind es oftmals nur bestimmte Theorien, Methoden oder Forschungsansätze aus einem viel umfassenderen Spektrum einer Einzelwissenschaft, die zu den Gesundheitswissenschaften beitragen (hierfür ist die Tiermedizin ein unmittelbar einleuchtendes Beispiel). Zum anderen erheben die Gesundheitswissenschaften zwar den Anspruch auf Interdisziplinarität. Mit Blick auf die in Abschnitt 1.4 vorgestellten Modelle erscheint es nahezu zwingend, Beiträge unterschiedlicher Disziplinen heranzuziehen, um Gesundheit und ihre Determinanten umfassend zu untersuchen oder Ansatzpunkte für Interventionen zu finden. Diese disziplinäre Vielfalt tragen die Gesundheitswissenschaften bereits im Namen – es ist ja ausdrücklich die Rede von Wissenschaften im Plural. Ihren Anspruch, interdisziplinär zu arbeiten, können die Gesundheitswissenschaften jedoch nicht regelmäßig umsetzen. Interdisziplinäres Arbeiten bezeichnet das wissenschaftliche Arbeiten an gemeinsamen Themen über traditionelle Fächergrenzen hinweg (und nicht etwa nur an unterschiedlichen Teilbereichen eines gemeinsamen Projekts). Ein Beispiel ist die Zusammenarbeit zwischen Biologie und Chemie bei der Untersuchung von Vorgängen in lebenden Zellen. Erfolgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit ist daran zu erkennen, dass sie erstens neue wissenschaftliche Erkenntnisse produziert, die den fachlichen Rahmen der jeweiligen einzelnen beteiligten Disziplinen überschreitet. Zweitens kann sich aus dieser Zusammenarbeit, sofern sie über einen längeren Zeitraum hinweg besteht, eine eigene Fachrichtung entwickeln, im genannten Beispiel die Biochemie. Ein eigenes Fach ist daran zu erkennen, dass es eigene Theorien und Methoden hervorbringt (Weingart & Padberg, 2014).

In den Gesundheitswissenschaften wird eine solche Entwicklung hin zu einem eigenen Fach noch nicht deutlich. Die eingesetzten Methoden und Theorien sind nicht originär den Gesundheitswissenschaften zugehörig; sie entstammen vielmehr weiterhin unterschiedlichen Fächern (Razum & Dockweiler, 2015; Schnabel, 2015). Zudem bleibt zu diskutieren, wie erfolgreich gesundheitswissenschaftliche Forschung darin ist, im Rahmen von fächerübergreifender Zusammenarbeit Erkenntnisse zu produzieren, die tatsächlich fachliche Grenzen überschreiten.

Dem steht nicht zuletzt ein Modell der Forschungsförderung entgegen, das sich an traditionellen Fächergrenzen orientiert (Gerhardus et al., 2016). Die Gesundheitswissenschaften sind somit weiterhin ein Fächerkanon mit einer Sprach- und Methodenvielfalt, die in der täglichen Zusammenarbeit eine Herausforderung darstellt.

3.2 *Transdisziplinarität*

Das Forschen in den Gesundheitswissenschaften zielt nicht nur auf reinen Erkenntnisgewinn, wie das in der Grundlagenforschung, beispielsweise der Astronomie, der Fall ist. Die wissenschaftlichen Fragestellungen ergeben sich häufig durch praktische Probleme in der Lebenswelt oder sie werden in enger Zusammenarbeit mit Praktiker*innen formuliert. Dementsprechend müssen die Forschungsergebnisse auch in der Praxis umsetzbar sein. Das Zusammenwirken von unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen und den späteren Umsetzer*innen in den Prozessen der Identifikation, Strukturierung und Bearbeitung von Fragestellungen wird als Transdisziplinarität bezeichnet. Auch das transdisziplinäre Arbeiten stellt eine Herausforderung dar: Fachliche Anforderungen, die sich aus Sicht der Wissenschaftler*innen ergeben, sind nicht immer einfach in Einklang zu bringen mit den Erwartungen und Interessen der Praxispartner*innen oder der interessierten Bürger*innen.

3.3 *Politikrelevanz*

Neben Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen ist auch das politische und wirtschaftliche System eine bedeutende Determinante von Gesundheit, auch wenn dies oft übersehen wird (WHO Commission on Social Determinants on Health, 2008). Die Gesundheitswissenschaften befassen sich unter anderem mit der Frage, wie solche Determinanten verändert werden müssten, um die Gesundheit der Menschen zu verbessern. Mehr noch: Sie untersuchen, ob Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen bezüglich dieser Determinanten vermeidbar wären und somit zu gesundheitlichen Ungerechtigkeiten führen. Nicht jede Ungleichheit ist eine Ungerechtigkeit: So haben ältere Menschen eine niedrigere Lebenserwartung als jüngere. Das ist zweifellos eine Ungleichheit, aber nicht zu ändern. Dass jedoch ärmere Menschen eine niedrigere Lebenserwartung haben als wohlhabende (wie es in Deutschland der Fall ist), wäre durchaus vermeidbar. Es handelt sich somit um eine Ungerechtigkeit, die verringert oder beseitigt werden sollte. Wie das geschehen kann, wird kontrovers diskutiert: Wie wirksam sind Interventionen, und auf welcher Ebene müssen sie ansetzen – beim Individuum oder durch staatliche Umverteilung? Eine solche Diskussion sollte sich nicht in Ideologien verlieren, sondern auf der Basis wissenschaftlicher