

Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln

[Toni Faltermaier](#)

(letzte Aktualisierung am 19.10.2015)

Aktuelle Version

doi: [10.17623/BZGA:224-i060-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i060-1.0)

Als *Gesundheitsverhalten* ("health behavior") werden alle Verhaltensweisen von gesunden Menschen verstanden, die nach wissenschaftlichen (epidemiologischen) Erkenntnissen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Krankheiten vermieden werden oder die Gesundheit erhalten wird. Der Begriff wird damit vielfach als Gegenbegriff zum Risikoverhalten verwendet, der alle Verhaltensweisen oder Gewohnheiten umfasst, die wissenschaftlich belegt die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine spezifische Krankheit zu entwickeln.

Wir haben heute relativ gute Erkenntnisse über diese verhaltensbedingten Risikofaktoren: Sie tragen neben den somatischen (z.B. hohes Cholesterin, hoher Blutdruck) und psychosozialen → [Risikofaktoren](#) (z.B. Stress, riskante Persönlichkeitsmerkmale) wesentlich zur Erklärung von schweren und chronischen Krankheiten (z.B. Koronare Herzerkrankungen, Diabetes, Krebserkrankungen) bei. Gut belegt sind Risikoverhaltensweisen wie z.B. Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, fett- und kalorienreiche Ernährung, exzessives Sonnenbaden oder riskantes Sexualverhalten (→ [Risikofaktoren](#)). Im Umkehrschluss werden von Experten und Expertinnen jene Verhaltensweisen als Gesundheitsverhalten eingestuft, die diese riskanten Gewohnheiten vermeiden, z.B. ausreichende Bewegung oder Sport, ausgewogene Ernährung, ausreichender Schlaf, "safer sex" oder die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. Es ist aber empirisch viel schwieriger zu belegen, welche Verhaltensweisen in welchem Ausmaß und in welcher Dauer die Gesundheit erhalten können. Mehrfaches Risikoverhalten potenziert statistisch betrachtet das Risiko, eine Krankheit zu entwickeln; umgekehrt lassen sich mehrere Gesundheitsverhaltensweisen zu einem gesunden Lebensstil kombinieren. Empirisch lassen sich dann eine bessere Gesundheit bzw. geringere Krankheits- und Mortalitätsraten nachweisen.

Krankheitsverhalten ("illness behavior") umfasst das Verhalten von Personen, die bereits Symptome einer Krankheit wahrnehmen und sich darum bemühen, diese abzuklären, eine Diagnose vorzunehmen und eine geeignete Behandlung zu erreichen. Es kann sich dabei etwa um Versuche handeln, die Bedeutung von Beschwerden einzuschätzen, auch durch die Kommunikation mit anderen, sich Informationen über die Krankheit einzuholen, eine Krankheit und ihre Folgen zu verstehen, sich soziale Unterstützung und Hilfen in seinem sozialen Umfeld zu erschließen oder professionelle Hilfen (Ärzte/Ärztinnen, Beratungsstellen) aufzusuchen.

Krankheitsverhalten kann unterschieden werden vom *Krankenrollenverhalten* ("sick role behavior"), das das Verhalten von Personen beschreibt, die bereits die medizinische Diagnose einer Krankheit erhalten haben und dadurch in der Regel die Rolle eines Patienten oder einer Patientin angenommen haben bzw. als solche wahrgenommen werden. Dazu gehören alle Bemühungen, eine geeignete Behandlung zu erhalten und das Fortschreiten einer Krankheit zu verhindern, die soziale Interaktion und Zusammenarbeit ("compliance") mit behandelnden Experten/Expertinnen sowie der Umgang mit Behandlungsmaßnahmen und ihren Folgen.

Als *Gesundheitshandeln* ("health action") wird das subjektiv bedeutsame Handeln von gesunden oder kranken Menschen verstanden, das mehr oder weniger bewusst mit dem Ziel der Gesunderhaltung und im alltäglichen sozialen Kontext erfolgt. Das Konstrukt wurde von Faltermaier (1994) in kritischer Absetzung zum Begriff des Gesundheitsverhaltens eingeführt, um der normativen Vorgabe eines umgrenzten, nur von Experten und Expertinnen definierten Verhaltens ein stärker subjektorientiertes und sozialwissenschaftliches Konzept entgegenzusetzen, das Handlungskompetenz auch bei medizinischen Laien unterstellt. Das Gesundheitshandeln wird im Kontext der → [Salutogenese](#) und ihres → [Gesundheits-Krankheits-Kontinuums](#) verstanden, muss also keiner eindeutigen Zuordnung von Menschen als gesund oder krank folgen, sondern kann das Gesundheitsmotiv bei allen Menschen unterstellen.

Das Gesundheitshandeln baut auf dem *Gesundheitsbewusstsein* auf (→ [Health Literacy](#)), also auf dem Alltagswissen von Personen oder sozialen Gruppen und ihren alltäglichen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit (→ [Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit](#)). Je nach subjektiver Sicht kann das Gesundheitshandeln mehrere Verhaltensebenen (Bewegung, Ernährung, Umgang mit wahrgenommenen Risiken und Belastungen, Aufbau und Erhaltung von personalen und sozialen Ressourcen) zu einer Lebensweise kombinieren und muss nicht in Einklang mit Expertenwissen stehen. Je nach sozialem Kontext kann sich das Gesundheitshandeln unterschiedlich manifestieren.

Für die *Gesundheitsförderung* bedeutet der Bezug auf Gesundheits- und Krankheitsverhalten bzw. auf Gesundheitshandeln, dass Menschen durch ihre alltäglichen Verhaltens- und Lebensweisen sowie deren Veränderung ihre Gesundheit wesentlich beeinflussen können und dass Professionelle der Gesundheitsförderung sie dabei in vielfältiger Weise unterstützen können: Es kann dabei um den Abbau eines spezifischen Risikoverhaltens (wie z.B. Rauchen) gehen, um den Aufbau eines Gesundheitsverhaltens (wie z.B. eines Bewegungsverhaltens), um die Unterstützung eines Krankheitsverhaltens (wie z.B. besserer Compliance bei einem Diabetespatienten), aber auch um die Weiterentwicklung eines Gesundheitshandelns bzw. einer gesunden Lebensweise. Als Grundlagen für diese professionellen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sind wissenschaftliche Erkenntnisse über die Bedingungen eines Gesundheits- und Krankheitsverhaltens und die Möglichkeiten ihrer Veränderung heranzuziehen. Diese Bedingungen haben viel mit Motivation und den sozialen Rahmenbedingungen zu tun (→ [Health Literacy](#), → [Soziale Ungleichheit](#)).

Umfangreiche Forschungen zu den *Bedingungen des Gesundheitsverhaltens* werden v.a. in der Gesundheitspsychologie durchgeführt, die Medizinpsychologie beschäftigt sich stärker mit dem Krankheitsverhalten. Aber auch in der Medizinsoziologie, Sozialmedizin und Public Health sind einschlägige Forschungs- und Praxisansätze zu finden. Während psychologische Disziplinen oder die Verhaltensmedizin traditionell stärker mit dem Verhaltensbegriff arbeiten, ist der Begriff des Gesundheitshandelns stärker in der Tradition einer sozial- und subjektwissenschaftlichen Gesundheitsforschung verankert.

Modelle des Gesundheitsverhaltens versuchen, das Gesundheitsverhalten durch kognitive, soziale und soziodemografische Faktoren zu erklären (→ [Theorien und Modelle - Verhalten I-V](#)). Diese Tradition begann in den 1970er-Jahren mit dem Health Belief Model, in dem spezifische gesundheitliche Überzeugungen (wahrgenommene Risiken, wahrgenommener Nutzen und Kosten eines Verhaltens) formuliert wurden, um gesundheitsbezogene Verhaltensweisen wie z.B. die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zu erklären. In Kritik an der beschränkten Vorhersagekraft dieser frühen Modelle entstanden neue Modelle, die empirisch besser geprüft und konzeptionell durch ihre prozessualen Zusammenhänge überzeugender waren. International sehr bekannte Modelle sind heute etwa das "Health Action Process Approach"-Modell (HAPA) des deutschen Gesundheitspsychologen Schwarzer (2004) und das "Transtheoretische Modell" (TTM) des amerikanischen Psychologen Prochaska.

Als Bedingungen des tatsächlichen Gesundheitsverhaltens werden in diesen Modellen meist intentionale und volitionale Prozesse unterschieden. Ob eine Person die Absicht (*Intention*) für eine Verhaltensänderung ausbildet, setzt voraus, dass sie sich auch selbst als verwundbar wahrnimmt (*Risikowahrnehmung*), dass sie eine positive Wirkung auf die eigene Gesundheit erwartet (*Ergebniserwartung bzw. Kontrollüberzeugung*) und dass sie schließlich davon überzeugt ist, das Gesundheitsverhalten auch dauerhaft umsetzen zu können (Kompetenz- oder *Selbstwirksamkeitsüberzeugung*). Die Bildung einer Intention reicht aber allein nicht aus für eine Verhaltensänderung, vielmehr müssen in Prozessen der *Volition* ("Wille") auch die Umsetzung der Verhaltensziele konkret geplant und kontrolliert werden, d.h. gegen Hindernisse und Widerstände abgeschirmt sowie in ihren Ergebnissen bewertet werden. Dabei sind neben kognitiven Prozessen auch *soziale Einflüsse* (normative Überzeugungen und Unterstützungen des Gesundheitsverhaltens in der eigenen Bezugsgruppe) und *sozialstrukturelle Faktoren* (*Geschlecht, Alter, sozialer Status*) wirksam; das verweist darauf, dass spezifische Formen des Gesundheitsverhaltens im sozialen Kontext eingebettet sind und über Prozesse der Sozialisation aufgebaut werden.

Das Krankheitsverhalten umfasst neben der Wahrnehmung von körperlichen Beschwerden und der Erstellung einer "*Laiendiagnose*" insbesondere den Umgang mit der Krankheit im Laiengesundheitssystem (Selbstbehandlung, Selbstmedikation, Hilfesuchen) und im professionellen System. Umfangreiche Forschungen befassen sich mit den Versuchen der Bewältigung von krankheitsbezogenen Belastungen (Copingforschung, → [Stress](#)), den Bedingungen der Inanspruchnahme von und der Kooperation mit professionellen Leistungen (Complianceforschung) sowie mit den subjektiven Krankheitsvorstellungen von Patientinnen und Patienten, die den Umgang mit der eigenen Krankheit und mit den behandelnden Expertinnen und Experten wesentlich beeinflussen.

Es wird heute zunehmend erkannt, dass Prozesse des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens in hohem Maße im "*Laiengesundheitssystem*" ("lay health care system") erfolgen. Viele präventive und auf Krankheit bezogene Aktivitäten werden sozial abgestimmt und organisiert, sozial unterstützt oder gehemmt - vor, gleichzeitig und nach dem Kontakt mit dem professionellen System. Damit sind alle professionellen Bemühungen in der Prävention und Gesundheitsförderung darauf verwiesen, das individuelle und soziale Gesundheitshandeln wahrzunehmen, zu explorieren und zu respektieren, bevor professionelle Interventionen und damit Eingriffe in den Alltag von gesunden oder kranken Menschen erfolgen. Die Subjektorientierung in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften geht von der Kompetenz und der eigenen Handlungslogik von "Laien" in allen Gesundheitsfragen sowie von sozial eingebundenen Prozessen aus. Die Subjektperspektive stellt damit die Grundlage für die in der Gesundheitsförderung geforderte → [Partizipation](#) und für die Prozesse des → [Empowerments](#) von Zielgruppen dar. Die Perspektive der → [Salutogenese](#) hebt die Trennung zwischen Gesundheits- und Krankheitsprozessen auf und lässt das Gesundheitshandeln von mehr oder weniger gesunden oder kranken Menschen auf der Grundlage ihrer subjektiven und sozialen Bedingungen hervortreten.

Literatur: Bengel J/Jerusalem M (Hg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie*, Hogrefe, Göttingen 2009;

Faltermaier T, *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag*, Beltz, Weinheim 1994;

Faltermaier, T, *Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie C/X/1 (S. 31-53). Göttingen: Hogrefe 2005.*

Faltermaier T, *Gesundheitspsychologie, 2. überarb. und erw. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart 2016;*

Jerusalem M/Weber H (Hg.), *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention*, Hogrefe, Göttingen 2003;

Schwarzer R, *Psychologie des Gesundheitsverhaltens, 3. überarb. und erw. Aufl., Hogrefe, Göttingen 2004*

Verweise: [Empowerment/Befähigung](#), [Gesundheits-Krankheits-Kontinuum](#), [Health Literacy / Gesundheitskompetenz](#), [Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger](#), [Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell](#), [Salutogenetische Perspektive](#), [Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit](#), [Stress und Stressbewältigung](#), [Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit](#), [Theorie des geplanten Verhaltens \(Erklärungs- und Veränderungsmodelle I\)](#)

[zurück zur Übersicht](#)