

DIMENSIONEN UND RELATIONEN VON NACHHALTIGKEIT IN DER GESUNDHEITS- VERSORGUNG: EIN BEITRAG ZUR SOZIOLOGIE DER NACHHALTIGKEIT

DIMENSIONS AND RELATIONS OF SUSTAINABILITY IN HEALTH CARE: A CONTRIBUTION TO THE SOCIOLOGY OF SUSTAINABILITY

Johannes Stephan^{1*}, Theresa Schierl¹, Jan Gehrmann^{1,2}

¹ Lehrstuhl für Soziale Determinanten der Gesundheit, TUM School of Medicine and Health, Technische Universität München, München

² Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, TUM School of Medicine and Health, Technische Universität München, München

* Korrespondenz: Johannes Stephan (Johannes.stephan2@tum.de)

Zusammenfassung

Nachhaltigkeit gewinnt als gesellschaftliche Leitperspektive auch im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung. Internationale Strategien wie Global Health oder Planetary Health sowie die Medizin- und Gesundheitssoziologie greifen bereits soziale, ökologische und ökonomische Dimensionen von Nachhaltigkeit auf. Was bislang fehlt, ist jedoch eine explizite Anbindung dieser Diskurse an eine Soziologie der Nachhaltigkeit. Der vorliegende Beitrag nimmt diese Leerstelle auf und systematisiert die Vielschichtigkeit, Mehrdimensionalität und Kontextgebundenheit des Nachhaltigkeitsdiskurses im Gesundheitswesen. Vorgeschlagen wird ein analytisches Modell, das drei Relationen unterscheidet: eine normativ-politische Relation, die Deutungsrahmen und politische Programme umfasst; eine organisationale Relation, die institutionelle und strukturelle Verankerungen beschreibt; sowie eine handlungskontextuelle Relation, die praktische und alltagsbezogene Umsetzungen in den Blick nimmt. Diese Differenzierung schärft den Nachhaltigkeitsbegriff und eröffnet neue Anschlussmöglichkeiten für die Medizin- und Gesundheitssoziologie. Zugleich liefert sie Impulse für Public Health sowie für die Transformations- und Implementierungsforschung, indem sie Nachhaltigkeit als analytische Kategorie und als praktische Orientierung gleichermaßen konturiert.

Suchbegriffe: Nachhaltigkeit, Soziologie, Gesundheitswesen, Versorgungsforschung

Abstract

The significance of sustainability as a societal challenge is becoming increasingly evident in the field of health care. International strategies such as Global Health and Planetary Health, as well as medical and health sociology, already address the social, ecological, and economic dimensions of sustainability. What remains absent, however, is an explicit integration of these debates into a sociology of sustainability. This article addresses this gap by systematizing the complexity, multidimensionality, and contextuality of sustainability discourses in health care. It introduces an analytical model that distinguishes three relations: a normative-political relation that encompasses interpretive frameworks and policy programs; an organizational relation that examines institutional and structural embedding; and a practice-oriented relation that focuses on everyday implementation. This differentiation refines the conceptual understanding of sustainability and generates impulses for medical and health sociology. At the same time, it opens new perspectives for public health as well as for transformation and implementation research by positioning sustainability both as an analytical category and as a practical orientation in health care.

Keywords: sustainability, sociology, health care system, health services research

1 Einleitung

Die Relevanz von Nachhaltigkeit als gesellschaftliche Herausforderung zeigt sich zunehmend auch im Gesundheitswesen [1]. Dabei rückt ein Verständnis von Nachhaltigkeit, wie es seit über 50 Jahren politisch verhandelt wird [2, 3], vermehrt in den Fokus gesundheitspolitischer und versorgungsbezogener Diskurse [4]. Demografischer Wandel, Klimakrise und die Notwendigkeit zur Ressourcenschonung gelten dabei ebenso als zentrale Herausforderungen wie die fortschreitende Digitalisierung – einschließlich sozial-technischer Innovationen in Diagnostik, Therapie und im Umgang mit Gesundheitsdaten.

Konzepte wie Global Health [5, 6], Planetary Health [7] sowie Forderungen nach translationaler Forschung [8] integrieren Nachhaltigkeitsdimensionen. Die in der Medizin- und Gesundheitssoziologie etablierte Perspektive auf die soziale Produktion von Gesundheit und die Organisation gesundheitlicher Versorgung [9] erkennt Nachhaltigkeit als eine zentrale und vielschichtige Rahmenbedingung sowohl für individuelles Gesundheitserleben als auch für institutionelle Versorgungsstrukturen an.

Der vorliegende Beitrag verfolgt das Ziel die unterschiedlichen Dimensionen von Nachhaltigkeit in der Gesundheitsversorgung zu kartieren. Die Analyse folgt dem methodischen Instrumentarium der

Nachhaltigkeitssoziologie, ist jedoch ausdrücklich als Bestandsaufnahme angelegt: Sie bündelt die einschlägigen Debatten, ohne eigene Transformationskonzepte zu entwerfen, [10,11].

Die Vielfältigkeit, Mehrdimensionalität und Kontextabhängigkeit des Nachhaltigkeitsbegriffs in der Gesundheitsversorgung wird in diesem Beitrag als analytischer „Ausgangstatbestand“ [10] verstanden. Vor diesem Hintergrund wird ein analytisches Modell vorgeschlagen, das drei Relationen von Nachhaltigkeit unterscheidet: (1) normative, politische und konzeptionelle Bezugnahmen (normativ-politische Relation), (2) organisatorische Integration in Institutionen und Versorgungsstrukturen (organisationale Relation) sowie (3) konkrete Anwendung in individuellen und kollektiven Handlungskontexten (handlungskontextuelle Relation).

Diese Systematisierung bündelt Nachhaltigkeit in drei miteinander verschränkte Perspektiven und schärft den Begriff konzeptionell. Dies erfolgt insbesondere vor dem Hintergrund des zunehmenden Handlungsdrucks, Nachhaltigkeit systematisch in Versorgungspraxis, Struktursteuerung und Digitalisierung zu integrieren [4]. Die Systematisierung eröffnet damit neue Perspektiven für die Medizin- und Gesundheitssoziologie und für die Public Health sowie für die Transformations- und Implementierungsforschung, die den Transfer nachhaltigkeitsbezogener Konzepte in die konkrete Versorgungspraxis in den Blick nehmen [12, 13].

2 Nachhaltigkeit im gesundheitlichen Diskurs: Begriffe, Perspektiven, Problembezüge

Dieses Kapitel ordnet aktuelle Nachhaltigkeitsdiskurse in Medizin, Public Health und Versorgungsforschung, entlang der drei zentralen Dimensionen, die als analytische Grundlage dienen: (1) *Ökologische Nachhaltigkeit* – Ressourcenschonung, Emissionsminderung und Klimafolgen für Gesundheit; (2) *Ökonomische Nachhaltigkeit* – tragfähige Finanzierungs- und Verteilungsmodelle, Effizienz vs. Über- und Fehlversorgung; (3) *Soziale Nachhaltigkeit* – Teilhabe, Gerechtigkeit und die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten.

Die Dimensionen sind zwar analytisch einzeln beschreibbar, wirken jedoch nur in ihrer gegenseitigen Verschränkung. Maßnahmen in einer Dimension beeinflussen die beiden anderen, und erst dieses

Zusammenspiel bestimmt ihre gesellschaftliche Reichweite [14].

2.1 Nachhaltigkeitsdimensionen in der Gesundheitsversorgung

Dieses Kapitel richtet den Fokus auf die Relevanz und Umsetzung von Nachhaltigkeit im Kontext der Gesundheitsversorgung in sozialer, ökologischer und ökonomischer Hinsicht. Die Nachhaltigkeitsdimensionen finden sich nicht nur in politischen Programmen und internationalen Strategien, sondern prägen auch konkrete Zielsetzungen im Bereich Gesundheit. Im Folgenden werden exemplarische Ansätze und Konzepte vorgestellt, die diese Dimensionen integrieren und damit unterschiedliche Perspektiven auf nachhaltige Gesundheitsversorgung eröffnen.

2.1.1 Aktionsplan der Vereinten Nationen 'Ziele für Nachhaltige Entwicklung'

Im Jahr 2015 veröffentlichten die Vereinten Nationen mit der Agenda 2030 ein umfassendes Rahmenwerk zur nachhaltigen Entwicklung, das 17 übergeordnete Nachhaltigkeitsziele (*Sustainable Development Goals* [SDGs]) und 169 zugehörige Unterziele formuliert. Der Aktionsplan verfolgt das Ziel, gesellschaftliche, wirtschaftliche und ökologische Transformationsprozesse weltweit anzustoßen – mit dem Anspruch, Entwicklung und Ressourcennutzung dauerhaft miteinander zu vereinbaren [15]. Gesundheit ist in diesem Kontext nicht nur Gegenstand eines eigenständigen Ziels (SDG 3), sondern stellt ein zentrales Querschnittsthema dar, das in nahezu allen Zielen mitschwingt [16].

Der Zusammenhang zwischen den drei Nachhaltigkeitsdimensionen – ökologisch, ökonomisch und sozial – und gesundheitlicher Entwicklung wird dadurch systematisch sichtbar: Umweltveränderungen, soziale Ungleichheit und ökonomische Rahmenbedingungen wirken sich direkt auf gesundheitliche Chancen und Versorgungsstrukturen aus.

2.1.2 Health in All Policies

Einen politikfeldübergreifenden Ansatz mit ähnlicher Querschnittslogik verfolgt das Konzept *Health in All Policies* (HiAP), das die gesundheitlichen Auswirkungen politischer Entscheidungen systematisch berücksichtigt [17]. Ziel ist es, Synergien zwischen Politikfeldern zu nutzen, gesundheitliche Belastungen zu

minimieren und sowohl gesundheitliche Chancengleichheit als auch die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt zu fördern. Der Ansatz basiert auf der Annahme, dass Gesundheit nicht ausschließlich durch das Gesundheitssystem beeinflusst wird, sondern maßgeblich durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die in nahezu allen Politikfeldern gestaltet werden [18]. Durch diese Perspektive rückt HiAP gesundheitliche Fragen an die Schnittstellen ökologischer, ökonomischer und sozialer Entwicklungen. Der Ansatz verweist damit auf jene strukturellen Rahmenbedingungen, etwa Umweltqualität, soziale Teilhabe und Ressourcenverteilung, die auch im Nachhaltigkeitsdiskurs als zentrale Determinanten von Gesundheit verstanden werden.

2.1.3 *Global Health und Planetary Health*

Auch im Konzept *Global Health* lassen sich die ökologische, ökonomische und soziale Dimension von Nachhaltigkeit nachvollziehen. In der wissenschaftlichen Diskussion haben sich *Global Health* und *Planetary Health* etabliert und gehören mittlerweile zum festen Kanon gesundheitsbezogener Disziplinen [5, 6, 19, 20]. *Global Health* baut auf Konzepten wie Public Health, Internationaler Gesundheit und Tropenmedizin auf, integriert deren Perspektiven und entwickelt sie im Kontext grenzüberschreitender Gesundheitsprobleme, globaler Verflechtungen und internationaler Zusammenarbeit weiter. Effektive *Global Health* erfordert transnationale wissenschaftliche Zusammenarbeit zur Förderung der Gesundheit für alle [6] und bedarf politischer Strategien [5]. *Planetary Health* erweitert den Begriff von *Global Health* um eine planetare Komponente. Die *Lancet Planetary Health Commission* definiert *Planetary Health* als „the health of human civilisation and the state of the natural systems on which it depends“ [21]. Diese Konzepte verdeutlichen, dass ökologische, soziale und ökonomische Aspekte in der Gesundheitspolitik untrennbar miteinander verbunden sind – etwa, wenn Umweltveränderungen (z. B. Klimawandel) soziale Ungleichheiten verschärfen oder ökonomische Interessen ökologische und gesundheitliche Risiken bedingen. *Global Health* und *Planetary Health* zeigen somit, dass nachhaltige Gesundheitspolitik nur im Zusammenspiel aller drei Dimensionen wirksam gestaltet werden kann.

2.1.4 *Globale Emissionen, soziale Ungleichheit und gesundheitliche Folgen*

Die zuvor beschriebenen Nachhaltigkeitsdimensionen lassen sich auch an aktuellen umwelt- und sozialpolitischen Entwicklungen exemplarisch veranschaulichen. So zeigt eine aktuelle Studie, dass die reichsten 10 % der Weltbevölkerung für rund zwei Drittel der globalen Erwärmung seit 1990 verantwortlich sind. Besonders auffällig ist der Anteil der reichsten 1 %, die 20-mal mehr zur globalen Erwärmung beigetragen haben als der weltweite Durchschnitt [22]. Die Folgen des Klimawandels wie Hitzewellen, Dürreperioden oder Wasserknappheit beeinträchtigen jedoch vor allem die Lebensqualität einkommensschwacher Bevölkerungsgruppen, die am wenigsten zu den Ursachen beigetragen haben [23]. Zugleich wirken politische Maßnahmen wie CO₂-Steuern häufig regressiv, da sie wirtschaftlich benachteiligte Menschen überproportional belasten. In diesem Zusammenspiel von Emissionen, politischen Steuerungsinstrumenten und sozial ungleich verteilten Folgen verdichten sich ökologische, ökonomische und soziale Nachhaltigkeitsaspekte exemplarisch – mit weitreichenden gesundheitlichen Implikationen, insbesondere für vulnerable Gruppen.

2.2 Von Dimensionen zu Relationen: Eine medizinsoziologische Strukturierung

Die zuvor skizzierten Konzepte und Programme enthalten unterschiedliche inhaltliche Bezüge zu ökologischen, sozialen und ökonomischen Aspekten, ohne dabei einheitlich einer systematischen Nachhaltigkeitsklassifikation zu folgen. Für die Analyse nachhaltiger Gesundheitsversorgung – insbesondere im Hinblick auf institutionelle, organisatorische und praktische Versorgungsstrukturen – ist jedoch eine weiterführende analytische Strukturierung erforderlich.

Aus analytischer Perspektive lassen sich innerhalb dieser Ansätze spezifische Problembezüge identifizieren, die entlang der Nachhaltigkeitsdimensionen strukturiert werden können. Diese Strukturierung eröffnet die Möglichkeit, Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Umgang mit Nachhaltigkeit im Gesundheitskontext systematisch gegenüberzustellen. Internationale und transnationale Initiativen formulieren vorrangig normative Leitlinien und Handlungsimperative, die politisch oder rechtlich rezipiert werden (sollen). Im Gegensatz dazu fokussieren umwelt-

und wirtschaftsbezogene Nachhaltigkeitsdiskurse stärker auf die praktische Umsetzung und institutionelle Verankerung – insbesondere im Hinblick auf die Operationalisierung innerhalb organisationaler Strukturen. Unabhängig davon verweisen alle drei Dimensionen auch auf konkrete Handlungskontexte, in denen Nachhaltigkeit alltäglich gestaltet wird. Der Begriff des „Doing Sustainability“ [24] greift diese Ebene auf, indem er alltägliche Praktiken, Routinen und Handlungsmuster in den Blick nimmt, die einer kontinuierlichen Aushandlung und Anpassung unterliegen, aber gleichermaßen durch institutionelle und strukturelle Gegebenheiten bedingt sind.

Während die Differenzierung in ökologische, ökonomische und soziale Nachhaltigkeitsdimensionen eine erste analytische Strukturierung erlaubt, erscheint eine weiterführende Unterscheidung notwendig, um spezifische Bezugspunkte für eine medizinsoziologische Analyse herauszuarbeiten. Im Anschluss an Überlegungen von Henkel et al. [24] wird vorgeschlagen, nicht allein auf etablierte Systemebenen wie Makro, Meso oder Mikro zu rekurrieren, sondern unterschiedliche Relationen von Nachhaltigkeit analytisch zu unterscheiden. Diese Relationen bilden die Grundlagen für ein relationales Modell, welches im folgenden Kapitel theoretisch entfaltet wird. Ziel ist dabei nicht die detaillierte Analyse einzelner Praktiken oder Akteurslogiken, sondern die Klärung des Nachhaltigkeitsbegriffs im Spannungsfeld normativer Leitbilder, organisationaler Verankerung und konkreter Handlungskontexte.

3 Relationierung von Nachhaltigkeit in der Gesundheitsversorgung

Nachhaltigkeit ist kein einheitlich operationalisiertes Konzept, sondern umfasst vielfältige Zugänge, die sich in wissenschaftlichen, politischen und praktischen Kontexten unterschiedlich entfalten. Um diese Heterogenität systematisch zu strukturieren, wird im Folgenden ein relationaler Zugriff gewählt. Für die Gesundheitsversorgung sollen dahingehend drei zentrale Relationen unterschieden werden: (1) eine normativ-politische Relation, in der Nachhaltigkeit als normativer Orientierungsrahmen erscheint, (2) eine organisationale Relation, in der Nachhaltigkeit als strukturierendes Gestaltungsprinzip institutioneller Praxis fungiert, und (3) eine handlungskontextuelle Relation, in der Nachhaltigkeit als praktisch-alltägliche Herausforderung sichtbar wird. Auf dieser

Grundlage werden die folgenden Kapitel entlang dieser Relationen aufgebaut.

3.1 Normativ-politische Relation

Henkel et al. [24] zeigen, dass Leitbilder, wie SDGs oder HiAP unterschiedliche gesellschaftliche Reichweiten adressieren können: als Makroutopien, die globale Visionen einer nachhaltigen Gesellschaft formulieren, als Mesoutopien, die auf Veränderungen innerhalb von Organisationen und Institutionen zielen, und als Mikro- oder Individualutopien, die im alltäglichen Handeln und in individuellen Lebensentwürfen wirksam werden. Diese idealtypischen Zielvorstellungen strukturieren das normative Feld, in dem Nachhaltigkeit gesundheitspolitisch diskutiert und strategisch verhandelt wird.

In diesem Zusammenhang wird Gesundheitsversorgung häufig als Menschenrecht verstanden, das untrennbar mit sozialen, ökologischen und ökonomischen Dimensionen verknüpft ist [25]. Digitalisierung gilt dabei als ambivalentes Phänomen: Einerseits wird sie als Mittel zur Effizienzsteigerung und Ressourcenschonung betrachtet, andererseits als potenzielle Gefährdung ökologischer Nachhaltigkeit – etwa durch Energieverbrauch und Umweltfolgen digitaler Infrastrukturen [26]. Diese Ambivalenz verdeutlicht grundlegende Spannungsfelder zwischen technologischen Innovationen und den normativen Leitbildern einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung.

Diese Spannungen spiegeln sich auch in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit nachhaltiger Gesundheitsversorgung wider. Trotz der normativen Leitbildfunktion zeigt sich in der wissenschaftlichen Literatur eine erhebliche Heterogenität innerhalb dieser normativ-politischen Relation. Es besteht Uneinigkeit über die Implementierung nachhaltiger Prinzipien im Gesundheitssystem [27]. Entsprechend thematisieren Studien die Schwierigkeit, Nachhaltigkeit nicht nur normativ zu fordern, sondern auch langfristig in konkrete Strukturen zu überführen [28]. Verschiedene Frameworks und Forschungsagenden wurden entwickelt, um die soziale, ökologische und ökonomische Dimension von Nachhaltigkeit integrativ auf die Gesundheitsversorgung zu übertragen [1, 29, 30]. Diese zielen insbesondere darauf ab, die Kluft zwischen wissenschaftlichen Erkenntnissen und der praktischen Umsetzung zu verringern [31].

Zentral sind darüber hinaus gesundheitsökonomische und sozialpolitische Diskurse, die sich auf die Notwendigkeit einer tragfähigen, nachhaltigen

Finanzierung von Gesundheitsversorgung fokussieren [32]. Nachhaltigkeit wird in diesem Kontext zu einem politischen Leitprinzip, etwa im Rahmen wohlfahrtsstaatlicher Aufgaben [33], das jedoch über die normative Ebene hinaus in konkrete organisatorische und strukturelle Maßnahmen überführt werden muss [34].

Die normativ-politische Relation zeigt somit, wie Nachhaltigkeit als normativer Orientierungsrahmen fungiert, der politische Zielsetzungen strukturiert und gesellschaftliche Erwartungen formt. Diese Relation entfaltet eine hohe normative Reichweite, bleibt jedoch in ihrer Wirksamkeit begrenzt, solange sie nicht in kontextspezifische Handlungs- und Umsetzungslogiken überführt wird.

3.2 Organisationale Relation

Die organisationale Relation bezieht sich auf die strukturelle Verankerung und Spezifizierung von Nachhaltigkeit in institutionellen Kontexten der Gesundheitsversorgung. Dabei geht es um die Frage, wie Organisationen den abstrakten Wert Nachhaltigkeit aufnehmen, interpretieren und in eigene Routinen, Strategien und Entscheidungslogiken übersetzen [34]. Als zentrales Bezugsproblem gilt die Transformation eines gesellschaftlichen Leitwerts in praktikable Organisationsprinzipien. Goh und Marimuthu [35] sprechen in diesem Zusammenhang vom "organisational commitment" – also der Fähigkeit einer Organisation, Nachhaltigkeit dauerhaft in ihrer Kultur und Struktur zu verankern.

Innerhalb der organisationalen Relation lassen sich vier Modi unterscheiden, über die Nachhaltigkeit unterschiedlich konkretisiert wird: (1) als generelle Spezifizierung des Begriffs, (2) als partielle Spezifizierung durch konkrete Maßnahmen, (3) als technologisch vermitteltes Steuerungsziel und (4) als Strukturprinzip alternativer Organisationsformen [34]. In jedem dieser Modi wird Nachhaltigkeit relational unterschiedlich gerahmt – als symbolische Referenz, als externer Standard, als funktionales Steuerungsziel oder als internes Strukturprinzip.

Im ersten Modus erscheint Nachhaltigkeit primär als symbolischer Bezugspunkt. Die Übernahme des Begriffs dient häufig der Imagepflege oder normativen Selbstvergewisserung, ohne dass eine strukturelle Verankerung erfolgt. Mitunter wird Nachhaltigkeit funktionalisiert, etwa im Sinne von Rationalisierung oder Ökoeffizienz [34, 36]. Organisationen adaptieren Nachhaltigkeit oberflächlich, ohne sie in

ihre Entscheidungslogik zu integrieren. Lüdecke [37] beschreibt dies als Ausdruck eines Koordinationsproblems; Kumar [38] betont den daraus resultierenden Bedarf an organisationaler Flexibilität. Einzelne Ansätze zielen jedoch auf eine stärkere Integration, etwa durch Konzepte wie die "culture of sustainability" [39], *Life Cycle Approaches* [40], CO₂-Reduktionsstrategien [41] oder nachhaltige Ressourcennutzung [42].

Der zweite Modus versteht Nachhaltigkeit als extern gesetzten Standard, der in spezifischen Handlungsfeldern operationalisiert wird – etwa durch ISO-Normen, Anforderungen an Logistikprozesse oder Qualifikationen [43, 44]. Hier übernehmen Standardisierungsorganisationen die Funktion, abstrakte Prinzipien in verbindliche Regelwerke zu übersetzen [34, 45].

Im dritten Modus wird Nachhaltigkeit als technologievermitteltes Steuerungsziel konzipiert. Digitale Infrastrukturen – etwa eHealth, Telemedizin oder inter-operable Plattformen – gelten als Instrumente, um ökologische, ökonomische und soziale Nachhaltigkeitsziele zu erreichen [46–49]. Die Digitalisierung erscheint dabei zugleich als Ermöglichungsbedingung und als neue Herausforderung, da sowohl Potenziale als auch Barrieren sichtbar werden [50].

Der vierte Modus begreift Nachhaltigkeit als Strukturprinzip, das den Aufbau und die Funktionsweise alternativer Organisationsformen leitet. Plattformen [51, 52], Sozialunternehmen [53], Genossenschaften [54, 55] und Standardisierungsorganisationen [34] entwickeln Modelle, in denen Nachhaltigkeit konstitutiv in Entscheidungsprozesse, Beteiligungslogiken und Ressourcennutzung eingebettet ist.

Die organisationale Relation zeigt damit, dass Nachhaltigkeit im organisationalen Feld in unterschiedlichen Bedeutungsformen erscheint – von symbolischer Geste bis hin zu institutionalisierter Struktur. Organisationen übernehmen nicht nur externe Erwartungen, sondern prägen durch ihre Routinen, Verfahren und Deutungsmuster maßgeblich, wie Nachhaltigkeit konkretisiert und wirksam wird [34].

3.3 Handlungskontextuelle Relation

Die handlungskontextuelle Relation adressiert die Frage, wie Nachhaltigkeit im konkreten Gesundheitsverhalten, in alltäglichen Interaktionen und in spezifischen Versorgungssituationen praktisch umgesetzt wird. Das zugrunde liegende Bezugsproblem ist die Kontextualisierung nachhaltigen Handelns im

Abbildung 1: Relationen der Nachhaltigkeit in der Gesundheitsversorgung (eigene Darstellung, 2022)



Sinne einer sozialen Orientierung, die sich – je nach Handlungsebene – unterschiedlich ausgestaltet [24]. Dabei werden sowohl mikro- als auch makrosoziologische Perspektiven integriert, um Bedingungen, Dynamiken und Effekte nachhaltigkeitsbezogener Praxis sichtbar zu machen [10].

Nachhaltigkeit erscheint in dieser Relation nicht mehr primär als Leitbild oder Organisationsprinzip, sondern als handlungspraktische Herausforderung: Sie zeigt sich dort, wo Individuen und Gruppen in der Versorgung alltägliche Entscheidungen treffen,

Ressourcen nutzen oder mit Gesundheitsinformationen umgehen. In diesem Zusammenhang wird insbesondere *Health Literacy* (Gesundheitskompetenz) als zentrale Voraussetzung nachhaltigen Handelns diskutiert, [56, 57].

Personen mit geringer Gesundheitskompetenz zeigen nicht nur schlechtere Gesundheitsoutcomes, sondern beanspruchen das System tendenziell ineffizienter – mit ökonomischen, sozialen und gesundheitlichen Folgekosten [58, 59]. Eine nachhaltige Gesundheitsversorgung ist daher auf die Förderung

alltagsnaher Gesundheitskompetenz angewiesen. Politische Strategien und Programme zielen darauf ab, diese strukturell zu stärken – besonders in ländlichen oder strukturell benachteiligten Regionen [60].

Nachhaltigkeit wird hier auch als Kriterium individueller und kollektiver Entscheidungsfindung relevant: etwa im Spannungsfeld von Nutzen und Ressourcenverbrauch, in der aktiven Mitgestaltung von Versorgungsprozessen oder im Verhältnis zwischen Selbstsorge und institutioneller Verantwortung. In diesem Zusammenhang werden Konzepte wie das salutogenetische Gesundheitsmodell [61], *food awareness* [62] oder Resilienzförderung [63] diskutiert. Sie zeigen, dass Nachhaltigkeit im Alltag sowohl eine handlungsleitende als auch eine reflexive Kategorie sein kann.

Ansätze wie die *Lifestyle Medicine* [64] oder die integrative Medizin [53] verdeutlichen, wie Nachhaltigkeit als Querschnittsprinzip in konkreten Interaktionen und Therapieentscheidungen verankert wird. Die handlungskontextuelle Relation verdeutlicht, dass Nachhaltigkeit nicht nur ein Ziel oder eine Strukturfrage ist, sondern sich im alltäglichen Handeln materialisiert – im Umgang mit Gesundheit, im Zugang zur Versorgung und in der bewussten Auseinandersetzung mit Gesundheitsentscheidungen.

4 Relationale Perspektiven und Implikationen für eine Soziologie der Nachhaltigkeit

In den vorangegangenen Kapiteln wurden zentrale Problembezüge des Diskurses um Nachhaltigkeit in der Gesundheitsversorgung systematisiert und in eine analytische Struktur überführt. Ausgehend von der Darstellung der etablierten Nachhaltigkeitsdimensionen – sozial, ökologisch, ökonomisch (Kap. 2.1) – konnten sowohl gemeinsame als auch divergierende Diskurslinien identifiziert werden (Kap. 2.2). Aufbauend auf dieser Mehrdimensionalität wurden drei analytisch unterscheidbare Relationen zwischen Nachhaltigkeit und Gesundheitsversorgung herausgearbeitet: eine normativ-politische Relation (Deutungsrahmen und Policies), eine organisationale Relation (institutionell-strukturell) und eine handlungskontextuelle Relation (praktisch-alltagsbezogen). Diese drei Perspektiven eröffnen unterschiedliche Zugänge und können als konzeptionelle Brücke zu einer soziologischen Auseinandersetzung mit Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen verstanden werden.

Im Folgenden werden zwei zentrale Implikationen abgeleitet: Erstens ein Beitrag zur begrifflichen Schärfung und konzeptionellen Erweiterung des Nachhaltigkeitsbegriffs (4.1), zweitens empirische und theoretische Impulse für die Medizin- und Gesundheitssoziologie (4.2).

4.1 Begriffliche Konkretisierung: Nachhaltigkeit als relationale Kategorie

Nachhaltigkeit lässt sich weder eindimensional noch universalistisch fassen. Während die Dimensionen vor allem die inhaltliche Reichweite des Begriffs strukturieren, fokussiert der relationale Zugang auf die Funktionen und Bezugsebenen, die Nachhaltigkeit in spezifischen Kontexten erfüllt. Erst die Betrachtung dieser Relationen macht sichtbar, wie Nachhaltigkeit als Wert, Steuerungsprinzip oder Handlungsnorm wirksam wird – und an welchen Stellen Spannungen, Widersprüche oder Folgeprobleme entstehen [vgl. 24].

Die drei eingeführten Relationen – normativ-politisch, organisational, handlungskontextuell – lassen sich in eine heuristische Systematik überführen, die auf den etablierten Nachhaltigkeitsdimensionen basiert. Entscheidend ist dabei, dass die Relationen nicht als getrennte Ebenen, sondern als wechselseitig aufeinander bezogene Zugriffsweisen verstanden werden [24].

Die organisationale und die handlungskontextuelle Relation zeigen Potenziale, wie Nachhaltigkeit spezifiziert, implementiert und mit Fragen der Wirkungskontrolle und Alltagswirksamkeit verknüpft werden kann. Diese Relationalitäten verdeutlichen, dass Nachhaltigkeit nicht nur ein normatives Leitbild, sondern auch ein umkämpftes Konzept mit sozialen Nebenfolgen ist – etwa hinsichtlich der Verteilungswirkung von Ressourcennutzung, der Externalisierung von Kosten oder der Reproduktion sozialer Ungleichheiten [vgl. 34, 65].

4.2 Implikationen für eine nachhaltigkeitsorientierte Medizin- und Gesundheitssoziologie

Die Anerkennung von Nachhaltigkeit als mehrdimensionaler und relationaler Bezugsrahmen eröffnet zentrale Perspektiven für die Medizin- und Gesundheitssoziologie. Die von Ametowobla et al. [34] vorgeschlagene Differenzierung in soziale, ökologische und ökonomische Nachhaltigkeit gekoppelt an

eine soziologische Perspektive zeigt exemplarisch, wie unterschiedlich der Begriff inhaltlich gefüllt und strategisch genutzt werden kann – aber auch, wo sich daraus methodische und analytische Herausforderungen ergeben.

Eine zentrale Aufgabe einer Soziologie der Nachhaltigkeit besteht darin, nicht nur intendierte Effekte, sondern auch Neben- und Folgeprobleme nachhaltigkeitsorientierter Praktiken zu untersuchen. Böcker et al. [66] zeigen am Beispiel suffizienzorientierter Stadtgestaltung, dass Fragen der Steuerung, Ressourcennutzung und Suffizienz nicht nur als technische Gestaltungsfragen, sondern als Triebkräfte sozialen Wandels zu verstehen sind – mit Auswirkungen auf soziale Kohäsion, Selektionsprozesse und Ungleichheitsdynamiken [66]. Vergleichbare Konfliktlinien lassen sich auch für die Gesundheitsversorgung annehmen, insbesondere dann, wenn Nachhaltigkeitsziele mit anderen normativen oder ökonomischen Vorgaben kollidieren.

Die in diesem Beitrag entwickelten Relationen bieten eine konzeptionelle Grundlage, um diese Prozesse systematisch zu erfassen und zu deuten. Sie erlauben eine Integration medizinsoziologischer Konzepte (z. B. Medikalisierung, Versorgungsgerechtigkeit) in eine breiter angelegte Nachhaltigkeitsdebatte. Damit wird der Anspruch eingelöst, ein „modernes Verständnis von Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung“ [9] mit der kritischen Analyse gesellschaftlicher Transformationsprozesse zu verbinden – wie sie etwa von Karvonen et al. [67] mit einer „responsive and interdisciplinary sociology of health and medicine“ eingefordert wurde.

Zugleich ist auf die Notwendigkeit einer eigenständigen Soziologie der Nachhaltigkeit hinzuweisen. Bradby [68] betont, dass die Soziologie die Dynamiken von Gesundheit und Krankheit nicht losgelöst von gesamtgesellschaftlichen Veränderungsprozessen analysieren kann. Auch Bhambra und Santos [69] fordern, neue Formen der Ungleichheit und globale Machtasymmetrien stärker in den Blick zu nehmen – eine Forderung, die im Rahmen relationaler Nachhaltigkeitsanalysen produktiv aufgenommen werden kann.

Schließlich lässt sich auch aus der Medikalisierungsdebatte [70, 71] ableiten, dass Nachhaltigkeit nicht nur als normatives Zielsystem, sondern als regulatives Prinzip für den Umgang mit wachsender Komplexität, Ressourcenknappheit und Versorgungsdruck verstanden werden muss.

5 Schlussfolgerung: Nachhaltigkeit soziologisch kartieren

Ziel dieses Beitrags war es, Nachhaltigkeit im Kontext der Gesundheitsversorgung als mehrdimensionalen und relationalen Bezugsrahmen zu konturieren. Der Beitrag verfolgt damit das von Henkel et al. [24] formulierte Ziel, „unterschiedliche Zugriffe der Soziologie auf Nachhaltigkeit aufeinander zu beziehen“ und produktive Schnittmengen sichtbar zu machen. Diese Entscheidung stellt zugleich eine methodische Begrenzung dar. Die notwendigen Auseinandersetzungen mit politischen, rechtlichen und normativen Setzungen konnten nur angedeutet werden. Es bleibt eine zentrale Aufgabe, die Relationen stärker mit Fragen der Verantwortungsteilung, Machtverhältnisse und Gestaltungsoptionen zu verbinden [1, 5, 72]. Insgesamt leistet der Beitrag drei zentrale Beiträge zur soziologischen Auseinandersetzung mit Nachhaltigkeit:

1. eine deskriptive Systematisierung der Relationen von Nachhaltigkeit in der Gesundheitsversorgung,
2. eine konzeptionelle Verbindung zwischen Nachhaltigkeits- und Medizinsoziologie,
3. eine heuristische Rahmung zur weiterführenden empirischen Analyse relationaler Spezifizierungen.

Damit versteht sich dieser Text als Beitrag zur „Kartierung“ einer Soziologie der Nachhaltigkeit [24], die ökologische, soziale und politische Fragen nicht isoliert, sondern relational zusammendenkt.

6 Literatur

- [1] Ganten D, Silva JG, Regateiro F, et al. Science Has to Take Responsibility. 10 Years World Health Summit-The Road to Better Health for All. *Front Public Health* 2018; 6: 314 [<https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00314>] [PMID: 30406074]
- [2] Enquete-Kommission. Abschlußbericht der Enquete-Kommission „Schutz des Menschen und der Umwelt—Ziele und Rahmenbedingungen einer nachhaltig zukunftsverträglichen Entwicklung“. Konzept Nachhaltigkeit. Vom Leitbild zur Umsetzung. Deutscher Bundestag, 13. Wahlperiode. <https://dserver.bundestag.de/btd/13/112/1311200.pdf> 1998.
- [3] WCED. Our Common Future: Report of the World Commission on Environment and Development: United Nations 1987.
- [4] Die Bundesregierung. Transformation gemeinsam gerecht gestalten: Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie Weiterentwicklung 2025; 2025 [cited 2025 June 2] Available from: URL:

- <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975274/2335292/c4471db32df421a65f13f9db3b5432ba/2025-02-17-dns-2025-data.pdf?download=1>.
- [5] Kickbusch I. The need for a European strategy on global health. *Scand J Public Health* 2006; 34(6): 561–5
[<https://doi.org/10.1080/14034940600973059>][PMID: 17132587]
 - [6] Beaglehole R, Bonita R. What is global health? *Glob Health Action* 2010; 3
[<https://doi.org/10.3402/gha.v3i0.5142>][PMID: 20386617]
 - [7] Watts N, Amann M, Arnell N, *et al.* The 2019 report of The Lancet Countdown on health and climate change: ensuring that the health of a child born today is not defined by a changing climate. *The Lancet* 2019; 394(10211): 1836–78
[[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32596-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32596-6)]
 - [8] Volk H-D, Stevens MM, Mooney DJ, Grainger DW, Duda GN. Key elements for nourishing the translational research environment. *Sci Transl Med* 2015; 7(282): 282cm2
[<https://doi.org/10.1126/scitranslmed.aaa2049>][PMID: 25855490]
 - [9] Richter M, Hurrelmann K. Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In: Richter M, Hurrelmann K, editors. *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden 2016; 1–19.
 - [10] Wendt B, Bösch S, Barth T, *et al.* „Zweite Welle“: Soziologie der Nachhaltigkeit – von der Aufbruchsstimmung zur Krisenreflexion. *Soziologie und Nachhaltigkeit - Beiträge zur sozial-ökologischen Transformationsforschung* 2018; (Sonderband 1: Soziologie der Nachhaltigkeit): 4–23
[<https://doi.org/10.17879/sun-2017-2339>]
 - [11] Block K, Brand K-W, Henkel A, *et al.* *Soziologie der Nachhaltigkeit* 2019
[<https://doi.org/10.17879/sun-2017-2471>]
 - [12] Weishaar H, Kuehne A, Bozorgmehr K, Zeeb H. Stand, Einordnung und Potenzial der Implementierungswissenschaft: eine Bestandsaufnahme für Public Health in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2025; 68(7): 718–27
[<https://doi.org/10.1007/s00103-025-04077-7>][PMID: 40586806]
 - [13] Orr CJ, Burch S. Transformative capacities for navigating system change: a framework for sustainability research and practice. *Sustain Sci* 2025; 20(3): 975–92
[<https://doi.org/10.1007/s11625-025-01658-y>][PMID: 40297551]
 - [14] Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen. *Welt im Wandel: Gesellschaftsvertrag für eine Große Transformation*; [Hauptgutachten. 2., veränd. Aufl. Berlin: Wiss. Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (WBGU) 2011.
 - [15] Vereinte Nationen. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*; 2015 [cited 2022 October 2] Available from: URL: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UN-DOC/GEN/N15/291/89/PDF/N1529189.pdf?OpenElement>.
 - [16] Deutsche Gesellschaft für die Vereinten Nationen e.V. *Die Ziele für nachhaltige Entwicklung*; 2015 [cited 2022 October 2] Available from: URL: https://dgvn.de/publications/PDFs/Basis_Informationen/BI_52_SDGs.pdf.
 - [17] WHO. *Health in all policies: Helsinki statement, framework for country action* : the 8th Global Conference on Health Promotion jointly organized by WHO. Geneva, Switzerland: World Health Organization 2014.
 - [18] Geene R, Gerhardus A, Grossmann B, *et al.* *Health in All Policies - Entwicklung, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland.*; 2019 [cited 2022 October 2] Available from: URL: <https://zukunftsforum-public-health.de/download/health-in-all-policies-entwicklungen-schwerpunkte-und-umsetzungsstrategien-fuer-deutschland/?wpdmdl=2770&refresh=633954095c8e51664701449>
 - [19] Horton R, Lo S. Planetary health: a new science for exceptional action. *The Lancet* 2015; 386(10007): 1921–2
[[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61038-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61038-8)]
 - [20] Pathak N, McKinney A. Planetary Health, Climate Change, and Lifestyle Medicine: Threats and Opportunities. *Am J Lifestyle Med* 2021; 15(5): 541–52
[<https://doi.org/10.1177/15598276211008127>][PMID: 34646104]
 - [21] Whitmee S, Haines A, Beyrer C, *et al.* Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. *The Lancet* 2015; 386(10007): 1973–2028
[[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60901-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60901-1)]
 - [22] Schöngart S, Nicholls Z, Hoffmann R, Pelz S, Schleussner C-F. High-income groups disproportionately contribute to climate extremes worldwide. *Nat. Clim. Chang.* 2025
[<https://doi.org/10.1038/s41558-025-02325-x>]
 - [23] Chancel L. *Global carbon inequality over 1990–2019*. *Nature Sustainability* 2022
[<https://doi.org/10.1038/s41893-022-00955-z>]
 - [24] Henkel A, Bösch S, Drews N, *et al.* *Soziologie der Nachhaltigkeit – Herausforderungen und Perspektiven*. *Soziologie und Nachhaltigkeit - Beiträge zur sozial-ökologischen Transformationsforschung* 2017; Sonderausgabe 1: 4–30.
 - [25] Nunes R. *Healthcare as a Universal Human Right*. London: Routledge 2022.
 - [26] Lenz S. Is digitalization a problem solver or a fire accelerator? Situating digital technologies in sustainability discourses. *Social Science Information* 2021; 60(2): 188–208
[<https://doi.org/10.1177/05390184211012179>]
 - [27] Opielka M. *Soziale Nachhaltigkeit aus soziologischer Sicht*. *Soziologie* 2016; 45(1): 33–46.
 - [28] Baumgartner RJ, Korhonen J. Strategic thinking for sustainable development. *Sust. Dev.* 2010; 18(2): 71–5
[<https://doi.org/10.1002/sd.452>]
 - [29] Olsen IT. Sustainability of health care: a framework for analysis. *Health Policy Plan* 1998; 13(3): 287–95
[<https://doi.org/10.1093/heapol/13.3.287>][PMID: 10187598]
 - [30] Sherman JD, Thiel C, MacNeill A, *et al.* The Green Print: Advancement of Environmental Sustainability in Healthcare. *Resources, Conservation and Recycling* 2020; 161: 104882
[<https://doi.org/10.1016/j.resconrec.2020.104882>]
 - [31] Shelton RC, Cooper BR, Stirman SW. The Sustainability of Evidence-Based Interventions and Practices in Public Health and Health Care. *Annu. Rev. Public Health* 2018; 39(1): 55–76
[<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-014731>][PMID: 29328872]
 - [32] Liapopoulos L, Goranitis I. Health care financing and the sustainability of health systems. *Int J Equity Health* 2015; 14(1): 80
[<https://doi.org/10.1186/s12939-015-0208-5>][PMID: 26369417]
 - [33] Garcés V, Ródenas V, Sanjosé V. Towards a new welfare state: the social sustainability principle and health care strategies. *Health Policy* 2003; 65(3): 201–15
[[https://doi.org/10.1016/s0168-8510\(02\)00200-2](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(02)00200-2)]
 - [34] Ametowobla D, Arnold N, Besio C. *Nachhaltigkeit organisieren – Zur Respezifikation von Nachhaltigkeit durch verschiedene Organisationsformen*. In: *Soziologie der Nachhaltigkeit*. transcript Verlag 2021; 355–76.
 - [35] Goh CY, Marimuthu M. The Path towards Healthcare Sustainability: The Role of Organisational Commitment. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2016; 224: 587–92
[<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.05.445>]
 - [36] Arnold N. *Die Produzenten in moralisierten Märkten*. *Zeitschrift für Soziologie* 2019; 48(1): 70–91
[<https://doi.org/10.1515/zfsocz-2019-0005>]

- [37] Lüdecke D. Nachhaltigkeit in der vernetzten Versorgung. In: *Medizinsoziologie in Wissenschaft und Praxis*. Münster: Lit, 2009 2009.
- [38] Kumar P. Internal flexibility in health-care organizations: a value-laden perspective on sustainability. *IJOA* 2022; 30(3): 721–42
[https://doi.org/10.1108/IJOA-05-2019-1766]
- [39] Ramirez B, West DJ, Costell MM. Development of a culture of sustainability in health care organizations. *Journal of Health Organization and Management* 2013; 27(5): 665–72
[https://doi.org/10.1108/JHOM-11-2012-0226][PMID: 24341182]
- [40] Stevanovic M, Allacker K, Vermeulen S. Hospital Building Sustainability: The Experience in using Qualitative Tools and Steps Towards the Life Cycle Approach. *Procedia Environmental Sciences* 2017; 38: 445–51
[https://doi.org/10.1016/j.proenv.2017.03.135]
- [41] Alshqaqeeq F, Amin Esmaeil M, Overcash M, Twomey J. Quantifying hospital services by carbon footprint: A systematic literature review of patient care alternatives. *Resources, Conservation and Recycling* 2020; 154: 104560
[https://doi.org/10.1016/j.resconrec.2019.104560]
- [42] Adler S, Scherrer M, Rückauer KD, Daschner FD. Comparison of economic and environmental impacts between disposable and reusable instruments used for laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2005; 19(2): 268–72
[https://doi.org/10.1007/s00464-003-9232-4][PMID: 15580444]
- [43] Smale EM, Egberts TC, Heerdink ER, van den Bemt BJ, Bekker CL. Waste-minimising measures to achieve sustainable supply and use of medication. *Sustainable Chemistry and Pharmacy* 2021; 20: 100400
[https://doi.org/10.1016/j.scp.2021.100400]
- [44] Dunphy JL. Healthcare professionals' perspectives on environmental sustainability. *Nurs Ethics* 2014; 21(4): 414–25
[https://doi.org/10.1177/0969733013502802][PMID: 24106259]
- [45] Arnold N. *Standardisierungsdynamiken im Fairen Handel*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden 2017.
- [46] Marques ICP, Ferreira JMM. Digital transformation in the area of health: systematic review of 45 years of evolution. *Health Technol.* 2020; 10(3): 575–86
[https://doi.org/10.1007/s12553-019-00402-8]
- [47] Bundesärztekammer. Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) einer Gesundheits-IT-Interoperabilitäts-Governance-Verordnung (IOP GovernanceVerordnung – GIGV) vom 06.08.2021; 2021 [cited 2022 October 18] Available from: URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/IOP_GovVO_RefE_Stellungnahme_BAEK_25082021_final.pdf.
- [48] Müller-Mielitz S. E-Health-Ökonomie - Begriffe und Abgrenzung. In: Müller-Mielitz S, Lux T, editors. *E-Health-Ökonomie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden 2017; 35–50.
- [49] Henwood F, Marent B. Understanding digital health: Productive tensions at the intersection of sociology of health and science and technology studies. *Social Health Illn* 2019; 41 Suppl 1: 1–15
[https://doi.org/10.1111/1467-9566.12898][PMID: 31599984]
- [50] Radhakrishnan K, Xie B, Berkley A, Kim M. Barriers and Facilitators for Sustainability of Tele-Homecare Programs: A Systematic Review. *Health Serv Res* 2016; 51(1): 48–75
[https://doi.org/10.1111/1475-6773.12327][PMID: 26119048]
- [51] Faggini M, Cosimato S, Nota FD, Nota G. Pursuing Sustainability for Healthcare through Digital Platforms. *Sustainability* 2019; 11(1): 165
[https://doi.org/10.3390/su11010165]
- [52] Dolata U. Plattform-Regulierung. Koordination von Märkten und Kuratierung von Sozialität im Internet. *Berlin J Soziol* 2019; 29(3-4): 179–206
[https://doi.org/10.1007/s11609-020-00403-9]
- [53] Güzel-Freudenstein G, Robra B-P. Medizinische Prävention.; 2022 [cited 2022 October 2] Available from: URL: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/medizinische-praevention/>.
- [54] Bletgen F, Schlegel T. „Gesundheitsgenossenschaften“ – Garanten zukünftiger Patientenversorgung. *Zeitschrift für das gesamte Genossenschaftswesen* 2019; 69(2): 148–55
[https://doi.org/10.1515/zfgg-2019-0013]
- [55] Reinwald S, Hoffmann F. Medizinische Versorgungszentren als eingetragene Genossenschaft – ein Zukunftsmodell? *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 2021; 26(05): 272–5
[https://doi.org/10.1055/a-1503-7841]
- [56] Hernandez LM. *Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary*. Washington: National Academies Press 2013.
- [57] Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros A. *Health Literacy*. WHO Regional Office for Europe 2013.
- [58] Cawthon C, Mion LC, Willens DE, Roumie CL, Kripalani S. Implementing Routine Health Literacy Assessment in Hospital and Primary Care Patients. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2014; 40(2): 68-AP1
[https://doi.org/10.1016/s1553-7250(14)40008-4]
- [59] Palumbo R. Examining the impacts of health literacy on healthcare costs. An evidence synthesis. *Health Serv Manage Res* 2017; 30(4): 197–212
[https://doi.org/10.1177/0951484817733366][PMID: 29034727]
- [60] Finlay S, Meggetto E, Robinson A, Davis C. Health literacy education for rural health professionals: shifting perspectives. *Aust Health Rev* 2019; 43(4): 404–7
[https://doi.org/10.1071/AH18019][PMID: 30032741]
- [61] Schmidt J. Nachhaltige Medizin oder nachhaltige Gesundheit? *Bull Med Suisses* 2014; 95(07)
[https://doi.org/10.4414/bms.2014.02096]
- [62] Palumbo R. Sustainability of Well-being through Literacy. The Effects of Food Literacy on Sustainability of Well-being. *Agriculture and Agricultural Science Procedia* 2016; 8: 99–106
[https://doi.org/10.1016/j.aaspro.2016.02.013]
- [63] Thompson T, Ballard T. Sustainable medicine: good for the environment, good for people. *Br J Gen Pract* 2011; 61(582): 3–4
[https://doi.org/10.3399/bjgp11X548875][PMID: 21401981]
- [64] Pathak N, Pollard KJ. Lifestyle medicine prescriptions for personal and planetary health. *The Journal of Climate Change and Health* 2021; 4: 100077
[https://doi.org/10.1016/j.joclim.2021.100077]
- [65] Klur K. Extinction is Bad for Economy. *Soziologie und Nachhaltigkeit - Beiträge zur sozial-ökologischen Transformationsforschung* 2022; 8(1): 1–23
[https://doi.org/10.17879/sun-2022-3862]
- [66] Böcker M, Lage J, Christ M. Zwischen Deprivilegierung und Umverteilung. *Soziologie und Nachhaltigkeit - Beiträge zur sozial-ökologischen Transformationsforschung* 2022; 8(1): 64–83
[https://doi.org/10.17879/sun-2022-4309]
- [67] Karvonen S, Kestilä LM, Mäki-Opas TE. Who Needs the Sociology of Health and Illness? A New Agenda for Responsive and Interdisciplinary Sociology of Health and Medicine. *Front. Sociol.* 2018; 3
[https://doi.org/10.3389/fsoc.2018.00004]

- [68] Bradby H. Research Agenda in Medical Sociology. *Front. Sociol.* 2016; 1
[https://doi.org/10.3389/fsoc.2016.00014]
- [69] Bhambra GK, Santos BdS. Introduction: Global Challenges for Sociology. *Sociology* 2017; 51(1): 3–10
[https://doi.org/10.1177/0038038516674665]
- [70] Conrad P. The shifting engines of medicalization. *J Health Soc Behav* 2005; 46(1): 3–14
[https://doi.org/10.1177/002214650504600102][PMID: 15869117]
- [71] Conrad P, Mackie T, Mehrotra A. Estimating the costs of medicalization. *Soc Sci Med* 2010; 70(12): 1943–7
[https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.019][PMID: 20362382]
- [72] Wendt B, Görgen B. Macht und soziale Ungleichheit als vernachlässigte Dimensionen der Nachhaltigkeitsforschung. In: Henkel A, Lüdtkke N, Buschmann N, Hochmann L, editors. *Reflexive Responsibilisierung*. transcript Verlag 2018; 49–66.

Open Access

Soweit nicht anders angegeben, stehen alle Inhalte dieses Werks unter der **Creative Commons Lizenz CC BY 4.0 Namensnennung**.

Die Nutzung, Weitergabe und Bearbeitung – auch kommerziell – ist unter der Angabe der Urheber:innen gestattet. Weitere Informationen:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

