

Gerhard Trabert, Heiko Waller

Sozialmedizin

Grundlagen und Praxis

7., aktualisierte und
erweiterte Auflage

Kohlhammer

Kohlhammer

Gerhard Trabert,
Heiko Waller

Sozialmedizin

Grundlagen und Praxis

7., aktualisierte und
erweiterte Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigung, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen oder sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige gesetzlich geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

7., aktualisierte und erweiterte Auflage 2013

Alle Rechte vorbehalten

© 1985/2013 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-022466-7

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-024030-8

Inhalt

Vorwort 7

I Allgemeine Sozialmedizin 9

1 Krankheit und Behinderung: medizinische und sozial-
wissenschaftliche Konzepte 10

1.1 Krankheit 10

1.2 Behinderung 40

2 Krankheit, Behinderung und soziale Faktoren:
Grundlagen und Ergebnisse der Epidemiologie 43

2.1 Grundlagen der Epidemiologie 44

2.2 Ergebnisse der Epidemiologie 49

2.2.1 Soziale Schicht und Krankheit 57

2.2.2 Arbeit, Arbeitslosigkeit und Krankheit 71

2.2.3 Migration und Krankheit 76

2.2.4 Geschlechtsrollen, Familienfaktoren und Krankheit 77

2.2.5 Umwelt und Krankheit 80

3 Gesundheitswesen 82

3.1 Systemanalyse des Gesundheitswesens 82

3.1.1 Institutionen der Gesundheitsversorgung 93

3.1.1.1 Haushalte 93

3.1.1.2 Ambulante Versorgung 95

3.1.1.3 Stationäre Versorgung 103

3.1.2 Berufe im Gesundheitswesen 105

3.2 Systemgestaltung des Gesundheitswesens 112

3.3 Systembewertung des Gesundheitswesens 117

4 Patienten im Gesundheitswesen 120

4.1 Patienten zu Hause 120

4.2 Patienten in ambulanten Einrichtungen 124

4.3 Patienten in stationären Einrichtungen 127

4.4 Selbsthilfe und Mitbestimmung im Gesundheitswesen 131

4.4.1 Selbsthilfe im Gesundheitswesen 131

4.4.2 Mitbestimmung im Gesundheitswesen 135

5 Sozialmedizinische Praxis	139
5.1 Prävention und Gesundheitsförderung	140
5.1.1 Prävention	142
5.1.2 Gesundheitsförderung	150
5.1.3 Gesundheitsarbeit	162
5.2 Beratung und Sozialtherapie	164
5.3 Rehabilitation und Nachsorge	173
5.4 Pflege und Sterbebegleitung	181
5.4.1 Pflege	181
5.4.2 Sterbebegleitung	190
5.5 Gewalt und Gesundheit	195
 II Spezielle Sozialmedizin	 207
6 Körperliche Erkrankungen	208
6.1 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	208
6.1.1 Medizinische Grundlagen	208
6.1.2 Sozialmedizinische Grundlagen	210
6.1.3 Sozialmedizinische Praxis	213
6.2 Krebserkrankungen	216
6.2.1 Medizinische Grundlagen	216
6.2.2 Sozialmedizinische Grundlagen	218
6.2.3 Sozialmedizinische Praxis	222
6.3 Infektionserkrankungen, insbesondere AIDS	226
6.3.1 Medizinische Grundlagen	229
6.3.2 Sozialmedizinische Grundlagen	232
6.3.3 Sozialmedizinische Praxis	236
7 Behinderungen	238
7.1 Medizinische Grundlagen	238
7.2 Sozialmedizinische Grundlagen	243
7.3 Sozialmedizinische Praxis	246
8 Psychische, psychosomatische und Suchterkrankungen	263
8.1 Psychiatrische Grundlagen	264
8.2 Sozialpsychiatrische Grundlagen	275
8.3 Sozialpsychiatrische Praxis	283
Literatur	299
Register	315

Vorwort

Das vorliegende Buch richtet sich in erster Linie an Studierende der Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Soziologie, Psychologie, Gesundheitswissenschaft, Krankenpflege, Altenpflege etc., also an die nicht-ärztlichen Berufsgruppen, die im Gesundheitswesen tätig sind. Für diese Gruppen möchte das Lehrbuch einen Überblick geben über das Fachgebiet der Sozialmedizin einschließlich einer Einführung in die sozialmedizinische Krankheitslehre. Darüber hinaus will es – wie aus dem Untertitel deutlich wird – praktische Sozialmedizin vermitteln, auf Handlungsmöglichkeiten hinweisen, die psychosoziale und sozialmedizinische Arbeit im Gesundheitswesen ausmachen.

Sozialmedizin ist ein interdisziplinäres theoretisches und angewandtes Fachgebiet. Es verbindet die sozialwissenschaftliche mit der medizinischen Sichtweise von Krankheit und Behinderung und wendet sie in Prävention, Sozialtherapie und Rehabilitation praktisch an.

Aus dieser Definition leitet sich auch die Gliederung dieses Lehrbuches ab:

Der erste Teil des Lehrbuches lässt sich als Allgemeine Sozialmedizin beschreiben und beschäftigt sich in fünf Kapiteln mit den Grundlagen sozialmedizinischer Theorie und Praxis. Der zweite Teil des Lehrbuches behandelt spezielle, d. h. auf die heutigen Haupterkrankungen bezogene Aspekte der Sozialmedizin und versucht damit zugleich, eine sozialmedizinisch orientierte Krankheitslehre zu vermitteln.

Das Buch ist aus den Erfahrungen meiner über dreißigjährigen Lehr- und Forschungstätigkeit geschrieben: Von 1974–1978 habe ich als Assistent am Institut für Medizin-Soziologie des Fachbereichs Medizin an der Universität Hamburg gearbeitet, seit 1979 bin ich als Professor für Sozialmedizin am Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule (jetzt Universität) in Lüneburg tätig. Seit 1992 leite ich die Sektion Gesundheitssoziologie und Sozialmedizin am Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften der Universität Lüneburg. Auch wenn das Buch primär aus der Sicht eines Wissenschaftlers geschrieben ist, so habe ich doch versucht, auch meine praktischen sozialmedizinischen Erfahrungen einzubringen. Diese habe ich in erster Linie in der Allgemeinmedizin und in der Sozialpsychiatrie gemacht.

Ich möchte mich bei allen meinen Studenten/innen und Kollegen/innen¹ bedanken, deren Anregungen, Diskussionen und Ermutigungen direkt oder indirekt in

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im gesamten Text nur die männliche Form benutzt. Es sind Frauen und Männer in gleicher Weise gemeint.

dieses Lehrbuch mit eingeflossen sind. Ein ganz besonderer Dank gilt Herrn Dr. Poensgen und Frau Reutter vom Lektorat des Kohlhammer-Verlags für die langjährige hervorragende Zusammenarbeit.

Lüneburg, Sommer 2007

Heiko Waller

Ich möchte Heiko Waller für sein Vertrauen und die kooperative Zusammenarbeit bei der Fortentwicklung und weiteren inhaltlichen Gestaltung seines Standardwerkes der Sozialmedizin ganz herzlich danken.

Als Sozialarbeiter und Arzt verfüge ich über eine langjährige praktische Erfahrung im Arbeitsfeld der Sozialmedizin. So arbeitete ich als Sozialarbeiter u. a. in verschiedenen Krankenhaussozialdiensten sowie mit ausgegrenzten, von sozialer Benachteiligung betroffenen Menschen (Wohnungslose und Suchtkranke). Als Arzt wiederum war ich in verschiedenen Kliniken praktisch tätig (Psychosomatik und Innere Medizin). Hierbei arbeitete ich die längste Zeit auf einer internistisch-onkologischen Station eines Krankenhauses der Regelversorgung. Ich qualifizierte mich im Fach der Allgemeinmedizin und Notfallmedizin. Neben meiner klinischen Tätigkeit baute ich ein niedrigschwelliges medizinisches Versorgungsmodul für wohnungslose Menschen auf und leite seit über 18 Jahren dieses Projekt. Zusätzlich nahm ich als Arzt bei verschiedenen medizinischen Hilfseinsätzen in den verschiedensten Regionen der Erde teil – u. a. in Afghanistan nach dem 11. September 2001, in Angola nach dem Bürgerkriegsende, in Sri Lanka nach dem Tsunami, in Haiti nach dem Erdbeben und in Pakistan nach einer Überschwemmungskatastrophe. Diese Einsätze machten mir nochmals verstärkt die Bedeutung einer transkulturellen Kompetenz und Sensibilität deutlich.

Seit 1999 unterrichte ich als Professor für das Fach Sozialmedizin, anfänglich an der Georg-Simon-Ohm Hochschule Nürnberg, seit 2009 an der Hochschule RheinMain Wiesbaden, jeweils im Fachbereich Sozialwesen. In meinem Lehrgebiet versuche ich eine Synthese meines theoretischen Wissens mit meinen praktischen Arbeits- und Tätigkeitserfahrungen zu gestalten und durchzuführen, Theorie und Empirie zu vereinen. Genau dies ist ein zentraler Aspekt meiner Beiträge zu Heiko Wallers Standardwerk des Fachgebietes der Sozialmedizin. Wissenschaft, so auch ein wissenschaftlich orientiertes Lehrbuch, hat die Aufgabe, objektive Fakten und Daten in einen Kontext zu stellen und lerndidaktisch zu vermitteln. Gerade in dieser Kontextualisierung bringe ich meine praktischen Erfahrungen und theoretischen Reflexionen mit ein und setze dementsprechend auch gezielt bestimmte Schwerpunkte.

Die Nähe zu bestimmten Personengruppen und die hieraus resultierende Betroffenheit können sich dann wiederum in der Bedeutungsbeimessung bestimmter Diskurse widerspiegeln. Dies ist gewollt und soll den Leser zu aktiven Auseinandersetzungsprozessen anregen.

Wiesbaden, Februar 2013

Gerhard Trabert

I Allgemeine Sozialmedizin

Im 1. Teil dieses Buches beschäftigen wir uns in fünf Kapiteln mit den theoretischen und praktischen Grundlagen der Sozialmedizin. Im **1. Kapitel** werden wir eine Reihe von unterschiedlichen Krankheitstheorien vorstellen und sie danach beurteilen, in welchem Maße sie geeignet sind, die heute vorherrschenden Krankheiten und Behinderungen unter besonderer Berücksichtigung ihrer sozialen Bezüge zu erklären. Mit der Epidemiologie dieser Krankheiten und Behinderungen befassen wir uns dann im **2. Kapitel**. Wir benötigen dieses epidemiologische Wissen auch, um beurteilen zu können, ob und wie unser Gesundheitswesen, mit dem wir uns in **Kapitel 3** beschäftigen, auf die Bewältigung der heutigen Gesundheitsprobleme ausgerichtet ist. Wir benötigen Kenntnisse über die sozialen Ursachen und über die sozialen Folgen der heutigen Krankheiten und Behinderungen, um Maßnahmen der Krankheitsvermeidung (Prävention), der sozialmedizinischen Beratung und Behandlung (Sozialtherapie), der Rehabilitation und Nachsorge sowie der Pflege und der Sterbebegleitung entwickeln und anwenden zu können. Mit diesen sozialmedizinischen Praxisfragen beschäftigt sich das **Kapitel 5**. Im Mittelpunkt auch der Sozialmedizin stehen die Patientinnen und Patienten. Um ihre Situation innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens geht es in **Kapitel 4**.

1 Krankheit und Behinderung: medizinische und sozialwissenschaftliche Konzepte

Bevor wir uns mit unterschiedlichen Theorien über Krankheit und Behinderung befassen, möchte ich anhand einiger Beispiele zeigen, dass sich Krankheit und Behinderung immer in einem sozialen Kontext präsentieren. Das erste Beispiel entstammt der Geschichte der Sozialmedizin.

1.1 Krankheit

Im Jahre 1849 wurde unter anderem der Pathologe R. Virchow vom Preußischen Gesundheitsministerium beauftragt, über die in Oberschlesien grassierende Typhus-Epidemie zu berichten und Vorschläge zu ihrer Eindämmung zu machen. Virchow hat die Ergebnisse seines Berichts in dem Buch: »Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhusepidemie« zusammengefasst. Virchows Bericht ist eine brillante medizin-soziologische Analyse der durch Armut, Hunger und Ausbeutung gekennzeichneten Lebensbedingungen in Oberschlesien. Virchows Diagnose über die Ursachen der Typhusepidemie (der Erreger des Typhus war damals noch nicht bekannt, er wurde erst 30 Jahre später als Bakterium identifiziert) lautete:

»Aller Wahrscheinlichkeit nach sind es die lokalen Verhältnisse der Gesellschaft, welche die Form der Krankheit bestimmen, und wir können bis jetzt als ein ziemlich allgemeines Resultat hinstellen, daß die einfache Form umso häufiger ist, je armseliger und einseitiger die Nahrungsmittel und je schlechter die Wohnungen sind« (Virchow, 1848, S. 162).

Diese sozialökonomische Analyse des Zusammenhangs von benachteiligten Lebensbedingungen und Krankheit sowie die daraus abzuleitende Funktion der Medizin hat Virchow in späteren Arbeiten präzisiert. 1849 schrieb er:

»Die künstlichen Seuchen sind vielmehr Attribute der Gesellschaft, Produkte der falschen oder nicht auf alle Klassen verbreiteten Cultur; sie deuten auf Mängel, welche durch die staatliche und gesellschaftliche Gestaltung erzeugt werden und treffen daher auch vorzugsweise diejenigen Klassen, welche die Vortheile der Cultur nicht mitgenießen« (Virchow, 1849, S. 47).

In einer späteren Schrift prägte Virchow den viel zitierten Satz:

»Die Ärzte sind die natürlichen Anwälte der Armen und die soziale Frage fällt zu einem erheblichen Teil in ihre Jurisdiction« (Virchow, 1879, S. 4).

Ein weiteres Beispiel über die enge Verknüpfung medizinischer und sozialer Tatbestände stammt aus der Medizinsoziologie. In seiner heute ebenfalls schon »klassischen« Untersuchung »Krankheit in Regionville« untersucht der amerikanische Medizinsoziologe E. L. Koos (1954; deutsch 1967) Fragen der Krankheitsdefinition und des Krankheitsverhaltens von Angehörigen unterschiedlicher sozialer Schichten in einer Kleinstadt. So legte Koos unter anderem den Befragten eine Liste von Krankheitssymptomen vor und forderte sie auf, für jedes aufgeführte Symptom anzugeben, ob es einen Arztbesuch erforderlich machen würde. Das Ergebnis dieser Befragung ist in der Tab. 1.1 zusammengefasst.

Tabelle 1.1 zeigt signifikante Unterschiede zwischen den Befragten unterschiedlicher sozialer Schichten: Befragte der Oberschicht (Gruppe I) maßen den meisten Symptomen eine besondere Bedeutung bei, während Angehörige der Mittelschicht (Gruppe II) und insbesondere Angehörige der Unterschicht (Gruppe III) bei den meisten Symptomen keinen Anlass für einen Arztbesuch sahen. Wir wollen an dieser Stelle nicht weiter auf die methodischen Schwierigkeiten bzw. Mängel dieser Untersuchung eingehen (z. B. auf das Problem der genauen Definition von Symptomen – was heißt z. B. »hartnäckiges« Rückenweh – oder auf das Problem der Diskrepanz von Einstellungen und tatsächlichem Verhalten), sondern im Wesentlichen auf die sozialschichtenspezifische Variabilität von Definitionen über behandlungsbedürftige Beschwerden, was eine Befragungsperson folgendermaßen ausdrückt:

»Wenn ich nur wüßte, was Sie eigentlich unter Krankheit verstehen? Manchmal habe ich mich elend gefühlt, daß ich mir am liebsten die Decke über die Ohren gezogen hätte, um zu sterben; aber ich mußte ja weiter machen, weil jemand sich um die Kinder kümmern mußte und wir außerdem nicht das Geld für einen Arzt hatten: Wie konnte ich da krank sein? ... Wie weiß man es überhaupt, daß man krank ist? Manche Leute können es sich leisten, sich ziemlich beliebig mit jeder Kleinigkeit ins Bett zu legen, aber die meisten von uns dürfen nicht krank sein – selbst wenn wir es nötig hätten« (Koos, 1967, S. 304).

Wir werden in **Kapitel 4** noch ausführlicher auf neuere Untersuchungen zum Gesundheits- und Krankheitsverhalten eingehen.

Unser drittes Beispiel bezieht sich auf ein sozialpsychologisches Experiment, das von dem amerikanischen Psychologen Rosenhan (1973) durchgeführt wurde und in der Öffentlichkeit sowie in der Wissenschaft teilweise zu spektakulären Reaktionen geführt hat. In dem von Rosenhan durchgeführten Experiment gelang acht Pseudopatients – ausschließlich unter Simulation des Symptoms, sie würden Stimmen hören – die Aufnahme in verschiedene psychiatrische Anstalten. Die Pseudopatients änderten nur ihren Namen und ihren Beruf, ließen aber ihre Lebensgeschichte unverändert, sie hörten auch sofort nach der Aufnahme auf, »Stimmen hören« zu simulieren. Keiner der Pseudopatients wurde als solcher »entdeckt«. Bis auf einen Fall erhielten alle die Diagnose »Schizophrenie« und wurden im Durchschnitt nach 19 Tagen wieder entlassen. In vielen Fällen waren es die Mitpatienten, die die Versuchsperson als Pseudopatients entlarvten.

Die Frage, der Rosenhan mit diesem Experiment nachgehen wollte, lautet, wie genau man psychisch Gesunde von psychisch Kranken unterscheiden kann und ob die Hauptcharakteristika, die zu Diagnosen führen, in dem Patienten selbst oder in seiner Umgebung liegen. Rosenhan negiert nicht die Existenz psychischer

Erkrankungen. Was er in Frage stellt, ist die Angemessenheit psychiatrischen Diagnostizierens und psychiatrischen Handelns.

Tab. 1.1: Krankheitsverhalten und Soziale Schicht

Prozentsatz von Befragten in jeder sozialen Gruppe, die bei spezifischen Symptomen die Notwendigkeit ärztlicher Konsultation bejahten*.

Symptom	Gruppe I (N= 51)	Gruppe II (N= 335)	Gruppe III (N= 128)
Appetitlosigkeit	57	50	20
Hartnäckiges Rückenweh	53	44	19
Fortgesetztes Husten	77	78	23
Hartnäckige Glieder- und Muskelschmerzen	80	47	19
Blut im Stuhl	98	89	60
Blut im Urin	100	93	69
Übermäßige Vaginalblutungen	92	83	54
Anschwellen der Fußknöchel	77	76	23
Gewichtsverlust	80	51	21
Zahnfleischbluten	79	51	20
Chronische Müdigkeit	80	53	19
Kurzatmigkeit	77	55	21
Hartnäckiges Kopfweg	80	56	22
Ohnmachtsanfälle	80	51	33
Schmerz im Brustkorb	80	51	31
Kloß in der Brust	94	71	44
Kloß im Unterleib	92	65	34

* Prozentsätze auf- und abgerundet

Quelle: Koos, 1954, S. 306

Zu diesen in der Rosenhan-Studie angesprochenen Fragen ist inzwischen eine große Fülle von Untersuchungen und Veröffentlichungen erschienen, insbesondere von Forschern, die dem sogenannten labeling-Ansatz – eine soziologische Theorie über abweichendes Verhalten – verpflichtet sind. Wir werden uns noch ausführlicher mit dieser Theorie und den Forschungsergebnissen beschäftigen.

Die zitierten Beispiele dokumentieren in unterschiedlicher Weise unsere Sicht, dass Krankheit und Behinderung sowohl *medizinische* als auch *sozialwissenschaftliche* Kategorien sind:

Eine Epidemie ist nur verständlich (und beherrschbar) vor dem Hintergrund der sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen der Menschen: Ernährungssituation, Wohnungsverhältnisse, hygienische Verhältnisse inklusive Impfschutz sind die entscheidenden Merkmale dafür, ob sich ein Krankheitserreger ausbreiten

kann oder nicht. Der Krankheitserreger ist die notwendige Bedingung einer Infektion, nicht jedoch hinreichend für seine epidemische Ausbreitung. Diese ist primär durch die sozioökonomischen Verhältnisse einer Gesellschaft (Gemeinde, Bevölkerungsgruppe etc.) bestimmt.

Ebenso ist das *Krankheitsverhalten* einer Bevölkerungsgruppe geprägt von psychischen und sozialen Faktoren, die außerhalb der eigentlichen Beschwerden bzw. Erkrankungen liegen, die Entscheidung aber, z. B. medizinische Hilfe aufzusuchen, ebenso stark mitbedingen wie die Art und die Intensität von Symptomen.

Und schließlich ist es auch die *Medizin* selbst, die mit ihren Krankheitstheorien, Einrichtungen, Berufen und therapeutischen Techniken als Institution der Gesellschaft auch Aufgaben übernimmt, die der sozialen Kontrolle dienen können und von daher als gesellschaftliche Ursachen von Krankheiten mitbedacht werden müssen.

Krankheitstheorien

Die Verknüpfung von medizinischen und sozialen Faktoren bei dem Phänomen Krankheit ist also vielfältig. Soziale Faktoren haben eine Bedeutung bei

- der Krankheitsentstehung,
- der Krankheitsdefinition,
- dem Krankheitsverhalten,
- den Krankheitsfolgen,
- der medizinischen Versorgung im Krankheitsfall.

Wir werden uns im Laufe dieses Buches mit allen genannten Aspekten beschäftigen, im Rahmen dieses **1. Kapitels** soll nun aber die Verknüpfung medizinischer und sozialer Faktoren bei der *Krankheitsentstehung* ausführlicher betrachtet werden, und zwar aus der Perspektive unterschiedlicher Krankheitstheorien.

Krankheitstheorien lassen sich zuerst einmal danach einteilen, ob es sich um Laienkonzepte oder um wissenschaftliche Konzepte handelt. Faltermaier (1994, S. 88 ff.) hat sich ausführlich mit den *Laienkonzepten* (oder auch subjektiven Konzepten) von Krankheit beschäftigt. Er unterscheidet in seiner Literaturübersicht zwischen

- den Vorstellungen von kranken Menschen von ihrer spezifischen Krankheit,
- den Vorstellungen von relativ gesunden Laien von spezifischen Krankheitseinheiten und
- den Vorstellungen von relativ gesunden Laien von Krankheit im Allgemeinen.

An dieser Stelle soll auf die zuletzt genannten Vorstellungen etwas näher eingegangen werden (ebenda, S. 95 ff.):

»Das Wissen über Krankheit ist sozial organisiert und wird kulturell tradiert. Vorstellungen über Krankheit und Gesundheit sind nicht nur durch gesellschaftliche und soziale Verhältnisse geprägt. Sie können auch als kulturelles System verstanden werden, das in sozialen Gruppen und Gesellschaften von Generation zu Generation weiter getragen wird.

Daher ist von der Existenz relativ eigenständiger Gesundheitskulturen und verborgener Wissensbestände in der Bevölkerung auszugehen; diese drücken sich etwa aus im Verhältnis zum Körper und zu körperlichen Phänomenen wie Schmerz, in der Bedeutung der Ernährung oder eben in den Laientheorien von Krankheiten und von ihren Ursachen.

Ein **historischer Blick auf den Wandel in den Vorstellungen von Krankheit**, wie in der Untersuchung von Herzlich und Pierret (1991) unternommen, zeigt die Eigenständigkeit der Laienkultur gegenüber dem medizinischen Diskurs, aber auch ihre wechselseitige Beeinflussung noch klarer. Krankheit wird immer am Körper wahrgenommen. Der Körper ist aber ebenso das Medium der Arbeit, der Lust und des Wohlbefindens, wie er der Sitz von Krankheit, Schmerz und Tod ist. Da die Interpretation des Körpers immer auch eine soziale Konstruktion ist, zeigt sich in der Wahrnehmung des kranken Körpers auch eine kulturelle Ordnung, ein Weltbild und ein Menschenbild. So wie in frühen Zeitaltern die Krankheit am veränderten und gepeinigten Körper ablesbar und mit Unglück, Sünde und dem Bösen verbunden war, so ist die moderne Krankheit unsichtbar, in einem stummen, äußerlich oft unversehrten Körper, der wie eine Maschine von der Medizin kontrollierbar ist.

Ähnlich wie das Verhältnis zum kranken Körper haben sich die Vorstellungen von der **Ursache** der Krankheit im historischen Verlauf verändert. Das einschneidende Ereignis einer Krankheit hat immer Erklärungen ausgelöst, die über das Körperliche hinausgehen. Bis zum Ende des 18. Jahrhunderts dominierten Erklärungen, die die Ursache von Krankheit in einer Strafe Gottes sahen oder – damit in engem Zusammenhang – in Störungen der Natur: Kalte, feuchte oder verdorbene Luft konnte ebenso zu Krankheit führen wie verdorbene Sitten. Die Vorstellung, daß Krankheiten durch Ansteckung entstehen können, war schon lange im Volk verbreitet, bevor sie im 19. Jahrhundert nach der Entdeckung der Bakterien auch von der Medizin übernommen wurde. Die heute sehr aktuelle Theorie, daß Krankheiten durch die moderne Lebensweise und Ernährung erzeugt werden, ist schon in der beginnenden Industrialisierung aufgekommen, als das Leben in den Städten und die Mangelernährung für die Entstehung von Krankheiten verantwortlich gemacht wurden. Gleichfalls entstand in dieser Phase der raschen Industrialisierung die Vorstellung, daß der Verschleiß durch Arbeit eine wesentliche Krankheitsursache ist... . Heute stehen allerdings nicht mehr die körperlichen Abnutzungserscheinungen im Vordergrund, sondern nervöse Spannungen und die Überforderung im Beruf. Überhaupt rückten in neuerer Zeit mehr das Individuum und seine seelische Verfassung in den Mittelpunkt ätiologischer Vorstellungen. Die endogene Auffassung, Krankheit entstehe aus dem Individuum heraus, war zwar schon im 19. Jahrhundert präsent, damals stand aber noch die Idee einer Vererbung oder einer Störung der körperlichen Harmonie im Vordergrund. Heute dagegen wird immer mehr die seelische Verfassung, das Leiden an der eigenen Persönlichkeit als Ursache von Krankheit thematisiert; in der Psychosomatik wurde sie wissenschaftlich ausgearbeitet« (s. weiter unten).

Bevor wir uns mit den *wissenschaftlichen Krankheitstheorien* beschäftigen, sollte man sich mit folgender grundsätzlicher Einsicht vertraut machen: Diese unterschiedlichen Krankheitsmodelle sind keine konkurrierenden Theorien, d. h., sie schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern sie betrachten das Phänomen Krankheit aus ganz unterschiedlichen Perspektiven und sind von daher alle mehr oder weniger zutreffend und – möchte man sich die Aufgabe stellen, ein kompliziertes Theoriegebäude von Krankheiten zu entwickeln – kombinierbar.

Um dies zu verdeutlichen, möchte ich ein Beispiel zitieren, das Armstrong (1994) gegeben hat. Die *Entstehung einer Depression* könnte z. B. vereinfacht wie folgt dargestellt werden: Schlechte Wohnbedingungen → Stress → Katecholamin-Mangel → Depression. Die Ursache der Depression kann also – je nach theoretischer Ausrichtung – sehr unterschiedlich gesehen werden:

So wird z. B. der *Sozialarbeiter*, der in einem Stadtteil mit vielfältigen sozialen Problemen konfrontiert ist, die Ursache der Depression einiger seiner Klienten in den *schlechten Wohnbedingungen* sehen.

Ein *Psychologe*, der beispielsweise in einer Beratungsstelle arbeitet, zu der der Sozialarbeiter seine Klienten geschickt hat, wird evtl. eher dazu neigen, die übermäßige *psychische Belastung* und die *geringe emotionale Unterstützung* als Ursache der Depression anzusehen.

Der *Psychiater*, der den gleichen Patienten in einem Landeskrankenhaus behandelt, wird mit großer Wahrscheinlichkeit eher der medizinischen *Theorie einer »endogenen« Depression* anhängen, die durch einen Katecholamin-Mangel gekennzeichnet ist.

Es stehen sich also drei verschiedene Erklärungen von Depression gegenüber: eine soziologische, eine psychologische und eine biomedizinische. Und es wird deutlich, wie unsinnig der häufige Streit zwischen den Vertretern biologischer und psychosozialer Richtungen in der Psychiatrie ist, wenn wir uns klarmachen, dass es Ursachen auf verschiedenen theoretischen Ebenen gibt und dass es ebenfalls logischerweise Interventionen auf verschiedenen Ebenen geben muss.

Gemeinwesenarbeit im Stadtteil, Psychotherapie und psychopharmakologische Therapie sind aus den jeweiligen theoretischen Ansätzen konsequent ableitbare Interventionen, nur mit – bezogen auf die Ursachenkette – unterschiedlicher zeitlicher Bedeutung: Gemeinwesenarbeit wäre eine präventive Intervention, d. h., sie will die Entstehung von Erkrankungen verhindern, während Psychotherapie und Psychopharmakotherapie unterschiedliche Ansätze der Behandlung sind zu einem Zeitpunkt, wo sich die Krankheit schon entwickelt hat.

Zwischen den Laiendefinitionen und den wissenschaftlichen Definitionen bzw. Theorien von Krankheit lässt sich die *sozialversicherungsrechtliche Definition von Krankheit* verorten: Danach ist Krankheit »ein regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand, der Arbeitsunfähigkeit oder Behandlung oder beides nötig macht« (Bundessozialgericht 16.5.1972).

Wir wollen jetzt zu unserem Vergleich der unterschiedlichen Krankheitsmodelle zurückkommen und die einzelnen theoretischen Modelle etwas näher beschreiben.

Das biomedizinische Krankheitsmodell

Das biomedizinische Modell von Krankheit ist das die derzeitige Theorie und Therapie der Medizin (und des Gesundheitswesens) beherrschende Modell. Es gründet sich auf folgende Annahmen (vgl. Dubos, 1959):

1. Jede Erkrankung besitzt eine *spezifische Ursache*.
2. Jede Krankheit zeichnet sich durch eine *bestimmte Grundschädigung* aus. Diese Schädigung ist entweder in der Zelle lokalisiert, im Gewebe oder besteht in der Fehlsteuerung von mechanischen oder biochemischen Abläufen.
3. Krankheiten haben typische äußere Zeichen (*Symptome*) und können von daher durch wissenschaftlich geschultes Personal (Ärzte) erkannt werden.
4. Krankheiten haben *beschreibbare* und *vorhersagbare Verläufe*, sie verschlimmern sich ohne medizinische Intervention.

Zu den *spezifischen Ursachen* im biomedizinischen Krankheitsmodell zählen genetische Veränderungen, Mikroorganismen (Viren, Bakterien etc.), chemische

(z. B. Asbest, Benzol), physikalische (z. B. Strahlen, Hitze), mechanische (z. B. Unfälle) und biochemische Einwirkungen (z. B. Insulinmangel). Die meisten »erblichen« Erkrankungen sind das Ergebnis eines – in den Einzelheiten noch weitgehend unverstandenen – Zusammenwirkens von Erbe und Umwelt. Nach einer von Schmidtke (2003, S. 61 ff.) vorgeschlagenen Einteilung lassen sich »erbliche Erkrankungen« im engeren Sinne von »genetisch bedingten Dispositionen« unterscheiden. Die erste Gruppe hat eine geschätzte Häufigkeit in der Bevölkerung von 0,5 %, zu ihr gehören – um nur zwei häufige Beispiele zu nennen – die Sichelzellenkrankheit (Bildung deformierter roter Blutkörperchen, betroffen sind Bevölkerungen bestimmter tropischer und halbtropischer Gebiete mit einer Häufigkeit von 1:50) und die Trisomie 21 (Down-Syndrom, verursacht durch eine numerische Chromosomenaberration, mit einer Häufigkeit von 1:650 Geburten). Die 2. Gruppe der »genetisch bedingten Dispositionen« ist in ihrer Größenordnung nur sehr schwer abzuschätzen. Potentiell gehören hierzu alle multifaktoriellen chronischen

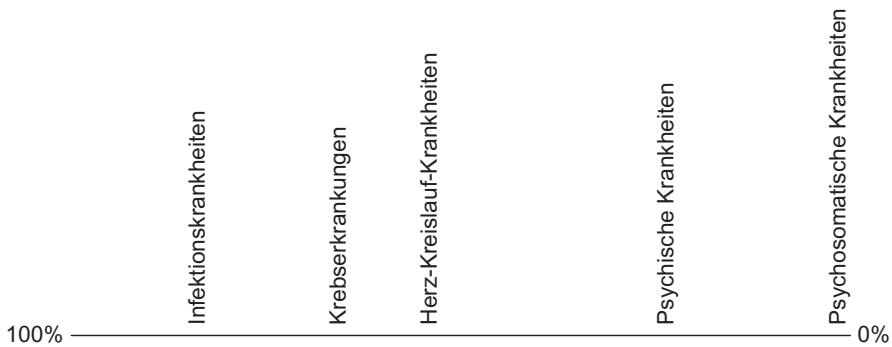
Erkrankungen. Es wird davon ausgegangen, dass jeweils etwa 5–10 % dieser Erkrankungen auf die ganz überwiegende Wirkung eines Einzelgens zurückzuführen sind und sich dann auch als »familiäre Häufung« zeigen können.

Das biomedizinische Krankheitsmodell ist häufig kritisiert worden. Wir wollen diese Kritik hier etwas ausführlicher nachzeichnen, da sie zum Teil zur Entwicklung der später darzustellenden anderen Krankheitstheorien beigetragen hat. Wesentliche Aspekte dieser *Kritik* sind:

- Das biomedizinische Krankheitsmodell ist *einseitig biologisch* orientiert, es kann deshalb nur einen Teil der Krankheitsursachen erfassen.

So hat beispielsweise die schematische Übertragung des biomedizinischen Krankheitsmodells auf psychische Störungen und damit auf deren Thematisierung als Stoffwechseldefekte des Gehirns bis heute trotz immenser Forschungsanstrengungen nur begrenzte Einsichten gebracht. Bei der Erklärung der großen Gruppe psychosomatischer Erkrankungen (wie z. B. der Magersucht) musste das biomedizinische Krankheitsmodell vollständig »passen«. Doch auch einige der heutigen Volkskrankheiten werden durch das biomedizinische Modell nicht umfassend erklärbar. So erklären beispielsweise die Risikofaktoren Bluthochdruck, erhöhter Cholesterinspiegel und Rauchen nur ca. 50 % des Vorkommens des Herzinfarkts. Auch bei anderen chronischen Massenerkrankungen unserer Zeit – wie z. B. Krebs oder rheumatischen Erkrankungen – konnte das biomedizinische Krankheitsmodell nicht alle Ursachen aufdecken (über die sich daraus ergebende Notwendigkeit zur Entwicklung weiterer Krankheitsmodelle siehe später).

Die Erklärungskraft des medizinischen Krankheitsmodells lässt sich somit folgendermaßen darstellen (Schätzwerte):



- Das biomedizinische Krankheitsmodell ist für die Bewältigung von Krankheiten nur begrenzt effektiv.

Diese insbesondere von McKeown aufgestellte These bezieht sich auf die Wirksamkeit der Medizin bei der Bekämpfung der Massenerkrankungen, also auf einen Bereich, in dem sich die Medizin besonders erfolgreich wähnt. McKeown konnte anhand ausführlichen statistischen Materials nachweisen, dass die bedeutendsten Einflüsse zur Gesundheitsverbesserung im letzten Jahrhundert primär umwelt-, ernährungs- und verhaltensbedingt waren und dass der Beitrag individuenbezogener Maßnahmen demgegenüber nur von drittrangiger Bedeutung ist. Als Beispiel für seine Argumentation soll der Einfluss der Entdeckung des Tuberkelbazillus (Medizinische Ätiologie), der Entwicklung von Streptomycin (Medizinische Therapie) und der Einführung der BCG-Impfung (Medizinische Prävention) auf den Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit zitiert werden (vgl. ► **Abb. 1.1**).

Wie die **Abbildung 1.1** zeigt, erfolgte ein kontinuierlicher Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit bereits lange vor der Entdeckung ihres Erregers im Jahre 1882, die wiederum keine statistisch nachweisbare deutliche Veränderung der Tuberkulosesterblichkeit zur Folge hatte. Die wesentlichen Ursachen des Rückgangs der Tuberkulosesterblichkeit in dieser Zeit sind in gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen im Sinne einer Verbesserung von Arbeits-, Ernährungs- und Wohnbedingungen begründet.

»Die Geschichte der Tuberkulose verdeutlicht vielleicht besser als die irgendeiner anderen Infektion einen allgemeinen Gesichtspunkt über den Beitrag medizinischer Behandlung. Wirkungsvolles klinisches Eingreifen fand spät in der Geschichte einer Krankheit statt. Während des gesamten Zeitraums, in der sie zurückging, war dessen Beitrag klein, verglichen mit dem anderer Einflüsse. Waren auch die mit Tuberkulose verbundenen Probleme in der Mitte des 20. Jahrhunderts kleiner als die im frühen 19. Jahrhundert, handelte es sich doch um eine verbreitete, oft tödliche Krankheit. Zwei ihrer Formen, die tuberkulöse Meningitis und die Miliartuberkulose, waren stets tödlich. Die Herausforderung an die medizinische Wissenschaft und Praxis bestand dann darin, den Rückgang der Sterblichkeitsrate zu beschleunigen und, wenn möglich, die Bedrohung durch diese Krankheit, die für fast zwei Jahrhunderte eine infektiöse Haupttodesursache gewesen war, zu beseitigen. Hierbei war die Medizin ungeheuer erfolgreich. Und es wäre genau so unvernünftig, die Errungenschaften zu unterschätzen, wie

es unvernünftig wäre, die Tatsache zu übersehen, daß ihnen eine Verbesserung der Bedingungen vorausging, die dazu beitrug, daß Tuberkulose zu einer so schrecklichen Krankheit werden konnte. Es waren dies die geringere Widerstandskraft durch Unterernährung und ein hoher Ausgesetzttheitsgrad durch Überbevölkerung« (McKeown, 1982, S. 140).

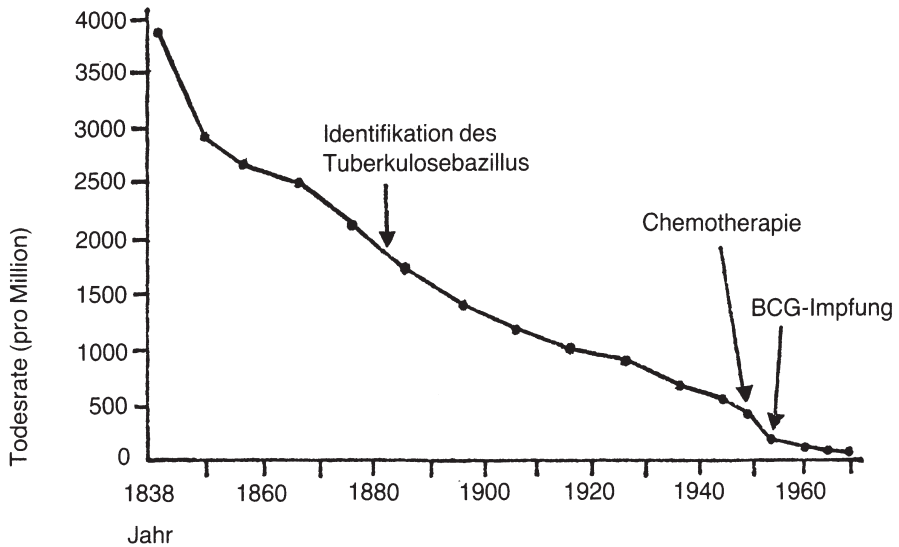


Abb. 1.1: Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit (Quelle: McKeown, 1982, S. 136; mittlere jährliche Todesraten für England und Wales, standardisiert auf die Bevölkerung von 1901)

- Das biomedizinische Modell von Krankheit ist *individuenzentriert* und *kurativ* orientiert.

Diese Kritik schließt an die bisherige Kritik an. Eine überwiegend biologische und auf den einzelnen Menschen begrenzte Sichtweise von Krankheit kann logischerweise weder nicht-biologische noch außerhalb des einzelnen Menschen liegende Krankheitsursachen in den Griff bekommen. D. h., der gesamte Bereich der Prävention – also der Verhütung von Krankheit – durch andere als medizinische Maßnahmen bleibt ausgespart. Die Medizin wird erst wirksam und kompetent, wenn Krankheit bereits eingetreten ist. Doch durch die kurative Dominanz der Medizin bleiben nicht nur präventive Maßnahmen unterentwickelt, sondern ebenso rehabilitative Maßnahmen. Bei vielen der heutigen Massenerkrankungen kann von einer eindeutigen Heilung im Sinne der Wiederherstellung von Gesundheit nicht die Rede sein, ihr Verlauf ist vielmehr chronischer Natur und die Aufgabe der Medizin häufig auf die Verhütung der Verschlechterung oder von Rückfällen begrenzt. Da der Verlauf von Krankheiten aber nicht nur biologisch, sondern auch wesentlich psychosozial determiniert ist, muss auch in diesem Bereich die Wirksamkeit der Medizin begrenzt bleiben.

- Das biomedizinische Modell stabilisiert die *Dominanz der Ärzte* im Gesundheitswesen und führt zur *Medikalisierung der Gesellschaft*.

Diese insbesondere von Illich (1977) vorgetragene Kritik des biomedizinischen Modells beinhaltet nicht nur die »Enteignung der Gesundheit« durch medizinische Experten, sondern darüber hinaus die Produktion von neuen Krankheiten durch die Medizin selbst. Nach Illich haben wir uns vom machtvollen Medizinsystem (insbesondere den Ärzten) abhängig gemacht, um unsere alltäglichen Probleme und Beschwerden zu lösen. Anstatt die Lösung dieser Probleme und Gesundheitsstörungen selbst in die Hand zu nehmen, lassen wir sie von Ärzten durch Medikamente, Psychotherapie oder andere Maßnahmen lösen. Dabei werden wir immer schwächer und abhängiger von Ärzten, und die Medizin selbst wird immer mächtiger. Dies hat auch zur Konsequenz, dass durch die Medikalisierung sozialer Probleme keine wirkliche Lösung dieser Probleme erfolgt, sondern nur eine Verschiebung in das Gesundheitswesen mit der Entstehung von medizinischen Karrieren und Krankheiten durch die vielfältigen »Nebenwirkungen« medizinischer Maßnahmen (Beispiel: Arbeitslosigkeit → Schlafstörungen → Schlafmittelgebrauch → Sucht). Auf die mit diesem Aspekt verwandte Kritik der gesellschaftlichen Kontrollfunktionen der Medizin werden wir später eingehen.

Da das biomedizinische Modell die Ärzte als die eigentlichen Experten für Gesundheit und Krankheit rechtfertigt, haben es andere Gesundheitsberufe schwer, im Gesundheitswesen entsprechend ihrer Bedeutung Fuß zu fassen. Auch dieser Aspekt wird uns noch ausführlicher beschäftigen (vgl. ► **Kap. 3**).

Das psychosomatische Krankheitsmodell

Schwenkmezger (1992) unterscheidet psychoanalytische, psychobiologische und psychosoziale Theorie-Modelle der Psychosomatik. Allen genannten Richtungen ist gemeinsam, dass sie den Einfluss des Seelischen auf körperliche Erkrankungen des Menschen verfolgen. Sie unterscheiden sich in der Vorstellung darüber, wie sich Psychisches in Somatisches umsetzt.

- Zu den *psychoanalytischen Modellen* gehören das Konversionsmodell, das Modell krankheitsspezifischer Konflikte und das Alexithymie-Modell:

Im Konversionsmodell von Freud wird das Auftreten körperlicher Beschwerden bei intrapsychischen Konflikten als Folge der Umleitung psychischer Energien in den körperlichen Bereich erklärt. Der Ablauf lässt sich ganz grob folgendermaßen skizzieren:

1. Konflikt
2. Unfähigkeit, eine Lösung des Konfliktes zu finden → Verdrängung
3. Steigerung der inneren Spannung als Folge der Verdrängung führt zu
4. Angst, Depression, feindseliger Haltung
5. Konversion, Regression. Zuerst Stadium der »unorganisierten« Krankheit (funktionelle Störungen), dann eventuell »organisierte« Krankheit (Asthma bronchiale, Ulcus duodeni usw.).

Das Modell krankheitsspezifischer Konflikte von Alexander geht ebenfalls davon aus, dass eine psychosomatische Störung auf einem unbewussten emotionalen Konflikt basiert, dessen nicht abgeführte emotionale Spannung chronisch-vegetative Veränderungen auslöst. **Abbildung 1.2** zeigt, welche Erkrankungen mit welchen psychischen Konflikten Alexander in Verbindung bringt.

Im Alexithymie-Konzept wird die Manifestation psychosomatischer Erkrankungen auf die Unfähigkeit zurückgeführt, eigene Gefühle wahrzunehmen und adäquat auszudrücken.

- Die *psychobiologischen Modelle* werden in allgemeine und spezifische Modelle unterschieden:

»Allgemeine Modelle basieren auf der Überlegung, daß Basisemotionen wie Angst, Depression, Ärger, Wut, Trauer usw. zu einer Aktivierung des sympathischen Nebennierenmarksystems und des Hypophysen-Nebennierenrindensystems führen, welche dann ursächlich eine Erkrankung auslösen. Dies gilt vor allem dann, wenn eine Emotion chronifiziert, d. h. häufig und intensiv auftritt und über lange Zeit persistiert, obwohl sie möglicherweise ihre evolutionäre Bedeutung verloren hat« (Schwenkmezger, 1992, S. 6 [vgl. dazu die Ausführungen zum Stress-Modell der Psychosomatik weiter unten]). Spezifische Theorien beziehen sich dagegen auf einzelne Erkrankungen.

- Die *psychosozialen Modelle* werden in direkte, indirekte und interaktive Modelle eingeteilt:

»Bei den *direkten* Modellen wird davon ausgegangen, daß Emotionen ursächlich psychologische und physiologische Veränderungen des Organismus hervorrufen, die dann direkt zu einer Erkrankung führen, sei es, daß das Immunsystem beeinträchtigt oder die physiologische Reaktivität chronisch erhöht ist. Ein *indirekter Weg* liegt vor, wenn nach emotionaler Erregung Verhaltensweisen folgen, die ihrerseits Risikofaktoren darstellen (Rauchen, Drogenkonsum, unangemessenes Eßverhalten usw.) oder Emotionen das Vorsorgeverhalten oder die Compliance (Befolgung ärztlicher Anweisungen) beeinträchtigen (...). Bei interaktiven Modellen werden emotionale Dispositionen oder Prozesse postuliert, die Personen in die Konfrontation mit bedrohlichen Situationen einbringen und sie für Krankheiten anfälliger machen (Vulnerabilitätsaspekt). Emotionen können zu einer unangemessenen Krankheitsverarbeitung führen, welche die Genesung oder Rehabilitation beeinträchtigt. Es ist aber auch denkbar, daß emotionale Prozesse oder Dispositionen eine krankheitsprotektive Funktion haben und entweder direkt oder kompensierend das Krankheitsrisiko bzw. präventives Verhalten fördern« (Schwenkmezger, 1992, S. 9).

Der Autor betont weiterhin, dass die genannten Modelle sich nicht gegenseitig ausschließen, sondern z. T. nur andere Akzentsetzungen vornehmen.

Die psychosomatische Medizin greift auch auf Laien-Vorstellungen über den Zusammenhang von Psyche und Soma zurück, die in der Alltagssprache eine lange Tradition haben. Jores (1981, S. 66f.) hat eine Reihe dieser Äußerungen zusammengetragen:

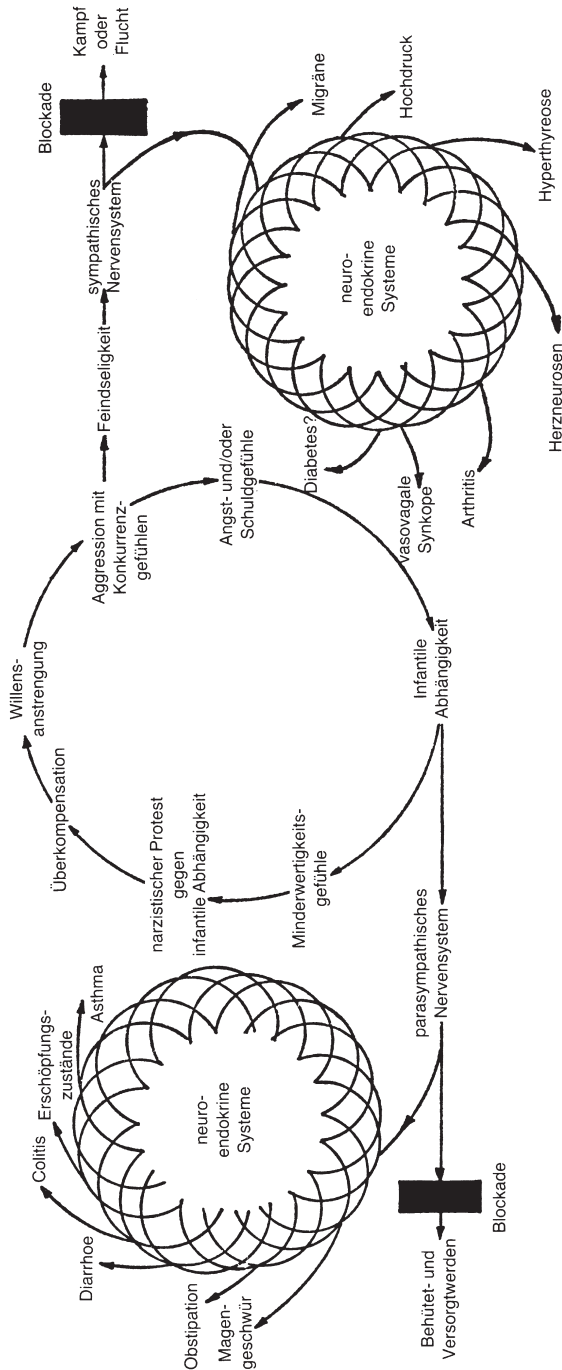


Abb. 1.2: Schematische Darstellung der Spezifität psychosomatischer Erkrankungen
(Quelle: Alexander, 1951)

»Herz

Es drückt mir das Herz ab.
Man nimmt sich etwas zu Herzen.
Es bricht mir das Herz.

Verdauungsorgane

Es ist zum Kotzen.
Das ist ein schwerverdaulicher Bissen.
Der Bissen bleibt mir im Halse stecken.
Mein Hals ist mir wie zugeschnürt.
Das hängt mir zum Halse heraus.

Magen

Das schlägt mir auf den Magen.
Er frisst alles in sich hinein.
Er ärgert sich ein Loch in den Bauch.
Das liegt einem schwer im Magen.
Mir dreht sich der Magen um.
Das kann ich nur schwer verdauen.
Er reagiert sauer.

Gallenblase

Die Galle läuft mir über.
Man ärgert sich grün und gelb.
Man spuckt Gift und Galle.
Sich schwarz ärgern.

Stuhlgang

Er ist ein Korintenkacker.
Jemanden anschießen.
Ich habe Schiß davor.
Ich bin durchgefallen.

Nieren

Das geht mir an die Nieren.
Auf Herz und Nieren prüfen.

Atmung

Es bleibt einem die Luft weg.
Es verschlägt mir den Atem.
Es stockt mir der Atem.
Man glaubt ersticken zu müssen.

Nase und Geruch

Ich kann einen Menschen nicht riechen.
Ich habe die Nase voll.
Er ist verschnupft über etwas.

Kopf

Sich den Kopf zerbrechen.
Dieses oder jenes kann einem Kopf-
schmerzen machen«

Die *Kritik* des psychosomatischen Krankheitsmodells ist ähnlich wie die Kritik am biomedizinischen Modell: Wenn auch eine weitere wichtige Ursachenvariable eingeführt wird (»Das Psychische«), so bleibt das Modell doch individualistisch und kurativ orientiert. Mit der Fixierung auf die übermäßige Bedeutung des Psychischen im Krankheitsgeschehen geraten der Psychosomatik zudem sehr häufig soziale Zusammenhänge aus dem Blickfeld. So bleiben beispielsweise Ergebnisse der *Umweltmedizin*, d. h. der direkten, ohne psychische Mechanismen vermittelten Beeinflussung von Gesundheit und Krankheit, außerhalb des Interesses psychosomatischen Denkens. Aber auch andere Zusammenhänge, die dem psychosomatischen Krankheitskonzept näher stehen – wie z. B. die Bedeutung des sogenannten *Typ-A-Verhaltens* in der Genese des Herzinfarkts (vgl. ► **Kap. 6**) – werden häufig auf ihren psychologischen Gehalt reduziert und von ihren sozialen Zusammenhängen entkleidet. Schließlich darf im Hinblick auf die therapeutische Effizienz des psychosomatischen Modells nicht unerwähnt bleiben, dass die meisten Therapieformen zeitlich und ökonomisch sehr aufwändig sind und eine deutliche Mittelschichtenorientierung zeigen und somit die Hauptgruppe der besonders benachteiligten körperlich und psychosomatisch Leidenden nicht erreichen. Durch das am 1.1.1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz können nunmehr auch breitere Bevölkerungsschichten von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren.

Das *Stress-Modell der Psychosomatik* ermöglicht eine noch engere Verknüpfung zwischen psychologischen und physiologischen Abläufen im Organismus. Da es auch für das Verständnis des noch darzustellenden Stress- und Coping-Modells bedeutsam ist, werden wir es hier etwas ausführlicher darstellen:

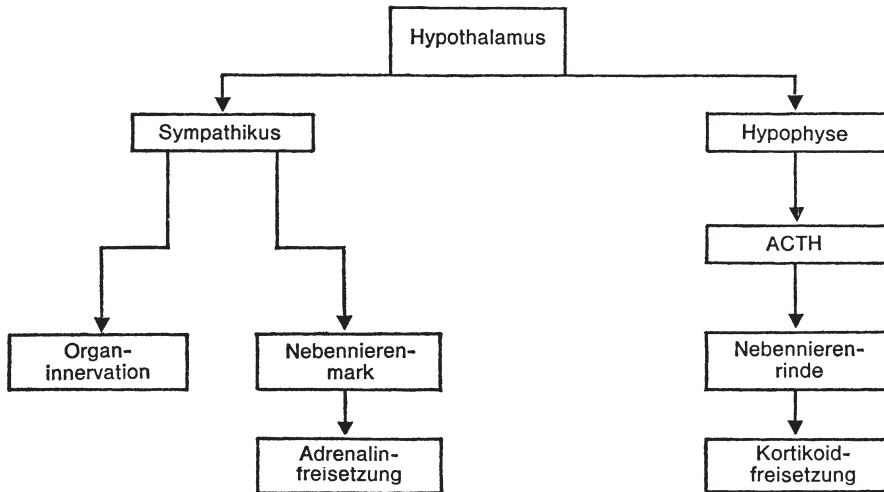


Abb. 1.3: Stressreaktionen im Organismus (Quelle: Seller, 1978, S. 35)

Die Entwicklung des Stressmodells geht im Wesentlichen zurück auf die Arbeiten von Selye, Cannon, Wolff etc. Selye (1953) entdeckte eine immer gleiche Reaktion des Organismus auf unterschiedliche äußere belastende Einwirkungen (Stressoren wie Hitze, Kälte, Schock etc.). Die Reaktionen des Organismus (*Stressreaktionen*) teilte er wie folgt ein:

1. Alarmstadium,
2. Abwehrreaktion,
3. Erschöpfungsstadium.

Dabei ließen sich im Einzelnen die in **Abbildung 1.3** skizzierten Abläufe im Organismus entdecken.

Die erhöhte Ausschüttung von *Katecholaminen* (Adrenalin und Noradrenalin) wirkt u. a. auf das Kreislaufsystem und erschließt somit wissenschaftlich ableitbare Möglichkeiten der Analyse von Ursachen der Kreislauferkrankungen (insbesondere Herzinfarkt) aus psychosozialen Stressoren. Über den Zusammenhang des Katecholaminstoffwechsels mit dem Serotoninstoffwechsel, der eine Bedeutung bei der Pathogenese der Depression hat, werden auch hier psychosoziale Erklärungen möglich. Darüber hinaus eröffnet die Bedeutung der erhöhten *Corticoid*-Ausschüttung für die Hemmung des körperlichen Abwehrsystems ein Verständnis für die psychosoziale Entstehung von Infektionen, sogenannten Autoaggressionserkrankungen bis hin zum Krebsgeschehen.

Dieses Modell lässt sich mit ganz unterschiedlichen Stressoren verknüpfen. Während Selye primär an den Wirkungen physikalischer und mechanischer Stressoren interessiert war, wandte z. B. Wolff (1950) das Stress-Konzept auf soziale Stressoren, Engel (1962) auf psychologische Stressoren an.

Die Faszination, die vom Stresskonzept ausgeht, ist verständlich, liefert es doch zum ersten Mal ein Erklärungsmodell von Krankheit, das Belastungsfaktoren

außerhalb des Körpers messbar mit Reaktionsabläufen innerhalb des Körpers auf eine Art verknüpft, die wissenschaftlichen Standards Rechnung trägt. Diese Faszination hat sich auch auf die Sozialmedizin und die Medizinsoziologie übertragen. Wie wir im nächsten Abschnitt sehen werden, entwickelten sie das Stresskonzept dahingehend weiter, dass sie die Bedeutung und Wirkung sozialer Stressoren analysierten und spezifizierten, insbesondere in Abhängigkeit von den jeweils gegebenen individuellen und kollektiven Bewältigungsmöglichkeiten (Coping) der von besonderen Belastungen betroffenen Individuen. Dies hat zu der Entwicklung des »Stress- und Coping-Modells« geführt, wobei heute der Bedeutung von Coping für die Entwicklung von Krankheit eine mindestens ebenso große Aufmerksamkeit zuteil wird wie der Bedeutung der Stressoren.

Das Stress-Coping-Krankheitsmodell

Das nun zu besprechende Krankheitsmodell steht in seiner theoretischen Fundierung zwischen dem psychosomatischen und den noch darzustellenden soziologischen Krankheitsmodellen. Es verknüpft in idealer Weise das organisch-somatische Geschehen mit sozialstrukturellen Bedingungen der Betroffenen über ihr psychosoziales Erleben (vgl. die ausführliche deutschsprachige Darstellung dieses Konzepts in Badura, 1981).

In Anlehnung an einen Vorschlag der beiden Medizinsoziologen L. und C. von Ferber lässt sich dieses Konzept wie in **Abbildung 1.4** skizzieren.

Die Intensität bzw. Pathogenität der Stressoren ist nicht unabhängig von den Möglichkeiten der Individuen, mit Belastungen umzugehen. Deshalb sprechen wir auch von einem Stress-Coping-Modell und heben damit die Bedeutung von unterschiedlichen Bewältigungsmöglichkeiten der Individuen im Umgang mit Belastungen als gleichberechtigten Mechanismus in der Krankheitsentstehung bzw. -vermeidung hervor. Bewältigungsmöglichkeiten können sowohl persönlicher wie kollektiver Natur sein. Unter persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten verstehen wir das Gefühl, »Herr der Lage« zu sein und eine Reihe von Strategien zur Hand zu haben, um Probleme erfolgreich lösen zu können. Dabei ist auch von Interesse, dass inadäquate persönliche Bewältigungsaktivitäten – wie z. B. der Gebrauch von Alkohol – wiederum selbst als krankheitsverursachend wirken können.

Unter *kollektiven Bewältigungsmöglichkeiten* (soziale Unterstützung, soziales Netzwerk, soziale Integration etc.) verstehen wir das Vorhandensein von positiven sozialen Beziehungen primärer (Ehepartner, Familie, Freundschaften etc.) und sekundärer (Arbeitskollegen, Nachbarn, Vereine etc.) Art.

Diese sozialen Bindungen wirken im Sinne der Gesunderhaltung bzw. Krankheitsbewältigung durch Abschirmung gegenüber sozialen Belastungen bzw. durch Hilfe bei deren Bewältigung.

Es ist offensichtlich, dass persönliche und kollektive Bewältigung vielfältig miteinander verbunden und zum Teil wiederum abhängig von sozialstrukturellen Bedingungen sind. So werden individuelle Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmale wesentlich in der frühkindlichen Sozialisation erworben und sind somit gesellschaftlich vermittelt. Andererseits beeinflussen Art, Dichte und Dauer sozi-

aler Beziehungen Persönlichkeitsmerkmale wie Selbstbewusstsein, Optimismus etc., die wiederum entscheidend sind für die Ausprägung individueller Bewältigungsaktivitäten.

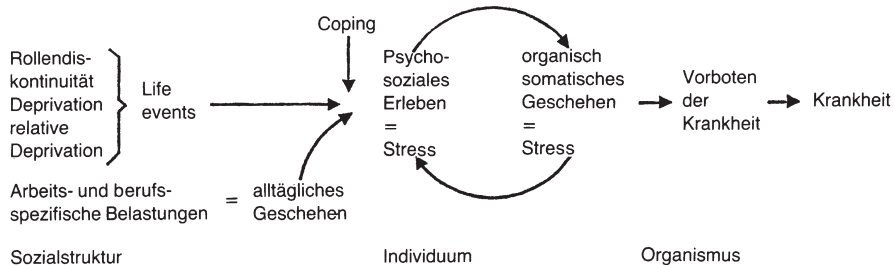


Abb. 1.4: Stress-Coping-Modell von Krankheit (Quelle: L. u. C. Ferber, 1978, S. 45)

Badura (1981) unterscheidet folgende Stufen *sozialer Integration*:

- keine informellen Beziehungen (soziale Isolation),
- eher oberflächliche Bekanntschaften,
- enge Beziehungen,
- Confidentbeziehungen (engste Vertraute).

Er macht auf den interessanten Befund aufmerksam, dass für eine optimale soziale Integration das Vorhandensein von engen und weniger engen Beziehungen erforderlich ist.

Während Badura auf die Differenzierung sozialer Integration abhebt, hat der amerikanische Sozialpsychiater Caplan eine Systematik *sozialer Unterstützung* vorgelegt. Er unterscheidet:

1. »Psychosoziale Hilfen wichtiger Bezugspersonen, die die psychischen Ressourcen des einzelnen mobilisieren und dadurch zur Meisterung emotionaler Belastungen beitragen.
2. Praktische Hilfen, die den einzelnen bei der Bewältigung seiner Aufgaben entlasten.
3. Finanzielle Unterstützung, materielle Unterstützung und kognitive Orientierungen zum Zurechtfinden in schwierigen sozialen Situationen« (Caplan, 1974, zit. n. Badura, 1981, S. 27).

Gerade diese Ausführungen von Caplan kennzeichnen die Bedeutung des Stress-Coping-Modells von Krankheit als theoretische Basis der Tätigkeit psychosozialer Berufe im Gesundheitswesen. Die idealtypische Beschreibung der Aufgaben z. B. des Sozialarbeiters im Gesundheitswesen umfasst ja diese von Caplan genannten Merkmale: materielle, finanzielle und praktische Unterstützung vermitteln, psychosoziale Hilfestellung geben, Beziehungen (wieder) herstellen, soziale Netze knüpfen helfen, z. B. durch Vermittlung in Selbsthilfegruppen, Gemeindeclubs etc.

Berkman und Syme (1979) haben zum gesundheitsfördernden Effekt sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung eindrucksvolle Forschungsergebnisse vorgelegt: Bei einer Zufallsauswahl von fast 7 000 Erwachsenen zeigte sich, dass Personen mit einem dichten Netz sozialer Bindungen ein weitaus geringeres Sterberisiko hatten (in einem 9-Jahres-Zeitraum nach der Untersuchung) als Personen mit weniger intensiven sozialen Kontakten. Diese Beziehung war unabhängig von Gesundheitsstatus, Sozialschicht, Gesundheitsverhalten hinsichtlich Rauchen, Trinken, Übergewicht, Bewegung und einigen anderen Faktoren.

Wir haben uns bisher primär mit der Frage der Bewältigungsstrategien beschäftigt. Doch auch im Hinblick auf die Art und Wirkung von Stressoren haben Sozialwissenschaftler inzwischen eine Reihe von Analysen und Forschungsarbeiten gemacht. Hier ist besonders die sogenannte »life-event-Forschung« zu nennen, die besonders belastende Lebensereignisse als krankmachende Stressoren thematisiert und – für die wissenschaftliche Akzeptanz des Konzepts wichtig – messbar macht. Lebensereignisse sind aber – abgesehen von »Schicksalsereignissen« – nicht unabhängig von sozialstrukturellen Bedingungen zu sehen, wie z. B. Brown (1976) gezeigt hat. Er unterscheidet:

- *Hintergrundmerkmale*, wie z. B. Soziale Schicht,
- *chronische Belastungen*, wie z. B. langdauernde Ehekonflikte,
- *akute Lebensereignisse* (life-events), die somit auf der Basis der oben genannten Faktoren Auslöse-Ereignisse (trigger) für die Herausbildung von Krankheit darstellen. Empirisch werden die genannten Merkmale in ausführlichen sog. *Intensivinterviews* erhoben, die auch die subjektive Bedeutung von Lebensereignissen für die Betroffenen mitberücksichtigen (so kann beispielsweise das Lebensereignis »Scheidung« je nach Ausgangssituation eine belastende wie auch entlastende Bedeutung haben).

Life-event-Forschung

Im Mittelpunkt der Life-event-Forschung steht, wie schon aufgeführt, die psychische/ physische Auswirkung von Veränderungen in der momentanen Lebenssituation aufgrund eines individuellen Bewältigungsverhaltens. Den Krisenbegriff definieren Oppl und Weber-Falkensammer (1986) in diesem Zusammenhang als ein Ereignis, welches »die Handlungs- und Anpassungsfähigkeit des Individuums« überfordert. Sie verstehen im engeren Sinne unter life-events: »Arbeitslosigkeit, Krankheit, Behinderung infolge eines Unfalls, plötzlicher Verlust des Partners« (Oppl, 1986).

Köhle und Joraschky (1977) schreiben, dass »nicht so sehr die Situation als Einzelfaktor, sondern der situative Kontext ... als potentiell pathogener Faktor eingesetzt« wird. Häufig kann erst durch die Mitberücksichtigung des Stellenwertes konsekutiver Ereignisse die gesamte individuelle Anpassungsleistung, die mit der Krankheitsmanifestation im Zusammenhang steht, bewertet werden« (Köhle, 1977).

Im Zuge einer detaillierten und komplexeren Bestimmung psychosozialer Stressoren wurden »Life-event-Fragebögen« entwickelt. In diese Fragebögen wurden 43 Lebensereignisse aufgenommen, »... die gemäß klinischer Erfahrung besondere Relevanz im Hinblick auf individuelle Anpassungsleistungen haben ...« (Rahe, 1975). Hierbei wurde nun eine qualitative Bedeutungszumessung vorgenommen, indem diese 43 besonders häufig beschriebenen psychosozialen Belastungsmomente anhand unterschiedlicher Erfahrungswerte eingestuft wurden. Diese Einschätzung wurde aufgrund eines »Social Readjustment Rating Questionnaire (SRRQ)« vorgenommen.

Die Vorgehensweise innerhalb dieser Skalierungsmethode beruhte auf affekt-physiologischen Untersuchungen, »... in denen die Probanden subjektive Größeneinschätzungen bestimmter Affekte vorzunehmen hatten« Hierbei wird »... die affektive Belastung im Rahmen der Anpassungsreaktion als solche berücksichtigt, und nicht, ob negative oder positive Gefühle beteiligt sind« (Rahe, 1975).

Bewertungskontrollen mit verschiedenen Probandenkollektiven ergaben signifikant hohe Übereinstimmungsquoten (über 90 %). Die Adaptationsleistung bezüglich dieser Life-event-Items wurde dann in sogenannten »life-change-units« (LCU) gemessen.

Das Ergebnis der Addition der LCU-Werte entspricht dann wiederum dem individuellen Adaptationsleistungsindikator für ein bestimmtes zeitliches Intervall, wobei die Skala von 11 LCU (kleine Gesetzesübertretungen) bis 100 LCU (Tod des Ehepartners) reicht. Es konnten für einen 12-monatigen Zeitraum aufgrund verschiedener retrospektiver Untersuchungen folgende LCU-Morbiditätskorrelationen festgestellt werden:

- > 300 LCU-Punkte: hohes Morbiditätsrisiko,
- 200–299 LCU-Punkte: mittleres und
- 150–199 LCU-Punkte: geringes Morbiditätsrisiko (Uexküll, 1996).

Die 6 Lebensereignisse mit den höchsten Anpassungsleistungswerten (nach Uexküll, 1996, die Punktwerte in Klammern verdeutlichen hierbei das Ausmaß der Anpassungsleistung):

1. Tod des Ehepartners	(100)
2. Scheidung	(73)
3. Eheliche Trennung	(65)
4. Gefängnis	(63)
5. Tod eines nahen Angehörigen	(63)
6. Persönliche Verletzung/Krankheit	(53)

Der Verlust der Arbeit, die Kündigung, steht an 8. Stelle dieser Prioritätenliste mit einem LCU-Punktwert von 43.

Köhle und Joraschky (1977) kommen, die Ergebnisse der retrospektiven Untersuchungen zusammenfassend, zu dem Schluss, dass »... eine signifikante positive Beziehung zwischen der Zahl und der Intensität von Lebensveränderungen, die der Patient über einen Zeitraum von 1 bis 2 Jahren angibt, und der Wahrscheinlichkeit einer darauffolgenden Krankheitsentwicklung« besteht.

Zahlreiche prospektive Untersuchungen (Rahe, 1975; Rubin, 1976) zeigten ebenfalls, dass anhand des »Life-event-Score's« Vorhersagen zur Korrelation zwi-

schen Umweltbelastung und Krankheitsmanifestation möglich sind. Köhle und Joraschky (1977) stellen schließlich fest, »... dass jede langanhaltende soziale Desintegration, die als besonders gravierend erlebt wird, zu einer Verschlechterung des klinischen Zustandes führt. Dabei wird ihr weniger die akute Auslösung einer Erkrankung als vielmehr die langfristige Störung des psychobiologischen Gleichgewichts zugeschrieben.«

Neben diesem sehr differenzierten Forschungsansatz gibt es auch eine etwas simple Herangehensweise, soziale Stressoren zu bestimmen. Holmes und Rahe (1967) entwickelten anhand der Befragung einer repräsentativen Stichprobe der amerikanischen Bevölkerung über die Intensität der Belastung durch Lebensereignisse die sogenannte Social Readjustment Rating Scale. Die Höhe des Skalenwertes zeigt an, wie groß die Anstrengungen sind, die ein Individuum aufbringen muss, um nach einem bestimmten Lebensereignis wieder »Fuß zu fassen«. Diese Skala beinhaltet einen Katalog von 43 Lebensereignissen (vom Tod eines nahen Angehörigen, Ehescheidung, Verlust des Arbeitsplatzes, finanziellen Problemen bis hin zu kleinen Gesetzesübertretungen), die einer bestimmten Streßintensität zugeordnet sind und in Interviews abgefragt werden können.

In einer Reihe von empirischen Untersuchungen ist diese Skala mit unterschiedlichen Erkrankungen in Beziehung gesetzt worden. Dabei ließ sich die Hypothese der Autoren, dass die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung mit zunehmender Dichte von Lebensereignissen zunimmt, bestätigen. Allerdings sind die meisten dieser Untersuchungen retrospektiv angelegt, d. h., sie beziehen sich auf Interviews mit bereits erkrankten Personen über deren Lebensereignisse vor Eintritt der Krankheit, was erhebliche methodische Forschungsprobleme mit sich bringt.

Zur *Kritik* des Stress-Coping-Krankheitsmodells lassen sich folgende Gesichtspunkte anführen:

- Soziale Belastungen werden im Stresskonzept nur wirksam, wenn sie eine psychische Korrelation aufweisen. Direkte Einwirkungen des sozialen Umfeldes wie z. B. durch bestimmte Arbeitsvollzüge oder Schadstoffe in der Umwelt können im Stresskonzept nicht thematisiert werden.
- Die Erforschung der körperlichen Reaktionen auf Stressoren erfolgt zumeist in Laborsituationen oder in Tierversuchen, sodass die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den Menschen fraglich bleibt.
- Die festgestellten körperlichen Folgen unter chronischem Stress (wie z. B. Blutdruckerhöhung, vermehrte Ausschüttung von Harnsäure, Veränderung der Blutgerinnung etc.) sind eher als Krankheitsvorboten zu bezeichnen und konstituieren noch keine Krankheit im medizinischen Sinne.
- Die Ursachenkette: soziale Situation → Stress → Krankheit ist anhand retrospektiver Studien nicht immer eindeutig nachweisbar, insbesondere dann, wenn weitere Merkmale wie Bewältigung, soziale Unterstützung etc. einbezogen werden.

Trotz dieser Einschränkungen gehört das Stress-Coping-Konzept zu den wichtigsten Krankheitsmodellen der Sozialmedizin.

Das Verhaltensmodell von Krankheit

Das Verhaltensmodell von Krankheit geht davon aus, dass gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen für die Entstehung heutiger Volkskrankheiten von Bedeutung sind. Das gilt insbesondere für das Rauchen, den übermäßigen Alkoholkonsum, für Über- oder Fehlernährung, riskantes Sexualverhalten sowie riskantes Verhalten im Verkehr oder am Arbeitsplatz. Der Zusammenhang zwischen diesen gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen und epidemiologisch bedeutsamen Krankheiten ist in vielen Untersuchungen empirisch nachgewiesen worden. So sind die gesundheitlichen Folgen des Rauchens seit langem gut erforscht und unumstritten: Ca. $\frac{1}{3}$ aller Krebserkrankungen sind durch das Rauchen verursacht. Dabei sind insbesondere folgende Organe betroffen: Mundhöhle, Lunge, Kehlkopf, Speiseröhre, Harnblase, Niere, Bauchspeicheldrüse, Magen. Weiterhin werden ca. $\frac{1}{4}$ aller Herzinfarktodesfälle sowie ein großer Teil der Erkrankungen an chronischer Bronchitis und an peripheren Durchblutungsstörungen – um nur die häufigsten zu nennen – auf das Rauchen zurückgeführt. Die Gesundheitsschäden durch Passivrauchen sind erst neuerdings ins Blickfeld der Wissenschaft und der Öffentlichkeit geraten. Dass auch das Passivrauchen die Krankheitsgefährdung erhöht, gilt inzwischen ebenfalls als unbestritten (Robert-Koch-Institut 2006, S. 107f.).

Von Troschke hat ein Verhaltensmodell von Krankheit in einer älteren Arbeit (1979, S. 128) vorgestellt (vgl. ► **Abb. 1.5**). Er unterscheidet vier Motive des Risikoverhaltens, die längerfristig zu »Verhaltenskrankheiten« führen können:

1. »Unter den Lebensbedingungen unserer Gesellschaft machen gesundheitsschädigende Verhaltensweisen für weite Bevölkerungsgruppen einen Großteil dessen aus, was als Lebensqualität gilt ...
2. Risikoverhaltensweisen gehören zum »selbstverständlichen« Verhaltensrepertoire vieler sozialer Gruppen und vermitteln den Gruppenmitgliedern das Gefühl, dazuzugehören...
3. Einmal konditionierte Verhaltensweisen werden zu liebgewonnenen Gewohnheiten, die reflexartig ablaufen ...
4. Viele dieser Risikoverhaltensweisen (Rauchen, Alkohol, Essen, leichtsinniges Verkehrsverhalten) dienen als probate Mittel zur Entspannung und Abreaktion von Alltagskonflikten« (1979, S. 127).

Unter dem Titel »Kleine Freuden, kleine Fluchten – alltägliches Risikoverhalten und medizinische Gefährdungsideologie« (1986, S. 121) erörtert Franzkowiak umfassend das Konzept des Risikoverhaltens, und zwar u. a. in seinen unterschiedlichen wissenschaftstheoretischen Bezügen:

Im *biomedizinisch-epidemiologischen* Konzept der Risikofaktoren werden als Risikoverhalten »Handlungsweisen von Individuen und/oder Gruppen bezeichnet, die je nach Intensität, Dauer und wechselseitiger Interaktion zur Ausprägung sogenannter Risikofaktoren beitragen (wie etwa Alkoholkonsum und Bewegungsmangel) oder selbst als solche angesehen werden (wie das Rauchen). Risikofaktoren gelten ihrerseits als Vorläufer und Wegbereiter der chronisch-degenerativen Erkrankungen« (ebenda, S. 124).

Handlungstheoretisch werden Risikoverhaltensweisen »als spezifische Bewältigungsformen innerhalb einer belastenden Konstellation von Lebenszusammenhängen interpretiert. Damit sind sie aber nicht mehr die Verhaltenssache des In-