

Soziale Modelle und soziale Gruppen: Medizinische und therapeutische Aspekte aus sozialwissenschaftlicher Perspektive

Janusz Surzykiewicz¹, Linda Bürkle¹, Veronika Escherich¹ & Andreas Hillert^{1,2}

¹Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt

²Schön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee

Zusammenfassung

In den Sozialwissenschaften entwickelte Modelle der Gesellschaft gingen und gehen von der finanziellen Situation sowie zumeist von politisch-ideologischen Parametern aus. Das Gesundheitsverhalten, gesundheitsbezogene Vorstellungen und reale gesundheitliche Aspekte spielten dabei zunächst einmal keine relevante Rolle. Unabhängig davon wurde seit Beginn des 20. Jahrhunderts zunehmend deutlich, dass soziale Aspekte erheblichen Einfluss auf gesundheitliche Belange haben, wobei in aller Regel unter prekären Verhältnissen lebende Menschen mit solchen aus nicht näher spezifizierten „besseren“ Verhältnissen verglichen wurden. Ausgehend von solchen Befunden konnte sich Public-Health konzeptuell-wissenschaftlich und praktisch etablieren. Parallel dazu differenzierten sich die Vorstellungen und Konzepte von Gesundheit, wobei heute zwischen biomedizinischen und sozialwissenschaftlichen Perspektiven Konsens dahingehend besteht: „Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit“. Entsprechend breit wie das Spektrum der sich ausgehend davon auftuenden Interpretationsspielräume sind die Vorstellungen von dem, was eine angemessene bzw. „ganzheitliche“ Gesundheitsversorgung ausmachen soll. Angesichts der in der Forschung aktuell verwendeten, allesamt randunscharfen Begriffe (Lebensqualität, Wohlbefinden, Glück etc.) relativieren sich viele der damit erhobenen Befunde. Vor diesem Hintergrund gewinnen die empirisch-fundierte Sinus-Milieus als Grundlage weitergehender Untersuchungen zur Frage der Interaktion umschriebener soziokultureller Muster mit gesundheitlichen Aspekten besondere Bedeutung.

Schlüsselwörter: Milieu, Soziale Gruppen, Gesundheit, Wohlbefinden, Lebensqualität

Social models and social groups: Medical and therapeutic aspects from a social science perspective

Abstract

Models of society developed in the social sciences were and are based on the financial situation and mostly on political and ideological parameters. Health behavior, health-related ideas and real health aspects initially played no relevant role. Irrespective of this, it has become increasingly clear since the beginning of the 20th century that social aspects have a considerable influence on health aspects, with people living under precarious circumstances being compared with those from unspecified “better” circumstances. Based on such findings, public health was able to establish itself conceptually, scientifically and practically. At the same time, the ideas and concepts of health were differentiated, whereby today, based on initially divergent biomedical and social scientific perspectives, there is probably a consensus in the meantime: Health is more than the absence of illness. The ideas of what constitutes appropriate or “holistic” health care are just as complex as the range of interpretations that arise from this. In view of the fuzzy terms currently used in research (quality of life, well-being, happiness, etc.), many of the findings obtained are put into perspective with health aspects of particular importance.

Key words: Milieu, social groups, health, well-being, quality of life

1 Einführung: Was ist „Gesundheit“ und was hat Gesundheit mit sozialen Aspekten zu tun?

Ziel und Inhalt des vorliegenden Beitrages ist es, sozialwissenschaftliche Gesellschaftsmodelle, darauf bezogene Gesundheitsvorstellungen und davon ausgehend entworfene medizinisch-therapeutische Präventions- und Behandlungskonzepte abzugleichen. Mainstream-Theorien vernachlässigen oft die Komplexität des breiteren sozialen, institutionellen und kulturellen Umfelds, das die Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung in der Realität prägt. In Anlehnung an Habermas und Honneth wird es dabei – im Sinne des kritischen Realismus – auch um Machtbeziehungen, Strategien der Fehlanerkennung sowie Dynamiken der Entmündigung bzw. Ermächtigung gehen. Ausgehend von der einschlägigen Literatur wird aufgezeigt, wie eine sich als ganzheitlich verstehende kritische Sozialperspektive Muster aufdeckt, welche die Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsversorgung beeinflussen. Letztere ist wiederum integraler Bestandteil soziokultureller Strukturen (Gary & Lotas, 2022; Hoffmann et al., 2022; Baas, 2021; Lampert et al., 2018; Rutter et al. 2017; Eisenberg & Kleinman, 2012).

2 Komplexe Gesellschaften: prekäre Gruppen im Fokus

Wenn es um soziale Modelle und Gruppen geht, fällt zunächst auf, dass die Sozialwissenschaften zwar traditionell auf diverse, die Gesellschaft abbildende Modelle verweisen können, bei denen aber der Aspekt „Gesundheit“ ursprünglich tendenziell unberücksichtigt blieb respektive als abhängige Variable angesehen wurde (Rogers & Pilgrim, 2021; Peters et al., 2017; Cockerham, 2016; Marmot, 2015; Bambra et al., 2010). Zumeist nur implizit wurde dabei davon ausgegangen, dass ein höherer sozialer Status bzw. die Zugehörigkeit zu einer im gesellschaftlichen Rahmen finanziell und vom Sozialstatus höher positionierten Klasse bzw. Schicht mit einer besseren gesundheitlichen Versorgung bzw. besserer Gesundheit einhergeht. Umgekehrt wurde praktisch durchgehend und üblicherweise, ohne dass dies eingehender reflektiert bzw. empirisch differenzierter abgebildet wurde, die Zugehörigkeit zu sozial schlecht gestellten Gruppen als Gesundheitsrisiko aufgefasst. Soweit empirische Untersuchungen durchgeführt wurden, fokussieren sich diese fast überwiegend auf den prekären Bereich.

Hier konnten Zusammenhänge zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit aufgezeigt werden. Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status leiden demnach häufiger un-

ter chronischen Krankheiten wie Hypertonie, Diabetes, chronischer Bronchitis und unterschiedlichen Krebserkrankungen. Darüber hinaus sind sie häufiger von Beschränkungen des allgemeinen Gesundheitszustands und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität betroffen. Angesichts der Häufigkeit psychischer Erkrankungen und der damit verbundenen hohen individuellen und gesellschaftlichen Kosten war und ist dies in hohem Maße von gesamtgesellschaftlichem Interesse. Differenziertere Einblicke auf mögliche Zusammenhänge zwischen umschriebenen soziokulturellen Mustern und Gesundheit ergeben sich aus diesen Befunden jedoch kaum (Peter et al. 2021; Kivimäki et al. 2020; Dugravot et al. 2020; Hackett & Hayre, 2020; Stormacq et al. 2019; Lago et al. 2018; Latkin & Knowlton, 2015; Pinto-Meza et al., 2013; Mackenbach, 2012).

3 Public-Health: Gesundheit als Sozialkapital

Die skizzierten Befunde und alle im Folgenden diskutierten Aspekte gehen somit methodisch gesehen von Extremgruppenvergleichen aus. Eine differenzierte Betrachtung etwa der in der bundesdeutschen Gesellschaft im Mittelfeld liegenden, die Mehrheit darstellenden Gruppen, so wie sie in den Sinus-Milieus berücksichtigt werden (siehe Müller-Slawinski in diesem Heft), erfolgte nicht. Im methodischen Ansatz und der Dialektik der sozialwissenschaftlichen Untersuchungen spiegeln sich dabei, neben Versuchen in der Gesellschaft als relevant erachtete Strukturen aufzuzeigen, tradierte, durchaus politisch geprägte Betrachtungsweisen.

Seit 90 Jahren werden – für das methodische Vorgehen exemplarisch – in der Public-Health-Literatur drei Perspektiven zur Wirksamkeit des Sozialkapitals postuliert:

- Die "soziale Unterstützungsperspektive" geht davon aus, dass informelle Netzwerke für das objektive und subjektive Wohlergehen von zentraler Bedeutung sind.
- Die "Ungleichheitsthese" geht davon aus, dass zunehmende wirtschaftliche Ungleichheiten das Empfinden der Bürgerinnen und Bürger für soziale Gerechtigkeit ausgehöhlt haben, was wiederum zu erhöhter Angst und einer reduzierten Lebensqualität und geringerer Lebenserwartung geführt hat.
- Der "politökonomische Ansatz" schließlich sieht die Hauptdeterminante für schlechte Gesundheitsergebnisse sozial schlechter gestellter Gruppen in deren sozial und politisch erzwungenem Ausschluss von materiellen Ressourcen.

Eine sich mehr auf Metaebene bewegende Theorie des Sozialkapitals unterscheidet zwischen bindendem, überbrückendem und verbindendem Sozialkapital, was die drei genannten Perspektiven inhaltlich wiederum verbindet. Ausgehend von entsprechenden Konzepten wurden dann empirisch Zusammenhänge zwischen Sozialkapital und gesundheitlichen Parametern aufgezeigt. Dabei zeigte sich u.a., dass wenn sozial schlecht gestellte Gruppen durch umschriebene Angebote unterstützt werden, dies unter anderem zu einer, was die psychische Gesundheit anbelangt, besseren Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (geringere Anfälligkeit für Alkoholmissbrauch, niedrigere Quote von depressiven Konstellationen), einer geringeren Sterblichkeit, einer höheren Lebensqualität und der selbst eingeschätzten Gesundheit führt (Quintal et al., 2023; Hartung, 2022; Rodgers et al., 2019; Ehsan et al., 2019; Lampert et al. 2019; Dornquast et al. 2018; Hurrelmann et al. 2009; Szreter, & Woolcock, 2004).

In den letzten zwei Jahrzehnten wurden im Gesundheitswesen verschiedene Modelle mit dem Ziel einer integrativen Versorgung entwickelt. Konkret geht es dabei um eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen konventioneller Medizin und deren angemessener Nutzung, wobei sozialtherapeutische Maßnahmen sozial schlecht gestellte Menschen identifizieren und unterstützen sollen (Adams et al., 2009; Bylsma, 2021). Die Integration von Gesundheits- und Sozialfürsorge kann dabei horizontal (d. h. Verknüpfung ähnlicher Versorgungsebenen, z. B. multidisziplinäre Teams), vertikal (d. h. Verknüpfung verschiedener Versorgungsebenen, z. B. Primär, Sekundär- und Tertiärversorgung), strukturell (d. h. in einer einzigen neuen Organisation) und virtuell (d. h. in einem Netz von eng zusammenarbeitenden Anbietern) erfolgen (Lim, 2020). Diesbezüglich wurden verschiedene Kombination ausprobiert, wobei übergreifend deutlich wurde, dass Ernährungsunsicherheit und Instabilität der Wohnverhältnisse die zentralen, eine schlechte gesundheitliche Situation determinierenden Parameter sind (Hessler, et al., 2019; Gottlieb et al., 2017). So überzeugend einzelne Studienergebnisse waren, in der praktischen Umsetzung außerhalb von umschriebenen Projekten, erwies sich die Koordination zwischen den beteiligten Disziplinen und politischen Stellen zumindest als schwierig (Sainfort et al., 2022; Sturgiss et al. 2022).

4 Gesundheit: Vom biomedizinischen zum ganzheitlichen Modell

In sozialwissenschaftlichen und praxisorientierten Diskursen haben sich Theorie- und Forschungsansätze etabliert, die jeweils vor dem Hintergrund umschriebener historischer Konstellationen entstanden und wirksam wurden. Definitionen und Konzeptualisierungen von Gesundheit waren und sind im historischen Kontext zu sehen. Sie sind keine statischen Größen, sondern entwickeln sich kontinuierlich weiter. Entsprechende „Fortschritte in der Theorie“ und „neue wissenschaftliche Erkenntnisse“ sind entsprechend oftmals Trends im sozio-politischen Kontext (Larson, 1999); inwieweit entsprechend verändernde Perspektiven tatsächlich mehr als Anpassungsleistungen sind, bleibt eine philosophische Frage.

Das biomedizinische Modell von Gesundheit wurde erstmals zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts möglich (Engel, 1977; Murray & DeBeard, 2022; Tosam, 2022). Hierbei stand zunächst die „Keimtheorie“ im Mittelpunkt. Demnach seien Krankheiten auf bestimmte, erst seit kurzem nachweisbare Mikroorganismen zurückzuführen (Evans, 1976). Entsprechend konnte Gesundheit nach dem biomedizinischen Modell als Abwesenheit von entsprechenden Keimen bzw. von physischer Krankheit definiert werden (Guillemin & Barnard, 2015). Aus der Mitte des 20. Jahrhunderts, konkret aus dem Jahr 1948 stammt die bis heute berühmte Gesundheitsdefinition der WHO (World Health Organisation): „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“. Weit über das biomedizinische Modell hinausgehend und dabei u.a. Erfahrungen aus dem zweiten Weltkrieg integrierend, wurde so eine Perspektive eröffnet, die den Anspruch erhebt die Gesamtheit psychischer und sozialer Aspekte eines Individuums zu integrieren. Hieran konnte sich u.a. die „positive Psychologie“ anschließen, die die Bedeutung sozialer Beziehungen als Kernbestandteil von Gesundheit sieht (Keyes, 1998; Tosam, 2022). Andererseits wurde Gesundheit mit der Definition der WHO zu einem im realen Leben kaum noch erreichbaren Zustand erklärt, der sich als solcher zudem objektiver Feststellbarkeit entzieht (Engel, 1977). Ungeachtet dessen bestimmt die Gesundheitsdefinition der WHO bis heute das Verständnis von Gesundheit, auch was die Ausbildung von Fachkräften der Gesundheitswissenschaften anbelangt (Guillemin & Barnard, 2015).

Unter Berufung auf soziologische Arbeiten von Philosophen wie Durkheim und Marx argumentierte unter anderem Keyes (1998), dass die aktuelle Forschung dazu neigt, private (z. B. psychologische) gegenüber öffentlichen (z. B. sozialen) Aspekten des

Wohlbefindens zu präferieren; beide sind jedoch für das Verständnis der menschlichen Gesundheit und insbesondere für das Wohlbefinden entscheidend. Dieser Gedanke trug zu einer theoretischen und empirischen Weiterentwicklung bei, in dem das zwischenmenschliche Wohlbefinden weiter ausgeführt wurde und vertiefter herausgearbeitet wurde mit der Begründung, dass zu den zentralen Aspekten, die ein optimales Leben ausmachen, qualitativ hochwertige Beziehungen zu anderen gehören (Ryff & Singer, 2000).

Diverse Debatten über möglichst mehrdimensionale Gesundheits- und Rehabilitationsprozesse in der Medizin für Menschen mit Behinderung brachten Ende 2000 einen wichtigen Fortschritt, erfasst im Rahmen der sog. ICF-Models: „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit“. Es handelt sich dabei um ein Klassifikationssystem, das im Sinne der WHO die Beschreibung menschlicher Funktionsfähigkeit und Behinderung ermöglicht. Dieses interdisziplinäre und internationale Modell der Klassifizierung der funktionalen Gesundheit (=Funktionsfähigkeit) erfasst sowohl Körperfunktion und -strukturen als auch Aktivität und Partizipation. Zusätzlich werden Kontextfaktoren betrachtet, die die physische und soziale Umwelt erfassen, die die Funktionsfähigkeit fördern oder hindern können. Das ICF-Modell versteht sich als mehrperspektivisch und holistisch, es beruht auf einer Synthese des medizinischen und sozialen Modells und ist entsprechend in der Konzeption dem biopsychosozialen Ansatz verpflichtet. Ausgehend hiervon werden u.a. domänenspezifisch biopsychosoziale Faktoren von Rehabilitationsanforderungen unter Betrachtung der systematischen Zusammenhänge evaluiert (ICF, 2005). Die Philosophie des ICF-Modells konzentriert sich nicht erstrangig auf Mängel bzw. auf die Klassifizierung von Auswirkungen von Krankheiten, sondern zielt dezidiert auf die Elemente von Funktionalität der Gesundheit und deren kontextuellen Gegebenheiten ab, wie Vitalfunktionen, körperliche Tätigkeiten, subjektives Wohlbefinden und die Rolle von Umgebungsfaktoren (Stewart & Rosenbaum, 2003; Schuntermann, 2011; Gramp, 2019).

5 Zur sozialen Gesundheit

Das Verständnis von Gesundheit unterliegt einem dynamischen Entwicklungsprozess, sowohl in der Theorie als auch in Forschung und Praxis. Hierzu relevante wissenschaftliche Erkenntnisse finden sich im sozio-politischen Handeln der Public Health wieder.

Derartige konzeptionelle Entwicklungen lassen sich nach Larson (1999) in vier verschiedene Modelle zusammenfassen: Medizinisches Modell (Abwesenheit von Krankheit und/oder Behinde-

rung), WHO- Modell (Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein Abwesenheit von Krankheit oder einer Gebrechlichkeit), „Wohlfühl“-Modell (Wellness Model: Gesundheitsförderung und Steigerung der Funktionsfähigkeit, Energie, Komfort und Integration von Geist, Körper und Seele) und Umweltmodell (beruht im Wesentlichen auf der individuellen Anpassung an die physische, soziale und sonstige Umwelt-Form). Ein wichtiges Merkmal hierbei ist eine Art Gleichgewicht in der Wahrnehmung von Schmerzen, Unbehagen oder Behinderungen und kontextuellen Bedingungen, die sich in einer individuellen und sozialen Ausbalancierung widerspiegelt. Demnach zielen Selbstpflege und medizinische Versorgung auf die Wiederherstellung des gesundheitlichen Gleichgewichts ab, das eine physische, psychische und soziale Dimension hat.

Anhand dieses Ansatzes, der dem anthropologischen Modell, wonach Körper, Geist und Seele eine Einheit bilden, nahe kommt, lassen sich Zusammenhänge zwischen physischen, psychischen und sozialen Aspekten der Gesundheit feststellen und dokumentieren. „Soziale Gesundheit“ lässt sich dabei einerseits als das vom Subjekt wahrgenommene und andererseits als das hinsichtlich Qualität und Quantität der sozialen Kontakte zumindest annäherungsweise objektiv abbildbare Beziehungsgeflecht einer Person definieren. Eben diese Perspektive, in der das Individuum im Zentrum steht, wird in aktuellen sozio-ökonomischen und organisationalen Modellen von Gesundheit wenn nicht übersehen so doch oft vernachlässigt (Doyle & Link, 2022).

Die „soziale Dimension“ im Sinne von Beziehungen, Kontexten und Strukturen ist mehr als ein Prädiktor für andere gesundheitsrelevante Aspekte (z.B. als Moderatoren und/oder Mediatoren der Auswirkungen auf Stress und Gesundheit usw.). Die Übernahme des Konzepts der sozialen Gesundheit in allen Bereichen der Sozial- und Gesundheitswissenschaften erweitert das Verständnis des menschlichen Potenzials und der zentralen Bedeutung sozialer Beziehungen für ein gesundes und erfülltes menschliches Leben. Entsprechend ergeben sich aus dem Konzept der sozialen Gesundheit, über die Gesundheit des eines Individuums hinaus, weitgehende Implikationen, letztlich auch für nationale und staatliche Gesundheitssysteme bzw. gesundheitsfördernde Initiativen in diesen Bereichen und Dimensionen (Doyle & Link, 2022).

Auch wenn man diesem Standpunkt inzwischen immer häufiger sowohl international als auch in Deutschland Aufmerksamkeit schenkt, dominieren in der Public Health- und sozialepidemiologischen Forschung Studien, die eher strukturelle Aspekte wie soziale Ungleichheit in der Gesundheit thematisieren. Man legt hier Wert auf die Ursachen und Erklärungsansätze, die neben individuellen

sozioökonomischen Faktoren wie Arbeit, Einkommen, Bildung und dergleichen auch Unterschiede in der Lebensumwelt, lokalen Wohn- und Arbeitsbedingungen berücksichtigen und auf verschiedene strukturelle Aspekte und sozio-ökologische Umwelttrisiken der Gesundheit eingehen. Teilweise werden auch der Zugang zu und die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen erfasst.

Parallel dazu werden derzeit vermehrt zudem die psychosozialen Faktoren, die das individuelle Gesundheitsverhalten bedingen, erforscht (Solar, & Irwin, 2010; Breuer et al., 2015; Gomez-Vidal & Gomez, 2021; Brady et al., 2020; Sims et al., 2022). Der sektorübergreifende Charakter des Gesundheitsverhaltens, im individuellen und gesellschaftlichen Sinne, erfordert die Berücksichtigung der Akteure aus mehreren Sektoren, um sowohl persönliche als auch umweltbedingte Determinanten auf integrierte Weise anzugehen und so zu einer verbesserten Gesundheit der Bevölkerung beizutragen (McQueen et al., 2012).

In den letzten Jahren werden hierzu sog. sozio-ökologische Public Health-Konzepte tradiert, die stärkeres Augenmerk auf die Befriedigung von Grundbedürfnissen aller Mitglieder der jeweiligen Gesellschaft legen und gleichzeitig die Belange der Weltbevölkerung erfassen. Es wächst das Bewusstsein, dass eine derartige Komplexität transdisziplinäre Anstrengungen und transformative forschungstheoretische Ansätze erfordert. Im Zuge dessen besteht die Notwendigkeit innovative Konzeptionen und integrative Modelle der Gesundheitsförderung einzusetzen. Man ist sich einig, dass die Vielfalt voneinander abhängiger Prozesse, multidimensionale Determinanten und vielfältige Interdependenzen und Dynamiken auf globaler Ebene sich letztlich im Wohlbefinden und der Lebensqualität der Menschen auf der Mikroebene von Städten widerspiegeln. Ein besonderes Augenmerk wird auf die politischen Determinanten gelegt mit der Absicht, sowohl wirksame Beurteilungen als auch die Gestaltung, Evaluation der öffentlichen Gesundheitspolitik zu ermöglichen (Crane et al., 2021; Cash-Gibson et al., 2023).

6 Differenzierung von Grundbegriffen: Wohlbefinden, Lebensqualität, Lebenszufriedenheit

In den letzten Jahren wird psychische Gesundheit zumindest von einigen Arbeitsgruppen ausgehend vom subjektiven Wohlbefinden definiert (Lui & Fernando, 2018). Die Paradigmata „Lebensqualität“ und „Wohlbefinden“ wurden dabei – mit wechselnden inhaltlichen Überschneidungen – als zentral erachtet. Auf der Suche nach einfach und valide messbaren Parametern für Gesundheit bzw. von Merkmalen eines guten Lebens (Lucas, 2018) wurden diese Begriffe als hinreichend tragfähig erachtet, um davon ausgehend persönliche und gesellschaftliche Maßnahmen abzuleiten (Diener et al., 2009). Eine Metaanalyse von Daten aus 54 Ländern zeigte, dass es zumindest in wirtschaftlich weniger entwickelten und weniger gebildeten Ländern einen Zusammenhang zwischen subjektivem Wohlbefinden und sozioökonomischem Niveau gibt (Howell & Howell, 2008; Baumeister & Leary, 1995). In diesen Gesellschaften die Verbesserung des Sozialstatus gewissermaßen präventiv mit einer Verringerung psychischer Belastungen und damit auch psychischer Erkrankungen einhergeht.

Wohlbefinden gilt seit langem als Schlüssel zur Erlangung und Erhaltung gesunder und produktiver Gesellschaften (Durand, 2015; Ventura-León et al., 2023; Soylu, 2023; Bohmann, & Kalleitner, 2023). Zu diesem Zweck verwenden viele Länder objektive Indikatoren für das Wohlergehen, wie Einkommen, Bildung und Lebenserwartung, sowie, parallel dazu, subjektive Maße, wie z. B. die Art und Weise, wie das Leben von den Einzelnen wahrgenommen und erlebt wird (Diener, 1984).

Die Konzeptualisierung von subjektivem Wohlbefinden, so prägnant der Begriff zunächst erscheinen mag, ist nicht einfach (Diener 1984; ders. et al., 1997). Letztlich ist der Begriff bzw. die Bewertung von subjektivem „Wohlbefinden“ abhängig von kognitiven und affektiven, jeweils sozial determinierten Kriterien (Diener et al., 1985). Vor diesem Hintergrund kann Wohlbefinden für einen bestimmten Aspekt (Familie, Gesundheit, Arbeit, Studium) oder allgemein für das Leben des Einzelnen definiert werden (Dagger & Sweeney, 2006). Inhaltliche Überschneidungen des Paradigmas WB zu Begriffen wie (a) Lebensqualität (die sich zumindest vom Ansatz her anhand objektiver Aspekte abbilden lässt), (b) Lebenszufriedenheit (die sich direkt auf die Wertung des Lebens bezieht) und (c) Glück (Moyano & Ramos, 2007) sind dabei allerdings evident, wobei Glück das breiteste Bedeutungsspektrum, bis in philosophische Sphären hinein, aufweist. Zusammenfassend wird deutlich, dass eine objektive und valide Erfassung von gesundheitsbezogenen Aspekten gewissermaßen auf Metaebene nur annäherungsweise möglich ist. Alle hierzu ver-

wendeten Begriffe sprechen kognitive und affektive Komponenten an, die wiederum soziokulturelle Muster spiegeln (Diener, 1984).

Alle diese Parameter werden zumeist mit Selbsteinschätzungsskalen gemessen (Diener et al., 2018), wobei es nicht verwundert, dass z.B. alle subjektives Wohlbefinden betreffenden Aspekte mit persönlichen, beruflichen, wirtschaftlichen und sogar politischen Faktoren zusammenhängen (Diener et al., 2015), etwa dem Bildungsniveau (Sperlich et al. 2021, religiösen Überzeugungen (Li et al., 2022), Geschlecht, Familienstand (Sun et al., 2016), geringer Korruption (Tay et al., 2014) sowie Arbeitslosenquoten (Helliwell & Huang, 2014).

Ähnliche Ausgangsvoraussetzungen und methodische Probleme kennzeichnen die Lebensqualitätsforschung und die Erfassung von Wohlfahrts- und Sozialindikatoren. Wenn, dann wird hier „Lebensqualität“ als objektives Maß verstanden, an dem individuelle Einschätzungen gemessen werden. Die Sozialberichterstattung fokussiert sich auf entsprechende Parameter (Andrews & Whittey, 1976; Campbell, Converse & Rodgers, 1976; Glatzer, 1992; Glatzer & Zapf, 1984; Zapf, 2000; Zapf, Schupp & Habich, 1996). Nachdem deutlich wurde, dass objektive Faktoren nur bedingt die subjektive Lebensqualität und das persönliche Wohlbefinden abbilden, wurde diesen in letzter Zeit vermehrt Beachtung zuteil (Diener & Suh, 1997). Dabei wird Lebensqualität zunehmend als persönliches, oft mit Glückserleben korrelierendes Phänomen verstanden (Fuhrer, 2000; Joyce, McGee & O'Boyle, 1999). Entsprechend definiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Lebensqualität als die „Wahrnehmung eines Individuums von seiner Lebenssituation im Kontext der Kultur und Wertesysteme in denen man lebt, und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen“ (WHOQOL Group, 1994, 1995).

Es dürfte deutlich geworden sein, dass alle in diesem Kontext verwendeten Begriffe, etwa auch die „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“ (Veenhoven, 2000), randunscharf sind, was auch nur annähernd objektive und trennscharfe Definitionen ausschließt. So erkennt Becker (1994) Wohlbefinden als den "Bestand positiver Empfindungen und Ausstrahlungen". Bradburn (1969) definiert psychisches Wohlbefinden als Gleichgewicht zwischen positiven und negativen Affekten. Selbst zwischen Forschergruppen einheitlich verwendete Definitionen sind nicht in Sicht (Charlemagne-Badal et al., 2015; Dette, 2005; Diener & Ryan, 2009; Glaesmer et al. 2011; Veenhoven, 2010). Dass persönliches Wohlbefinden jedem Menschen nur reflexiv über das subjektive Erleben zugänglich ist, macht letztlich jeden Versuch objektiver Konzepte, bei denen Personen von außen begutachtet werden, problematisch, nicht zuletzt, weil die jeweiligen Gutachter implizit eigene Vorstellungen einbringen (MacLeod, 2015; White & Blackmore, 2016).

In den letzten Jahren hat sich die psychische Gesundheit somit auf positive als auf (möglichst fehlende) psychopathologische Eigenschaften des Einzelnen konzentriert, wobei das subjektive Wohlbefinden (SWB) als zentral erachtet wurde (Lui & Fernando, 2018). Die Suche nach einfachen und validen Möglichkeiten, individuelles Wohlbefinden zu messen, wird von den bereits diskutierten Aspekten limitiert (Lucas, 2018). Daraus persönliche oder gesellschaftliche Maßnahmen, etwa die Entwicklung öffentlicher Strategien abzuleiten, bleibt problematisch (Diener et al., 2009).

In ihrer systematischen Analyse von SWB-bezogenen Theorien und empirischen Belegen aus den Bereichen Psychologie und Public Health anhand wissenschaftlicher Artikel kamen Das und Kollegen (2020) zu dem Ergebnis, dass sich SWB-Theorien in vier Gruppen einteilen lassen: Theorien der Lebenserfüllung und des Engagements, Theorien der persönlichen Orientierung, Bewertungstheorien und emotionale Theorien. Eine kritische Analyse der Konflikte und Überschneidungen zwischen diesen Theorien zeigt das Fehlen eines kohärenten theoretischen und methodologischen Rahmens, der die empirische Forschung systematisch vergleichbar machen würde. Sie stellten fest, dass die Determinanten/Korrelate des SWB in sieben große Kategorien eingeteilt werden können: grundlegende demografische Merkmale, sozioökonomischer Status, Gesundheit und Funktionsfähigkeit, Persönlichkeit, soziale Unterstützung, Religion und Kultur sowie Geografie und Infrastruktur. Allerdings werden diese nur selten konsequent untersucht oder zur Überprüfung von Theorien herangezogen.

7 Gesundheitsverhalten und Lebensstil

Wie beeinflussen Gesundheitsverhalten und Lebensstil objektive bzw. subjektive Gesundheit? Hierzu wurden zahlreiche, unterschiedlich spezifische Modelle untersucht, wobei u.a. die Rolle von physiologischen und umweltbedingten Einflüssen auf das Gesundheitsverhalten Beachtung fand. Diesbezüglich bekannt wurden vor allem das Health Belief Model und die Social Cognitive Theory. Die Forschung zur Vorhersage von Gesundheitsverhalten konzentriert sich hauptsächlich auf Kognitionen in Bezug auf bestimmte gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen: Etwa die Reduktion riskanter Verhaltensweisen mit dem Ziel der Aufnahme und Aufrechterhaltung gesunder Verhaltensweisen oder Selbstmanagement im Umgang mit chronischen Erkrankungen. Die Änderung des Gesundheitsverhaltens umfasst dabei die Planung, die Initiierung, Durchführung und Aufrechterhaltung der Primär- und Sekundärprävention von Ge-

sundheitszuständen sowie die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden in der eigenen Umgebung (Nigg, Allegrante & Ory, 2002). Metaanalysen deuten darauf hin, dass Überzeugungen in Bezug auf a) die Attraktivität und die Konsequenzen von Verhalten (Einstellungen), b) die Zustimmung anderer Menschen und die Ausführung des Verhaltens (soziale Normen) und c) die eigene Fähigkeit, die entsprechenden Reaktionen auszuführen (Selbstwirksamkeit) zuverlässige Prädiktoren für Gesundheitsverhalten sind. Der Nachweis aus Korrelationsstudien, dass eine Variable das Verhalten vorhersagt, deutet jedoch nicht unbedingt darauf hin, dass Interventionen, die dieselbe Variable verändern, zu Verhaltensänderungen führen (Lowe, Norman & Sheeran, 2017). Inwieweit die konkrete soziale bzw. soziokulturelle Situation eines Menschen Einfluss auf die hier besprochenen Aspekte hat, wurde in diesen Studien nicht untersucht.

Der „Lebensstil“ kann definiert werden als die Gesamtheit täglicher Verhaltensweisen (Ernährung, körperliche Aktivität, psychosoziale Faktoren), die die Physiologie und Gesundheit maßgeblich beeinflussen. Die Lösungen für lebensstilbedingte Krankheiten könnten in einer Änderung des Lebensstils liegen. Allerdings haben Maßnahmen zur Verhaltensänderung nur eine sehr geringe Erfolgsquote (Kwasnicka, Dombrowski, White & Sniehotta, 2016), wobei auch hier die konkrete soziale Situation der jeweils untersuchten Probanden praktisch unberücksichtigt blieb (Diez-Roux, 1999, 2000).

8 Soziokulturelle und politisch-ökonomische Konzeptentwicklung

Ebenso wie die Gesundheit ihre Determinanten in der Verhaltenssphäre hat, ist die Verhaltenssphäre Umwelteinflüssen ausgesetzt. So gesehen war und sind soziale Aspekte im Rahmen der Gesundheitsförderung, die in der Ottawa-Charta von 1986 zum Ausdruck kommen, zweifellos wichtig, was sich nicht zuletzt anhand der Entwicklung der „New Public Health“-Bewegung aufzeigen lässt. In diesem Rahmen wurde der Stellenwert der öffentlichen Gesundheit neu definiert, wobei ein Fokus auf der Prävention von nicht übertragbaren chronischen Krankheiten liegt. Das Problem besteht darin, dass hier zumeist a) nur umschriebene Initiativen und Einzelmaßnahmen durchgeführt wurden und b) jeweils auf umschriebene Problemgruppen hin ausgerichtete Aktivitäten. Darüber hinausgehende, die verschiedenen Gruppen der Gesellschaft jenseits des prekären Milieus im Auge behaltende Ansätze hätten die praktischen Möglichkeiten der jeweiligen Initiatoren bzw. der Träger dieser Pro-

jekte vermutlich, schon finanziell aber auch logistisch, überfordert (Nettleton, 2006).

In den Sozialwissenschaften wurde und wird diese Thematik vorzugsweise ausgehend vom Phänomen der Netzwerke (engl. networks) erforscht. Dazu werden, mit unterschiedlicher Methodik, die sozialen Netzwerke von Indexpersonen erhoben und davon ausgehend u.a. auch Verknüpfungen zwischen unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen dargestellt. Diesbezügliche Untersuchungen gibt es u.a. zu Heranwachsenden im System Schule oder auch zu Fachkräften in verschiedenen Einrichtungen. Entsprechende Daten lassen sich auch zum Thema „gesellschaftliche Gesundheit“ erheben, wobei deutlich wird, in welchem hohem Maße in Netzwerken kommunizierte Muster individuelles Gesundheitsverhalten beeinflussen. Angesichts der in den vergangenen Jahren zunehmenden Zahl von Publikationen in diesem Bereich werden nicht zuletzt die methodischen Probleme des Ansatzes deutlich, etwa wenn es darum geht, den Einfluss sozialer Medien auf die Kommunikations- und (gesundheitsbezogenen) Verhaltensmuster zu erfassen (Valente & Pitts, 2017).

Bei alledem fällt auf, dass in vielen der diesbezüglichen Publikationen leitmotivisch der Begriff „ganzheitlich“ verwendet wird. So werde Gesundheit nach Hancock (1993) im „ganzheitlichen Sinne“ verstanden und der Mensch als ein System, das wiederum in Verbindung mit anderen Systemen steht, aufgefasst. Abgeleitet vom griechischen Wort „holos“ (ὅλος), was „ganz, vollständig“ bedeutet, wird hier etwas suggeriert, was jenseits methodischer Erfassbarkeit liegt. Exemplarisch sei hier die 1974 von Blum und Lalonde (2002) publizierte Studie erwähnt, die eine ganzheitliche, biopsychosoziale Sichtweise der Gesundheit zum Inhalt hat: „A new perspective on the Health of Canadians“. In diesem Bericht werden vier Bereiche/Kategorien der Gesundheit als wichtig herausgearbeitet:

- Lebensstil der Menschen (55%),
- Lebensumfeld (20%),
- Biologische Faktoren (15%),
- Organisation des Gesundheitswesens (15%).

Es wurde dabei festgestellt, dass das Gesundheitsverhalten, das Teil des jeweiligen Lebensstils ist (Einstellungen, Gewohnheiten, Routinen, Formen der Beziehungen zu Familie und Umwelt), den größten Einfluss auf den Gesundheitszustand hat. Um dem inhaltlich gerecht werden zu können, sind interdisziplinäre Ansätze unter Beteiligung der Psychologie, der Soziologie und der Medizin erforderlich. Die Untersuchung von Blum und Lalonde (1974) wurde 1976 in den Vereinigten Staaten Grundlage für die Gründung des „Health Promotion Projects“ und später des Programms der Weltgesundheitsorganisation. Die europäische Strategie für Gesundheit, die ebenfalls auf diesem Programm basiert, wurde 1980 in dem Dokument „Tar-

gets für Gesundheit für alle“ beschrieben. In diesem Dokument wird die Schlüsselrolle des Gesundheitsverhaltens bei der Erhaltung der Gesundheit benannt und auf die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Änderung der Lebensweise der Menschen hingewiesen, um ihre Gesundheit zu entwickeln und zu stärken. Rückblickend war die durch die Studie von Blum und Lalonde angestoßene Entwicklung ein großer Fortschritt: Der Stellenwert sozialer Aspekte bezüglich der Gesundheit konnte dabei sowohl wissenschaftlich als auch politisch-gesellschaftlich aufzeigt werden und sich ausgehend davon in vielen praktischen Belangen etablieren. Andererseits rechtfertigt eine Erweiterung des Spektrums der in Studien berücksichtigten Parameter, wobei diese jeweils durch die verwendete Methodik (angefangen von den jeweiligen Begriffen, s.o.) limitiert werden, wissenschaftstheoretisch gesehen sicher nicht den Anspruch auf „Ganzheitlichkeit“. Die idealistische Idee, den Menschen in seiner Umwelt „ganzheitlich“ gerecht werden zu wollen und mutmaßlich zu können, dürfte dabei – bis heute – so attraktiv sein, dass diesbezüglich kritische Perspektiven kaum Berücksichtigung fanden. Mutmaßlich hat die Idee, ja sowieso schon „ganzheitlich“ unterwegs zu sein, dazu geführt, empirische Ansätze, gesellschaftliche Gruppen zu differenzieren und diesbezügliche gesundheitsbezogene Muster aufzuzeigen, eher behindert als gefördert (Hastings, 2019; Gordon, 2019; Taylor, 2007).

Das zugrunde liegende Konzept der sozialen Determinanten von Gesundheit im Bereich der öffentlichen Gesundheit wurde im Bericht der WHO-Kommission aus dem Jahr 2008 in wesentlichen Aspekten zusammengefasst und prägt bis heute die Gesundheitspolitik und die Praxis des öffentlichen Gesundheitswesens (WHO, 2008). Die Messung dessen, „was sozial ist“, wird in der Forschung und in der Praxis von Public Health als problematisch angesehen. Es wird darauf verwiesen, dass man mit einem anhaltenden Mangel an überzeugenden konzeptionellen Entwicklungen in der Fachliteratur des öffentlichen Gesundheitswesens konfrontiert ist. Gerade die Komplexität des Konstrukts der sozialen Klasse und auf deren tiefgreifende Nichtäquivalenz mit der Erfassung durch einfache eindimensionale Marker wie dem individuellen Einkommen oder der Bildung bzw. diverse gebietsbasierte Messgrößen wie Indizes multipler Benachteiligung, die in verschiedenen Umfeldern bemerkenswert unterschiedliche Auswirkungen haben können, zeigen die Schwierigkeiten. Es wird hierzu vor allem kritisiert, dass die Forschung im Bereich der sozialen Gesundheit dazu tendiert, Individuen/Bevölkerungen als mehr oder weniger passive „Opfer von Benachteiligung/Ungleichheit“ und somit als „Träger von Risiken“ zu betrachten. Diese begrenzte und eingeschränkte Sichtweise, die die potenzielle Handlungsfähigkeit der Menschen, bei der Nutzung sozialer Ressourcen für die Gesund-

heit zumindest tendenziell unterschätzt, wird aktuell in der Forschung zunehmend hinterfragt (Frank et al., 2020; Katz et al., 2018).

9 Zusammenfassung und Ausblick

Dass die soziale Situation eines Menschen erheblichen Einfluss auf sein Gesundheitsverhalten und seine Gesundheit hat (und wohl auch umgekehrt), war und ist ein zentrales Thema in den Sozialwissenschaften. Die hierzu entwickelten Hypothesen und Konzepte zeichnen sich bislang durch jeweils eng umschriebene, von sozialpolitischen Vorstellungen ausgehende Perspektiven aus. Dabei werden unterschiedliche Konzepte, Ansätze und Begriffe verwendet bzw. entwickelt, die zum einen eher allgemein den hohen Stellenwert sozialer Aspekte auf gesundheitliche Themen und zum anderen Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen (etwa die Erhebung von Blum & Lalonde, 1973), wobei die daraus abgeleiteten Projekte bislang punktuellen Charakter hatten und haben. Die Unschärfe der dabei verwendeten Begriffe (Wohlbefinden, Lebensqualität, Glück etc.) relativiert die auf deren Grundlage erhobenen Befunde. Anstelle von Versuchen, systematisch die jeweiligen gesundheitsbezogenen Muster unterschiedlicher sozialer Gruppen abzubilden, wurde und wird üblicherweise auf Problemgruppen fokussiert, die oft mit dem, was in der Sinus-Typologie als prekäre Milieus charakterisiert wird, identisch sind. Alternativ wird von bezüglich ihrer soziokulturellen Verordnung meist nicht differenzierten Diagnosegruppen, also von unter bestimmten chronischen Erkrankungen leidenden Patienten ausgegangen, mit dem praktischen Ziel, deren Umgang mit den jeweiligen Erkrankungen zu verbessern. Ein methodisch tragfähiger, weiterer Blick auf „die Gesellschaft“ an sich ergibt sich aus dem im sozialwissenschaftlichen Schrifttum oft verwendeten, programmatischen (wie wissenschaftstheoretisch letztlich leider illusorischen) Begriff „ganzheitlich“ dezidiert nicht. Im Unterschied hierzu bietet der den in diesem Heft publizierten Studien zugrunde liegende Ansatz der Sinus-Milieus einen empirisch fundierten Ansatz, in dem sich gesundheitsbezogene Fragestellungen auf einer methodisch klar definierten Grundlage stellen und beantworten lassen.

Verfügbarkeit der Daten

Die in der Arbeit verwendete Literatur ist vollständig im Literaturverzeichnis aufgeführt.

Interessenkonflikt

Die Autoren haben keine Interessenkonflikte zu deklarieren.

Finanzierungsquellen

Diese Forschung wurde nicht finanziell unterstützt.

Ethik

Die vorliegende Studie beruht ausschließlich auf der im Literaturverzeichnis aufgeführten Literatur.

Gender

Zur vereinfachten Lesbarkeit wird die männliche Form verwendet. Es sind grundsätzlich alle Geschlechter gemeint.

Beiträge der Autoren

J.S. konzipierte, supervidierte und überarbeitete den Text; L.B. und V.E. recherchierten Inhalte und schrieben das Manuskript, A.H. regte das Projekt an und unterstützte bei der Fertigstellung des Manuskripts.

Literatur

- Adams, J., Hollenberg, D., Lui, C. W., & Broom, A. (2009). Contextualizing integration: a critical social science approach to integrative health care. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 32(9), 792-798.
- Andrews, F. M., & Whitey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: American's perceptions of life quality*. Plenum.
- Bambra, C., Gibson, M., Sowden, A., Wright, K., Whitehead, M., & Petticrew, M. (2010). Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64(4), 284-291.
- Baas, J. (Hrsg.) (2021). *Perspektive Gesundheit 2030. Gesellschaft, Politik, Transformation*. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529.
- Becker, P. (1994). Theoretische Grundlagen. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik* (S. 13-49). Juventa.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Aldine.
- Brady, S. S., Brubaker, L., Fok, C. S., Gahagan, S., Lewis, C. E., Lewis, J., ... & Prevention of Lower Urinary Tract Symptoms (PLUS) Research Consortium (2020). Development of conceptual models to guide public health research, practice, and policy: synthesizing traditional and contemporary paradigms. *Health promotion practice*, 21(4), 510-524.
- Breuer, E., Lee, L., De Silva, M., & Lund, C. (2015). Using theory of change to design and evaluate public health interventions: a systematic review. *Implementation Science*, 11, 1-17.
- Breslow, L. (2006). Health measurement in the third era of health. *American Journal of Public Health*, 96(1), 17-19.
- Bohmann, S., & Kalleitner, F. (2023). *Subjective Inequality Aversion: Unfair Inequality, Subjective Well-Being, and Preferences for Redistribution*.
- Bylsma, L. M. (2021). Emotion context insensitivity in depression: Toward an integrated and contextualized approach. *Psychophysiology*, 58(2), 13715.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. Russell Sage Foundation.
- Cash-Gibson, L., Isart, F. M., Martínez-Herrera, E., Herrera, J. M., & Benach, J. (2023). Towards a systemic understanding of sustainable well-being for all in cities: A conceptual framework. *Cities*, 133, 104143.
- Charlemagne-Badal, S. J., Lee, J. W., Butler, T. L., & Fraser, G. E. (2015). Conceptual Domains Included in Wellbeing and Life Satisfaction Instruments: A Review. *Applied Research in Quality of Life*, 10, 305-328.
- Crane, M., Lloyd, S., Haines, A., Ding, D., Hutchinson, E., Belesova, K., ... & Turcu, C. (2021). Transforming cities for sustainability: A health perspective. *Environment International*, 147, 106366.
- Cockerham, W. C. (2016). *Sociology of mental disorder*. Routledge.
- Dagger, T. C., & Sweeny, J. C. (2006). The Effect of Service Evaluations on Behavioural Intentions and Quality of Life. *Journal of Service Research*, 9, 3-18.
- Das, K. V., Jones-Harrell, C., Fan, Y., Ramaswami, A., Orlove, B., & Botchwey, N. (2020). Understanding subjective well-being: perspectives from psychology and public health. *Public Health Reviews*, 41(1), 1-32.
- Diener, E. (2009). *The science of well-being: The collected works of Ed Diener*. Springer.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., & Emmons, R. A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1105-1117.

- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985): The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., & Suh, E. (1997): Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40, 189-216.
- Diener, E., & Suh, E. (1999). National differences in subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Hrsg.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (S. 434-450). Russell Sage Foundation.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. E. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E., Lucas, R., Helliwell, J., Schimmack, U., & Helliwell, J. (2009). *Well-being for public policy*. Oxford Positive Psychology.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2015). National accounts of subjective well-being. *American Psychologist*, 70(3), 234-242.
- Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (2018). Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behaviour*, 2(4), 253-260.
- Diez-Roux, A.V. (2000). Multilevel Analysis in Public Health Research. *Annu Rev Public Health*, 21, 171-192.
- Diez-Roux, A.V. (1999). Bringing Context back into Epidemiology: Variables and Fallacies in Multilevel Analysis. *Am J Public Health*, 88(2), 216-222.
- Dornquast, Ch, Willich, St. N., & Reinhold, T. (2018). Prevalence, Mortality, and Indicators of Health Care Supply – Association Analysis of Cardiovascular Diseases in Germany. *Frontiers in cardiovascular medicine*, 5(158).
- Doyle, D. M., & Link, B. G. (2022). *On social health: Conceptualization, Correlates and Patterning*. Department of Psychology, University of Exeter.
- Dugravot, A., Fayosse, A., Dumurgier, J., Bouillon, K., Rayana, T. B., Schnitzler, A., ... & Singh-Manoux, A. (2020). Social inequalities in multimorbidity, frailty, disability, and transitions to mortality: a 24-year follow-up of the Whitehall II cohort study. *The Lancet Public Health*, 5(1), 42-50.
- Durand, M. (2015). The OECD better life initiative: How's life? and the measurement of well-being. *Review of Income and Wealth*, 61(1), 4-17.
- Ehsan, A., Klaas, H. S., Bastianen, A., & Spini, D. (2019). Social capital and health: A systematic review of systematic reviews. *SSM-population health*, 8, 100425.
- Eisenberg L, Kleinman A. (2012). *The relevance of social science for medicine I*. Reidel Publishing Company.
- Engel, G. E. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-36.
- Evans, A. S. (1976). Causation and disease: the Henle-Koch postulates revisited. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 49(2), 175.
- Frank, J., Abel, T., Campostrini, S., Cook, S., Lin, V. K., & McQueen, D. V. (2020). The social determinants of health: time to re-think? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5856.
- Fuhrer, M. J. (2000): Subjectifying quality of life as a medical rehabilitation outcome. *Disability and Rehabilitation*, 22, 481-489.
- Gary, F., & Lotas, M. (2022). *A Population Health Approach to Health Disparities for Nurses: Care of Vulnerable Populations*. Springer.
- Glaesmer, H., Grande, G., Braehler, E., & Roth, M. (2011). The German Version of the Satisfaction With Life Scale (SWLS). *European Journal of Psychological Assessment*, 27(2), 127-132.
- Glatzer, W. (1992). Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Untersuchungen. In A. Bellebaum (Hrsg.), *Glück und Zufriedenheit. Ein Symposium* (S. 49-85). Westdeutscher Verlag.
- Glatzer, W. & Zapf, W. (Hrsg.) (1984). *Lebensqualität in der Bundesrepublik – Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Campus.
- Gordon, J. S. (2019). The paradigm of holistic medicine. Health for the whole person. Routledge, 3-35.
- Gomez-Vidal, C., & Gomez, A. M. (2021). Invisible and unequal: Unincorporated community status as a structural determinant of health. *Social science & medicine*, 285, 114292.
- Gramp, G. (2019). *Die ICF verstehen und nutzen*. Psychiatrie Verlag, Imprint BALANCE buch+ medien verlag.
- Gottlieb, L., Colvin, J.D., Fleegler, E., Hessler, D., Garg, A., & Adler, N. (2017). Evaluating the accountable health communities demonstration project. *J Gen Intern Med.*, 32(3), 345-9.
- Guillemin, M., & Barnard, E. (2015). George Libman Engel: The Biopsychosocial Model and the Construction of Medical Practice. In Collyer, F. (Hrsg.), *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*. Palgrave Macmillan.
- Hackett, P. M.W., & Hayre, C. M. (2020). Handbook of ethnography in healthcare research. Routledge.
- Hartung, S. (2022). *Sozialkapital und Gesundheit*. Springer.
- Hastings, A. C. (2019). *Health for the whole person: The complete guide to holistic medicine*. Routledge.
- Hayre, C.M., Blackman, S., Hackett, P.M.W., Muller, D., & Sim, J. (2021). Ethnography and Medicine: The utility of positivist methods in ethnographic research. *Anthropology and Medicine*.
- Helliwell, J.F., & Huang, H. (2014). New measures of the costs of unemployment: Evidence from the subjective well-being of 3.3 million Americans. *Economic Inquiry*, 52(4), 1485-1502.
- Hessler, D., Bowyer, V., Gold, R., Shields-Zeeman, L., Cottrell, E., & Gottlieb, L.M. (2019): Bringing so-

- cial context into diabetes care: intervening on social risks versus providing contextualized care. *Current diabetes reports*, 19, 1-7.
- Hoffmann, L., Moor, I. & Richter, M. (2022). Gesundheit und Wohlbefinden aus soziologischer Perspektive. In A. Heinen, R. Samuel, C. Vögele & H. Willems: *Wohlbefinden und Gesundheit im Jugendalter: Theoretische Perspektiven, empirische Befunde und Praxisansätze* (S. 27-44). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Howell, R. T., & Howell, C. J. (2008). The relation of economic status to subjective well-being in developing countries: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 134(4), 536-560.
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- ICF (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
- Joyce, C. R. B., McGee, H. M., & O'Boyle, C. (1999). *Individual quality of life: Approaches to conceptualisation and assessment*. Harwood.
- Katz, A., Chateau, D., Enns, J. E., Valdivia, J., Taylor, C., Walld, R., & McCulloch, S. (2018). Association of the social determinants of health with quality of primary care. *Annals of Family Medicine*, 16(3), 217-224.
- Keyes, C. L. M. (1998): Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140.
- Kivimäki, M., Batty, G. D., Pentti, J., Shipley, M. J., Sipilä, P. N., Nyberg, S. T., ... & Vahtera, J. (2020). Association between socioeconomic status and the development of mental and physical health conditions in adulthood: a multi-cohort study. *The Lancet Public Health*, 5(3), 140-149.
- Kwasnicka, D., Dombrowski, S. U., White, M., & Sniehotka, F. (2016): Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. *Health psychology review*, 10(3), 277-296.
- Lago, S., Cantarero, D., Rivera, B., Pascual, M., Blázquez-Fernández, C., Casal, B., & Reyes, F. (2018). Socioeconomic status, health inequalities and non-communicable diseases: a systematic review. *Journal of Public Health*, 26(1), 1-14.
- Lalonde, M. (2002). New perspective on the health of Canadians: 28 years later. *Pan Am J Public Health*, 12(3), 149-152.
- Lampert, T., Kroll, L.E., Kuntz, B. & Hoebel, J. (2018). Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3, 1.
- Lampert, T., Hoebel, J. & Kroll, L.E. (2019). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 4(1), 3-15.
- Larson, J. S. (1999). The conceptualization of health. *Medical care research and review*, 56(2), 123-136.
- Latkin, C. A., & Knowlton, A. R. (2015). Social network assessments and interventions for health behavior change: a critical review. *Behavioral Medicine*, 41(3), 90-97.
- Li, L. M. W., Lou, X., & Bond, M. H. (2022). Societal emphasis on religious faith as a cultural context for shaping the social-psychological relationships between personal religiosity and well-being. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 53(3-4), 306-326.
- Lim, W. M. (2020). A marketing mix typology for integrated care: the 10 Ps. *Journal of Strategic Marketing*, 29(5), 453-469.
- Lowe, R., Norman, P., & Sheeran, P. (2017). Milieu matters: Evidence that ongoing lifestyle activities influence health behaviors. *PloS one*, 12(6), 0179699.
- Lucas, R. E. (2018). Reevaluating the strengths and weaknesses of self-report measures of subjective well-being. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Hrsg.), *Handbook of well-being*. DEF Publishers.
- Lui, P. P., & Fernando, G. A. (2018). Development and initial validation of a multidimensional scale assessing subjective well-being: The Well-Being Scale (WeBS). *Psychological Reports*, 121(1), 135-160.
- Mackenbach, J. P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*, 75(4), 761-769.
- MacLeod, A. K. (2015). Well-Being. Objectivism, Subjectivism or Subjectivism? *Journal of Happiness Studies*, 16(4), 1073-1089.
- Marmot M. (2015). *The Health Gap*. Bloomsbury.
- Murray, J., & DeBerard, S. (2022). *Biopsychosocial Model and Health*. Routledge.
- Nettleton, S. (2007). *The Sociology of Health and Illness*. Polity Press.
- Nigg, C. R., Allegrante, J. P., & Ory, M. (2002). Theory-comparison and multiple-behavior research: Common themes advancing health behavior research. *Health Education Research Theory & Practice*, 17(5), 670-679.
- Peter, L. J., Schindler, S., Sander, C., Schmidt, S., Muehlan, H., McLaren, T., Tomczyk, S., Speerforck, S., & Schomerus, G. (2021). Continuum beliefs and mental illness stigma: a systematic review and meta-analysis of correlation and intervention studies. *Psychological Medicine*, 51(5), 716-726.
- Peters, D. T., Verweij, S., Gréaux, K., Stronks, K., & Harting, J. (2017). Conditions for addressing environmental determinants of health behavior in intersectoral policy networks: A fuzzy set Qualitative Comparative Analysis. *Social Science & Medicine*, 195, 34-41.
- Pinto-Meza, A., Moneta, M. V., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bruffaerts, R., Caldas de Almeida, J. M., Girolamo de G., Graaf de R., Florescu, S.,

- Masfety, V.K., O'Neill, S., Vassilev, S., & Haro, J. M. (2013). Social inequalities in mental health: results from the EU contribution to the World Mental Health Surveys Initiative. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48, 173–181.
- Quintal, C., Ramos, L. M., & Torres, P. (2023). Disentangling the complexities of modelling when high social capital contributes to indicating good health. *Social Science & Medicine*, 115719.
- Ravens-Sieberer, U. & Cieza, A. (2000). *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte – Methoden – Anwendungen*. Ecomed.
- Rogers, A., & Pilgrim, D. (2021). *A Sociology of Mental Health and Illness 6e*. McGraw-Hill Education (UK).
- Rodgers, J., Valuev, A. V., Hsuen, Y., & Subramanian, S. V. (2019). Social capital and physical health: An updated review of the literature for 2007–2018. *Social Science & Medicine*, 236, 112360.
- Rutter, H., Savona, N., Glonti, K., Bibby, J., Cummins, S., Finegood, D. T., Greaves, F., Harper, L., Hawe, P., Moore, L., Petticrew, M., Rehfuss, E., Shiell, A., Thoma, J., & White, M. (2017). The need for a complex systems model of evidence for public health. *The Lancet*, 390(10112), 2602–2604.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2000). Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium. *Personality and Social Psychology Review*, 4(1), 30–44.
- Sainfort, F., Jacko, J. A., Cohen, K., Rosman, A., & Vieweg, J. (2022). Disciplinary Intersection of Medicine and Business: A Novel Population Health Management Premedical Pathway for Medicine and Other Health Care Professions. *Population Health Management*, 25(5), 616–624.
- Schumacher, J., Laubach, W. & Brähler, E. (1995): Wie zufrieden sind wir mit unserem Leben? Soziodemographische und psychologische Prädiktoren der allgemeinen und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 4, 17–26.
- Schuntermann, M. F. (2011). Die Bedeutung der ICF für das deutsche Gesundheits- und Sozialsystem. *Suchttherapie*, 12(1), 8–13.
- Sims, J., Baird, R., Aboelata, M. J., & Mittermaier, S. (2022). Cultivating a Healthier Policy Landscape: The Building Healthy Communities Initiative. *Health Promotion Practice*, 15248399221114341.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. WHO Document Production Services.
- Soylu, C. (2023). Predictors of domain-specific and global life satisfaction across the first half of life: which domains of life satisfaction are the most important for global life satisfaction? *Current Psychology*, 1–12.
- Sperlich, S., Klar, M. K., Safieddine, B., Tetzlaff, F., Tetzlaff, & Geyer, S. (2021). Life stage-specific trends in educational inequalities in health-related quality of life and self-rated health between 2002 and 2016 in Germany: findings from the German Socio-Economic Panel Study (GSOEP). *BMJ open*, 11(3), 042017.
- Stewart, D. & Rosenbaum, P. (2003). The International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): A Global Model to Guide Clinical Thinking and Practice in Childhood Disability. *Can Child Research Centre*.
- Stormacq, C., Van den Broucke, S., & Wosinski, J. (2019). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promotion International*, 34(5), 1–17.
- Sturgiss, E. A., Peart, A., Richard, L., Ball, L., Hunik, L., Chai, T. L., Lau, St., Vadasz, D., Russel, G. & Stewart, M. (2022). Who is at the centre of what? A scoping review of the conceptualisation of 'centredness' in healthcare. *BMJ open*, 12(5), 059400.
- Szreter, S., & Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 650–667.
- Sun, S., Chen, J., Johannesson, M., Kind, P., & Burstrom, K. (2016). Subjective well-being and its association with subjective health status, age, sex, region, and socio-economic characteristics in a Chinese Population Study. *Journal of Happiness Studies*, 17(2), 833–873.
- Tay, L., Herian, M. N., & Diener, E. (2014). Detrimental Effects of corruption and subjective well-being: Whether, how, and when. *Social Psychological and Personality Science*, 5(7), 751–759.
- Taylor, S. (2007). Sociology, Social Research and Health. Sociology of Health and Health Care. In Taylor, S. & Field, D. (Hrsg.) *Blackwell Publishing*, Oxford, 3–24.
- Tosam, M. J. (2022). The biomedical and the relational model of the body, the meaning of illness and quality of care: A comparative analysis. *South African Journal of Philosophy*, 41(2), 131–147.
- Valente, T.W., & Pitts, S.R. (2017). An appraisal of social network theory and analysis as applied to public health: Challenges and opportunities. *Annu. Rev Public Health*, 38, 103–118.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1–39.
- Veenhoven, R. (2010). The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. In M. McGillivray, & M. Clarke (Hrsg.), *Understanding human well-being* (S. 74–100). United Nations University Press.
- Ventura-León, J., Sánchez-Villena, A. R., & Caycho-Rodríguez, T. (2023). Validity Evidence and Reliability of a Subjective Well-Being Scale: A Psychometric Network Analysis. *Trends in Psychology*, 1–15.
- WHO (2008). Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization. Closing

the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health: Commission on Social Determinants of Health Final Report; World Health Organization: Geneva, Switzerland.

WHOQOL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world Health organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.

White, S. C., & Blackmore, C. (2016). *Cultures of Wellbeing*. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.

Zapf, W. (2000). Social reporting in the 1970s and in the 1990s. *Social Indicators Research*, 51, 1-15.

Zapf, W., Schupp, J. & Habich, R. (1996). *Lebenslagen im Wandel: Sozialberichterstattung im Längsschnitt*. Campus.



Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. phil. habil. Dr. theol. Janusz Surzykiewicz

Lehrstuhl für Sozial- und Gesundheitspädagogik

Prodekan der Philosophisch-Pädagogischen Fakultät

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt

Luitpoldstraße 32

85071 Eichstätt

janusz.surzykiewicz@ku.de



Linda Bürkle

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt



Veronika Escherich

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt



Prof. Dr. Dr. Andreas Hillert

Chefarzt Psychosomatik und Psychotherapie

Schön Klinik Roseneck

Am Roseneck 6

83209 Prien am Chiemsee