

11. Auflage

Hornung • Lächler

Psychologisches und soziologisches Grundwissen für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe



Online-Material

BELTZ

Hornung • Lächler

**Psychologisches und soziologisches Grundwissen
für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe**

Rainer Hornung • Judith Lächler

Psychologisches und soziologisches Grundwissen für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

Mit Online-Material

11. Auflage

BELTZ

Anschriften der Autoren:
Prof. Dr. Rainer Hornung
Tramstrasse 74
8050 Zürich
Schweiz
E-Mail: rainer.hornung@gmx.ch

Judith Lächler, Dipl.-Psych. (FH)
Bächenmoosstrasse 18
8816 Hirzel
Schweiz
E-Mail: jlaechler@bluewin.ch

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.



Dieses Buch ist auch erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28 442-4 Print
ISBN 978-3-621-28 596-4 E-Book (PDF)

11. Auflage 2018

© 2018 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69 469 Weinheim
Alle Rechte für diese Ausgabe vorbehalten.

Lektorat: Anne-Marie Grätz
Bildnachweis: istock © asiseeit
Illustrationen: Claudia Strysky, München
Fotografien: Judith Lächler, Hirzel; Stefan Wey, Kantonspital Baden

Herstellung: Victoria Larson
Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld
Gesamtherstellung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza
Printed in Germany

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

Inhaltsübersicht

Einleitung	13
I Gesundheit und Krankheit in unserer Gesellschaft	17
II Gesund sein und bleiben, krank werden, Patient werden, sterben	49
III Emotionen, Motivationen und Konflikte in der Pflege	87
IV Eine Persönlichkeit werden und sein	143
V Die Rolle der Pflegenden	203
VI Beziehungen in der Pflege	241
VII Pflege in Arbeitsgruppen, Teams und Institutionen	299
VIII Zur psycho-physischen Gesundheit der Pflegenden	353
Anhang	403
Glossar	404
Hinweise zu den Online-Materialien	414
Literaturverzeichnis	415
Ergänzende und weiterführende Literatur	426
Sachwortverzeichnis	429

Inhalt

Einleitung		13
I	Gesundheit und Krankheit in unserer Gesellschaft	17
1	Zum begrifflichen Verständnis von Gesundheit und Krankheit	18
1.1	Gesundheit und Krankheit als Dichotomie	18
1.2	Gesundheit und Krankheit als Kontinuum	19
2	Soziale Schichtung und Gesundheit / Krankheit	23
2.1	Soziale Schichtung: Das Oben und Unten in der Gesellschaft	23
2.2	Der Einfluss der sozialen Schichtzugehörigkeit auf Gesundheit und Krankheit	28
3	Soziale und individuelle Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit	31
3.1	Soziale Repräsentationen: Das Bild einer Krankheit in der Gesellschaft	31
3.2	Subjektive Krankheitstheorien: Was medizinische Laien über Krankheit denken	33
3.3	Attribution: Antworten auf die Warum-Frage	36
3.4	Subjektive Gesundheitstheorien: Wann gilt ein Mensch im Alltag als gesund?	42
II	Gesund sein und bleiben, krank werden, Patient werden, sterben	49
4	Gesund sein und bleiben	50
4.1	Gesundheitsfördernde Kräfte: Ressourcen	51
4.2	Ressourcenorientierte Pflege	59
5	Krank werden	61
5.1	Phasen des Krankheitsverhaltens	61
5.2	Bewertung von Krankheit	66

6	Krank sein – Patient werden	70
6.1	Von der Krankenrolle zur Patientenrolle	70
6.2	Emotionen, Reaktionen und Krankheitsbewältigung des Patienten	74
6.3	Chronische Krankheiten und Behinderungen	79
6.4	Sterben und Tod	81
III	Emotionen, Motivationen und Konflikte in der Pflege	87
7	Emotionen	89
7.1	Versuch einer Begriffsbestimmung – Was sind Emotionen?	89
7.2	Funktionen von Gefühlen	99
7.3	Art und Qualität von Gefühlen	101
7.4	Möglichkeit der Beeinflussung von Emotionen	102
7.5	Spezifische Emotionen	104
8	Motive und Motivation: Die Frage nach den Beweggründen menschlichen Verhaltens	113
8.1	Begriffsbestimmung – Was sind Motive, was bedeutet Motivation?	113
8.2	Arten von Motiven	115
8.3	Die Hierarchie von Motiven	116
8.4	Leistungsmotivation und Theorien der Leistungsmotivation	119
9	Innerpsychischer Konflikt: Ein innerer Zwiespalt	128
9.1	Begriffsbestimmung – Was ist ein innerer Konflikt?	128
9.2	Arten von inneren Konflikten	129
9.3	Struktur von inneren Konflikten	130
9.4	Wahrnehmen von inneren Konflikten	132
9.5	Ausdruck von inneren Konflikten – Inkongruenzen	132
9.6	Ursachen von inneren Konflikten	133
9.7	Bewältigung von Konflikten	135
IV	Eine Persönlichkeit werden und sein	143
10	Die Entwicklung der Persönlichkeit	145
10.1	Was ist Entwicklung?	145
10.2	Wozu Entwicklungspsychologie?	147
10.3	Was beeinflusst die Entwicklung? Ein Modell der Persönlichkeitswerdung	148

10.4	Entwicklungsbedingte Herausforderungen: Wie werden sie bewältigt?	153
10.5	Sozialisation: Wie wird ein Mensch Mitglied der Gesellschaft?	170
11	Persönlichkeit	174
11.1	Persönlichkeitstypologien	175
11.2	Faktoranalytische Persönlichkeitstheorien	177
11.3	Die Persönlichkeitstheorie Freuds	180
12	Lernen	184
12.1	Klassisches Konditionieren: Das Lernen von Signalen	185
12.2	Instrumentelles (operantes) Konditionieren: Lernen an den Konsequenzen	189
12.3	Lernen am Modell (Modell-Lernen): Lernen durch Beobachtung und Nachahmung	192
12.4	Sozialkognitive Lerntheorien	196
12.5	Ebenen des Lernens	197
V	Die Rolle der Pflegenden	203
13	Die Rolle der Pflegenden im Wandel der Zeit	204
13.1	Die Auffassung von Gesundheit, Krankheit und Pflege bis zur Antike	204
13.2	Der Einfluss des Christentums auf die Rolle der Pflegenden	205
13.3	Pflege im Mittelalter	206
13.4	Einflüsse des Humanismus und der Aufklärung auf die Krankenpflege	208
13.5	Pflege heute – Professionalisierung der Krankenpflege	210
13.6	Auswirkungen der Geschichte auf die Rolle der Pflegenden	211
14	Die soziale Rolle der Pflegenden	213
14.1	Was ist eine soziale Rolle?	213
14.2	Wie können Pflegende ihre Rolle in Verhalten umsetzen?	220
14.3	Wie lässt sich verhindern, dass jemand aus der Rolle fällt?	224
15	Rollenkonflikte in der Pflege	228
15.1	Unklarheiten in der Rolle	228
15.2	Rollenkonflikte	228
16	Rollenkonflikte bewältigen	233

VI	Beziehungen in der Pflege	241
17	Der Einfluss von Wahrnehmung und Einstellungen auf Pflegebeziehungen	243
17.1	Wahrnehmung	243
17.2	Wahrnehmungsprozesse	245
17.3	Verzerrte Wahrnehmungen, Wahrnehmungsfehler	249
17.4	Einstellung, Stereotyp und Vorurteil	251
18	Beziehungen im Pflegeberuf	257
18.1	Arten von Beziehungen	257
18.2	Entwicklung von Beziehungen	257
18.3	Definition von Beziehungen	261
18.4	Interaktionen im Pflegealltag	262
19	Kommunikation in der Pflege	266
19.1	Wege der Kommunikation	267
19.2	Senden und Empfangen von Nachrichten	272
19.3	Störungen in der Kommunikation	276
19.4	Gelungene Kommunikation	285
VII	Pflege in Arbeitsgruppen, Teams und Institutionen	299
20	Gruppen einer Krankenhausstation	301
20.1	Was sind Gruppen?	301
20.2	Arten von Gruppen	304
21	Die Bedeutung von Gruppen für ein Individuum	310
21.1	Kleingruppen – Primärgruppen	310
21.2	Größere, organisierte Gruppen – Sekundärgruppen	311
21.3	Bezugsgruppen – Gruppen, an denen sich Menschen orientieren	311
21.4	Die Wahrnehmung und Beurteilung eigener und fremder Gruppen	313
22	Entstehung und Entwicklung von Gruppen	315
22.1	Motive für Gruppenbildungen	315
22.2	Phasen in der Entwicklung von Gruppen	317

23	Die Gruppe – Ein System	319
23.1	Merkmale und Eigenschaften von Systemen	319
23.2	Das Systemhafte an Gruppen	320
24	Führung von Gruppen und Teams	330
24.1	Zur Definition von Führung	330
24.2	Führungsverhalten und Führungsstile	333
24.3	Führungsaufgaben	336
25	Konflikte in Gruppen, Arbeitsteams und Organisationen	339
25.1	Anzeichen von Konflikten	339
25.2	Ursachen von Konflikten	340
25.3	Wie Einstellungen zum Konflikt den Konfliktverlauf beeinflussen	344
25.4	Konfliktbewältigung	344
26	Das Krankenhaus: Eine Institution	347
26.1	Die Begriffe Organisation und Institution	347
26.2	Institutionelle und strukturelle Eigenarten des Krankenhauses	348
VIII	Zur psycho-physischen Gesundheit der Pflegenden	353
27	Belastungen und gesundheitliche Gefährdungen der Pflegenden	354
27.1	Physische und psychische Anforderungen an die Pflegenden: Berufsbedingte Belastungen	354
27.2	Stress: Erklärungsmodelle und Bewältigungsverhalten	363
27.3	Das Phänomen der Überforderung: Erklärungsansätze	370
27.4	Die Krise: Risiko und Chance	375
28	Therapeutische Wege zur psycho-physischen Gesundheit der Pflegenden	380
28.1	Psychoanalyse	380
28.2	Gestalttherapie	381
28.3	Gesprächspsychotherapie	383
28.4	Verhaltenstherapie	384
28.5	Familietherapie	386
28.6	Wahl der Therapiemethode und des Therapeuten	386

29	Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege	388
29.1	Erfassen stresshafter Arbeitsbedingungen	389
29.2	Maßnahmen zur Verminderung der Arbeitsbelastungen	391
29.3	Maßnahmen zur besseren Bewältigung von beruflichen und zwischenmenschlichen Problemen	394
29.4	Erhöhung der individuellen und sozialen Handlungskom- petenz	397
	Anhang	403
	Glossar	404
	Hinweise zu den Online-Materialien	414
	Literaturverzeichnis	415
	Ergänzende und weiterführende Literatur	426
	Sachwortverzeichnis	429

Einleitung

Zur Vorgeschichte und zur Konzeption des Lehrbuchs

Das vorliegende Lehrbuch erschien erstmals 1982 und hat in der Zwischenzeit zehn Auflagen erfahren. Bei der jeweiligen inhaltlichen Überarbeitung hatten wir oft das Gefühl, vor einer ähnlichen Aufgabe zu stehen wie bei der Renovation eines alten, restaurationsbedürftigen Hauses. Wie kann die bewährte ursprüngliche (Bau-)Substanz erhalten und gleichzeitig mit etwas Neuem verbunden werden? Welche Teile sind erhaltungswürdig, welche sind zu erneuern und was muss neu hinzukommen?

Die vorliegende 11. Auflage wurde vor allem bezüglich der verwendeten sowie der ergänzenden und weiterführenden Literatur aktualisiert und an einigen Teilen ergänzt. Wir bedanken uns herzlich bei Andrea Glomb und Anne-Marie Grätz für die wertvollen Anregungen und Unterstützungen bei der Neugestaltung.

Die Inhalte des Lehrbuchs stammen aus den Disziplinen Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Gesundheits-, Emotions- und Entwicklungspsychologie sowie Sozialpsychologie. Der Schwerpunkt liegt auf Themen, Konzepten und Modellen, die für das Erfassen und Verstehen der alltäglichen Berufspraxis im Krankenhaus von besonderer Bedeutung sind (z.B. Salutogenese, Emotion und Motivation, Kommunikation, Interaktion, Einstellung, Rolle, Lernen, Gruppe, Konflikt, Stress und Bewältigungsverhalten) und die der Förderung der individuellen und sozialen Handlungskompetenzen dienen.

Wir gehen davon aus, dass Lernen und insbesondere soziales Lernen im Kräftefeld von Emotionalität, Theorie und Praxis stattfindet. Für die Gestaltung dieses Lehrbuchs bedeutet dies, dass neben den theoretischen Instrumenten und dem kognitiven Wissen, die der Leserin und dem Leser zur Verfügung gestellt werden sollen, der Inhalt Möglichkeiten des emotionalen Angesprochenseins anbietet. Aus dieser Verbindung von emotionaler Betroffenheit einerseits und theoretischem Instrumentarium andererseits sollen neue Handlungsmöglichkeiten des Lernenden resultieren. Damit ist nochmals ein wesentliches Lernziel genannt: die Erhöhung der individuellen und sozialen Handlungsfähigkeit der Pflegenden.

Hinweise zur Benutzung

Das Lehrbuch richtet sich in erster Linie an Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in der Ausbildung und an Lehrkräfte. Darüber hinaus ermöglicht es bereits ausgebildeten Pflegepersonen die Auseinandersetzung mit den erwähnten Fachbereichen.

Die acht Teile des Buches sind nach einem einheitlichen Muster aufgebaut. In die theoretischen Ausführungen des jeweiligen Kapitels sind Fallbeispiele aus einer fiktiven Abteilung B eines Krankenhauses eingebaut. An diesen Fallbeispielen werden alltägliche Probleme der Pflegepraxis aufgezeigt und mithilfe der eingeführten psychologischen und soziologischen Begriffe analysiert. Den Schluss jedes Teils bilden »Fragen zur Wissensprüfung« und »Fragen zum persönlichen Bezug«. Die Fragen zur Wissensprüfung geben dem Leser / Lernenden Gelegenheit, festzustellen, ob der im jeweiligen Kapitel behandelte Stoff von ihm verstanden wurde und in eigenen Worten wiedergegeben werden kann. Sie erfüllen damit zum großen Teil die Funktion einer Zusammenfassung. Die Beantwortung der Fragen setzt eine intensive Auseinandersetzung mit dem Inhalt des jeweiligen Kapitels voraus.

Die Fragen zum persönlichen Bezug sollen das emotionale Angesprochensein durch den Stoff ermöglichen. Im thematischen Umfeld eines jeden Teils geben die Fragen Anstöße zur persönlichen Auseinandersetzung mit der jeweiligen Problematik und stellen damit die Verbindung zur eigenen Lebenspraxis her.

Die ergänzenden und weiterführenden Literaturhinweise zu den acht Teilen am Ende des Buches erleichtern eine Vertiefung der angesprochenen Themenbereiche.

Für Pflegepersonen werden im Text folgende Begriffe verwendet: Gesundheits- und Krankenpflegerin (in der Schweiz Pflegefachfrau), Gesundheits- und Krankenpfleger (in der Schweiz Pflegefachmann), Pflegende. Die Begriffe Abteilung und Station, Abteilungsleiterin und Stationsleiterin werden als gleichwertige, austauschbare Begriffe betrachtet.

Die Abteilung B

Die Fallbeispiele des vorliegenden Lehrbuches spielen auf einer fiktiven Abteilung für Innere Medizin eines mittelgroßen Krankenhauses: die Abteilung B.

Das Personal der Abteilung setzt sich zusammen aus einem Abteilungsarzt, einem Assistenzarzt, einer Stationsleiterin, zwei diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, zwei lernenden Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und einem Gesundheits- und Krankenpfleger in Ausbildung sowie einer Pflegeassistentin.

Dr.med. Robert Burkard: Abteilungsarzt

Andreas Fischer: Assistenzarzt

Ruth Schneider: Stationsleiterin

Christa Schmid: Pflegende Gesundheits- und Krankenpflegerin

Anja Anderson:	Pflegende Gesundheits- und Krankenpflegerin
Sonja Berlinger:	Lernende Gesundheits- und Krankenpflegerin
Gerda Sommer:	Lernende Gesundheits- und Krankenpflegerin
Felix Müller:	Lernender Gesundheits- und Krankenpfleger
Anna Azato:	Pflegeassistentin

Zürich, im Herbst 2017

*Rainer Hornung
Judith Lächler*

I Gesundheit und Krankheit in unserer Gesellschaft



Im ersten Lehrbuchteil geht es um die Frage, in welchem Verhältnis Gesundheit / Krankheit und Gesellschaft stehen und wie das Verständnis des Einzelnen von Gesundheit / Krankheit sozial geprägt wird. Wie beeinflusst die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit? Wie entstehen bestimmte Vorstellungen und Bilder von Krankheiten in unserer Gesellschaft? Welche haben Menschen von Gesundheit und Krankheit und wodurch werden sie beeinflusst?

- 1 Zum begrifflichen Verständnis von Gesundheit und Krankheit**
 - 1.1 Gesundheit und Krankheit als Dichotomie
 - 1.2 Gesundheit und Krankheit als Kontinuum
- 2 Soziale Schichtung und Gesundheit / Krankheit**
 - 2.1 Soziale Schichtung: Das Oben und Unten in der Gesellschaft
 - 2.2 Der Einfluss der sozialen Schichtzugehörigkeit auf Gesundheit und Krankheit
- 3 Soziale und individuelle Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit**
 - 3.1 Soziale Repräsentationen: Das Bild einer Krankheit in der Gesellschaft
 - 3.2 Subjektive Krankheitstheorien: Was medizinische Laien über Krankheit denken

1 Zum begrifflichen Verständnis von Gesundheit und Krankheit

Was heißt Gesundsein und Kranksein? Eine allgemein gültige und verbindliche Antwort auf diese Frage ist schwierig und lässt sich wohl kaum geben. Je nach dem eigenen Standort und der eigenen Perspektive werden andere Aspekte von Gesundheit und Krankheit bedeutsam (s. Abschn. 3.4).

In der Medizin steht der biologisch-körperliche Aspekt im Vordergrund, in der Psychologie erfährt die psychische Befindlichkeit eine stärkere Gewichtung und in der Soziologie finden vor allem die gesellschaftlichen Zusammenhänge Beachtung.

Viele Definitionen gehen von der Annahme aus, Gesundheit und Krankheit seien zwei voneinander getrennte Zustände: *Gesundheit und Krankheit als Dichotomie* (gr. *dichótomos*: halbgeteilt, entzweigeschnitten). Menschen gelten danach entweder als krank *oder* als gesund. Daneben gibt es ein anderes Verständnis von Gesundheit und Krankheit, das sie als Zustände betrachtet, zwischen denen dynamische Wechselbeziehungen und fließende Übergänge bestehen: *Gesundheit und Krankheit als Kontinuum* (lat. *continuus*: zusammenhängend).

1.1 Gesundheit und Krankheit als Dichotomie

Medizinisch-biologisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Das traditionelle medizinisch-biologische Verständnis, das sich am körperlichen Zustand orientiert, definiert Gesundheit als »das geordnete Zusammenspiel normaler Funktionsabläufe und des normalen Stoffwechsels« (Enke et al., 1973, S. 286). Krankheiten sind unerwünschte Abweichungen von diesem Zusammenspiel.

Psychologisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Aus psychologischer Perspektive lässt sich Gesundheit als Möglichkeit und Chance zur Erlangung von Wohlbefinden, Bedürfnisbefriedigung und individueller Selbstverwirklichung beschreiben. *Sigmund Freud*, der Begründer der Psychoanalyse, hat Gesundheit als die Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können, definiert. Das Nichtvorhandensein dieser Fähigkeiten und Möglichkeiten verweist danach auf einen krankhaften Zustand.

Soziologisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Der amerikanische Soziologe *Talcot Parsons* (Enke et al., 1973, S. 286) definiert Gesundheit als »Zustand optimaler Leistungsfähigkeit des Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist.« Die Beteiligung am gesellschaftlichen System durch die Übernahme und das Ausführen von sozialen Rollen und Aufgaben ist somit aus soziologischer Sicht das wesentliche

Merkmal von Gesundheit. Gesundheit wird hier zu einer entscheidenden Voraussetzung für das Bestehen und die Weiterentwicklung einer Gesellschaft.

Verständnis der Weltgesundheitsorganisation von Gesundheit und Krankheit. Der Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (*WHO, World Health Organization*) hat versucht, den körperlichen, psychischen und sozialen Aspekt von Gesundheit und Krankheit aufzunehmen: »Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.« Diese im Wesentlichen an der psychologischen Kategorie des Wohlbefindens orientierte Definition ist problematisch. Das »vollkommene Wohlbefinden« ist eine unrealistische, ja geradezu utopische Zielvorstellung. Nach dieser Definition wird sich wohl kaum ein Mensch als gesund bezeichnen dürfen.

In dieser Definition wird Gesundheit ferner als ein statischer Zustand betrachtet und nicht als ein dynamischer, sich immer wieder verändernder Prozess. Gleichwohl kommt diesem Begriff der Verdienst zu, das Verständnis von Gesundheit und Krankheit aus einer einseitig medizinischen Perspektive herausgeholt und den Blick frei gemacht zu haben für die psychischen und sozialen Bedingungsfaktoren.

Das biopsychosoziale Modell. Innerhalb der Medizin wurde die Definition der Weltgesundheitsorganisation aufgenommen und auf das Krankheitsverständnis übertragen. Danach hat jede Krankheit einen biologischen, psychischen und sozialen Anteil. Dieses Krankheitsverständnis wird als *biopsychosoziales Modell* im Gegensatz zum traditionellen *biomedizinischen Modell* bezeichnet (Engel, 1979).

Einen differenzierten Überblick zu den verschiedenen Dimensionen und Modellen von Gesundheit und Krankheit gibt die Gesundheits- und Rehabilitationspsychologin Alexa Franke (2006).

1.2 Gesundheit und Krankheit als Kontinuum

Nach der Auffassung, dass Gesundheit und Krankheit ein Kontinuum darstellen, ist ein Mensch nicht entweder gesund oder krank, sondern *mehr oder weniger* gesund oder krank. »Völlige Gesundheit und völlige Krankheit sind die extremen Ausprägungen, und niemand befindet sich jemals von seiner Geburt bis zu dem Augenblick des Todes an einem dieser Extrempole. Es gibt Kräfte, die uns in die eine oder andere Richtung drängen, aber aus Sicht dieses Modells sind wir alle teilweise gesund, teilweise krank« (Antonovsky, 1993, S. 8).

Ein *Kontinuumsmodell* von Gesundheit und Krankheit wurde insbesondere von dem oben zitierten Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1979, 1993) vertreten, der dafür plädiert, vermehrt den salutogenetischen Aspekten, d.h. den gesunden Anteilen, Beachtung zu schenken und nicht den pathogenetischen (s. Kap. 4). Während die *Pathogenese* die Aufmerksamkeit auf die krankmachenden, beein-

trächtigenden Bedingungen lenkt, stehen bei der *Salutogenese* die gesundheits-erhaltenden Faktoren im Vordergrund.

Definition

Pathogenese beschreibt die Bedingungen der Entstehung von Krankheit.

Salutogenese beschreibt die Bedingungen der Entstehung von Gesundheit.

Übertragen auf die Pflege eines Patienten bedeutet dieser Ansatz Folgendes: Statt auf die kranken Anteile fixiert zu sein, also auf das, was ein Patient nicht mehr kann bzw. auf das, was fehlt oder verletzt ist (*Defizitorientierung*), achten die Pflegenden vermehrt auf die gesunden Anteile (*Ressourcenorientierung*) im Sinne von: Was kann der Patient noch, was macht seine Person, was seine gesamte Lebenssituation aus? Oder wie es von Antonovsky (1993, S. 9) formuliert wurde: »Der, der leidet, bleibt eine Person, und wird nicht ein Fall von Leber, Niere, Hirnstoffwechsel- oder Essstörung«.

Entsprechend betonen neuere Ansätze der Weltgesundheitsorganisation in Übereinstimmung mit einer salutogenetischen Perspektive die Bedeutung gesundheitsförderlicher Lebens- und Handlungsweisen. In der WHO Ottawa-Charta wird dieses bevölkerungsbezogene Konzept der Gesundheitsförderung vertreten, in dem es vor allem darum geht, Menschen zu gesundheitsfördernden Lebens- und Verhaltensweisen zu befähigen:

»Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern beziehungsweise verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel.

Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur beim Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.«

(WHO, 1986, zit. nach Gutzwiller & Jeanneret, 1996, S. 23–24)

Verwirklichung des Konzepts der Gesundheitsförderung

Die Verwirklichung des Konzepts der Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), das weit über ein medizinisches Gesundheitsverständnis hinausreicht, soll durch die nachfolgend beschriebenen Handlungsprinzipien erreicht werden (Altgeld & Kolip, 2014):

- ▶ **Voraussetzungen für Gesundheit schaffen.** Faktoren in der physikalischen und sozialen Umwelt sowie im einzelnen Menschen können der Gesundheit zuträglich sein oder ihr schaden. Gesundheitsförderndes Handeln versucht, durch aktives anwaltschaftliches Eintreten diese Bedingungen für alle in einem positiven Sinne zu beeinflussen.
- ▶ **Grundlegende Voraussetzungen für Gesundheit.** Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ist – so die Ottawa-Charta – an grundlegende Voraussetzungen und Bedingungen geknüpft. Zu diesen gehören Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Ökosystem, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen sowie soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit.
- ▶ **Gesundheitspotentiale verwirklichen können.** Gesundheitsförderung soll alle Menschen befähigen, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen. Dazu gehört die Verankerung in einer unterstützenden Umwelt, die Entwicklung alltagspraktischer Fertigkeiten und insbesondere die Fähigkeit, Einfluss auf gesundheitsrelevante Faktoren nehmen zu können – die Umwelt also in einem gesundheitsfördernden Sinne selbst aktiv mitgestalten zu können. Die Entwicklung und Stärkung des Selbstheilungs- und Selbsthilfepotentials von Menschen sind hier von zentraler Bedeutung.
- ▶ **Vermitteln und vernetzen.** Der Gesundheitssektor allein ist nicht in der Lage, die Voraussetzungen für Gesundheit zu schaffen. Gesundheitsförderung verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken der Verantwortlichen in Regierung, in nichtstaatlichen, selbstorganisierten Verbänden und Initiativen, in lokalen Institutionen, in der Wirtschaft und in den Medien.

Eine wichtige Strategie zur Umsetzung der Forderungen der Ottawa-Charta ist der *Setting-Ansatz* (Altgeld & Kolip, 2014). Er besagt, dass das abstrakte Ziel Gesundheit im Alltag – also dort, wo Menschen leben, arbeiten und konsumieren – hergestellt und aufrechterhalten werden muss. In diesem Sinne wurden folgende Settings identifiziert und erschlossen: Städte und Gemeinden, Schulwesen, Betriebe, Hochschulen, Krankenhäuser und Gefängnisse.

Die Institution Krankenhaus hat im Rahmen des Setting-Ansatzes in den vergangenen Jahren eine verstärkte Bedeutung als Handlungsfeld für Prävention und Gesundheitsförderung erhalten (Pelikan et al., 2014). Dabei geht es zum einen darum, bei Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes die Patientensicherheit, den Behandlungserfolg und die Gesundheitskompetenz zu stärken. Daneben

ist das Krankenhaus Arbeitsplatz für verschiedene Gesundheitsberufe. Hier geht es darum, gesundheitsschädigende Belastungen im beruflichen Alltag abzubauen und gesundheitsfördernde Maßnahmen und Strukturen zu entwickeln (s. Teil VIII).

Auf der 5. Internationalen Konferenz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser in Wien wurden Grundlagen und Handlungsfelder formuliert sowie Empfehlungen zur Umsetzung gegeben (Altgeld & Kolip, 2014). Ein gesundheitsförderndes Krankenhaus sollte gemäß dieser Empfehlungen insbesondere ...

- ▶ die Menschenwürde, Solidarität und berufliche Ethik bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse und Werte der einzelnen Gruppen stärken.
- ▶ dem Wohlbefinden der Patienten sowie der Qualitätsverbesserung des Handelns der Fachpersonen eine hohe Priorität geben.
- ▶ mit anderen Institutionen des gesundheitlichen Versorgungssystems aktiv kooperieren.
- ▶ ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit vertreten und den Patienten in seiner Bereitschaft und Fähigkeit stärken, selbst Verantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen.

Eine wichtige Bedeutung bei der Realisierung dieser Ziele kommt der Verbesserung der Kommunikation, der Information und Ausbildung in einem Krankenhaus zu.

2 Soziale Schichtung und Gesundheit / Krankheit

Gesundheit und Krankheit sind in starkem Maße von der sozialen Schichtzugehörigkeit eines Menschen, d. h. seiner Stellung innerhalb der Gesellschaft abhängig. Der Begriff soziale Schichtung bzw. soziale Schicht und die damit verknüpften Phänomene der sozialen Ungleichheit und Benachteiligung sind zentrale Themen der Soziologie.

2.1 Soziale Schichtung: Das Oben und Unten in der Gesellschaft

Professionell Pflegende werden in ihrer Ausbildung und beruflichen Tätigkeit mit Angehörigen verschiedenster sozialer Schichten konfrontiert. Je nachdem, in welcher sozialen Schicht sie selbst aufgewachsen sind und welches Bild sie von den verschiedenen sozialen Schichten haben, fällt ihnen der Umgang mit Angehörigen aus den anderen Schichten leichter oder schwerer.

2.1.1 Soziale Schicht und soziale Schichtung

Der Begriff der *sozialen Schicht* bzw. der *sozialen Schichtung* bezieht sich auf die bekannte Tatsache, dass Menschen ungleich sind, dass es ein »Oben« und ein »Unten« in der Gesellschaft gibt. Damit ist nicht eine biologische Ungleichheit gemeint, z. B. von Geschlecht, Alter oder Haarfarbe, sondern eine soziale Ungleichheit, die durch die unterschiedliche berufliche Ausbildung oder durch die ungleiche Verteilung von Einkommen und Vermögen bedingt sein kann. Menschen betrachten sich aufgrund solcher Merkmale als ungleich im Sinne einer höheren oder tieferen Stellung innerhalb einer Gesellschaft. Die Soziologie geht von dieser Wirklichkeit aus, wenn sie die Gesellschaft als ein hierarchisch geschichtetes System betrachtet (z. B. Pries, 2016, S. 236-241).

Definition

Eine **soziale Schicht** besteht aus Individuen, die mindestens ein gemeinsames Merkmal aufweisen. Dieses bestimmt den Rang dieser Schicht im Verhältnis zu anderen Schichten und erlaubt eine Einstufung nach oben oder unten. In modernen Gesellschaften werden oft drei Merkmale zur Bestimmung einer sozialen Schicht als wichtig erachtet. Dies sind insbesondere:

- ▶ Beruf bzw. berufliche Position
- ▶ Bildung
- ▶ Einkommen

Von diesen drei Merkmalen wird dem Beruf eine zentrale Bedeutung zugeschrieben.

Der Begriff der **sozialen Schichtung** meint, dass es innerhalb einer Gesellschaft abgrenzbare Schichten bzw. ein »Höher« und »Tiefer« gibt. Die Gesellschaft wird als hierarchisch geschichtetes System betrachtet.

Sozialer Status

Definition

Die Position, die ein Individuum innerhalb einer Gesellschaft einnimmt, bezeichnet man als **sozialen Status**. Es wird unterschieden zwischen einem *zugeschriebenen* und einem *erworbenen Status*.

Zugeschriebener Status. Die Position, die ein Individuum unabhängig von seinen eigenen Fähigkeiten und seinem Zutun hat, z. B. hoher Status aufgrund der sozialen Herkunft.

Erworbener Status. Die Position, die sich eine Person aufgrund persönlicher Leistungen, beispielsweise im Beruf, erworben hat.

Statuskonsistenz und Statusinkonsistenz

Sind die verschiedenen Statusmerkmale immer gleich hoch, mittel oder niedrig, wie beispielsweise bei einem praktizierenden Arzt (i. d. R. hohe Bildung und hohes Einkommen) oder bei einer Haushaltshilfe (oft geringe Bildung und niedriges Einkommen), spricht man von *Statuskonsistenz*.

Die einzelnen Statusmerkmale können unterschiedlich stark vertreten sein. So bedeutet eine hohe Bildung nicht immer auch gleichzeitig ein hohes Einkommen. Ein Individuum mit hoher Bildung, aber geringem Einkommen – etwa ein arbeitsloser Akademiker – befindet sich in einer *statusinkonsistenten Situation*. Dieses Beispiel zeigt, dass die Einordnung eines Individuums in das gesellschaftliche Schichtgefüge nicht immer einfach ist.

Soziale Mobilität

Eine *Intra-Generationen-Mobilität* liegt dann vor, wenn ein Mensch innerhalb seines Lebens einen sozialen Auf- oder Abstieg erlebt (Pries, 2016). Beispiele

hierfür sind der Handwerker, der sich im Laufe seines Lebens zum Leiter eines Industrieunternehmens hochgearbeitet hat (sozialer Aufstieg), oder der Abteilungsleiter, der seine Führungsposition verloren hat und die Stelle eines Sachbearbeiters übernehmen musste (sozialer Abstieg). Die *Inter-Generationen-Mobilität* bezeichnet Mobilitätsprozesse zwischen den Generationen. Die Tochter eines Facharbeiters, die nach Abschluss des Medizinstudiums als Ärztin (hoher Berufsstatus) arbeitet, hat – bezogen auf den beruflichen Status des Vaters – einen sozialen Aufstieg vollzogen.

Definition

Als **soziale Mobilität** bezeichnet man Auf- und Abstiegsprozesse zwischen den einzelnen sozialen Schichten. Sie lässt sich aufteilen in **Intra-Generationen-Mobilität** (Soziale Mobilität im Leben eines einzelnen Menschen) und **Inter-Generationen-Mobilität** (Soziale Mobilität zwischen zwei Generationen).

2.1.2 Schichtmodelle der heutigen Gesellschaft

Der Soziologe *Karl Martin Bolte* (nach Bolte et al., 1967, S. 316) vergleicht die Schichtung unserer heutigen Gesellschaft mit einem Farbspektrum. So wie sich beim Farbspektrum einzelne Farben betrachten lassen, so zeigen sich in der Gesellschaft soziale Schichtungen. Problematisch wird es dann, wenn festgehalten werden soll, wo die eine Schicht bzw. Farbe aufhört und die andere beginnt. Die Grenzen werden deshalb relativ willkürlich gezogen, was dazu führt, dass diverse Schichtmodelle von unterschiedlich vielen Schichten ausgehen. Als Beispiel sei ein Modell angeführt, das die Gesellschaft in folgende fünf Schichten einteilt:

- ▶ Oberschicht
- ▶ Obere Mittelschicht
- ▶ Mittlere Mittelschicht
- ▶ Untere Mittelschicht
- ▶ Soziale Unter- bzw. Grundschicht.

Schichtmodell aus Deutschland

Das Schichtmodell der Bundesrepublik Deutschland aus dem Jahr 2005 verwendet als Schichtungskriterium für einen Menschen das monatliche Haushaltsnettoeinkommen (Statistisches Bundesamt, 2006). Nach diesem Kriterium werden sieben Schichten gebildet, die sieben unterschiedliche Lebensstandardniveaus

widerspiegeln. Die jeweiligen Prozentzahlen besagen, wie viel Prozent der deutschen Bevölkerung jeweils einer der sieben Schichten zugeordnet werden.

Tabelle 2.1 Schichtmodell der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland nach Nettoeinkommen

4,2% (über 200 Prozent)	Höherer Wohlstand
8,4% (150 bis 200 Prozent)	Relativer Wohlstand
10,1% (125 bis 150 Prozent)	Gehobene Einkommenslage
16,7% (100 bis 125 Prozent)	Mittlere bis gehobene Einkommenslage
26,3% (75 bis 100 Prozent)	Untere bis mittlere Einkommenslage
23,8% (50 bis 75 Prozent)	Prekärer Wohlstand
10,6% (weniger als 50 Prozent)	Relative Armut

(100 Prozent = Durchschnittseinkommen)

Schichtmodell aus England

Ein Schichtmodell aus England, das fünf Schichten enthält, basiert auf dem *beruflichen Status* eines Menschen (zit. n. Pöppel et al., 1994, S. 283):

- I: **Hochqualifizierte** (*Professionals*), z. B. Ärzte, Rechtsanwälte
- II: **Gut Qualifizierte** (*Intermediate*), z. B. Lehrer, Manager
- III a): **Qualifizierte Angestellte** (*skilled nonmanual*), z. B. Buchhalter
- III b): **Qualifizierte Arbeiter** (*skilled manual*), z. B. Bergarbeiter, Elektriker
- IV: **Angelernte Arbeiter** (*partly skilled manual*), z. B. Postboten
- V: **Ungelernte Arbeiter** (*unskilled manual*), z. B. Gepäckträger

Zuordnung von Pflegenden

Die Zuordnung einer Pflegeperson zu einer sozialen Schicht ist abhängig von ihrer Position im Krankenhaus und ihrem Ausbildungsstand. So ist die Stationsleiterin einer höheren Schicht zuzuordnen als die lernende Gesundheits- und Krankenpflegerin oder die Pflegeassistentin. Die Zuordnung von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen zu einer sozialen Schicht unterscheidet sich auch je nach Nation. So nimmt eine Gesundheits- und Krankenpflegerin in den USA eine etwas andere Position im Gefüge der sozialen Schichtung ein als in Deutschland oder in der Schweiz. Die Einstufung wird auch anders ausfallen, wenn eine Pflegeperson sich selbst einschätzt anstatt von anderen Berufsangehörigen einer Schicht eingeschätzt zu werden.

Im englischen Schichtmodell könnte die Pflegedienstleitung bzw. Pflegemanagerin einer Klinik der Schicht II »Gut Qualifizierte« und eine Stationsleiterin vielleicht der Schicht III a) »qualifizierte Angestellte« zugeordnet werden. Eine Gesundheits- und Krankenpflegerin ohne Leitungsfunktion je nach Zusatzausbildungen befindet sich etwa zwischen III a und III b.

2.1.3 Zwei klassische Schichtmodelle: Die Klassentheorie von Karl Marx und die funktionalistische Schichtungstheorie

In der soziologischen Diskussion sind vor allem zwei Schichtmodelle bedeutsam: Die *Klassentheorie von Karl Marx* und die *funktionalistische Schichtungstheorie* (z. B. Pries, 2016).

Die Klassentheorie von Karl Marx

Die Klassentheorie von Karl Marx ist ein Versuch, das Phänomen der sozialen Ungleichheit aus der ökonomischen Situation der frühindustriellen Gesellschaft heraus zu erklären. Kurz zusammengefasst geht Marx von der Existenz folgender zwei Klassen aus:

- ▶ **Klasse der Kapitalisten**, die Verfügungsgewalt über Produktionsmittel und daraus abgeleitet auch Herrschaft über Menschen besitzt.
- ▶ **Klasse der Proletarier**, die zahlenmäßig weit größere Klasse, die hiervon ausgeschlossen ist und lediglich über ihre Arbeitskraft verfügt.

Diese beiden objektiven Kriterien (Verfügungsgewalt über Produktionsmittel und individuelle Arbeitskraft) bilden nach Marx die *Klassen an sich*. Entwickelt die Arbeiterklasse ein gemeinsames Klassenbewusstsein, wird die *Klasse an sich* zur *Klasse für sich*. Vom Klassenbewusstsein, das durch politische Information und Aufklärung geweckt werden müsse, würden gemeinsame Aktionen hervorgehen, die letztlich zur Überwindung des kapitalistischen Gesellschaftssystems führen.

In beiden Klassen sieht Marx die Grundstruktur industrieller Gesellschaften, aus der sich notwendigerweise Konflikt und Klassenkampf entwickeln müssen. Diese Ansicht wurde durch die historische Entwicklung der industrialisierten Gesellschaften nicht bestätigt. Die hier rudimentär skizzierte Theorie von Karl Marx ist von einer Reihe neomarxistischer Theoretiker weiterentwickelt und modifiziert worden.

Die funktionalistische Schichtungstheorie

Die funktionalistische Schichtungstheorie geht davon aus, dass in jeder bis heute bekannten Gesellschaft soziale Schichten in irgendeiner Form nachgewiesen werden konnten; sie erklärt soziale Schichten aus der funktionalen Notwendigkeit der Arbeitsteilung. Das Funktionieren bzw. Überleben einer Gesellschaft macht es erforderlich, dass von den einzelnen Gesellschaftsmitgliedern bestimmte Aufgaben übernommen werden. Aufgaben, die einen hohen Beitrag für das Funktionieren einer Gesellschaft leisten, werden im Allgemeinen auch mit hohen gesellschaftlichen Belohnungen versehen. Diese Belohnungen sollen gewährleisten, dass in einer Gesellschaft wichtige Aufgaben von geeigneten Individuen übernommen werden. In dem durch die Aussicht auf Belohnung ausgelösten Wettbewerb sollen die Talentiertesten und Geeignetsten in die gesellschaftlich hochrangigen Positionen gebracht werden.

Die funktionalistische Schichtungstheorie macht den hohen Status und die materiellen Belohnungen verständlich, die in unserer Gesellschaft z.B. mit dem Beruf des Arztes verbunden sind. Danach hat der Arztberuf deshalb ein so großes gesellschaftliches Prestige, weil er mit der Erhaltung und Wiederherstellung eines der höchsten menschlichen Werte, der menschlichen Gesundheit, betraut ist.

Die Kritik an der funktionalistischen Schichtungstheorie richtet sich zum einen gegen die Grundannahme, es bestehe ein Mangel an Qualifikationen und Talenten, die erst durch die Aussicht auf Belohnung motiviert werden müssten. Weiter wird das Ignorieren der Tatsache kritisiert, dass ein Großteil gesellschaftlich hoch bewerteter Positionen durch familiäre und traditionelle Machtverteilung und nicht durch Talent und Qualifikation erfolgt.

Neuere Schichtmodelle differenzieren Gesellschaften nicht nach einem »Oben« und »Unten«, sondern nach einem »Innen« und »Außen«. Dieses Modell besagt, dass bestimmte Menschen nicht innerhalb (Inklusion), sondern außerhalb einer Gesellschaft stehen (Exklusion), weil sie beispielsweise aufgrund ihrer finanziellen Lage nicht an den materiellen und kulturellen Angeboten der Gesellschaft teilhaben können (z. B. Bude & Willisch, 2006).

2.2 Der Einfluss der sozialen Schichtzugehörigkeit auf Gesundheit und Krankheit

Die soziale Schichtzugehörigkeit eines Menschen beeinflusst wesentlich seine Gesundheit. Zwar haben sich die allgemeinen Lebensbedingungen in den westlichen Ländern seit der Industrialisierung nachhaltig verbessert, die *relativen* Unterschiede zwischen arm und reich sind jedoch geblieben oder haben sich sogar verschärft. Der Einfluss der sozialen Schicht auf *Mortalität* (*Sterblichkeit*) und *Morbidität* (*Erkrankungshäufigkeit*) wird durch zahlreiche Studien in verschiedenen Industrieländern bestätigt (z. B. Badura, 1990; Meyer & Jeanneret, 1996; Mielck, 1994; Siegrist, 1995; Steinkamp, 1993).

Mortalität

Die Abhängigkeit des Sterberisikos von Merkmalen, die zur Bestimmung der sozialen Schicht verwendet werden, konnte auch in Deutschland nachgewiesen werden. Wer über hohe Bildung, ein hohes Einkommen und einen qualifizierten Beruf verfügt, lebt auch in Deutschland mit großer Wahrscheinlichkeit länger als ein Mensch, bei dem diese Indikatoren der Schichtzugehörigkeit nur gering ausgeprägt sind. Der Medizinsoziologe Johannes Siegrist (1995, S. 58) hält hierzu zusammenfassend fest, »dass die Sterblichkeit im Erwerbsalter in allen entwickelten Industriegesellschaften, aus denen verwertbare Daten vorliegen, schichtspezifisch variiert, und zwar bei Männern stärker als bei Frauen, bei Jüngeren stärker als

bei Älteren. Die Zusammenhänge sind in der Regel linear: je ungünstiger der sozioökonomische Status, desto höher die Sterblichkeit.«

Morbidität

Es gibt viele Krankheiten, die unabhängig von der sozialen Schicht auftreten, einige zeigen jedoch ausgeprägte schichtspezifische Unterschiede, treten z. B. bei Angehörigen der sozialen Unterschicht gehäuft auf. Hierzu gehören Bronchialkarzinome, Arthritis, Tuberkulose, Unfälle, Suizid und psychische Erkrankungen wie Depression und Schizophrenie. Am besten untersucht und am gesichertsten ist der Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Der Herzinfarkt kann deshalb nicht mehr als typische »Managerkrankheit« betrachtet werden, sondern als Krankheit, in der sich in hohem Maße soziale Ungleichheit spiegelt (Siegrist, 1995).

Nicht immer ist die Krankheit auf die soziale Schicht zurückzuführen, sie kann auch die Ursache für einen Wechsel in eine andere, i. d. R. niedrigere soziale Schicht darstellen (*sozialer Selektionsprozess*). Ein Mensch, der z. B. an einer Schizophrenie erkrankt, wird möglicherweise seinen Arbeitsplatz verlieren und sich künftig wahrscheinlich mit einer weniger qualifizierten Tätigkeit begnügen müssen. Neuere Studien räumen dem *sozialen Verursachungsprozess* (Krankheit ist eine Folge der sozialen Schichtzugehörigkeit) jedoch die größere Bedeutung ein (Steinkamp, 1993).

Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Mortalität / Morbidität

Wie lassen sich die Zusammenhänge zwischen sozialer Schicht und Krankheit bzw. Sterblichkeit erklären? Welche Faktoren und Prozesse sind für den schlechteren Gesundheitszustand von Angehörigen der sozialen Grundsicht verantwortlich? Die Ursachen für die sozialen Unterschiede sind vielschichtig. Im Folgenden werden die diskutierten Gründe in vier Punkten zusammengefasst (z. B. Meyer & Jeanneret, 1996):

- (1) **Unterschiede in den Lebens- und Arbeitsbedingungen**, etwa schlechte Wohnverhältnisse oder eine belastende Arbeitsplatzsituation. Als herzkreislaufschädigende Belastungssituation am Arbeitsplatz gilt z. B. eine Kombination aus hohen Anforderungen (Zeitdruck) und geringen Entscheidungs-/Handlungsmöglichkeiten (Siegrist, 1995).
- (2) **Schichtspezifisches Gesundheits- und Krankheitsverhalten**. Das Gesundheitsbewusstsein und insbesondere die für präventive Maßnahmen erforderliche langfristige Lebensplanung sind in der sozialen Mittel- und Oberschicht ausgeprägter als in der sozialen Grundsicht. Hier fehlt es oft an medizinischen Kenntnissen und ausreichender Symptomaufmerksamkeit bzw. angemessener Bewertung von Symptomen und damit der (rechtzeitigen) Erkennung einer Behandlungsnotwendigkeit durch den Arzt (Novak, 1994, S. 211).