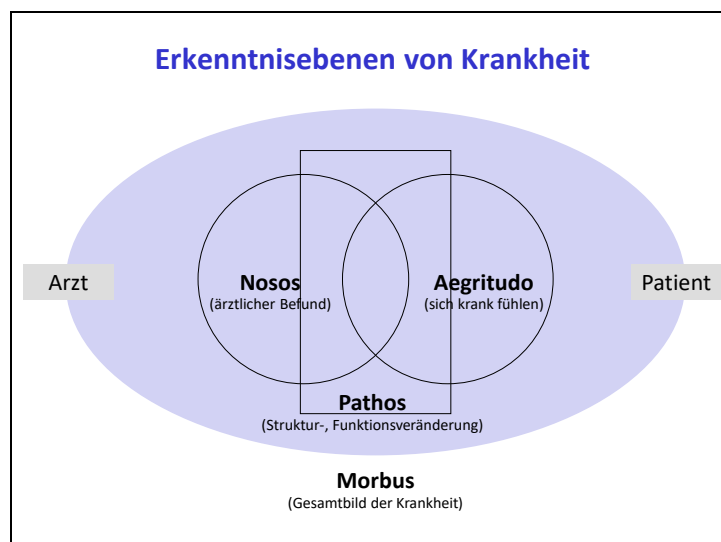


Im ärztlichen Alltag tritt die Frage, was unter Gesundheit und Krankheit *allgemein* zu verstehen ist, meist in den Hintergrund (obwohl es natürlich wichtig und lohnend ist, darüber nachzudenken, siehe dazu auch die Literaturhinweise). Viel typischer ist dagegen die Frage, *welche* Krankheit im konkreten Fall vorliegt und wie man sie behandelt. Gegenstand der Medizin als Heilkunde sind nämlich definitionsgemäß die Krankheiten und nicht in erster Linie die Gesundheit. Dieses Selbstverständnis unterliegt allerdings in den letzten Jahren einem zunehmendem Wandel, als Reaktion auf veränderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen, dazu parallel gehenden Veränderungen im Krankheitsspektrum und nicht zuletzt durch Fortschritte der Medizin, deren diagnostische und therapeutische Möglichkeiten neue Fragen aufwerfen: Wie gehen wir mit Diagnosen um, die etwa aufgrund genetischer Tests weit im Vorfeld der eigentlichen Erkrankung gestellt werden? Wie definieren wir angesichts umfassender therapeutischer Möglichkeiten das Ziel einer Behandlung (z.B. Lebensverlängerung vs. Lebensqualität)? Um solche Fragen beantworten zu können, ist die Auseinandersetzung mit den grundlegenden Konzepten wichtig, auf denen unser Verständnis von Krankheit und Gesundheit beruht.

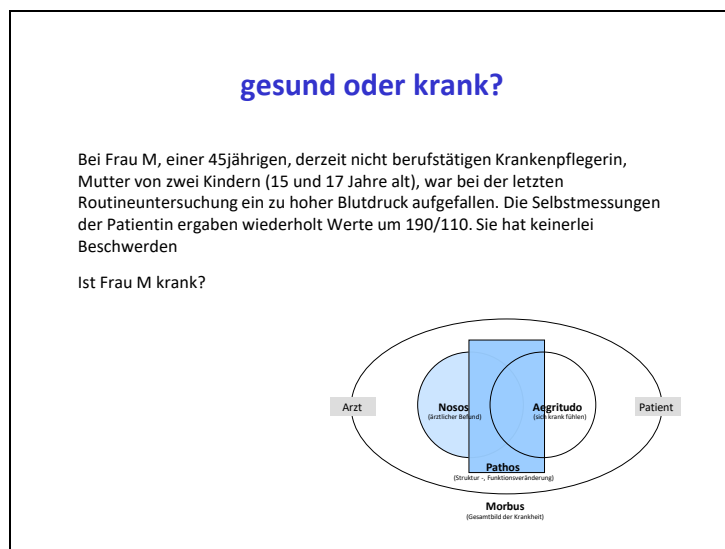
Innerhalb des Gesamtbereichs der Medizin befassen sich traditionell verschiedene Unterdisziplinen mit jeweils auch terminologisch unterschiedenen Aspekten von Krankheit, die in die Arzt-Patient-Beziehung hinein wirken. Mit *morbus* (lat.: morbus = körperliche und geistige Krankheit) wird die Gesamtheit einer Krankheit bezeichnet, ihr Erscheinungsbild, ihre Ursachen und Entstehungsbedingungen, die Möglichkeiten ihrer Behandlung und schließlich ihr typischer Verlauf, ihre Prognose. *Aegritudo* (lat.: aegritudo = Unwohlsein, Unpässlichkeit) bezeichnet dagegen die subjektive Dimension der Krankheit, die Befindlichkeit des Kranken (lat.: aegrotus = krank, unwohl, leidend; der kranke Mensch), das Kranksein. Für den Arzt erscheint die Krankheit zunächst als *nosos* (griech.: nosos = Krankheit), als ärztlicher Befund, der sich aus den anamnestischen Angaben des Patienten und den verschiedenen Untersuchungsbefunden zusammensetzt. Schließlich wird die der Krankheit zugrundeliegende Struktur- und/oder Funktionsveränderung des Organismus als *pathos* (griech.: pathos = Leiden, Schädigung durch äußere Einwirkung) bezeichnet. Diesen vielfältigen Ebenen entsprechen verschiedene Disziplinen in der Medizin, die sich wissenschaftlich mit der Krankheit auseinandersetzen. Die *Pathologie* untersucht als zentrales Grundlagenfach der Medizin die abnormen und krankhaften Vorgänge und Zustände des menschlichen Organismus. Als eines ihrer Teilgebiete widmet sich die *Nosologie* der systematischen Beschreibung und Klassifizierung von Krankheiten. Gegenstand der *Ätiologie* sind die Ursachen der Krankheiten, die sie bedingenden inneren und äußeren Faktoren, von denen die Entstehung und Entwicklung des krankhaften Geschehens (*Pathogenese*) ihren Ausgang nimmt. Interessanterweise hat sich für die Perspektive des Patienten, die Aegritudo, das Kranksein, bislang keine entsprechende „Aegritudologie“ entwickelt. Dies kann – wie noch zu zeigen sein wird – in der Praxis durchaus zu Problemen immer dann führen, wenn das Kranksein der (zunächst) einzige manifeste Hinweis darauf ist, dass ein Individuum zumindest nicht ganz gesund ist.

Folie 1



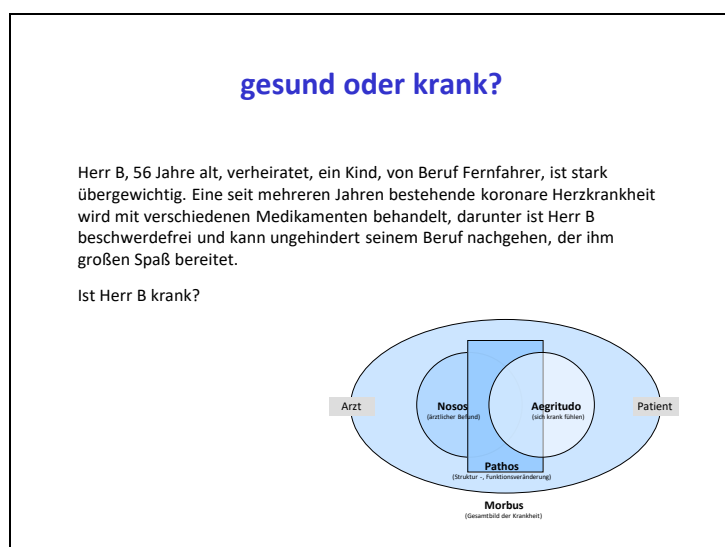
Während in der deutschen Sprache nur ein Begriff „Krankheit“ (allenfalls noch „Kranksein“) existiert, um diese verschiedenen Betrachtungsebenen anzusprechen, ist die englische Sprache hier differenzierter. So wird das pathologische Körpergeschehen, die Abweichung von der biologischen Norm als „*disease*“ bezeichnet, während „*illness*“ die subjektive Erfahrung des Patienten meint, das Kranksein also. „*Sickness*“ schließlich, als dritter Begriff, benennt die soziale Rolle des Kranken, den Status des Krankseins (etymologisch hat „sick“ gemeinsame Wurzeln mit den deutschen Begriffen „Siechtum“ und „Seuche“). **Folie 1** verdeutlicht die Schwierigkeiten mit den verschiedenen Erkenntnisebenen und Perspektiven von Krankheit noch einmal schematisch: die gemeinsame Schnittmenge, in der alle Ebenen zusammenfallen, ist nur relativ klein. Viel häufiger dagegen sind die Fälle, in denen sich – wie auf den folgenden Folien dargestellt ist – eine Störung jeweils nur auf einer oder zwei Ebenen manifestiert. Das ist für die ärztliche Praxis insofern von großer Bedeutung, als z.B. Patienten ohne Krankheitsgefühl, die aber andererseits pathologische Befunde aufweisen (z.B. bei Bluthochdruck, **Folie 2**), schwerer zur Mitarbeit zu motivieren sind als Patienten, die deutlich unter ihrer Krankheit leiden.

Folie 2



Gerade bei chronischen Erkrankungen, bei denen eine Heilung definitionsgemäß ausgeschlossen ist, kommt es häufig vor, dass die Patienten unter einer optimalen Therapie keine Beschwerden haben, die zugrundeliegende Störung der Struktur oder der Funktion des Organismus aber dennoch fortbesteht (**Folie 3**).

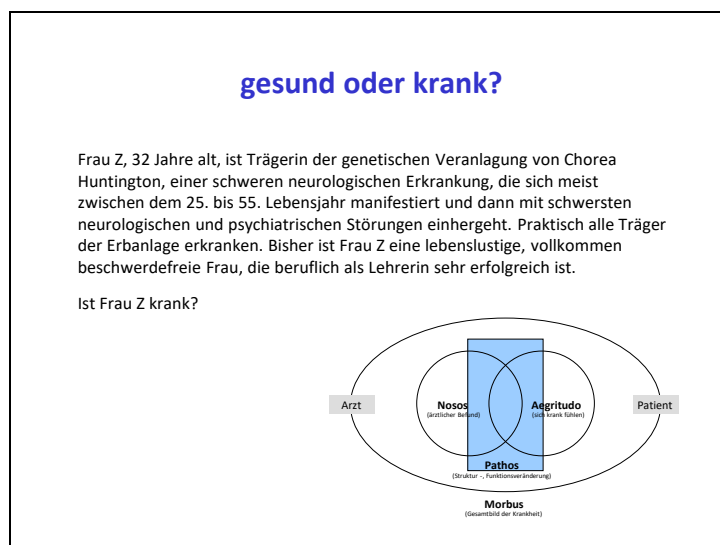
Folie 3



Auf die Spitze getrieben wird diese Konstellation etwa durch die zunehmenden Möglichkeiten der genetischen Diagnostik, die es erlaubt, nicht mehr nur manifeste Erkrankungen zu diagnostizieren, sondern immer häufiger auch die Veranlagung (Disposition) dazu, eine bestimmte Störung zu entwickeln. In den seltensten Fällen ist der Zusammenhang zwischen Veranlagung und Erkrankung dabei so eindeutig wie

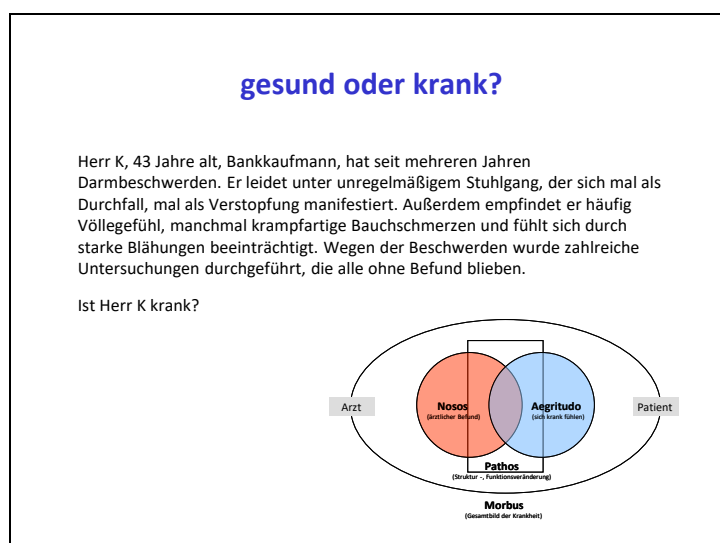
bei der in **Folie 4** dargestellten Chorea Huntington. Vielmehr besteht meistens „nur“ ein erhöhtes Risiko zu erkranken, das vielleicht durch präventives Verhalten, eine bestimmte Form der Lebensführung oder auch durch frühzeitige medikamentöse Behandlung reduziert werden kann, möglicherweise aber auch gar nicht beeinflusst werden kann. In diesem Zusammenhang ergeben sich wichtige Fragen, z.B. wie weit eine solche präventive Diagnostik gehen soll und darf, wie mit den Ergebnissen umgegangen werden soll, usw.

Folie 4



Aber auch der Umgang mit Patienten, die sich selbst massiv durch verschiedene Symptome beeinträchtigt fühlen, bei denen aber scheinbar keine objektivierbaren Befunde vorliegen, mit denen die Schwere des Leidens erklärt werden könnte, ist eine Herausforderung für das ärztliche Handeln (**Folie 5**). Hier besteht vor allem die Gefahr, Patienten vorschnell als Simulanten abzustempeln und an der Wahrhaftigkeit ihrer Schilderungen zu zweifeln. Dieses Problem entsteht zumeist durch eine noch viel zu häufig ausschließlich an somatischen Befunden orientierte medizinische Denkweise („somatische Engführung“), die psychische oder psychosomatische Aspekte erst dann berücksichtigt, wenn alle anderen Deutungsversuche fehlgeschlagen sind. Nur vor dem Hintergrund eines derart eingengten Verständnisses fallen also im Fall von Herrn K. (**Folie 5**) **Befund und Befinden** wirklich auseinander. Dass sich Patienten dann häufig als „Psychofall“ stigmatisiert sehen, kann bei einer solchen Vorgehensweise nicht verwundern und ist nur durch eine frühzeitige **bio-psycho-soziale Diagnostik** zu verhindern, die in der folgenden Vorlesung ausführlicher dargestellt wird.

Folie 5



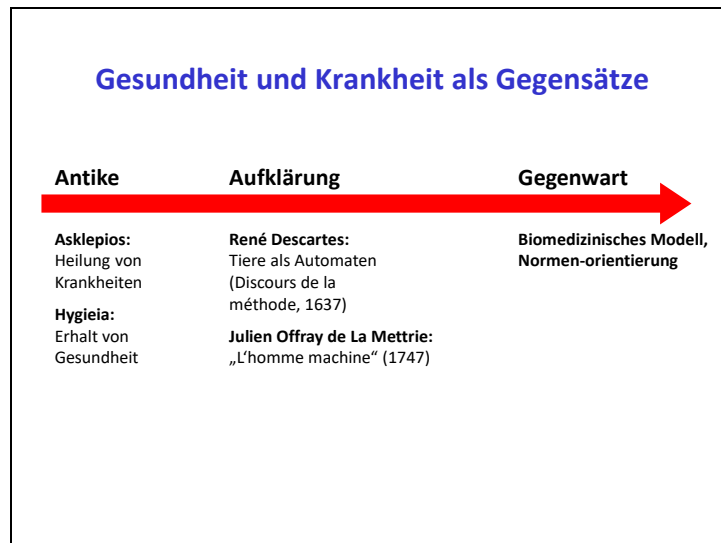
Konzeptuelle Überlegungen zu Gesundheit und Krankheit

Grundsätzlich lassen sich zwei verschiedene Konzepte unterscheiden, nach denen Krankheit und Gesundheit verstanden werden: als Gegensätze einerseits und als ein Kontinuum bzw. dynamisches Gleichgewicht andererseits. Beide Denkansätze lassen sich bis in die Antike zurückverfolgen und liegen auch aktuellen Definitionen von Gesundheit und Krankheit zugrunde.

Gesundheit und Krankheit als Gegensätze

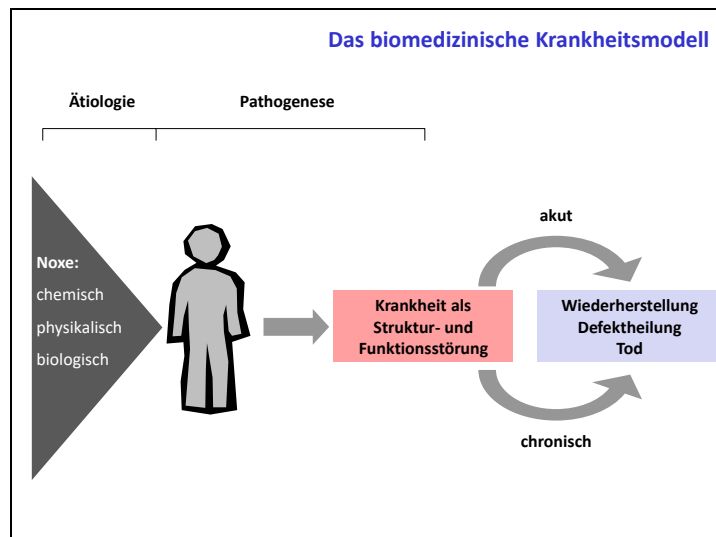
Das heute noch vielfach vorherrschende mechanistische Verständnis der Körperfunktionen (der menschliche Organismus als komplexe „Maschine“, deren Funktionsweise nur gut genug verstanden werden muss, um einen störungsfreien Ablauf und eine maximale Leistung sicherzustellen) wurzelt in der Philosophie der Aufklärung und hat sicherlich entscheidend zum rasanten Fortschritt der Medizin beigetragen (**Folie 6**).

Folie 6



Demnach resultiert Krankheit, wenn schädliche Einflüsse (Noxen von lat.: nocere = schaden) auf den Organismus einwirken, z.B. in biologischer (Viren, Bakterien, etc.), physikalischer (bei mechanischer Überlastung) oder chemischer (Drogen, Gifte, etc.) Form. Die Krankheitsursachen werden auch als **Ätiologie** bezeichnet, die durch die schädlichen Einwirkungen hervorgerufenen Veränderungen im Organismus, die schließlich die Symptome einer Erkrankung hervorbringen (der „Weg“ in die Krankheit) wird **Pathogenese** genannt. Grundsätzlich können Erkrankungen akut oder chronisch verlaufen, und an ihrem Ende kann sowohl die restlose Wiederherstellung (lat.: restitutio ad integrum), eine Defektheilung oder – schlimmstenfalls – der Tod stehen (häufig ist dann von einer infausten (von lat.: infaustus = ungünstig, d.h. ohne Aussicht auf Besserung) Prognose die Rede (**Folie 7**).

Folie 7



Menschen reagieren allerdings sehr unterschiedlich auf schädliche Einflüsse. Werden z.B. 100 Personen mit einem bestimmten Erreger in Kontakt gebracht, erkranken längst nicht alle, sondern vielleicht nur 50. Die anderen sind offensichtlich resistenter gegen diese Noxe, z.B. weil sie eine **spezifische** Immunität entwickelt haben (daher erkrankt man im Allgemeinen nur einmal an Windpocken). Aber es gibt auch **unspezifische** Faktoren, welche die **Resistenz** beeinflussen z.B. das Lebensalter. Alte Menschen sind insgesamt anfälliger für Krankheiten als junge Menschen. Außerdem verlaufen bei alten Menschen Erkrankungen häufig auch schwerer. Darüber hinaus spielen aber auch **individuelle Faktoren** eine Rolle, die als **Konstitution** oder **Disposition** zusammengefasst werden und als ein Ergebnis des Zusammenspiels von Veranlagung und lebensgeschichtlichen Einflüssen verstanden werden können. Wie in der folgenden Vorlesung noch ausgeführt wird, werden die Grundlagen solcher individuellen Faktoren gerade auch im Hinblick auf die Einflüsse der lebensgeschichtlichen Entwicklung immer besser verstanden.

Von besonderer Bedeutung für die Entscheidung, wer als krank bzw. gesund anzusehen ist, sind Vorstellungen von **Normalität**. In der Medizin sind ganz verschiedene Arten von Normen in Gebrauch (**Folie 8**). Zu beachten ist dabei, dass das, was als „normal“ gilt, auf einer bewussten Setzung beruht (z.B. Durchschnittswert einer Gruppe von untersuchten Individuen plus/minus zwei Standardabweichungen) und daher grundsätzlich auch unangemessen sein kann. So wurde z.B. nach Einführung der ambulanten Langzeit-EKG-Messung dem Auftreten von Rhythmusstörungen zunächst eine zu große Bedeutung beigemessen, bis sich herausstellte, dass bestimmte Formen von Rhythmusstörungen bei Gesunden sehr viel häufiger sind, als zunächst angenommen. Die Grenzwerte, ab wann ein Bluthochdruck als behandlungsbedürftig angesehen wird, haben sich ebenfalls im Laufe der Zeit verändert, als zunehmend deutlich wurde, dass auch schon geringe Erhöhungen zu Folgeerkrankungen führen können. Eine besondere Herausforderung sind in diesem Zusammenhang psychische Störungen, da für die Frage, was noch als normal gelten kann und ab wann von einer Störung bzw. einer Krankheit gesprochen wird, nicht nur medizinische Aspekte im eigentlichen Sinn, sondern auch kulturelle Aspekte eine Rolle spielen. Dies lässt sich z.B. an der Beurteilung von Homosexualität ablesen. Diese wurde in den USA bis 1973 offiziell (also in der Diagnoseklassifikation der American Psychiatric Association) als eine psychische Störung angesehen, die Weltgesundheitsorganisation (WHO) strich diese Diagnose sogar erst 1992 aus ihren Diagnose-Katalogen.

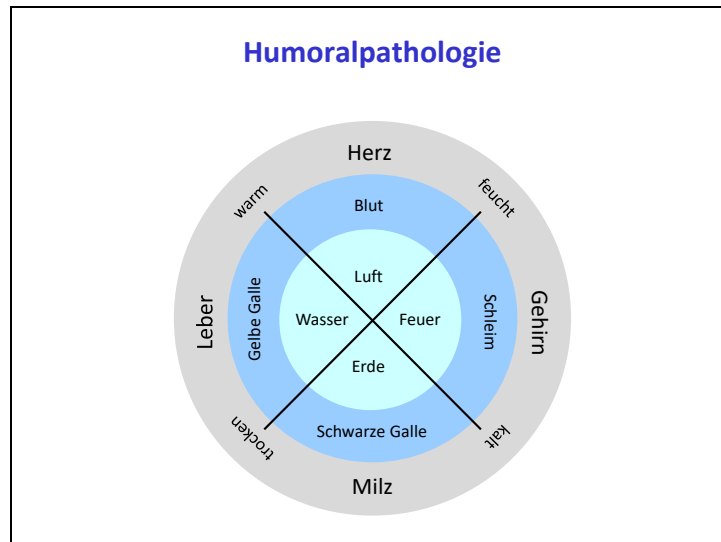
Folie 8

Krankheit als Normabweichung

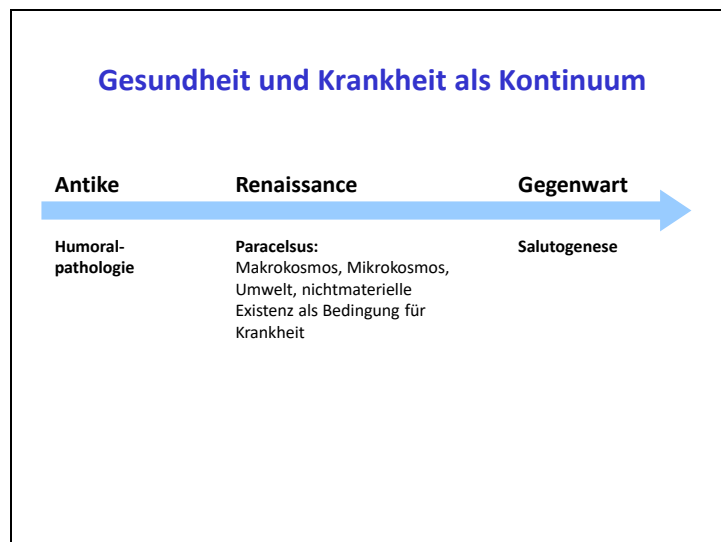
- **ideale Norm:** Sollwert, der wünschenswert erscheint (z.B. soziale Normen)
- **funktionale Norm:** Sollwert aufgrund von Funktionsfähigkeit (Bsp. psychische Erkrankungen)
- **statistische Norm:** Werte, die außerhalb eines definierten Bereichs liegen, werden als pathologisch definiert.
- **diagnostische Norm:** abhängig vom Testergebnis (z.B. negativ = normal)
- **therapeutische Norm:** nicht normale Werte erfordern eine Behandlung um Folgeerkrankungen zu verhindern (z.B. Bluthochdruck)
- **individuelle Norm:** Sollwerte aufgrund der individuellen psychophysischen Konstitution

Gesundheit und Krankheit als Kontinuum

Neben der Vorstellung, dass Krankheit und Gesundheit als gegensätzliche Zustände anzusehen sind, gab es immer auch Konzepte, in denen das Verhältnis von Krankheit und Gesundheit als ein dynamisches Gleichgewicht bzw. ein Kontinuum mit beliebig vielen Zwischenstufen konzeptualisiert wurde (**Folie 9**). Ein prominentes Beispiel ist etwa die antike Vorstellung von vier Körpersäften, deren Mischung (lat.: temperamentum) den Charakter einer Person einschließlich der Neigung zu bestimmten Krankheiten ausmachen.



Solche Typologien haben sich im Alltagsverständnis bis in unsere Zeit gehalten (so werden etwa leicht aufbrausende Personen gerne als „Choleriker“ bezeichnet) auch die Vorstellung eines dynamischen Gleichgewichts findet sich in moderner Form z.B. im Salutogenese-Konzept wieder, das in der nächsten Vorlesung ausführlicher dargestellt werden sollen (**Folie 10**).



Abschließende Überlegungen

Vor dem Hintergrund der verschiedenen Konzepten von Krankheit und Gesundheit mit ihren vielfältigen biomedizinischen, psychischen, sozialen und kulturellen Dimensionen wird deutlich, dass es unmöglich ist, eine in allen Dimensionen zufriedenstellende Definition von Krankheit bzw. Gesundheit zu geben. Dementsprechend vielfältig und unterschiedlich sind daher z.B. die verschiedenen Definitionen von Gesundheit, die in der Medizin gebräuchlich sind (**Folie 11**). Entscheidend ist, zu welchem Zweck die jeweilige Definition verwendet werden soll. Für eine Krankschreibung, die eine eindeutige Festlegung erfordert, ob eine Person gesund oder krank ist, sind andere Aspekte wichtig als für die Frage, wie Gesundheit bei alten Menschen definiert werden kann, die im biomedizinischen Sinn meist vielfach erkrankt („multimorbid“), aber nicht notwendigerweise auch leidend sind. Gerade hier würde sich ein so umfassender Gesundheitsbegriff, wie er in der WHO-Definition zum Ausdruck kommt, nicht bewähren, sondern eher eine Betrachtungsweise, die absolute Setzungen vermeidet und dem Gedanken eines Kontinuums zwischen Krankheit und Gesundheit verpflichtet ist. Insgesamt wird damit deutlich, dass die jeweils zugrunde gelegten Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit nicht nur die politische Gestaltung der Strukturen des Gesundheitssystems beeinflussen können (z.B. die Frage, welche Leistungen von den Krankenkassen finanziert werden), sondern Auswirkungen auch ganz unmittelbar auf Erleben und Verhalten von Arzt und Patient haben (**Folie 12**).

Gesundheit

Definitionen

„Gesundheit ist das geordnete Zusammenspiel normaler Funktionsabläufe und des normalen Stoffwechsels.“
biomedizinisches Modell

„Gesundheit ist der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit des Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist.“
Talcott Parsons (1902 - 1979), 1967

„Gesundheit ist der Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“
WHO, 1946

Konzepte von Krankheit und Gesundheit...

... beeinflussen Gesundheits- und Sozialpolitik

... beeinflussen Aufbau und Entwicklung von Gesundheitssystemen

... haben unmittelbare Konsequenzen für das Verhalten von Ärzten und Laien

take-home-message

- **verschiedene Erkenntnisebenen** von Krankheit und Gesundheit
- **dichotome Konzepte** (gesund/krank) vs. Gesundheit und Krankheit als **Kontinuum**
- Gesundheits-/Krankheitskonzepte haben **Konsequenzen** für das ärztliche Handeln, die Gesundheitspolitik, etc.
- Gesundheits-/Krankheitskonzepte können **brauchbar oder unbrauchbar** sein

Literatur:

- Blech J: Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden. Frankfurt am Main (S. Fischer) 2003.
- Gadamer H-G: Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge (Frankfurt am Main (Suhrkamp) 1993.
- Heim E: Salutogenese vs. Pathogenese – ein neuer Zugang zu einer alten Weisheit. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 124: 1267 – 1275, 1994.
- Krämer W: Wir kurieren uns zu Tode. Rationierung und die Zukunft der modernen Medizin. Berlin (Ullstein Verlag) 1997.
- Lenzen D: Krankheit als Erfindung. Frankfurt am Main (S. Fischer) 1991.