

Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Peter Franzkowiak¹

¹ Fachbereich Sozialwissenschaften, Hochschule Koblenz, Koblenz, Germany

Abstract

Das Konzept eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums ist eng verbunden mit dem Gesundheitsmodell der Salutogenese. Zwischen Gesundheit und Krankheit bestehen vielfache dimensionale Wechselbeziehungen. Beide sind keine sich gegenseitig ausschließende Zustände, vielmehr gedachte Endpunkte in einem gemeinsamen Kontinuum von HE (Health Ease) und DE (Dis-Ease). Zwischen den Polen können auch gesundheitliche Beeinträchtigungen abgebildet werden; es existiert eine Vielfalt von gesunden und kranken Anteilen in dynamischer Bewegung. Der Kontinuumsansatz hat Vorläufer und konzeptionelle Nachbarschaften von der Integrativen Medizin über Verhaltenstheorien und Stressmodelle bis zur Wellness-Bewegung. In der anglo-amerikanischen Mental Health-Forschung wird die dynamische Dimensionalität auf mehrfache Ebenen und ihre Kovariation ausgeweitet. Klassifikationen psychischer Störungen werden entwickelt, die sich konsequent an Kontinuen orientieren.

Keywords: Gesundheit, Krankheit, Salutogenese, Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, HE-DE-Kontinuum, Mental Health, Dual Continua Model, HiTOP, kategoriales vs. dimensionales Denken

Einleitung

Wie immer man Gesundheit, Gesundheitsrisiken und Krankheit betrachtet und zu systematisieren versucht, ob aus primär körperlicher, seelischer, sozialer oder ökologischer Perspektive betrachtet: Es bestehen stets Wechselbeziehungen mit fließenden Übergängen. Diese Wechselwirkungen werden beeinflusst durch Anlagefaktoren (genetische und physiologische Dispositionen), natürliche Alterungs- und Abbauprozesse, lebensgeschichtlich erworbene Erfahrungen, psychosoziale Vulnerabilitäten bzw. Resilienzen, Motivationen und Handlungsbereitschaften [1] ([Lebensweisen/Lebensstile](#)) sowie soziokulturelle, ökonomische und umweltbezogene Rahmenbedingungen [2], [3] ([Lebenslagen und Lebensphasen](#); [Determinanten der Gesundheit](#)).

Gesundheit und Krankheit im Kontinuumskonzept

Aufbauend auf der salutogenetischen Perspektive [4] ([Salutogenese](#)) versteht die Gesundheitsförderung Gesundheit und Krankheit nicht als einander ausschließende Zustände, sondern als gedachte Endpunkte eines gemeinsamen Kontinuums. Es gibt fließende Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit. Außerdem existiert kein strenges zeitliches Nacheinander, sondern oft eine Gleichzeitigkeit von eher gesunden und eher kranken Anteilen des Wohlbefindens. Das Kontinuum enthält zahlreiche Zwischenstadien mit sowohl subjektiver Befindlichkeit als auch medizinisch objektivierten Befunden. Bereits die Alltagssprache kennt vielfältige Differenzierungen: gesund sein, gesund bleiben, wieder gesund werden, sich krank fühlen, krank werden, akut krank sein, sich von einer Krankheit erholen, chronisch krank sein, behindert sein, mit Behinderung leben, bedingt gesund sein etc. [5] ([Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln](#)).

Das Kontinuum ist gedacht zwischen einem imaginären Gesundheitspol (total well-being bzw. Health Ease, abgekürzt: HE) und einem imaginären Krankheitspol (total illness bzw. Health Dis-Ease, abgekürzt: DE). Es wird daher auch als HE-DE-Kontinuum bezeichnet [6], [7].

Die Gesamtkonzeption ist mehrdimensional. Neben Gesundsein und Kranksein existieren weitere Befindensdimensionen, die ebenfalls als Kontinuen zu denken sind. Sie wirken auf die Grunddimension ein und stehen mit dieser in Zusammenhang. An jedem Punkt besteht ein labiles, immer wieder neu auszubalancierendes Gleichgewicht zwischen salutogenetischen Prozessen (welche die körperliche, seelische und soziale Regulationsfähigkeit sichern bzw. unterstützen) und pathogenetischen Vorgängen (welche die körperliche, seelische und soziale Regulations- und Anpassungsfähigkeit überfordern oder hemmen). Kernfragen sind:

- Wie weit entfernt bzw. wie nahe ist ein Mensch an einem bestimmten lebensgeschichtlichen Zeitpunkt den Polen maximale Gesundheit und maximale Krankheit?
- Welche dynamische Bewegung zu dem einen oder dem anderen Pol existiert bzw. ist möglich?

Für die Verortung eines Menschen auf dem HE-DE-Kontinuum (siehe Abbildung 1) werden gleichermaßen medizinische Befunde wie auch Indikatoren des subjektiven Befindens herangezogen. Menschen sind nicht nur gesund oder krank. Sie befinden sich zu einer lebensgeschichtlichen Zeit auf einer relativen Position zwischen den Polen – und dies hinsichtlich vielfältiger subjektiver und objektiver Dimensionen.

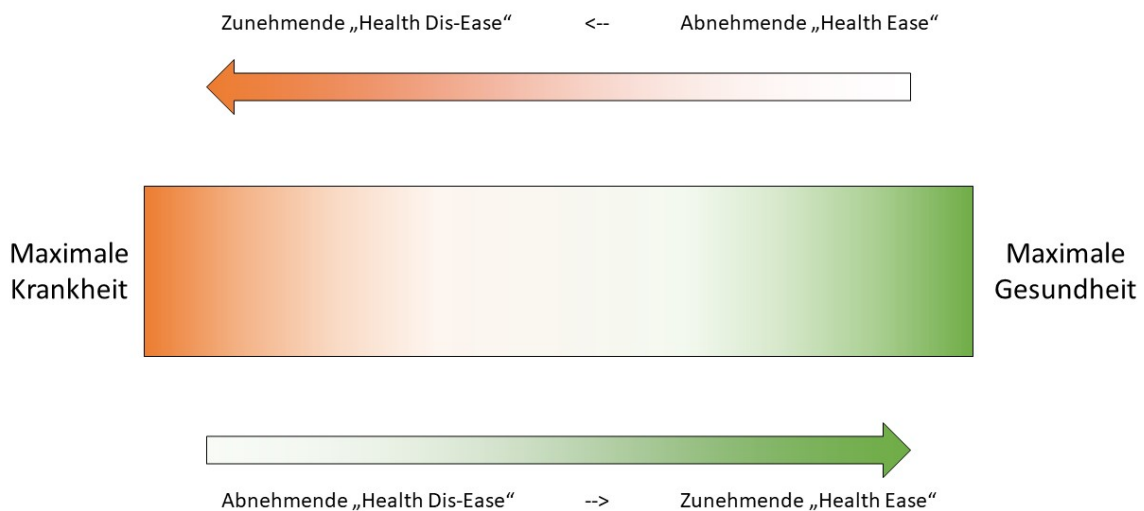


Abb. 1: Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (eigene Darstellung)

Welche Position(en) eine Person einnimmt, ist Ergebnis der prozesshaften Wechselwirkung zwischen persönlichen sowie umweltgebundenen Risikofaktoren und Protektivfaktoren bei der Bewältigung von Belastungen und im Rahmen der produktiven Realitätsverarbeitung [8] ([Gesundheit](#)). Dabei besteht eine Abhängigkeit vom jeweiligen sozialen Kontext und der Lebensgeschichte des Menschen. Die dynamische Balance zwischen Salutogenese und Pathogenese entscheidet, ob man für einen gewählten Zeitpunkt von optimaler oder maximaler Gesundheit spricht, von einem unauffälligen Gesundheitsstatus, von einer relativen, bedingten Gesundheit, von akutem Kranksein, von chronischer Krankheit bzw. Behinderung, von maximaler Krankheit oder finalen Krankheitszuständen.

Krankheit ist im Kontinuumskonzept kein streng abgrenzbares pathologisches Ereignis. Sie wird als lebensgeschichtlich eingebetteter Prozess einer „Ent-Gesundung“ ([7], S. 172) verstanden – ganz im Sinne von DE (Health Dis-Ease). Die Begründer der deutschen Medizinischen Anthropologie und Integrativen Medizin prägten hierfür das Bild einer „Blockierung der Gesundheitserzeugung“ ([9], S. 1.277) – in Fortführung von [10], [11]. Zu beachten bleibt: eine Entwicklung in Richtung Gesundheit ist von jeder Position aus möglich – sogar unter palliativen Umständen am Lebensende.

Gesundheit wird, wie Faltermaier zusammenfasst, „als umfassendes Konstrukt und als allgemeiner Zustand des Organismus bzw. der Person verstanden, der auf einem multidimensionalen (körperlich-psycho-sozialen) Kontinuum variiert und Krankheit bzw. Krankheiten als spezifische Phänomene einschließt. Man kann also auf verschiedenen Niveaus von Gesundheit krank sein. Krankheit und

Gesundheit schließen sich nicht aus. Ein Mensch kann krank sein und sich auf dem Gesundheitskontinuum nahe am positiven Pol befinden, er kann sich auf dem Gesundheitskontinuum aber auch nahe dem negativen Pol befinden und muss dennoch nicht an einer Krankheit leiden.“ ([12], S. 178).

Integration gesundheitlicher Beeinträchtigungen und Einschränkungen

Auch teilweise reversible bzw. vollständig irreversible Gesundheitsbeeinträchtigungen können im Kontinuum in ihrer jeweiligen, immer wieder veränderbaren Balance zwischen gesunden und kranken Anteilen sowie zwischen subjektiven und objektiven Einschätzungen abgebildet werden. Hierzu zählen akute oder chronische Krankheiten bis hin zu chronischen funktionellen Einschränkungen mit psychischen und sozialen Beeinträchtigungen, z. B. Diabetes mellitus, depressive Störungen oder dem Leben nach einem Herzinfarkt, einer (überwundenen) Tumorerkrankung oder mit unfallbedingten Verletzungen, andauernden Infektionsfolgen oder mit AIDS unter Therapie etc.

Die niederländische Ärztin Machteld Huber hat Mitte der 2010-er Jahre eine „Spinnennetz“-Visualisierung von sechs Gesundheits-/Krankheitsdimensionen vorgestellt (Abbildung 2; siehe auch [13]). Der Fokus liegt hier auf der in sechs Dimensionen differenzierten subjektiven Einschätzung einer Person über ihren (positiven) Gesundheitsstatus. Hubers zentraler Bezug ist die Funktionsfähigkeit – der übergeordnete Begriff aus der ICF-Klassifikation [8] ([Gesundheit](#)).

Visualisierung der fiktionalen Selbsteinschätzung des "positiven Gesundheitszustands" einer Person auf 6 Dimensionen

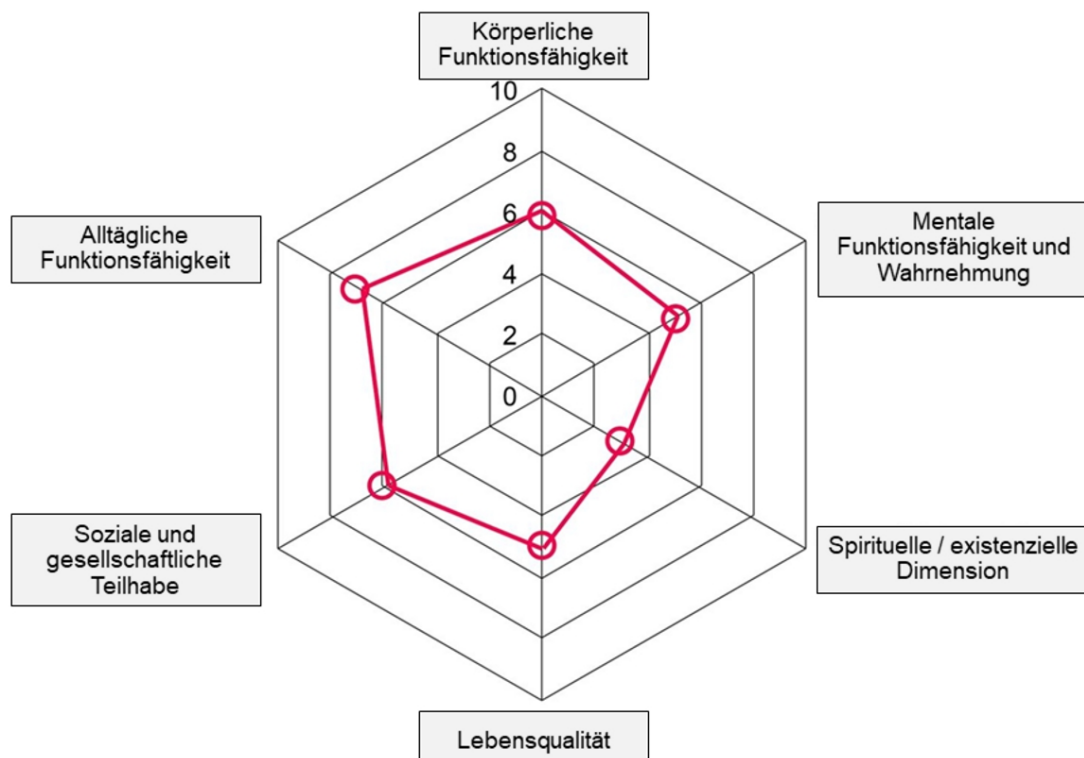


Abb. 2: Sechs Dimensionen positiver Gesundheit, visualisiert als fiktionale Selbsteinschätzung einer Person (Quelle: [14], S. 9, eigene Übersetzung)

Die mehrdimensionale Perspektive kann nicht nur auf eine Krankheit angewandt werden. In Form von Überlagerungen und Wechselwirkungen gilt sie auch für Multimorbidität, d. h. für das Vorhandensein mehrerer Beeinträchtigungen und Krankheiten vor allem in späten Lebensphasen.

Vorläufer und analoge Konzeptionen

Für die Konzeption des Kontinuums gibt es wissenschaftliche Vorläufer in der Medizinischen Anthropologie, der Psychosomatischen und Integrativen Medizin, den Lern- und Verhaltenstheorien, der Sozial- und Verhaltensmedizin, der Gesundheitspsychologie und den Belastungs-Bewältigungsmodellen (vgl. ausführlich: [7], [15], [12]).

Ein Parallelkonzept stammt aus den frühen 1970-er Jahren, entwickelt von dem US-amerikanischen Mediziner John W. Travis, einem Impulsgeber der Wellness-Bewegung. Travis publizierte sein Illness-Wellness-Kontinuum erstmals 1972. Ausgehend von einem gedachten neutralen mittleren Punkt, soll es die möglichen Stufen und Bewegungen von persönlichem Wohlbefinden vs. Krankheit anzeigen: zwischen den Polen High-Level-Wellness und vorzeitigem Tod (siehe Abbildung 3). Travis weist der Wellness-Richtung drei aufsteigende Stufen zu (Bewusstheit, Bildung, Wachstum), dem Weg zu vorzeitigem Tod drei absteigende Stufen (Krankheitszeichen, Symptome, Einschränkung/Behinderung). Das Illness-Wellness-Kontinuum (mittlerweile auch mit salutogenetischen Anleihen erweitert) spielt bis heute eine zentrale Rolle in der konzeptionellen Fundierung von Interventionen und Geschäftsfeldern in den weltweiten Wellness-Bewegungen und Lifestyle-Trends [16], [17]. Es wurde noch nicht ins Deutsche übertragen.

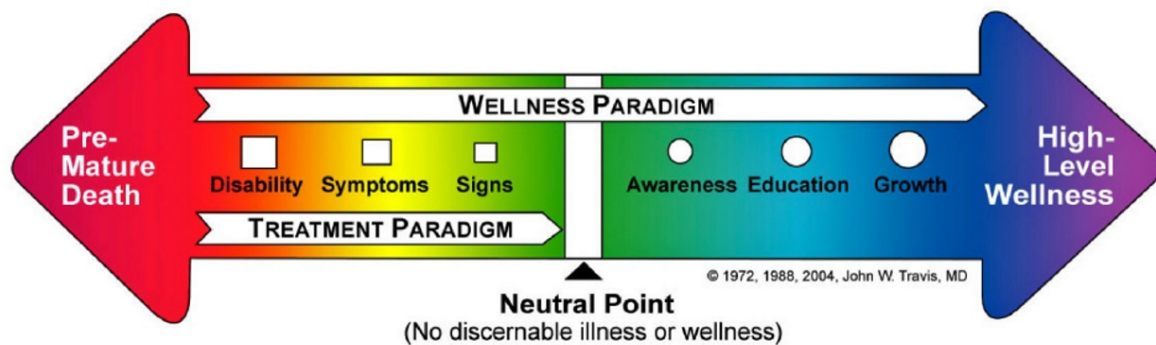


Abb. 3: Das Illness-Wellness Continuum von Travis (Quelle: [18]; hier: [17])

Travis entwickelte und veröffentlichte sein Kontinuumskonzept einige Jahre vor Antonovskys Hauptwerk „Health, Stress and Coping“ [6], und es erfuhr bereits in den 1970-er Jahren weite Verbreitung in den USA. Obwohl zumindest grafisch und in Teilen auch paradigmatisch durchaus ähnlich, bezogen sich beide Konzeptionen nicht aufeinander.

Relevanz, Weiterentwicklungen und Erweiterungen

Hurrelmann und Richter bescheinigen dem salutogenetischen Denken in Polen auf einem Kontinuum, dass es für die moderne Gesundheits- und Medizinsoziologie „von bahnbrechender Bedeutung“ gewesen sei ([15], S. 124). Hiermit werde die engführende kategorische Trennung von Gesundheit und Krankheit aus den naturalistisch-biomedizinischen Modellen und Diagnosesystemen überwunden.

Konzeptionelle Weiterentwicklungen finden sich in der internationalen „Mental Health Promotion and Protection“. Aufbauend auf Tudor [19] entwickelte der US-amerikanische Gesundheitssoziologe Ancel Keyes seit Anfang der 2000-er Jahre ein noch nicht ins Deutsche übertragene Dual Continuum Model of Mental Health. International wird es vielfach genutzt als heuristische und praxisanleitende Richtschnur für Vorsorge und Behandlung/Unterstützung. Das Doppel-Kontinuum enthält eine vertikale Achse für Ausprägungen des Flourishing (blühen, gedeihen) bzw. Languishing (welken, verkümmern) von seelischer Gesundheit. Diese wird gekreuzt von einer horizontalen Achse zum im engeren Sinn klinischen Kontinuum seelischer Störung/Krankheit. Dadurch ergeben sich vier Quadranten mit einem inneren Kreis aus sechs Sektoren, in denen sich die vielfältigen Formen von Prozessen und Zuständen seelischer Gesundheit, Gefährdung, Risikoausprägung, Störung akuter oder chronischer Krankheit verorten lassen (Abbildung 4).

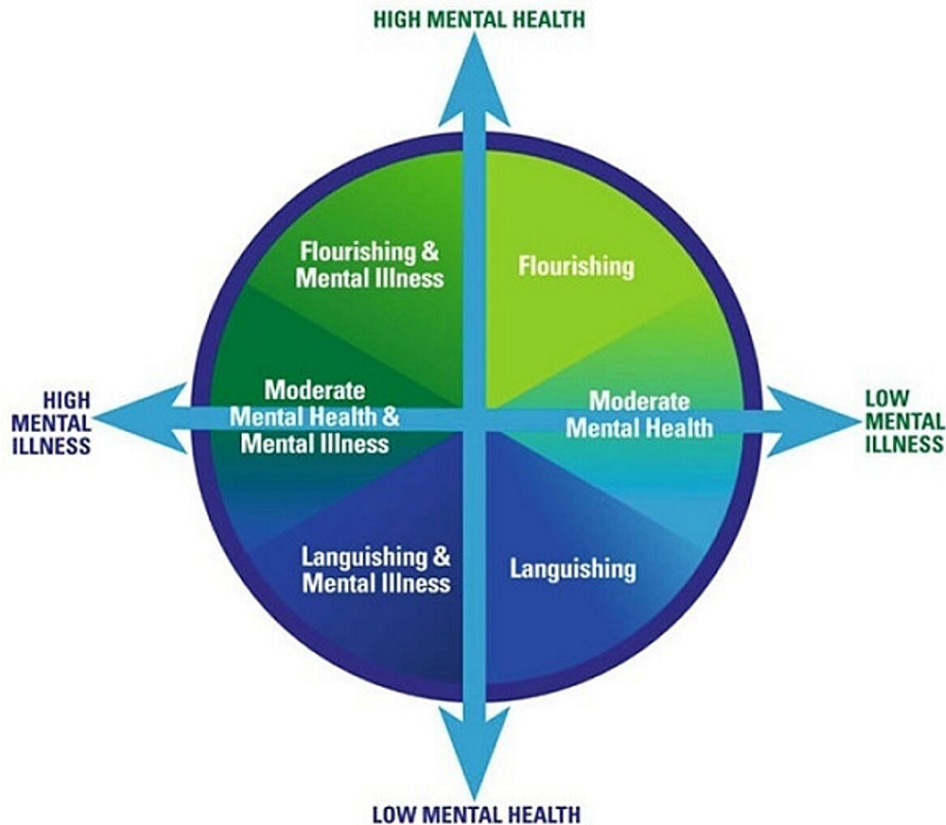


Abb. 4: Das Two Continua Model of Mental Health von Keyes (Quelle: [20], S. 182)

Das orthogonale Modell eines doppelten Kontinuums ist besonders hilfreich wegen seines Doppelcharakters. Ein Kontinuum psychischer Krankheit/Gefährdung und ein Kontinuum psychischer Gesundheit werden voneinander unterschieden und zugleich miteinander verbunden. Veränderungen auf einem Kontinuum können verbunden mit oder auch losgelöst von der Position auf dem anderen Kontinuum stattfinden. Modelle wie diese werden vorwiegend genutzt, um Positionen und Entwicklungsverläufe einzelner Individuen zu identifizieren. Prinzipiell ist der Rahmen auch auf soziale Gruppen oder ganze Populationen sowie auf weitere Gesundheitsdimensionen wie der somatischen Gesundheit bzw. Krankheit übertragbar [21].

Wie beim HE-DE-Kontinuum ist die theoretische und empirische Forschung zur (Public) Mental Health gefordert, v. a. die sozialen Determinanten von psychischer Gesundheit, Gefährdung und Krankheit stärker zu thematisieren. Die Position eines Individuums oder einer Gruppe in den Quadranten ist unterkomplex erklärt, wenn diese nicht auch auf ihren sozialen Status, auf Statuspassagen und die dadurch gegebenen bzw. eingeschränkten Kompetenzen, Ressourcen und Gesundheitschancen bezogen wird. Nachgewiesenermaßen verringern Public Health-Interventionen zur Verminderung sozialer Ungleichheiten die Rate manifester psychischer Störungen. Sie erhöhen damit die Aussicht auf flourishing, also auf eine hohe und stabile psychische Gesundheit aller.

Ausblick für die Gesundheitsförderung

Die Orientierung an Gesundheits-Krankheits-Kontinuen zeigt eine tiefgreifende Veränderung des kategorialen Denkens in Medizin, Psychiatrie und Gesundheitswissenschaften an. Es geht nicht mehr um das Vorliegen oder Nicht-Vorliegen einer spezifischen Gesundheitsstörung, sondern um ein dynamisch-dimensionales Denken. Jede Person ist gesund und krank, ihr gegenwärtiges Sein (being) befindet sich variabel zwischen Gesundheit als umfassendem Wohlbefinden (Well-Being bzw. Health Ease) bis Krankheit in allen Dimensionen (disease/illness bzw. Dis Ease).

Dieser Ansatz steht im Widerspruch zum Beurteilungs- und Abrechnungssystem der gegebenen medizinisch-psychiatrischen Versorgung. In den Diagnoseschlüsseln, Kodier-Richtlinien und Entgeltsystemen der ambulanten und stationären Versorgung und Rehabilitation gelten Gesundheit und Krankheit als Gegensätze. Das führt notwendig zu dichotomen Diagnosen und Ausschluss-Kategorien,

ebenso zu einer Verkürzung feiner, kontinuierlicher Ausprägungen auf binäre Kategorien. Diese systemische Barriere gilt es in den Klassifikationen und Diagnoseschlüsseln (ICD-10 bzw. ICD-11; DSM 5) zu überwinden.

Entsprechende Bewegungen und Initiativen zur Entwicklung von Hybrid-Systemen zur dimensional Klassifizierung gibt es erneut in der internationalen Mental Health-Forschung und psychiatrischen Diagnosebildung [22], [23]. Kurz nacheinander entstanden zwei Initiativen: Der 2009 vom US-amerikanischen National Institute of Mental Health angestoßene dimensionale Forschungsrahmen der Research Domain Criteria (RDoC) mit primär neurobiologischer und biogenetischer Stoßrichtung, und die seit 2015 von einem globalen Verbund (HiTOP Consortium) entwickelte und fortschreitend validierte, primär psychologisch daten- und statistikbasierte Hierarchische Taxonomie der Psychopathologie (HiTOP). Der HiTOP-Ansatz beansprucht für sich, durch konsequente Orientierung an Kontinuen das immer wieder beklagte Problem willkürlicher Schwellenwerte und diagnostischer Instabilität innerhalb der persönlichkeitspsychologischen und klinisch-psychiatrischen Diagnostik aufzulösen. Als alternatives Diagnosesystem will es die traditionellen Nosologien und ihre Kategorien im DSM und der ICD auflösen und in Form von Dimensionsprofilen neu darstellen [24], [25].

Kategoriale Klassifikationen fußen auf Diskontinuitätsannahmen: Unterschiede und klare Grenzziehungen zwischen Gesundheit und Krankheit werden postuliert. Dimensionale Klassifikationen beruhen auf Kontinuitätsvorstellungen: Übergänge, Überschneidungen und Wechselwirkungen werden beobachtet und in ihrem Zusammenwirken bewertet. Ein Vorteil dimensionaler Systeme ist, dass sie Informationen über die Intensität und subklinische Ausprägungen sowie dynamische Entwicklungen auf mehreren miteinander verschränkten Dimensionen bereitstellen [26].

Nicht zuletzt hat eine Stärkung des dimensional Denkens in alltäglichen wie auch professionellen Kontexten der (nicht nur psychischen und psychosomatischen) Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung besondere Konsequenzen. Es begünstigt antidiskriminierende und toleranzfördernde Einstellungen. So belegt die Meta-Analyse von Peter et al. [27], dass Menschen, die von einem Kontinuum zwischen Gesundheit und psychischer Krankheit ausgehen, konsistent weniger zu stigmatisierenden Haltungen gegenüber Menschen mit psychischen Problemen neigen als Personen mit kategorialen Überzeugungen.

References

1. Röding D. Lebensweisen / Lebensstile. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I073-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I073-2.0)
2. Kolip P. Lebenslagen und Lebensphasen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I071-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I071-3.0)
3. Hurrelmann K, Richter M. Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I008-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I008-2.0)
4. Faltermaier T. Salutogenese. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I104-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I104-3.0)
5. Faltermaier T. Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I060-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I060-3.0)
6. Antonovsky A. Health, Stress and Coping. London: Jossey-Bass; 1979.
7. Franke A. Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber; 2012. (Programmbereich Gesundheit).
8. Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I023-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I023-2.0)
9. Uexküll T von. Die Einführung der psychosomatischen Betrachtungsweise als wissenschaftstheoretische und berufspolitische Aufgabe. Gedanken zum Problem der ärztlichen Verantwortung. In: Adler RH, Hermann JM, Köhle K, Schonecke OW, Uexküll T von, Wesiak W, editors. Psychosomatische Medizin. München: Urban & Schwarzenberg; 1990. p. 1272–88.

10. Weizsäcker V von. Soziale Krankheit und soziale Gesundheit. Julius Springer; 1930.
11. Weizsäcker V von, Janz D. Gesammelte Schriften. 8: Soziale Krankheit und Gesundheit: soziale Medizin / bearb. von Dieter Janz. In: Achilles P, editor. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1986.
12. Faltermaier T. Gesundheitspsychologie. Stuttgart: W. Kohlhammer; 2023. (Grundriss der Psychologie; Band 21).
13. Bahrs O, Smith A. Positive Health – Ein disziplinübergreifender Ansatz zur Förderung von Gesundheit. *Der Mensch*. 2024;64/65(3–4):84–9.
14. Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, Winkens B, Heerkens Y, Dagnelie PC, Knottnerus JA. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*. 2016 Jan 12;6(1):e010091. DOI:[10.1136/bmjopen-2015-010091](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091)
15. Hurrelmann K, Richter M. Gesundheits- und Medizinsoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. Weinheim: Beltz; 2013. (Grundlagentexte Soziologie).
16. Travis JW, Ryan RS. The wellness workbook – how to achieve enduring health and vitality. Ten Speed; 2004.
17. Deutscher Wellness Verband. John W. Travis: Dr. Wellness. 2025 [accessed 2025 Jun 14]. Available from: https://www.wellnessverband.de/themen/wellness/john_w_travis_wellness.php
18. Travis JW. Illness-Wellness Continuum. 1972.
19. Tudor K. Mental health promotion: paradigms and practice. London New York: Routledge; 1996.
20. Keyes CLM. Mental health as a complete state: How the salutogenic perspective completes the picture. In: Bauer GF, Hämming O, editors. Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014. p. 179–92. Available from: https://globalhealth.duke.edu/sites/default/files/event-attachments/mental_health_as_a_complete_state_-_keyes_2014.pdf
21. Wettstein F. Das doppelte Kontinuum von gesund und krank. *SuchtMagazin*. 2020 [accessed 2025 Jun 2];46:6–12. Available from: <https://irf.fhnw.ch/server/api/core/bitstreams/f9a7fe30-411e-4258-ac18-93c4cf37a94c/content>
22. Kotov R, Cicero DC, Conway CC, DeYoung CG, Dombrovski A, Eaton NR, First MB, Forbes MK, Hyman SE, Jonas KG, Krueger RF, Latzman RD, Li JJ, Nelson BD, Regier DA, Rodriguez-Seijas C, Ruggero CJ, Simms LJ, Skodol AE, Waldman ID, Waszczuk MA, Watson D, Widiger TA, Wilson S, Wright AGC. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) in psychiatric practice and research. *Psychol Med*. 2022 Jul;52(9):1666–78. DOI:[10.1017/S0033291722001301](https://doi.org/10.1017/S0033291722001301)
23. Lahey BB, Tiemeier H, Krueger RF. Seven reasons why binary diagnostic categories should be replaced with empirically sounder and less stigmatizing dimensions. *JCPP Adv*. 2022 Dec;2(4):e12108. DOI:[10.1002/jcv2.12108](https://doi.org/10.1002/jcv2.12108)
24. Conway CC, Krueger RF, Cicero DC, DeYoung CG, Eaton NR, Forbes MK, Hallquist MN, Kotov R, Latzman RD, Ruggero CJ, Simms LJ, Waldman ID, Waszczuk MA, Watson D, Widiger TA, Wright AGC, HiTOP Consortium Executive Board. Rethinking the diagnosis of Mental Disorders: Data-driven psychological dimensions, not categories, as a framework for mental-health research, treatment, and training. *Curr Dir Psychol Sci*. 2021 Apr;30(2):151–8. DOI:[10.1177/0963721421990353](https://doi.org/10.1177/0963721421990353)
25. Cicero DC, Ruggero CJ, Balling CE, Bottera AR, Cheli S, Elklief L, Forbush KT, Hopwood CJ, Jonas KG, Jutras-Aswad D, Kotov R, Levin-Aspenson HF, Mullins-Sweatt SN, Johnson-Munguia S, Narrow WE, Negi S, Patrick CJ, Rodriguez-Seijas C, Sheth S, Simms LJ, Thomeczek ML. State of the Science: The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *Behavior Therapy*. 2024 Nov;55(6):1114–29. DOI:[10.1016/j.beth.2024.05.001](https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.05.001)
26. Döpfner M. Kategoriale versus dimensionale Klassifikation psychischer Störungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. In: Fegert J, Resch F, Kaess M, Döpfner M, Konrad K, Plener PL, editors. *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Heidelberg: Springer Nature; 2024. p. 373–84.
27. Peter LJ, Schindler S, Sander C, Schmidt S, Muehlan H, McLaren T, Tomczyk S, Speerforck S, Schomerus G. Continuum beliefs and mental illness stigma: a systematic review and meta-analysis of correlation and intervention studies. *Psychol Med*. 2021 Apr;51(5):716–26. DOI:[10.1017/S0033291721000854](https://doi.org/10.1017/S0033291721000854)

Korrespondenz: Prof. (i.R.) Dr., Dipl.-Psych. Peter Franzkowiak, Hochschule Koblenz, Fachbereich Sozialwissenschaften, Konrad-Zuse-Str. 1, 56075 Koblenz, Germany, E-mail: franzkowiak@hs-koblenz.de

Zitierhinweis: Franzkowiak P. Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIOG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: [10.5680/BIOEG:LB-i026-1.0](https://doi.org/10.5680/BIOEG:LB-i026-1.0)

Copyright: © 2026 Peter Franzkowiak

Diese Open-Access-Publikation steht unter den Bedingungen der Lizenz: Creative Commons Attribution 4.0 International. Lizenz-Angaben siehe: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>