

1 Krankheit und Behinderung

Bevor wir uns mit unterschiedlichen Theorien über Krankheit und Behinderung befassen, möchten wir 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 und Krankheitsmodelle

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.

Die Tabelle 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).

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.

Tab. 1.1: Krankheitsverhalten und Soziale Schicht. Prozentsatz (auf- bzw. abgerundet) von Befragten in jeder sozialen Gruppe, die bei spezifischen Symptomen die Notwendigkeit ärztlicher Konsultation bejahten (modifiziert nach Koos 1954, S. 306)

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 Kopfweh	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

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 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 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 (1994, 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 weitergetragen 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«.

Bevor wir uns mit den *wissenschaftlichen Krankheitsstheorien* beschäftigen, sollte man sich mit folgender grundsätzlicher Einsicht vertraut machen: Die 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, wollen wir 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 psychiatrischen Krankenhaus behandelt, wird mit großer Wahrscheinlichkeit eher der medizinischen *Theorie einer Major Depression* anhängen, die durch einen Katecholamin-Mangel (mit)bedingt 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.

1.1.1 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 Sichelzellerkrankheit (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 psy-

chosomatischer 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).

- 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 Masseninfektionskrankheiten, 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 19. 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 (► Abb. 1.1).

Wie die Abbildung 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 Ausgesetztheitsgrad durch Überbevölkerung« (McKeown 1982, S. 140).

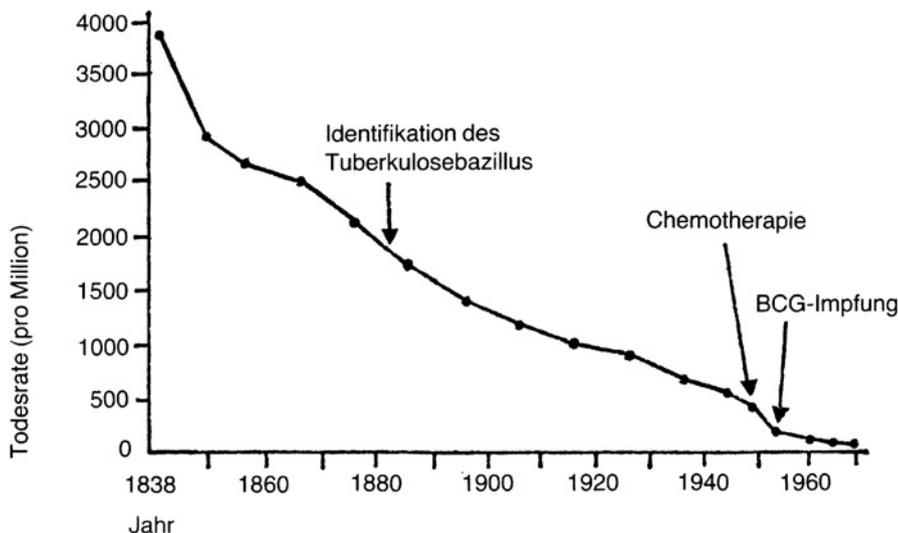


Abb. 1.1: Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit – mittlere jährliche Todesraten für England und Wales, standardisiert auf die Bevölkerung von 1901 (McKeown 1982, S. 136)

- 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 vielfältige »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 (► Kap. 3).

1.1.2 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.

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 in ► Kap. 1.1.3). Spezifische Theorien beziehen sich dagegen auf einzelne Erkrankungen.

- Die *psychozialen 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 Sorgerverhalten 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 reduzieren 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: