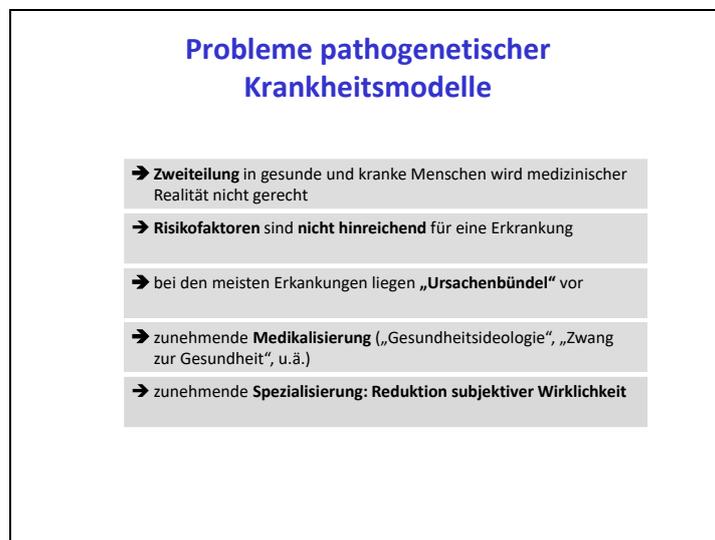


Wie am Beispiel der Ernährung leicht zu zeigen ist, geraten immer mehr Bereiche unserer Lebenswelt in den Fokus der Medizin, sei es weil sich gesundheitsförderliche Effekte bestimmter Ernährungsweisen zeigen oder aber weil schädliche Auswirkungen von Nahrungs- und Genussmittel entdeckt werden. Positive Folgen für die Gesundheit wurden so bereits für den regelmäßigen Konsum von Pizza, dunkler Schokolade oder auch Rotwein postuliert. Auch wenn in manchen dieser Fälle bekannt ist, auf welche Inhaltsstoffe die wohltuende Wirkung vermutlich zurückzuführen ist, bleibt ihr Nutzen in der Praxis zumeist beschränkt. Denn nur selten sind es einzelne, definierte Ursachen, die letztendlich krank machen oder gesund erhalten, vielmehr haben wir es hier meist mit einem komplexen Gefüge von sich gegenseitig beeinflussenden Faktoren zu tun.

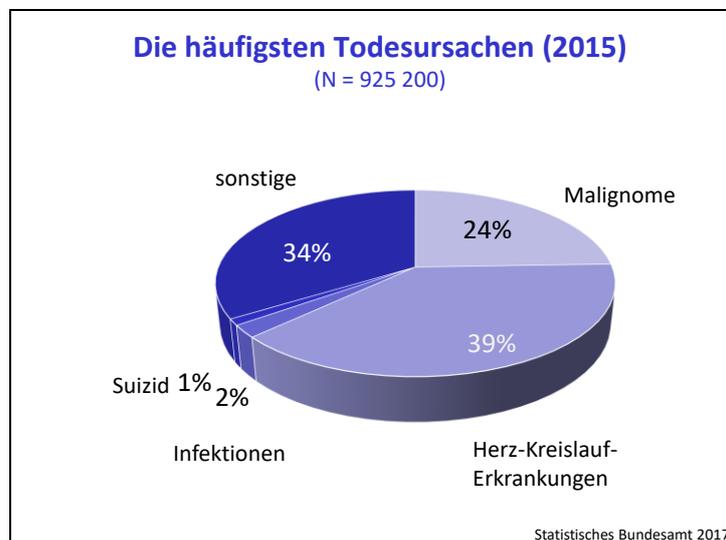
Wie in der letzten Vorlesung bereits angedeutet wurde, gerät diese Komplexität bei der pathogenetischen Sichtweise – durch die ihr innewohnende Tendenz, eindeutige Ursache-Wirkungsbeziehungen herzustellen –, leicht aus dem Blickfeld. Zudem erweist sich ihre Konzentration auf die krank machenden Faktoren auch noch aus anderen Gründen als problematisch, wie **Folie 1** verdeutlicht.

Folie 1



Die Zweiteilung in gesunde Menschen auf der einen und kranke Menschen auf der anderen Seite wird der medizinischen Realität zunehmend weniger gerecht, weil – wie die Grafik in **Folie 2** zeigt – die Todesursachenstatistik heute von **Herz-Kreislauf-Krankheiten** einerseits und **bösartigen Krebserkrankungen (Malignome)** andererseits angeführt wird, die für etwa **2/3 aller Todesfälle** verantwortlich sind.

Folie 2



Für diese Erkrankungen lassen sich kaum eindeutige Ursache-Wirkungsbeziehungen angeben. Sie entstehen vielmehr aus einem **komplexen Wechselspiel von verschiedenen Risikofaktoren (Folie 3)**, zu denen z.B. Rauchen, Übergewicht, Ernährungsgewohnheiten einerseits und Veranlagungsfaktoren andererseits gehören. Individuelle Voraussagen sind auf Grundlage dieses Modells kaum möglich. Lediglich die **statistischen Zusammenhänge** sind eindeutig (Raucher erkranken sehr viel häufiger an Lungenkrebs und Gefäßerkrankungen als Nichtraucher, etc.). Welcher Raucher jedoch eine solche Erkrankung entwickeln wird, lässt sich nicht vorhersagen. Risikofaktoren können also noch nicht hinreichend erklären, warum eine bestimmte Erkrankung bei der einen Person auftritt, bei einer anderen aber nicht.

Folie 3

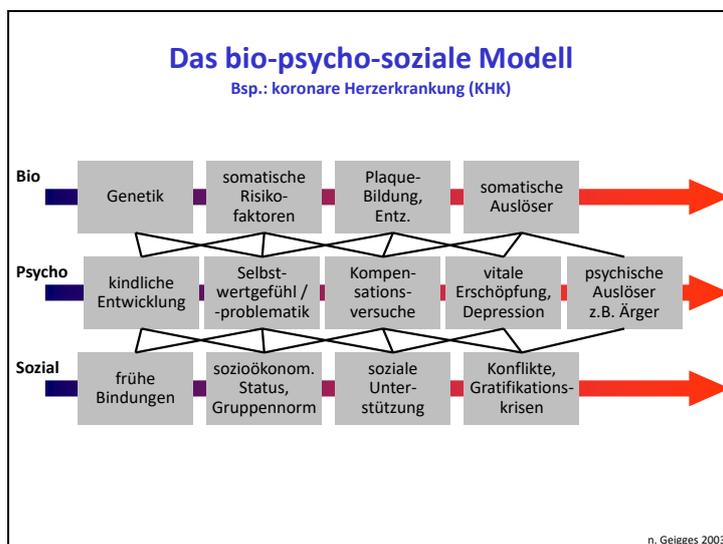
Korrelation von Risikofaktoren und Krankheitsbereichen

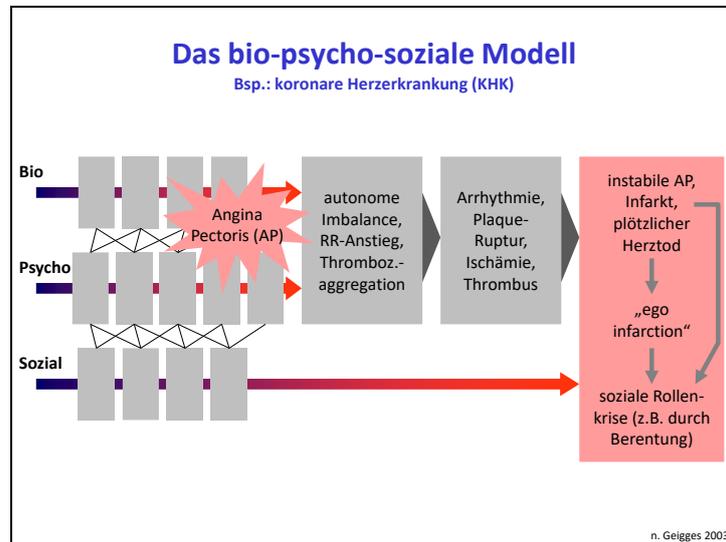
	Herz-Kreislauf	Psych.	Bew.-apparat	Tumoren	Unfall	Lunge
psychosoziale Entwicklung	+	++				
physisches Arbeitsumfeld		+	++	++	++	++
soziale Bedingungen		+				
Verkehr				+	++	+
Luft-, Wasserverschmutzung				+		+
Ernährung	++			++		+
Alkohol & Drogen		++		+	++	+
Tabak	++			++		+

Heim 1994

Folie 4 und 5 zeigen am Beispiel der koronaren Herzerkrankung (bei der die Gefäße, die das Herz mit Blut versorgen, durch Ablagerungen verengt sind), wie verschiedene Faktoren, die sich gegenseitig beeinflussen, bei der Krankheitsentstehung zusammenwirken. Erst aus diesem **dynamischen Zusammenspiel** biologischer, psychischer und sozialer Faktoren entstehen letztendlich die Voraussetzungen dafür, dass ein akuter Krankheitszustand auftritt, der seinerseits sowohl somatisch als auch psychisch bewältigt werden muss. Insofern erleidet nicht nur das Herz einen Infarkt sondern auch das „Ego“ des Patienten, der dramatisch aus seinen bisherigen Lebensbezügen gerissen wird. Außerdem können durch eine solche Erkrankung auch vielfältige soziale Folgen resultieren, z.B. durch den Verlust des Arbeitsplatzes oder durch veränderte Rollen innerhalb der Familie. Auch diese Folgen können als Belastung wahrgenommen werden und müssen von der betroffenen Person bewältigt werden. Das gelingt unterschiedlich erfolgreich, je nachdem wie gut die jeweils verfügbaren persönlichen Ressourcen sind, die wiederum auch durch die bisherige Lebensgeschichte beeinflusst werden.

Folie 4





Eine solche, vernetzte Betrachtungsweise hat den Vorteil, dass man bei der Behandlung von Patienten weniger der Versuchung erliegt, sich ausschließlich auf die somatische Ebene zu konzentrieren und damit wichtige Faktoren des Krankheitsgeschehens auszublenden. Vielmehr liegt von vornherein eine Therapie nahe, die verschiedene Ebenen – also auch die psychischen und sozialen – mit einbezieht. Dennoch bleibt auch eine solche bio-psycho-soziale Betrachtungsweise, die ohne Frage eine wichtige Erweiterung des biomedizinischen Modells darstellt, immer noch der pathogenetischen Sichtweise verhaftet, weil sie versucht, die Entstehung von Störungen oder Krankheiten zu erklären bzw. dem entsprechende Risikofaktoren zu identifizieren.

Ein weiterer Punkt kommt hinzu: Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bestimmte bösartige Krebserkrankungen gelten auch als sogenannte **„Zivilisationskrankheiten“**, womit zum Ausdruck gebracht wird, dass die **Lebensführung** in den Industriestaaten selbst einige Risikofaktoren bereithält, die die Entstehung solcher Erkrankungen begünstigen können. Aus solchen Erkenntnissen erwächst zwar einerseits die Möglichkeit, eine gesündere Lebensweise anzustreben (was ja nicht unbedingt schlecht ist), andererseits besteht aber auch die Gefahr, dass immer mehr Lebensbereiche, weil sie in mehr oder minder direkter Weise gesundheits- bzw. krankheitsrelevant sind, durch medizinische Aspekte dominiert werden. Sport wird dann nicht mehr aus Spaß an der Bewegung oder den sozialen Kontaktmöglichkeiten ausgeübt, sondern primär aus gesundheitlichen Gründen, genauso wie Genussaspekte beim Essen mehr und mehr ernährungswissenschaftlichen Überlegungen weichen müssen. Gesundheit ist dann nicht mehr lediglich die Voraussetzung eines erfüllten Lebens, sondern wird zu dessen zentralem Inhalt (Gesundheit als Fetisch und Ideologie). Solche Entwicklungen, bei denen die medizinischen Aspekte, etwa die Behandlungsmöglichkeiten, andere z.B. soziale Aspekte verdrängen, werden auch als **„Medikalisierung“** bezeichnet (**Folie 6**).

Medikalisierung

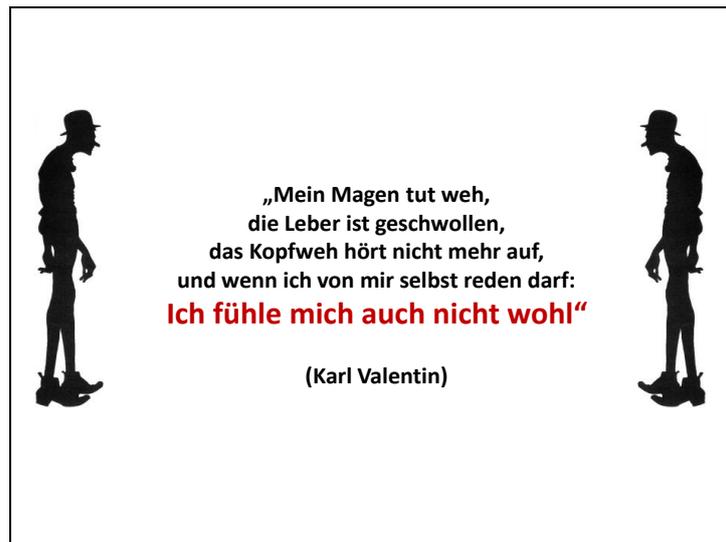
- normale Prozesse des Lebens werden als medizinisches Problem verkauft (z.B. „aging male syndrom“)
- seltene Symptome werden als grassierende Krankheiten dargestellt (z.B. Impotenz)
- persönliche und soziale Probleme werden in medizinische Probleme umgemünzt (z.B. soziale Phobie)
- Risiken werden als Krankheit verkauft (z.B. hohe Cholesterinwerte)
- leichte Symptome werden zu Vorboten schwerer Leiden aufgebauscht.

Der Spiegel 33/2003 (vgl. Moynihan et al. BMJ 2002; 324: 886-891)

Allerdings muss Medikalisierung nicht unbedingt nur negativ sein, sie kann auch positive Folgen haben. Das lässt sich etwa am Beispiel des Alkoholismus verdeutlichen: Seit 1952 durch die WHO und 1968 dann auch durch das Bundessozialgericht anerkannt wurde, dass es sich hierbei um eine Erkrankung und nicht etwa um eine „Charakterschwäche“ handelt, hat diese Störung viel von ihrem Stigma verloren. Außerdem werden die Kosten der Behandlung seither von den Kranken- bzw. Rentenkassen übernommen.

Ein weiteres Problem der pathogenetischen Sichtweise ist eine Folge des stetig und mit großer Geschwindigkeit zunehmenden medizinischen Wissens und der daraus resultierenden **Spezialisierung** des ärztlichen Handelns. Der Körper wird dadurch in immer kleinere Beobachtungseinheiten aufgeteilt, für die jeweils andere Experten (Gastroenterologen, Endokrinologen, Neurochirurgen, etc...) zuständig sind. Damit besteht die Gefahr, dass die subjektive Wirklichkeit des „ganzen“ Patienten (des „Individuums“) aus dem Blickfeld gerät. Dabei ist das Kranksein (im Sinne der „aegritudo“) ja meist der eigentliche Anlass ist, einen Arzt aufzusuchen (**Folie 7**).

Folie 7



Neben die klassische pathogenetische Sichtweise, die die Entstehung von Krankheiten zu erklären versucht, sind daher in jüngerer Zeit verschiedene Konzepte getreten, die zu erklären versuchen, warum es manchen Personen besser als anderen gelingt, ihre Gesundheit zu erhalten bzw. mit Belastungen in Form von Stress zurecht zu kommen. Am radikalsten hat der israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1923 – 1994) die pathogenetische Denkweise kritisiert: Von ihm stammt das Konzept der „**Salutogenese**“. Ausgangspunkt waren für Antonovsky Befunde aus einer Studie mit Frauen, die während des Nazi-Regimes in Konzentrationslagern interniert waren. In einer Untersuchung zu Beschwerden in den Wechseljahren wurden diese Frauen mit anderen ohne solche traumatischen Erfahrungen verglichen. Erwartungsgemäß war die Rate der Beschwerden in der Gruppe der Frauen mit Konzentrationslagererfahrung höher, sie betrug aber nicht 100%. Dieser Befund führte Antonovsky zu der Frage, durch welche Eigenschaften sich diejenigen Frauen auszeichneten, die trotz erheblicher Belastungen in ihrer Lebensgeschichte offensichtlich widerstandsfähiger gegenüber körperlichen und seelischen Belastungen geworden waren. Der Wechsel von einer pathogenetischen (Wie entstehen Krankheiten?) zu einer salutogenetischen (Was erhält gesund?) Betrachtungsweise ist mehr als eine rein sprachliche Spitzfindigkeit. **Folie 8** zeigt, welche grundsätzlichen Unterschiede mit diesen beiden Perspektiven verbunden sind. Bei den bereits angesprochenen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems handelt es sich in der Regel um **chronische Erkrankungen**. Ein Patient mit einer koronaren Herzkrankheit beispielsweise kann zwar heute effektiv behandelt werden, eine Heilung im Sinne einer Wiederherstellung des Ausgangszustandes ist aber nicht möglich. Bei einer optimalen Behandlung wird ein solcher Patient von seiner Erkrankung vielleicht gar nichts mehr spüren und sein Leben praktisch ohne Einschränkungen leben können. Daran zeigt sich, dass eine strikte Trennung in Gesunde und Kranke, wie sie das klassische pathogenetische Krankheitsverständnis nahe legt, für die Praxis wenig sinnvoll ist. Weder die absolute Gesundheit (wie sie etwa die Definition der WHO nahe legt) noch ein Zustand absoluter Krankheit ist im Alltag der Medizin besonders häufig. Wesentlich häufiger geht es darum, wie ein weniger kranker bzw. ein gesünderer als der bisherige Zustand erreicht werden kann. Hilfreicher ist es also, **Gesundheit und Krankheit** nicht kategorial voneinander zu unterscheiden, sondern eher **als die Pole eines Kontinuums** zu denken, auf dem viele individuelle Positionen

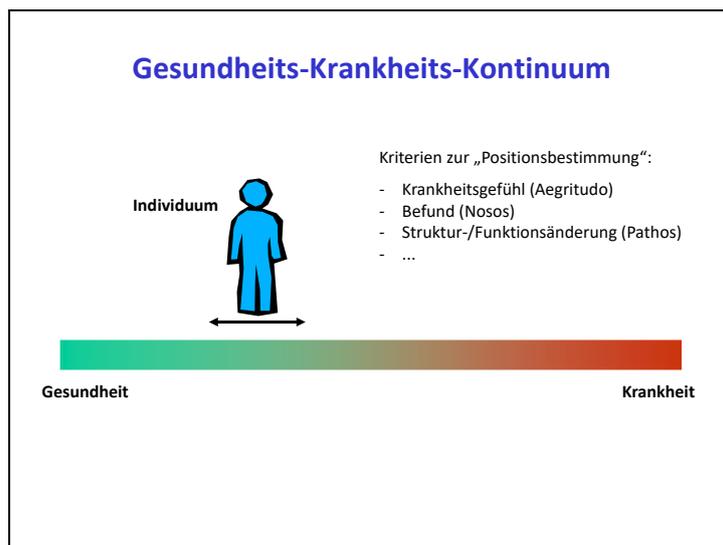
möglich sind (**Folie 9**). Kriterien für eine solche Positionierung können z.B. das Fehlen oder das Vorhandensein von Schmerzen, das Fehlen oder Vorhandensein von funktionellen Einschränkungen und ärztliche Befunde sein. Wichtig ist, dass **sowohl subjektive als auch objektive Kriterien** bei der Positionierung eine Rolle spielen und dass sich die Position auf dem Kontinuum ständig verändern kann. Die Aufgabe des Arztes wäre es demnach, dem Patienten dabei zu helfen, sich mehr in Richtung „Gesundheitspol“ zu bewegen. Wie weit und wie schnell dies im individuellen Fall möglich ist, ist eine Frage, die Arzt und Patient nur gemeinsam beantworten können, indem sie ein Therapieziel vereinbaren.

Folie 8

Von der Patho- zur Salutogenese

	Pathogenese	Salutogenese
Konzeptualisierung von Gesundheit und Krankheit	dichotom: gesund vs. krank	Kontinuum
Fokus	Risikofaktoren, Noxen	Individuelle Ressourcen
Behandlungskonzept	krankheitszentriert	Stärkung von Bewältigungsressourcen

Folie 9

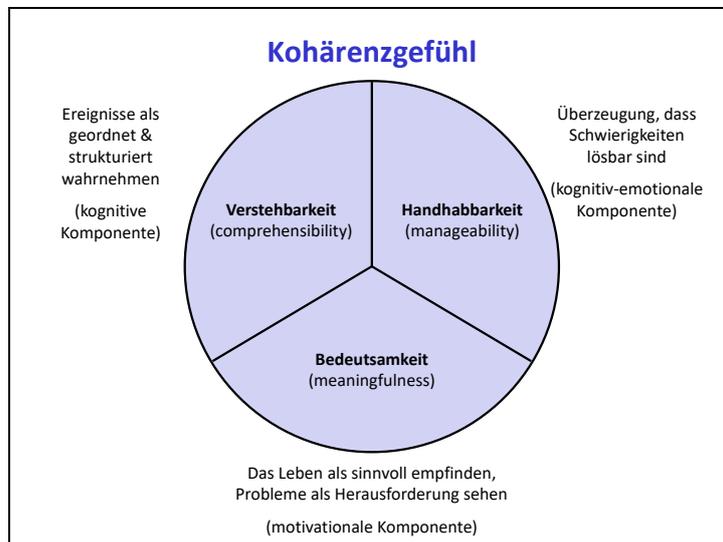


Während der Fokus der pathogenetischen Krankheitsmodelle ganz auf die krankmachenden Faktoren gerichtet ist, betrachten salutogenetische Modelle die **gesamte Lebensgeschichte auf mehreren Ebenen**. Den individuellen **Bewältigungsressourcen** wird dabei besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Es geht dabei um die Frage, welche Fähigkeiten der Patient in seiner Lebensgeschichte entwickeln konnte, um mit belastenden Ereignissen umzugehen. Auch diese Ressourcen können auf mehreren Ebenen betrachtet werden: Eine gute körperliche Kondition kann dazu ebenso gehören, wie psychische Bewältigungsstrategien (z.B. die Fähigkeit Ambivalenz und Unsicherheit zu ertragen) oder die Fähigkeit, soziale Kontakte zur eigenen Entlastung oder Unterstützung zu nutzen. Aus dieser Sicht könnte man Krankheit als einen Zustand verstehen, bei dem die verfügbaren biologischen, psychischen und sozialen Ressourcen des Individuums momentan überlastet sind.

Von zentraler Bedeutung scheint dabei das sogenannte „**Kohärenzgefühl**“ zu sein (**Folie 13**), das sich aus drei Faktoren zusammensetzt und allgemein beschrieben werden kann als „eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass erstens die Anforderungen aus der internalen und externalen Um-

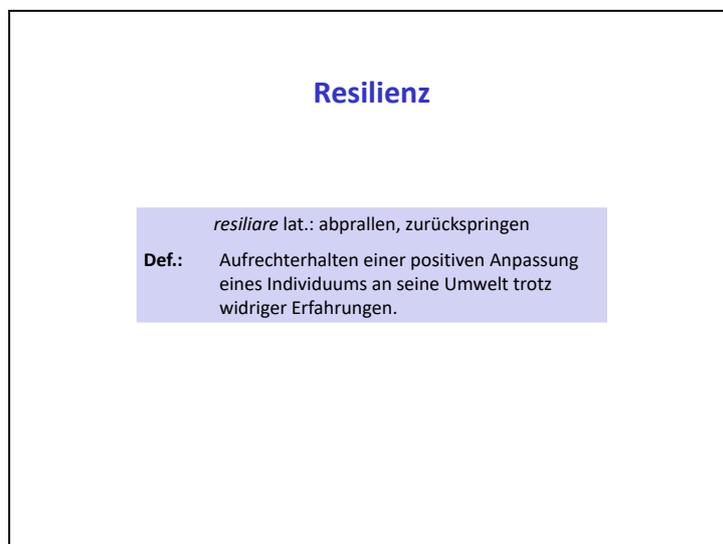
welt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind, und dass zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen“ (Antonovsky, 1993). Das Kohärenzgefühl (engl.: **sense of coherence**) hat sich als ein einflussreiches und gewinnbringendes Konzept erwiesen, um der Antwort auf die Frage, warum manche Menschen krank werden und andere nicht, ein Stück näher zu kommen. Über einzelne Ergebnisse der dazu durchgeführten Forschung informiert die unten angegebene Literatur.

Folie 12



Mittlerweile gibt es eine ganze Reihe von Forschungsansätzen, die salutogenetisch orientiert sind, das heißt, die nach Faktoren suchen, die Menschen gesund erhalten. Das Konzept der **Resilienz (Folie 10)** stammt aus der entwicklungspsychologischen Forschung mit Kindern und bezeichnet die Fähigkeit, trotz widriger, belastender Lebensumstände eine positive Entwicklung im emotionalen, kognitiv-intellektuellen und sozialen Bereich aufrechterhalten zu können.

Folie 10



So ist z.B. bekannt, dass Kinder drogenabhängiger Mütter ein hohes Risiko haben, im weiteren Leben an einer ernsthaften psychischen Störung zu erkranken (z.B. an einer schweren Depression). Etwa zwei Drittel solcher Kinder entwickeln eine derartige Störung. Warum bleibt einem Drittel dieser Kinder ein solches Schicksal erspart? Nachdem sich die Forschung hier zunächst ganz auf interne Faktoren der Kinder konzentrierte (Persönlichkeitseigenschaften wie Selbstwertgefühl, etc.), steht mittlerweile eher die Frage im Vordergrund, wie solche internen Faktoren mit anderen Bedingungen (z.B. positive Bezugspersonen aus dem weiteren Familienkreis, Schule) zusammenwirken müssen, damit eine entsprechende Resilienz entstehen kann. Aufklärung über die Faktoren, die zu Resilienz beitragen, kann insbesondere aus methodisch sehr anspruchsvollen Längsschnittstudien gewonnen werden, bei denen Individuen über einen längeren

Zeitraum beobachtet werden. Eine der bekanntesten derartigen Studien ist die sogenannte **Kauai-Studie**, benannt nach dem Ort, an dem sie durchgeführt wurde. Dabei wurden alle im Jahr 1955 geborenen Kinder auf der hawaiianischen Insel Kauai über mehrere Jahrzehnte von verschiedenen Wissenschaftlern untersucht (**Folie 11**). Von den zahlreichen Ergebnissen ist für unseren Zusammenhang vor allem die Gruppe derjenigen Kinder interessant, die aufgrund verschiedener Faktoren ein hohes Risiko für Entwicklungsprobleme hatten. Im Alter von 10 Jahren hatten 2/3 dieser Kinder tatsächlich schulische oder soziale Schwierigkeiten entwickelt. 1/3 aber hat sich aber trotz widriger Umstände positiv entwickelt und tut dies auch weiterhin, wie später erhobene Daten zeigen.

Folie 11



Kauai-Studie

- Start: 1955; alle Neugeborenen (N=698)
- Etwa 1/3 (N=201) Hochrisiko-Kinder (Armut, perinataler Stress, familiäre Probleme, Drogenmißbrauch, etc.)
 - nach 10 Jahren: 2/3 „Problemkinder“, 1/3 unproblematisch
 - Faktoren:
 - „unkompliziertes“, „positives“ Temperament
 - Kleinkindalter: gute Aufmerksamkeit, Neugier, soziale Orientierung
 - 10 Jahre: gute Sozialkompetenz, Interesse, Hobbys
 - Familien: ≤ 4 Kinder, Geschwisterabstand ≥ 2 Jahre, keine längere Trennungserfahrung, mindestens 1 stabile Bezugsperson (z.B. Großeltern)
 - Jungen: häufig Erstgeborene, Rollenmodelle
 - außerfamiliäre soziale Unterstützung: enge Freunde, Freundeskreis, Freizeitaktivitäten

Einige Faktoren, die vermutlich zu dieser positiven Entwicklung beigetragen haben, sind in **Folie 11** aufgeführt. Es ist leicht zu erkennen, dass es tatsächlich das Zusammenspiel von anlagebedingten Faktoren (z.B. dem Temperament des Kindes) und Umweltfaktoren (in der Familie, im Freundeskreis) ist, das diese Entwicklung ermöglicht. Mittlerweile wurden mehrerer solcher Längsschnittstudien durchgeführt, die die Ergebnisse der Kauai-Studie weitgehend bestätigen konnten. **Folie 12** zeigt einige der dabei identifizierten potentiellen Schutzfaktoren.

Folie 12

Resilienz potentielle Schutzfaktoren

Personal 	<ul style="list-style-type: none"> • körperlich / biologisch (Temperament, Geschlecht, etc.) • kognitive Fähigkeiten, schulische Leistung • Selbstwirksamkeitserwartung • Selbstkontrolle und Selbstregulation • realistische Selbsteinschätzung und Zielorientierung • besondere Begabungen, Ressourcen, Kreativität • interpersonelle Schutzfaktoren – soziale Kompetenz • ...
Familiär 	<ul style="list-style-type: none"> • strukturelle Familienmerkmale (z.B. sozioökon. Status) • Eltern-Kind-Beziehung: Bindung und pos. Beziehung • positive Geschwisterbeziehungen • Merkmale der Eltern • ...
Sozial 	<ul style="list-style-type: none"> • soziale Unterstützung • Erwachsene als Rollenmodell / gute Beziehung zu Erwachsenen • Kontakte zu Gleichaltrigen • Qualität der Bildungsinstitutionen

n. Bengel et al. 2006

take-home-message

- traditionelles pathogenetisches Modell als alleinige Sichtweise unzureichend („Defizitorientierung“)
- Wechselwirkung von biologischen, psychischen, sozialen Faktoren bei Krankheitsentstehung (monokausale Modelle greifen zu kurz)
- Perspektivwechsel: Orientierung an individuellen Gesundheitsressourcen (z.B. Kohärenzgefühl, Resilienz) notwendig (Salutogenese)

Literatur:

- Antonovsky A (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke A, Broda M (Hg): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese Konzept. Tübingen (DGVT).
- Bengel J, Strittmatter R, Willmann H (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZGA).
- Bengel J, Meinders-Lücking F, Rottmann N (2008): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZGA).
- Geigges W (2003): Das bio-psycho-soziale Modell von Krankheit am Beispiel der koronaren Herzkrankheit. In: Fritzsche K, Geigges W, Richter D, Wirsching M: Psychosomatische Grundversorgung. Berlin (Springer Verlag): S. 30 – 35.
- Illich I (1995): Die Nemesis der Medizin – Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. München (Beck).
- Krämer W (1997): Wir kurieren uns zu Tode – Ratlosigkeit und die Zukunft der modernen Medizin. Berlin (Ullstein).
- Lenzen D (1991): Krankheit als Erfindung. Frankfurt am Main (Fischer).
- Moynihan R, Heath I, Henry D (2002): Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. British Medical Journal 324: 886 – 891.