

Perspektiven und Chancen qualitativer Gesundheitsforschung

Heike Ohlbrecht & Josephine Jellen

Der konjunkturelle Aufschwung des Themas ‘Gesundheit’ ist ungebrochen – das tägliche Fahrradfahren zur Arbeit, eine gesundheitsbewusste Ernährungsweise oder die Vorbereitung auf den nächsten Marathon: viele Alltagspraktiken dienen der dezidierten Gesunderhaltung. Die obligatorischen Gesundheitswünsche zum Geburtstag oder die sich im Zuge der grassierenden Pandemie verbreitete Grußformel ‚Bleiben Sie gesund!‘ lassen erkennen, welchen gesellschaftlichen Stellenwert das gesunde Leben in der spätmodernen Lebensführung erreicht hat, welchen Vorstellungen dieses unterliegt und bestätigt die Entwicklung hin zu einer Gesundheitsgesellschaft (Kickbusch 2006).

Glücksvorstellungen in der Moderne sind zentral an die Gesundheit geknüpft – es scheint dies doch eines der letzten Areale zu sein, welche sich dem intentionalen Zugriff (mit Max Weber gesprochen der rationalen Lebensführung) ein Stück weit widersetzt und schicksalshaft erscheint. Umso stärker wird an der neuen Machbarkeit von Gesundheit – individuell wie gesellschaftlich – gearbeitet und eine neue Pflicht zur Gesundheit etabliert (Schmidt 2018). Das lange Leben, welches als Versprechen der Spätmoderne gilt und u.a. ein Ergebnis der Revolution der Lebenszeit (Bertram 1997) ist, soll mit möglichst guter Gesundheit und Lebensqualität sowie Lebenssinn bereichert sein. Krankheiten (insbesondere Epidemien) sind die letzten Chiffren einer vormodernen Lebensweise, die, verursacht durch biologische Zufälle, mangelnde gesundheitliche Versorgung und Hygiene und/oder elende Lebensbedingungen, noch ein Zeitalter ihrer Herrschaft generierten und die Individuen quasi schutzlos zurückließen. Die scheinbaren Sicherheiten, die uns unser hochtechnologisiertes Gesundheitssystem sowie die beeindruckenden Erfolge in der Krankheitserkennung und -therapie bescherten, stehen nun durch die Rückkehr der pandemischen Erfahrung des Covid-19-Ausbruchs auf dem Prüfstein.

Dem Forschungsthema Gesundheit widmen sich unterschiedliche Disziplinen mit ihrer je spezifischen Sicht. Die Medizin interessiert sich für Fragen der Funktionsstörung der Gesundheit, sucht nach den Ursachen dieser Störungen und befasst sich mit der Wiederherstellung eines Zustandes weitestgehender Gesundheit. Aus einer psychologischen Perspektive stehen Fragen des persönlichen Umgangs mit Gesundheit, ihre Herstellungspraktiken und subjektive Be- und Verarbeitung im Vordergrund. Aus einer ökonomischen oder versorgungspolitischen Perspektive wird nach den Kosten der Gesundheitsleistungen und ihren evidenzbasierten Effekten gefragt. Die pädagogische Gesundheitsforschung richtet ihr Erkenntnisinteresse bspw. auf die Entstehung von Health Literacy und Möglichkeiten der Schulungen von (potentiellen) Patient*innen. Die Therapiewissenschaften und Gesundheitsberufe befassen sich mit der Steuerung und Gestaltung von Therapiesituationen und der Überprüfung dieser Wirksamkeit. Die soziologische Sichtweise betrachtet das Phänomen Gesundheit mindestens im Schnittfeld folgender Perspektiven: erstens im Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Diskursen über Gesundheit und Funktionsstörungen, zweitens im Kontext der (bio)medizinischen Praktiken der Herstellung von Gesundheit, drittens im Zusammenhang mit den sozialen Regeln und Rollenangeboten für die (gesundheitsbewussten) Bürger*innen bzw. Patient*innen sowie viertens aus der Perspektive der subjektiven Deutungen

und Alltagstheorien, wie der ihnen zugrunde liegenden sozialen Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit.

So vielfältig die disziplinären Zugänge, so unterschiedlich sind auch mögliche Definitionen von Gesundheit. Ist Gesundheit „der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ (WHO 1948) und nicht nur das Freisein von Krankheit, wie dies in der Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation definiert und später vielfach kritisiert wurde? Ist sie der höchste Wert, ein Gleichgewicht zwischen Risiko- und Schutzfaktoren oder viel eher ein Kontinuum, auf dem wir uns bewegen? Ist sie „das Schweigen der Organe“ (wie der französische Chirurg Leriche sagte) und die Abwesenheit von Krankheit?¹ Sicherlich ist das interdependente Verhältnis von Gesundheit und Krankheit nicht von der Hand zu weisen. Krankheit ist zumeist diagnostizierbar, vergegenständlicht sich gegebenenfalls im Körper, wohingegen sich Gesundheit dieser Sichtbarwerdung entzieht, wie bereits Gadamer formulierte: „Gesundheit ist nicht etwas, das sich bei der Untersuchung zeigt, sondern etwas, das gerade dadurch ist, dass es sich entzieht“ (1990, S. 40). Dennoch sind Gesundheit und Krankheit keine Antonyme: wem bspw. eine Krankheit diagnostiziert wurde, kann sich dennoch gesund fühlen und auch vice versa. Mit der salutogenen Wende, angestoßen durch den amerikanisch-israelischen Soziologen Aaron Antonovsky, setzte sich seit den 1970er Jahren ein erweitertes Verständnis von Gesundheit durch, welches in unterschiedlichen Disziplinen überaus wirkmächtig wurde (Antonovsky 1979, 1997). Dieses neue Modell passte zu den sich abzeichnenden Entwicklungen eines epidemiologischen Übergangs, der zu einem Wandel im Krankheitspanorama führte, d.h. die Häufigkeiten von Krankheiten und Todesursachen änderten sich und zeigen sich nun in einer Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen und psychischer Störungen. Im Gegensatz zum pathogenetischen biomedizinischen Blick, welcher nach der Verursachung von Krankheit fragt, rückte Antonovsky die Frage danach, was Menschen gesund erhält, in den Vordergrund. Menschen sind i.d.R. nie völlig gesund oder krank, sondern auch gesunde Menschen kennen Anteile von Krankheit bzw. Missempfindungen, ebenso wie kranke Menschen auch gesunde Anteile in sich tragen. Demzufolge ist Gesundheit auf einem Kontinuum verortbar. Das Modell der Salutogenese fragt danach, wie die Gesundheit gestärkt werden kann, welche Widerstandsressourcen auf unterschiedlichen Ebenen (individuell, sozial und kulturell) dafür notwendig sind und warum Menschen trotz widriger Umstände dennoch gesund sein können.

Je nach Perspektive wird der Fokus auf Gesundheit daher anders gesetzt, geschärft und unter Gesundheit mitunter *anderes* verstanden bzw. ein spezifisches disziplinäres Deutungsmuster unterlegt. Über die viel beschriebene Schwierigkeit, Gesundheit von Krankheit konzeptionell abzugrenzen und adäquate theoretische Modelle für Gesundheit vorzulegen (Ohlbrecht 2022), kann an dieser Stelle nicht ausführlich referiert werden. Deutlich wird jedoch, dass sich das Phänomen Gesundheit schwer fassen lässt, da es einerseits weder monodisziplinär noch andererseits ohne Einbezug der Akteur*innen, um deren spezifische Gesundheit es sich jeweils handelt und die in soziokulturellen Lebenswelten grundiert wird, in den Blick zu nehmen ist. An dieser Stelle nun – trotz oder gerade angesichts all der beschriebenen Schwierigkeiten – tritt der Ansatz einer qualitativen Gesundheitsforschung hervor. Die Verbreitung der qualitativen Forschungsmethoden ist in den oben beispielhaft beschriebenen Disziplinen jeweils unterschiedlich verlaufen. Den höchsten Etablierungsgrad können wir sicherlich in der Soziologie und Pädagogik verzeichnen, den geringsten in den Disziplinen

1 Zur Definition von Gesundheit und die Dualität von Gesundheit und Krankheit sei an dieser Stelle auf einige Übersichts- und Grundlagenarbeiten verwiesen, da wir hier diesen mitunter über Jahrzehnte gewachsenen Definitionsprozess nicht abbilden können: Antonovsky 1997; Ohlbrecht 2022; Franke 2006 oder auch Franzkowiak/Hurrelmann 2022 für die BZgA.

der Medizin und Psychologie, die i.d.R. am Ideal einer naturwissenschaftlich deduktiv-nomologischen Wissenschaft orientiert sind.

Aber selbst in der Soziologie hatte es die Perspektive der qualitativen Gesundheitsforschung vergleichsweise schwer, da das Thema Gesundheit stets eher naturwissenschaftlich und biomedizinisch gerahmt wurde (trotz aller Lippenbekenntnisse zu einer biopsychosozialen Perspektive) und sich die Gesundheitssoziologie und -forschung im Besonderen den Vorwurf einer rein quantitativ-empiristischen und anwendungsorientierten Vorgehensweise gefallen lassen muss(te) (Kardorff 2018). In den letzten Dekaden setzte sich aber verstärkt die Erkenntnis durch, dass die qualitative Perspektive unschätzbare Vorteile bringt, um den dringend benötigten Lebensweltbezug von Gesundheit einzulösen und die gesundheitsbezogenen Phänomene im Weberschen Sinne „deutend verstehen und dadurch in [ihrem] Ablauf und [ihren] Wirkungen ursächlich [zu] erklären“ (Weber 1972, S. 1).

Nicht zuletzt zeigt sich spätestens mit der Corona-Pandemie (und somit im Spiegel einer pandemischen Viruserkrankung), dass Gesundheit einen gesellschaftlichen Bedeutungszuwachs zu verzeichnen hat bzw. ihre Bedeutung aktualisiert wurde: Fragen der Ökonomisierung des Gesundheitswesens, aber auch die Entstehung von neuartigen komplexen chronischen Krankheitsbildern, wie Long-/Post-Covid, können in situ beobachtet werden und werfen neue Forschungsthemen auf. Und so verwundert es kaum, dass auch der qualitativen Gesundheitsforschung ein erhöhtes Maß an Aufmerksamkeit zukommt, denn die sozialen Folgen bzw. Dimensionen dieser globalen Pandemie machen das Spannungsfeld von Gesundheit und Krankheit mit ihren vielfältigen Diskursarenen, seien es die Frage der Impfpflicht oder die Kontaktbeschränkungen, sicherlich auf besondere Weise gesamtgesellschaftlich erfahrbar.

Jenseits einer eindimensionalen Betrachtung von Gesundheit, die Gesundheit lediglich unter Themen wie Gesundheitshandeln (z.B. Ernährung, Bewegung und Konsumprävention) oder Krankheitsvermeidung subsumiert, zeichnet sich eine qualitative Gesundheitsforschung durch eine Perspektivenverschränkung ab, die die Komplexität von Gesundheit und ihre sozialen Zusammenhänge in den Forschungsvorhaben „als Herausforderung einer *gesellschaftstheoretischen Reflexion* der Bedeutung (und des Bedeutungswandels) von Gesundheit und Krankheit (...)“ (Kardorff 2018, S. 30, Hervorhebung im Original) betrachtet. Darüber hinaus zielt diese Perspektivenverschränkung im Idealfall auf eine interdisziplinäre Betrachtung von Gesundheit sowie auf eine Triangulation unterschiedlicher Methoden und Datensorten.

Paradoxerweise scheint die qualitative Gesundheitsforschung und -soziologie damit wieder ein Stück weit zurück zu ihren empirischen und theoretischen Wurzeln ihrer Klassiker zu kehren, waren doch die Studien von Durkheim (1983) zum Selbstmord, Jahodas, Lazarsfelds und Zeisels (1933) Untersuchungen zu den Arbeitslosen in Marienthal, Goffmans Analyse zur totalen Institution (1973) und ‘Time for Dying’ von Glaser und Strauss (1968) wahrlich Meilensteine eben jener disziplinären und methodischen Tradition. Neben ihrer methodischen und disziplinären Vielfältigkeit kann die qualitative Gesundheitsforschung und -soziologie auf mannigfaltige Forschungs- und Handlungsfelder verweisen, so u.a.:

- (1) Krankheitsbearbeitung und Biografie: Das enge Verweisungsverhältnis von Gesundheit, Krankheit und Biografie hat eine lange Tradition in der qualitativen Forschung, die insbesondere die Auswirkungen einer chronischen Erkrankung auf die biografische Arbeit und die Identität(-bildungsprozesse) sowie die Dimensionen des Krankheitsverlaufs in den Blick nimmt (zu den Klassikern zählen hierbei die Arbeiten von Corbin/Strauss 2004). Gesundheit/Krankheit und Biografie können demnach als sich gegenseitig strukturierende Phänomene betrachtet werden (Ohlbrecht/Jellen 2020). Unter dem Stichwort ‚Narrative Medizin‘ oder ‚Krankheitserzählung‘ wird die biografische Erfahrung für das

- Verständnis des Ineinandergreifens von Lebensführung, Biografie und Gesundheit/Krankheit fruchtbar gemacht (Lucius-Hoene 2008; Gülich 2017; Greenhalgh 2005).
- (2) Versorgungsforschung: Die alltäglichen kommunikativen Leistungen und Interaktionsprozesse bspw. zwischen professionellen Akteur*innen und Patient*innen im klinischen und außerklinischen Alltag spielen aus Sicht der qualitativen Gesundheitsforschung für die Versorgungsforschung eine übergeordnete Rolle. Gerade im Zuge eines epidemiologischen Übergangs, durch den weniger akute, sondern verstärkt chronische bzw. psychische Erkrankungen die Morbiditätsstruktur prägen, Patient*innenbewegungen sowie einer alternden Gesellschaft, erfuhr die Versorgungsforschung in den letzten Jahrzehnten einen Bedeutungszuwachs. Die Veränderungen in den Interaktionsbeziehungen zwischen Professionellen/Expert*innen und Lai*innen sind von jeher ein zentrales Thema der qualitativen Gesundheitsforschung.
 - (3) Therapiealisierung & Medikalisierung: An kaum einem anderen gesellschaftlichen Phänomen wie dem der Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit lassen sich die grundsätzlichen Norm- und Idealvorstellungen einer Gesellschaft so deutlich ablesen. Neben der neuen Pflicht zur Gesundheit, wie sie typisch für spätmoderne Gesellschaften ist, treten Phänomene der Medikalisierung stärker auf. Medikalisierung im engeren Sinne meint eine neue medizinische Definition von Problemen bzw. Störungen, die Leiden oder Leistungseinschränkungen darstellen, die von der sozialen Norm abweichen (Verschiebung von vormals als sozial und/oder individuell deklarierten Phänomenen in den Bereich medizinischer Diagnostik und Therapie). Diese Relevanzzuschreibungen des therapeutischen Diskurses (Psychotherapie, Coaching, Beratung etc.) lassen soziale und ökonomische Determinanten von (psychischen) Erkrankungen oftmals unberücksichtigt (Dörr/Kratz 2020).
 - (4) Gesundheits- und Selbsttechnologien: die Technologien am eigenen Körper – dienen sie nun der Selbstoptimierung und/oder der Gesunderhaltung – schlagen sich in unterschiedlichsten Alltagspraktiken nieder, die, in Abhängigkeit von Geschlecht, Klasse resp. Milieu, sehr divergierend ausgestaltet werden. Sie können verstanden werden als „Konsequenz moderner Subjektivierung“ (Villa 2013, S. 59) oder im Sinne Foucaults als folgerichtige Disziplinierung des eigenen Körpers in einem komplexen herrschafts- bzw. machtdurchzogenen Gesellschaftsgefüge. Nach Illich (1995) kann Gesundheit als ein Produkt gelungener Selbstregulierung betrachtet werden.
 - (5) Ökonomisierung: Die Ökonomisierungsprozesse im Gesundheits- und Krankenhauswesen wurden insbesondere seit den 1990er Jahren thematisiert (Wilkesmann 2016) und werden forschungsseitig in den Blick genommen. Im Zuge der Corona-Pandemie beispielsweise wurde die Neoliberalisierung mit Blick auf den Personalmangel im Gesundheitswesen (erneut) kritisch diskutiert. Einher ging dies mit den Streiks der Gesundheits- und Pflegekräfte in etlichen Bundesländern und z.T. mit Forderungen nach der Vergesellschaftung des Sektors. Die Arbeitsbedingungen in der Pflege beispielsweise werden in zahlreichen qualitativen Forschungen kritisch hinterfragt.

Die Beiträge

Diese kurze, kursorische Darstellung der Forschungs- und Handlungsfelder der qualitativen Gesundheitsforschung verdeutlicht die thematische Breite und die unterschiedlichen Perspektiven der Disziplin, die – in Verbindung mit der methodischen Vielfalt – sich in den ausgewählten Beiträgen zeigen.

Ann Kristin Augst und Malin Houben thematisieren in ihrem Übersichtsartikel die Potentiale und Herausforderungen ethnografischer Gesundheitsforschung. Diese wird entlang der Bereiche Kultur- und Organisationsanalysen, Prozessanalysen von Gesundheit und Krankheit, Mikroanalysen von Interaktionen und Praktiken sowie Dokumenten- und Aktenanalysen geclustert. Obwohl sich ethnografische Forschungsvorhaben im Themenfeld von Gesundheit und Krankheit bewährt haben, scheint die Methode aufgrund forschungspraktischer und -ethischer Aspekte bisher immer noch wenig etabliert und institutionalisiert, so die Autor*innen.

Stefan Dreßke versteht in seinem Artikel Schmerz als anthropologische Grundkonstante, die, im gewählten Fall der chronischen Kopfschmerzen, in soziale Beziehungen hinein, identitätsstiftend aber auch auf die soziale Positionierung der Betroffenen wirkt. Mithilfe von leitfadengestützten biografischen Interviews geht der Autor in Anlehnung an Kaufmann (2015) den Deutungen und Praktiken bei Kopfschmerzen nach, fokussiert auf die Grenzlinien zwischen pathologischem und alltäglichem Schmerzverständnis und kommt zu dem Ergebnis, dass Kopfschmerzen milieuspezifisch gedeutet und bearbeitet werden.

Im Beitrag von *Ursula Offenberger und Tamara Schwertel* wird entlang des neurochirurgischen Eingriffs der Tiefen Hirnstimulation (THS) verdeutlicht, wie die Situationsanalyse und die Science and Technology Studies für die qualitative Gesundheitsforschung fruchtbar gemacht werden können. Die empirische Analyse der THS berücksichtigt dabei die subjektiven Standpunkte der Patient*innen, aber auch die Historizität der Behandlungsmethode sowie die ggf. divergierenden Perspektiven der relevanten Akteur*innen.

Annette Franke thematisiert die Herausforderungen und Chancen von Distance Caregiving (Pflegearrangements, die mit einer relevanten räumlichen Distanz zwischen Pflegenden und Gepflegten bestehen) im Zuge der Corona-Pandemie. Der empirische Beitrag legt mittels qualitativer Interviews dar, dass die Distance Carers durch die Kontaktbeschränkungen zwar emotional stark belastet waren, sie aber durch die Pandemie sozial legitimierte Auszeiten von den Pflegearrangements hatten und gleichzeitig auf bewährte Strategien des Distance Caregiving zurückgreifen konnten.

Mirjam Thanner, Kristina Milojkovic, Ikbale Siercks, Eckhard Nagel und René Hornung gehen der Frage nach, wie klinische Akteur*innen das strukturelle Spannungsfeld zwischen Ökonomisierung und Medizin im Berufsalltag verhandeln. Mittels Einzel- und Fokusgruppeninterviews, die inhaltsanalytisch und mit der phänomenologischen Analyse ausgewertet wurden, kommen die Autor*innen zu dem Ergebnis, dass die sich aus den strukturellen Bedingungen im Klinikalltag entwickelnden Konflikte drohen, auf eine subjektiv-individuelle Problemlage reduziert zu werden. Gleichzeitig bedarf es neuer Formen der Verständigung zwischen Medizin und Ökonomie, um beide Disziplinen (wieder) miteinander ins Gespräch zu bringen, wobei sich die Autor*innen nicht allzu optimistisch äußern: Schließlich bleibt es fraglich, inwiefern strukturelle Spannungen auf individuell-kommunikativer Ebene gelöst werden können.

Die Beiträge stehen für die methodische, disziplinäre und thematische Breite der aktuellen Handlungs- und Forschungsfelder der qualitativen Gesundheitsforschung. Sie spiegeln ebenfalls das dem Forschungsbereich inhärente Spannungsfeld von Gesundheit und Krankheit wieder, welches von qualitativen Gesundheitsforscher*innen gleichzeitig als Einladung betrachtet werden kann: Denn die vermeintlichen Uneindeutigkeiten weisen darauf hin, dass Phänomene von Krankheit und Gesundheit aus ihren lebensweltlichen Kontexten im Rahmen des Wandels der somatischen Kultur heraus verstanden werden sollten. Hier deutet sich gleichzeitig ein blinder Fleck an, fehlt es doch – unserer Einschätzung nach – weiterhin an paradigmatischen Auseinandersetzungen und Theorien der (soziologischen) Gesundheitsforschung, die der Frage, wie Gesundheit und Krankheit abgegrenzt und verhandelt werden und in welchem Verhältnis sie zueinander stehen, nachgehen. Denn die offensive Art, wie das

moderne Subjekt als Gesundheitssouverän angerufen wird (und zwar nicht nur im Gesundheits-, sondern auch im Krankheitsfall), findet ihren Ausdruck z.B. in Umbenennungspraktiken – wir sprechen nunmehr von Gesundheits- und nicht von Krankenkassen oder von Gesundheitszentren und Gesundheitsberufen – und nimmt es in die Pflicht: „Bleiben Sie gesund“, das ist ein freundlicher Wunsch, aber auch ein unumstößlicher Auftrag. Laut Sozialgesetz haben alle Versicherten die Pflicht, Mitverantwortung zu übernehmen für ihre Gesundheit und Krankheit. Sie gelten als Koproduzent*innen ihrer Gesundheit, und in dieser Rolle haben sie im Krankheitsfall zahlreiche Patient*innenpflichten zu erfüllen. Dazu gehören u.a.: für die eigene Gesundheit und Genesung zu sorgen, die Gesundheit anderer zu schützen, das Gesundheitswesen verantwortungsbewusst zu nutzen, Wahrhaftigkeit bei Gesundheitsauskünften, Compliance und angemessenes Patient*innenverhalten in Institutionen, Partizipation in Gesundheitsförderung zu zeigen (Evans 2007). Für viele Menschen, die nicht unter gesundheitlichen Ideal-, sondern eher mittelmäßigen oder gar schlechten Bedingungen leben, bleibt das Bemühen um gute und immer bessere Gesundheit eine ewige Zumutung (Schmidt 2018). Der klare Gradient der Gesundheitschancen zeigt, dass zwischen Gesundheitsideal und -wirklichkeit eine gewaltige Lücke klafft. Demzufolge sollte sich die qualitative Gesundheitsforschung (wieder) den komplexen sozialen, kulturellen und ökonomischen Zusammenhängen widmen, die die Gesundheit moderner Subjekte als soziale Tatsache prägen, hervorbringen und Gesundheit und Krankheit in ihrer Dualität begreifen. Darüber hinaus gilt es, die Vielfalt der qualitativen Methoden und Datensorten auszuschöpfen, von z.B. ethnografischen Methoden, partizipativen Ansätzen, Interview- und Gesprächsstudien bis hin zu Dokumentenanalysen etc., um der Komplexität des Forschungsbereichs der Gesundheit gerecht zu werden.

Literatur

- Antonovsky, A. (1979): *Health, Stress, and Coping*. San Francisco.
- Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen.
- Bertram, H. (1997): Die drei Revolutionen: zum Wandel der privaten Lebensführung im Übergang zur postindustriellen Gesellschaft. In: Hradil, S. (Hrsg.): *Differenz und Integration: die Zukunft moderner Gesellschaften*; Verhandlungen des 28. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Dresden 1996. Frankfurt a.M., S. 309–323.
- Corbin, J./Strauss, A.L. (2004): *Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. 2. Auflage Bern.
- Dörr, M./Kratz, D. (2020): Die Therapeutisierung des Sozialen. In: *Sozial Extra*, 44. Jg., H. 4. S. 206–208. <https://doi.org/10.1007/s12054-020-00295-2>
- Durkheim, E. (1983): *Der Selbstmord*. Frankfurt a.M.
- Evans, H.M. (2007): Do patients have duties? *Journal Med Eth*, 33. Jg., H. 12. S. 689–694. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.021188>
- Franke, A. (2006): *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern.
- Franzkowiak, P./Hurrelmann, K. (2022): *Gesundheit. BZgA-Leitbegriffe*. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit/#top> (05. August 2022)
- Gadamer, H.-G. (1990): *Das Philosophische und die praktische Medizin*. In: Zappe, H.A./Mattern, H. (Hrsg.): *Das Philosophische und die praktische Medizin*. Berlin/Heidelberg/New York, S. 37–44. https://doi.org/10.1007/978-3-642-75494-4_8
- Glaser, B./Strauss, A.L. (1968): *Time for Dying*. Chicago. <https://doi.org/10.1097/00000446-196812000-00048>
- Goffman, E. (1973): *Asyle – Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a.M.

- Greenhalgh, T. (2005): Sprechende Medizin in einer evidenzbasierten Welt. In: Greenhalgh, T./Hurtwitz, B. (Hrsg.): *Narrative-based Medicine – sprechende Medizin. Dialog und Diskurs im klinischen Alltag*. Bern, S. 295–318.
- Gülich, E. (2017): Zur narrativen Rekonstruktion von Krankheitserfahrungen in Arzt-Patient-Gesprächen. In: Martinez, M. (Hrsg.): *Erzählen. Ein Interdisziplinäres Handbuch*. Stuttgart, S. 140–148.
- Illich, I. (1995): *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens*. München.
- Jahoda, M./Lazarsfeld, P./Zeisel, H. (1933): *Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziologischer Versuch*. Frankfurt a.M.
- Kardorff, E.v. (2018): Ist Medizin-Soziologie noch zeitgemäß? In: Ohlbrecht, H./Seltrecht, A. (Hrsg.): *Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik*. Wiesbaden, S. 29–53. https://doi.org/10.1007/978-3-658-18816-0_2
- Kaufmann, J.-C. (2015): *Das verstehende Interview*. 2. Auflage München.
- Kickbusch, I. (2006): *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Gamburg.
- Lucius-Hoene, G. (2008): Krankheitserzählungen und die narrative Medizin. In: *Rehabilitation*, 27. Jg., H. 2, S. 90–97. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1042447>
- Ohlbrecht, H. (2022): Modelle von Gesundheit und Krankheit. In: Meyer, T./Bengel, J./Wirtz, M.A. (Hrsg.): *Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften*. Göttingen, S. 18–27.
- Ohlbrecht, H./Jellen, J. (2020): Zur biografischen Perspektive in der qualitativen Gesundheitsforschung – eine Annäherung. In: *Netzwerk Qualitative Gesundheitsforschung* (Hrsg.): *Perspektiven qualitativer Gesundheitsforschung*. Weinheim/Basel.
- Schmidt, B. (2018): Gesellschaftliche Konstruktion von Gesundheit und Krankheit. In: Haring, R. (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften*. Berlin/Heidelberg, S. 1–9. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54179-1_21-1
- Villa, P.-I. (2013): Prekäre Körper in prekären Zeiten – Ambivalenzen gegenwärtiger somatischer Technologien des Selbst. In: Mayer, R./Thompson, C. (Hrsg.): *Inszenierung und Optimierung des Selbst*. Wiesbaden, S. 57–73. https://doi.org/10.1007/978-3-658-00465-1_3
- Weber, M. (1972) [1921]: *Wirtschaft und Gesellschaft*. 5. Auflage Tübingen.
- Wilkesmann, M. (2016): Transformationsprozesse im Krankenhauswesen. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden, S. 353–368. https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9_24
- WHO (World Health Organization) (1948): *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation: Präambel*. Genf.