

1 Gesundheit, Krankheit und Wissenschaft

Gesundheit ist ein ausgesprochen hohes Gut. Das gilt nicht nur für jeden einzelnen Menschen, sondern auch für verantwortlich Handelnde in Wissenschaft, Politik und Praxis. Soziale und finanzielle Sicherungssysteme, Wirtschafts- und Wissenschaftsbranchen und zahlreiche Berufsgruppen und Handlungsfelder sind an der Gesunderhaltung der Bevölkerung und der Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen beteiligt. Die Definitionsmacht von dem, was Gesundheit und Krankheit bedeuten, obliegt wiederum unterschiedlichen politischen, wissenschaftlichen und praktisch orientierten Interessen. Daraus resultieren verschiedene Perspektiven und interessen geleitete Modelle dazu, wann jemand gesund oder krank ist, wann jemand einer gesundheitsbezogenen Norm entspricht, welche Angebote und Leistungen in der Versorgung zur Verfügung gestellt und finanziert werden und welche Konsequenzen diese Definitionen für Kostenträger, Leistungsanbieter und jede/-n Einzelne/-n haben könnten bzw. sollten.

1.1 Definitionen und Dimensionen von Gesundheit und Krankheit

Diese verschiedenen Perspektiven werden dann deutlich, wenn beispielsweise Modelle zum Verständnis von Gesundheit dargestellt werden. Modelle verfolgen grundsätzlich das Ziel, die Realität in vereinfachter Form abbilden zu können und sie dienen außerdem dazu, wissenschaftliche Erkenntnisse zu ordnen bzw. zu strukturieren. Darüber hinaus zeigen sie eine Perspektive auf den Gegenstand (hier von Gesundheit und Krankheit) auf, die durchaus im Vergleich von unterschiedlichen Modellen auch andere Betrachtungsweisen und Optionen der Interpretation ermöglicht. Da Modelle in aller Regel eine vereinfachte Version von Realität darstellen (sollen), erfassen sie auch nicht alle wichtigen und detaillierten Merkmale des abzubildenden Wissensgebietes (Klemperer 2010, S. 86 ff). Sie vereinfachen, trennen und vereinen Strukturen und Zusammenhänge in eher künstlicher und vereinfachter (im Sinne versus realistischer und komplexer) Weise, um hilfreich für die Erklärung und Interpretation von komplexen Strukturen und Prozessen in der Realität sein zu können. Somit sei die Darstellung von vier Modellen zur Verdeutlichung von »Gesundheit und Krankheit« dazu gedacht, exemplarisch auf

unterschiedliche Perspektiven hinzuweisen, die damit einhergehen können. Nachfolgend werden diese Modelle skizziert:

- Bio-medizinisches Modell
- Risikofaktorenmodell
- Bio-psycho-soziales Modell
- Modell der Salutogenese

Das *bio-medizinische Modell* nimmt – wie die Bezeichnung als solche bereits deutlich macht – die biologischen Funktionen des menschlichen Körpers in den Fokus. Dieses Modell bietet im Wesentlichen die Grundlage für die medizinische Versorgung in der westlichen Welt. Dabei werden insbesondere anatomische und physiologische Aspekte im Sinne des »Funktionierens« und der »Störung von Strukturen und Funktionen« betrachtet, um Symptome zu beschreiben, Diagnosen zu benennen und Therapiemaßnahmen auszuwählen. Ein Dualismus (eine Zerteilung) von Körper und Seele entsteht, indem hauptsächlich auf körperliche bzw. biologische Strukturen und Funktionen fokussiert wird (die durch Normwerte gekennzeichnet werden können) und seelische Aspekte vernachlässigt oder ausgeblendet werden. Damit bezieht sich das Verständnis von Gesundheit und Krankheit vorwiegend auf Fehlfunktionen von Organen, Organsystemen bzw. des Gesamtorganismus (Klemperer 2010, S. 99). Demzufolge bedarf es auch der Definition von Normbereichen oder Normwerten. Befindet sich ein Organismus außerhalb der Norm (z. B. gemessen anhand ausgewählter Blutwerte), die wiederum zuvor z. B. von der Medizin definiert worden ist, wird er als gestört, nicht voll funktionsfähig oder eben als krank bezeichnet. Dieses Modell schließt somit wesentliche Bereiche des menschlichen Daseins (z. B. seelische Faktoren, Umweltbedingungen, Lebens- und Arbeitssituation) weitgehend aus und fokussiert auf körperliche Abläufe des Organismus (vgl. auch a. a. O.).

Das *Risikofaktorenmodell* dient als Grundlage für die Analyse und Beschreibung von gesundheitsgefährdenden Faktoren. Laut Klemperer (2010, S. 102) gilt es ausschließlich für nicht-infektiöse Krankheitsbilder. Im Bereich der Epidemiologie (z. B. Verbreitung, Verlauf und Entstehungsbedingungen von Krankheiten) stellen Zählungen von Erkrankungen (Morbiditätsraten), Sterbefällen (Mortalitätsraten) und die Berechnung von Krankheits- bzw. Sterbewahrscheinlichkeiten zentrale Aufgaben dar. Ursachen und Entstehungsbedingungen zeigen dann entsprechende Risikofaktoren auf. So erhöhen beispielsweise ungünstige Laborwerte wie erhöhte Blutfette in Kombination mit regelmäßigem Tabakkonsum sowie Übergewicht und Bewegungsmangel das Risiko deutlich, an einer Erkrankung des Herz-/Kreislaufsystems zu leiden. Risikofaktoren, die das Entstehen einer Erkrankung wahrscheinlich begünstigen, lassen sich mit Blick auf biologische Voraussetzungen und das Verhalten von Personen bestimmen, aber auch in den Verhältnissen (z. B. Umwelt, Lebens- und Arbeitsbedingungen) finden, in denen ein Mensch lebt. Somit ist ein Risikofaktor ein Aspekt »[...], der die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Erkrankung erhöht« (a. a. O., S. 103). Grob skizziert wird Gesundheit nach diesem Modell am ehesten erhalten, gefördert oder wieder hergestellt, wenn die Abwesenheit oder zumindest eine weitgehende Minderung von gesundheitsge-

fährdenden Faktoren erreicht werden kann. Das schließt zwar nicht die Möglichkeit von Erkrankungen aus, aber verringert das Risiko von deren Entstehung bzw. Verschlimmerung. Eine wichtige Funktion der Beschreibung von Risikofaktoren sowie statistischen Erfassungen und Berechnungen ist die Transparenz des Krankheits- und Sterbe geschehens (Morbiditäts- und Mortalitätsraten) in der Bevölkerung. Durch die Erfassung und Verarbeitung entsprechender Daten werden z. B. geografische und zeitliche, altersbezogene und geschlechtsspezifische Vergleiche und Verläufe sowie die Berechnung von Längsschnittdaten ermöglicht. Risikofaktoren können somit identifiziert werden. Vielfältiges Datenmaterial und unterschiedliche Themenhefte und Berichte zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung finden sich beispielsweise online auf den Internetseiten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (vgl. <http://www.gbe-bund.de>).

Das *bio-psycho-soziale* Modell für die Beschreibung von Gesundheit bzw. Krankheit vereint die Betrachtung von biologischen bzw. körperlichen Gegebenheiten, die psychische Situation eines Menschen sowie das soziale Umfeld. Laut von Troschke (2006) hat Hurrelmann das bio-psycho-soziale Modell im Jahr 1990 veröffentlicht und damit ein umfassendes Modell entwickelt, welches zahlreiche Variablen von Personen in sich vereint, die der Bewältigung von Risiko- und Belastungsfaktoren dienen und sich auch aus der sozialen Situation bzw. sozialen Interaktionen von Personen ergeben (von Troschke, S. 534). Die Integration von Körper, Seele und sozialer Umwelt führt z. B. dazu, dass in der medizinischen Betrachtung ein behandlungsbedürftiges Problem einer Person fokussiert wird. Die Betonung der sozialen Aspekte verdeutlicht somit aber auch für andere Handlungsfelder die Fragen nach sozialen Zuschreibungen, nach gesellschaftlich verursachten Problemen als Frage der vollständigen Integration in das soziale Gefüge, nach einem komplexen Geflecht gesellschaftlicher Bedingungen und somit auch nach sozialem Handeln und der gemeinschaftlichen Verantwortung für Problemlagen (WHO, 2001, S. 24 ff). Die »Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit« der Weltgesundheitsorganisation hat die bio-medizinische Sichtweise und die bio-psycho-soziale Perspektive vereint und damit eine Erweiterung der Sicht in der westlichen Welt¹ verdeutlicht (WHO 2001, S. 25):

»Das Konzept der ICF basiert auf einer Integration dieser beiden gegensätzlichen Modelle. Um die verschiedenen Perspektiven der Funktionsfähigkeit zu integrieren, wird ein ›biopsychosozialer‹ Ansatz verwendet. Die ICF versucht eine Synthese zu erreichen, die eine kohärente Sicht der verschiedenen Perspektiven von Gesundheit auf biologischer, individueller und sozialer Ebene ermöglicht.« Demnach ist Gesundheit ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und eben nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen, wobei die individuelle Perspektive einbezogen wird. Auch diese Definition zeigt den

1 Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist in anderen Kulturkreisen, z. B. im asiatischen Raum ein anderes. Allerdings führt eine Ausweitung dieses Themenbereiches zu weit.

erweiterten Blick und war in der Vergangenheit ein Leitbild für Gesundheitsförderung und Prävention (Klemperer 2010, S. 122).

Das Modell der *Salutogenese* erklärt die Ursachen für Gesundheit und legt dabei den Fokus auf Gesundheit bzw. »gesunde Anteile« und gesundheitsfördernde Faktoren. Im Gegensatz zur Pathogenese (Krankheitsentstehung) werden im Modell der Salutogenese eben nicht die Risikofaktoren und die »krank machenden« Faktoren betrachtet, sondern vielmehr diejenigen, die die Gesundheit stabilisieren, fördern bzw. erhalten. Der Begründer dieses Modells ist Antonovsky (1923–1994). Er ging davon aus, dass Stress bzw. Spannungszustände die zentrale Rolle im Gesundheits- bzw. Krankheitsgeschehen spielen und nutzt sowohl Stresstheorien als auch bio-psycho-soziale Aspekte. Die Entwicklung des Salutogenese-Modells war bedeutsam für die Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Psychosomatik und sozialmedizinischen Begutachtungen in Politik und Praxis. Wesentlicher Bestandteil des Salutogenese-Modells ist die Beschreibung eines Gesundheits- und Krankheitskontinuums im Kontrast zu einer starren normativen Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit. Demzufolge bewegt sich die Beschreibung des Gesundheitszustandes eines Menschen zwischen zwei auseinander liegenden Polen, wobei auf der einen Seite der Pol »gesund« steht und auf der anderen »krank«. Daraus resultiert, dass Gesundheit ein dynamischer Zustand bzw. ein Prozess ist, wobei gesunde Anteile in allen Lebenssituationen gestärkt werden können. Somit verfügen auch schwer erkrankte Menschen über gesunde Anteile, die wahrgenommen, stabilisiert und gefördert werden sollen (Klemperer 2010, S. 122 ff).

Ursächlich für die Dynamik des Gesundheitszustandes sind Stressoren und Spannungszustände. Spannungszustände sind psycho-physische Aktivierungen durch Stressreaktionen. Auslöser dafür sind so genannte Stressoren. Darunter fallen alle Reize und Stimuli, die Stress erzeugen, obgleich nicht jeder Reiz gleichbedeutend mit einem Stressor ist, sondern ein Reiz wird erst durch die subjektive Bewertung einer Person zu einem Stressor. Diese subjektive Bewertung führt erst zu einem Spannungszustand, also zu einer entsprechenden Stressreaktion. Neben förderlichem Stress (so genannter Eustress) gibt es aber auch anhaltende Spannungszustände, die zu einer Bewegung im Kontinuum von Gesundheit und Krankheit stärker in Richtung des Krankheitspols führen. Diese negativ empfundenen bzw. auch krank machenden Stressoren (Distress) führen bei anhaltender Spannung zu Erkrankungen. Der Gesundheit dienlich ist demzufolge vor allem die Verhinderung oder der Abbau von anhaltenden Spannungszuständen mittels generalisierter Widerstandsressourcen eines Menschen (Klemperer 2010, S. 125; Wydler et al. 2010). Dabei sind unterschiedliche Merkmale bedeutsam, die zur Spannungsbewältigung beitragen können:

Auf individueller Ebene sind es z. B. körperliche Faktoren, Intelligenz, erlernte Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung, finanzielle Aspekte, kulturelle Festigkeit. Hilft die Wirksamkeit der Ressourcen bei der Bewältigung von anhaltenden Spannungszuständen und kann diese auf alle Arten von Situationen übertragen werden, dann spricht man von generalisierten Widerstandsressourcen (Klemperer 2010, S. 125 ff). Ein hier in aller Kürze umrissener letzter Aspekt des Salutogenese-Modells bezieht sich auf die Bedeutung des Kohärenzgefühls (hierzu auch Wydler

et al. 2010): Dieses ist ein wichtiger Faktor und beschreibt das Gefühl eines Menschen, welches ggf. auch mit »positivem Denken, Empfinden und Handeln« verglichen werden kann. Das Kohärenzgefühl ist eine Orientierung im Leben, wobei demnach das Leben einen Sinn hat bzw. als sinnvoll erlebt wird, es als lohnenswert empfunden und verstanden bzw. bewältigt werden kann (Klemperer 2010, S. 125 ff). Bedeutsam ist das Modell u. a. für die Forschung, die herauszufinden versucht, aufgrund welcher Gegebenheiten Menschen trotz hoher Belastungsfaktoren gesund bleiben und andere unter vergleichbaren Bedingungen erkranken (von Troschke 2006, S. 534).

Verschiedene Perspektiven der Modelle

Die dargelegten Modelle mit unterschiedlicher Beschreibung von Gesundheits- und Krankheitsdimensionen sollen nachfolgend mit Blick auf die gesundheitliche Versorgung bzw. die Krankenversorgung diskutiert werden. Wie kann sich die Dimension eines Modells auf die Finanzierung von Leistungen im Gesundheitssystem auswirken? Welches Modell wird als Grundlage für die Leistungserbringung mit welcher Argumentation genutzt? Welche Rolle spielt die Verinnerlichung eines Modells für die Interaktion von Fachkräften mit Patienten/-innen bzw. hilfe-/pflegebedürftigen bzw. behinderten Menschen? Welche innere Haltung kann sich durch die Reflexion der Modelle entwickeln, die sich wiederum auf das professionelle Handeln auswirkt? Vor dem Hintergrund dieser Fragestellungen werden nachfolgend Diskussionsstränge angerissen, die entsprechende Antworten und Argumente verdeutlichen:

Das *bio-medizinische Modell* ist geprägt durch eine naturwissenschaftliche Sichtweise und dient zu Beginn des 19. Jahrhunderts der weiteren Erforschung medizinischer Grundlagen zur Deutung von Krankheitssymptomen und der Weiterentwicklung der Diagnostik und Therapie. Daran gebunden ist die Beschreibung von Normwerten und »normalen« Funktionen des Organismus, aus denen dann wiederum Störungen und Fehlfunktionen abgeleitet werden:

»Es erschien möglich, die Funktionen des Körpers und seiner Organe vollständig mit präzisen und überprüfbar Methoden der Biowissenschaften zu erforschen und Abweichungen von Normalfunktionen zu korrigieren. Die gesamte Forschung konzentrierte sich auf die Frage, wie Krankheit geheilt werden konnte« (Hurrelmann, Laaser, Razum 2006, S. 22).

Dieses Verständnis grenzt nicht nur alle außerhalb der Norm liegenden Befunde aus und bewertet diese als Störung, es gilt außerdem, diesen Zustand wieder dahingehend zu verändern, dass der Mensch wieder normal funktioniert, sprich: gesund wird. Damit liegt zum einen ein an Defiziten orientiertes Verständnis vor und zum anderen besteht die Aufgabe der Medizin vorwiegend darin, zu heilen (Kuration). Erfolgt keine Heilung, hieße das im Umkehrschluss, dass die Medizin versagt. Die fehlende Einbindung der Patientenperspektive und reine Fokussierung auf die naturwissenschaftlich geprägte Beschreibung von Norm, Abweichung und Störung körperlicher bzw. biologischer Funktionen überlässt den Fachkräften und hier insbesondere den Ärzten/-innen die Definitionsmacht ebenso wie den hohen Druck,

Heilung herbeiführen zu müssen. Die Interaktion zwischen Arzt/Ärztin und Patient/-in ist somit dem Modell folgend von einer ungleichen Beziehung gekennzeichnet, im Rahmen derer der Arzt/die Ärztin derjenige bzw. diejenige ist, der/die Symptome erfasst, Diagnosen stellt und Therapien verordnet. Wissen und Kompetenz mit Blick auf Gesundheit und Krankheit fällt somit vorwiegend der Medizin zu. Eine eigene Sprache in der Medizin verleiht dieser ungleichen Beziehung bis heute weiterhin Ausdruck, denn für medizinische Laien ist sie unverständlich. Laien sind darauf angewiesen, dass die Fachleute die Planung, Durchführung und Ergebnisse von Untersuchungen in eine verständliche Sprache übersetzen. Auch hier ist eine asymmetrische Beziehung vorhanden, denn der Laie ist angewiesen auf die Kompetenz und den guten Willen der Fachleute, das Geschehen verständlich zu machen. Nicht zuletzt wirkt sich die Sichtweise mit biomedizinischem Fokus auf die Standardisierung und Finanzierung von Leistungen im Gesundheitssystem aus, denn somit werden naturwissenschaftlich orientierte Diagnosemethoden beispielsweise höher gewertet und vergütet als ein umfassendes Beratungsgespräch, in dem Fachpersonal eine ausführliche Sichtweise der Patienten/-innen einbindet.

In der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD 10 GM) finden sich amtliche Verschlüsselungen von Diagnosen für das deutsche Gesundheitssystem. Diese werden regelmäßig überarbeitet (10. Revision, German Modification ICD-10-GM) und beziehen sich auf Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Die Diagnosen werden in einer Übersicht zusammengefasst. Jedes Kapitel wird wiederum in zahlreiche Unterkapitel mit Diagnosen aufgeteilt, so dass ein komplexes System mit Diagnosen vorliegt, welches für die Klassifizierung von Krankheiten und die Abrechnung der Behandlungen benutzt wird. Dieses System spiegelt die krankheitsbezogene Orientierung wider, dient aber im Sinne einer Standardisierung als Kommunikationsmittel auf fachlicher und internationaler Ebene ebenso wie auch für die Krankenakten, die Statistik und Abrechnung von Leistungen (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2013).

Tab. 1: Übersicht über die Kapitel der ICD-10-GM

| Kapitel | Gliederung | Titel |
|---------|------------|--|
| I | A00–B99 | Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten |
| II | C00–D48 | Neubildungen |
| III | D50–D90 | Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems |
| IV | E00–E90 | Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| V | F00–F99 | Psychische und Verhaltensstörungen |
| VI | G00–G99 | Krankheiten des Nervensystems |
| VII | H00–H59 | Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde |
| VIII | H60–H95 | Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes |

Tab. 1: Übersicht über die Kapitel der ICD-10-GM – Fortsetzung

| Kapitel | Gliederung | Titel |
|---------|------------|--|
| IX | I00–I99 | Krankheiten des Kreislaufsystems |
| X | J00–J99 | Krankheiten des Atmungssystems |
| XI | K00–K93 | Krankheiten des Verdauungssystems |
| XII | L00–L99 | Krankheiten der Haut und der Unterhaut |
| XIII | M00–M99 | Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes |
| XIV | N00–N99 | Krankheiten des Urogenitalsystems |
| XV | O00–O99 | Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett |
| XVI | P00–P96 | Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben |
| XVII | Q00–Q99 | Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien |
| XVIII | R00–R99 | Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind |
| XIX | S00–T98 | Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen |
| XX | V01–Y84 | Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität |
| XXI | Z00–Z99 | Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen |
| XXII | U00–U99 | Schlüsselnummern für bestimmte Zwecke |

Quelle: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Stand 20.09.2013; <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/index.htm>)

Diese Übersicht zeigt eine biologisch-medizinische Orientierung auf, die vorwiegend mit Blick auf Störungen bzw. abnormale Entwicklungen (z. B. Neubildungen) oder Organe und Organsysteme bzw. psychische und Verhaltensstörungen rekurriert. Ein weiteres Modell für die Abrechnung der Krankenhausbehandlung bezieht sich ebenfalls auf Diagnosen bzw. Diagnosegruppen: Im Jahr 2003 wurde in Deutschland das System der DRGs (Diagnosis Related Groups; deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen) eingeführt. Dieses auch als Fallpauschalen bezeichnete Abrechnungssystem dient der Erfassung von Diagnosen bei Neuaufnahmen in einem Krankenhaus. Auf Basis der Fallpauschalen wird das Gesamtbudget von Staat und Versicherungen dann entsprechend auf die Kliniken abgerechnet und verteilt. Auch im Rahmen der DRGs werden u. a. die Diagnosen des oben beschriebenen Klassifikationssystems ICD-10-GM verwendet. Mit der Einführung des Fallpauschalensystems erfolgt eine deutlich stärkere Orientierung an wirtschaftlichen Zielen und Zwängen. Somit hat sich dieses System ungünstig auf die Arzt-Patient-Beziehung ausgewirkt und den ökonomischen Druck auf die Ärzte/-innen in Kli-

niken deutlich erhöht. Klinikärzte/-innen können nicht in erster Linie bedarfsge- recht handeln, sondern sind durch dieses System angehalten, die wirtschaftlich günstigen Varianten zu erkennen und zu dokumentieren (vgl. Flintrop 2006).

Die Entwicklung des *bio-psycho-sozialen Modells* seit Mitte der 1940er Jahre und die Weiterentwicklung des Gesundheitsverständnisses durch die folgenden Jahrzehnte durch die WHO (Weltgesundheitsorganisation 1946, 1978 vgl. www.who.int) sollte zu einer Veränderung in der Interaktion zwischen Fachkräften im Gesundheitswesen und Patienten/-innen führen. Wie bereits oben beschrieben, geht es demnach um die Erkenntnis eines behandlungsbedürftigen Problems, welches über die biologischen Faktoren deutlich hinausgeht und psychische sowie soziale Aspekte der Lebenssituation eines Menschen einbezieht. Um diese Problematik zu erfassen, ist die Einbindung von Patienten/-innen für eine subjektive Sichtweise auf die psychischen und sozialen Gegebenheiten notwendig. Die Bewertung obliegt zwar weiterhin den Fachkräften, dennoch führt es zu einer Interaktion von Fachkräften und Patienten/-innen, die sich einer Beziehung auf »gleicher Augenhöhe« annähert oder auch tatsächlich stattfinden kann. Darüber hinaus gelten die Gesundheitsdefinitionen der WHO als Leitbilder für die Gesundheitsförderung und Prävention. Die oben genannte Synthese von bio-medizinischen Faktoren und psycho-sozialen Aspekten zeigt sich in der »Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit« (ICF) der WHO deutlich, so dass hier wiederum ein Klassifikationssystem entstanden ist, welches einen erweiterten Blickwinkel zulässt, für die Heilpädagogik und andere Gesundheitsberufe (z. B. Ergotherapie) von zentraler Bedeutung ist und sich positiv auf die Interaktionen zwischen Fachkräften und ihrer Klientel auswirken kann. Kritisiert wird allerdings, dass die Definitionen des Gesundheitsverständnisses der WHO zwar » [...] häufig zitiert, aber eher selten konsequent angewandt wird« (Klemperer 2010, S. 123).

Die Kenntnis von *Risikofaktoren* stellt eine wichtige Größe dar, um Risiken minimieren oder gar ausschalten und Schutzfaktoren stärken zu können. Entsprechende Erkenntnisse bei der Entstehung von Krankheiten und deren Bewältigung sind einerseits für die Aufklärung der Bevölkerung insgesamt wichtig (z. B. für Kampagnen zu gesunder Ernährung oder gegen die Ansteckung mit dem HI-Virus durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; vgl. hierzu www.bzga.de). Eine besondere Rolle spielt das Wissen um Risikofaktoren auch in der Beratung, die allen Bereichen des Gesundheitswesens grundlegend ist und sich positiv auf das Gesundheitsverhalten des Einzelnen auswirken sollte. Dies gilt sowohl im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, in der Akutversorgung und Betreuung (chronisch) kranker Menschen als auch in den Bereichen der Rehabilitation und Pflege. Nicht zuletzt kann entsprechendes Gesundheitsverhalten zu einer Minderung von Risiken beitragen. Darüber hinaus bedarf es auch der Minderung von Risiken in den Verhältnissen bzw. Umweltbedingungen, in denen Menschen leben. Hier sind diese häufig nicht selbst in der Lage, Risiken (z. B. Lärmbelastung am Arbeitsplatz) in Eigenverantwortung zu minimieren, sondern es bedarf der Veränderung in Institutionen sowie rechtlicher Grundlagen (z. B. Arbeitsschutz). Die statistische Erfassung von bevölkerungsbezogenen Gesundheitsdaten dient beispielsweise der Berechnung der durchschnittlichen Lebens-

erwartung für Bevölkerungsgruppen mit bestimmten Merkmalen. Diese dienen dann u. a. der Argumentation z. B. von Lebensversicherungen oder auch privaten Krankenversicherungen für die Beitragshöhe bzw. die Aufnahme oder Ablehnung von Patienten/-innen. Je größer potenzielle Risiken eines Menschen eingeschätzt werden, desto höher sind die Kosten, die manche Versicherte für die Beiträge zahlen. Problematisch ist, dass hier Menschen benachteiligt werden, indem sie Mehrkosten haben, ohne dass sie im Einzelfall tatsächlich nachweislich höhere Kosten verursachen. Die Berechnung der Wahrscheinlichkeit einer Krankheitsentstehung mit Blick auf die Risikofaktoren bietet somit eine Grundlage für die Kostenkalkulation von Versicherern.

Das Risikofaktorenmodell birgt außerdem eine weitere Gefahr: Es kann genutzt werden, um Personen oder Personengruppen ein Fehlverhalten vorzuwerfen und damit auch im Falle einer Erkrankung denjenigen die Schuld an der Erkrankung zuzuschreiben. Daraus würde in der Zuspitzung z. B. eine Forderung entstehen können, der zufolge zahlreiche Patienten/-innen keine Leistungen im Gesundheitswesen erhielten, da sie ihre Erkrankung selbst verschuldet hätten (z. B. durch ungesunde Ernährung, Tabakkonsum). Von dieser Argumentationslinie wird dann Gebrauch gemacht, wenn eine stärkere Eigenverantwortung von Patienten/-innen im System der Krankenversorgung für eine Kosteneinsparung erwirkt werden soll (Klemperer 2010, S. 107). Je höher die Eigenverantwortung mit Blick auf die Minimierung von gesundheitsgefährdenden Risiken gesetzt wird, desto weniger stehen die sozialen Sicherungssysteme in der Verantwortung und desto eher können Eigenverantwortung zugesprochen werden und Schuldzuschreibungen erfolgen. Somit ist eine differenzierte Betrachtung der genutzten Argumentation des Risikofaktorenmodells zu erwirken und kritisch zu hinterfragen, da in der Zuspitzung die Grundprinzipien der sozialen Sicherung wie das Solidaritätsprinzip zunehmend abgebaut werden.

Die zentralen Vorteile des Modells liegen darin begründet, dass durch die Kenntnis von riskantem Verhalten, riskanten Verhältnissen im Umkehrschluss gesundheitsförderliche bzw. krankheitsverhindernde Maßnahmen abgeleitet werden können. Damit können Diagnostik und Therapie im Gesundheitssektor optimiert, aber auch die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention sehr viel mehr gestärkt werden. Auch ist das Modell der Risikofaktoren für die Pharmaindustrie von zentraler Bedeutung, denn letztlich können entsprechend notwendige Arzneimittel hergestellt werden, die Risikofaktoren minimieren oder ausschalten. Gelegentlich werden auch weniger notwendige Mittel hergestellt, die Risiken ausschalten sollen oder deren Kauf mit der Erzeugung von Ängsten begünstigt wird. Nicht zuletzt sind Kenntnisse von gesundheitsgefährdendem Verhalten sowie riskanten Verhältnissen bedeutsam für heilpädagogische, pflegerische und soziale Handlungsfelder (z. B. in der Beratung).

Die Entwicklung des Modells der *Salutogenese* hat die Gesundheitsforschung vorangebracht und dazu beigetragen, die psychologischen und sozialen Determinanten in den Blick zu nehmen und Haltungen, Einstellungen, Stressfaktoren und Überzeugungen von Menschen und deren Bedeutung für Gesundheit und Krankheit zu untersuchen. Damit werden auch Zuschreibungen und Haltungen von im Gesundheitswesen Beschäftigten in Frage gestellt. Sowohl im Bereich der Kran-

kenversicherung, der Krankenversorgung und auch der Medizin (und anderen gesundheitsbezogenen Berufsgruppen) werden nach wie vor allzu häufig die Patienten/-en nach ihren Erkrankungen, Symptomen oder Diagnosen beurteilt und behandelt. Diese defizitäre Orientierung wird mit dem Modell der Salutogenese nahezu »auf den Kopf gestellt«, denn demzufolge geht es vielmehr um eine Ressourcenorientierung in der gesundheitlichen Versorgung. Salutogenese kann somit eine konzeptionelle Grundlage für eine Neuorientierung in Wissenschaft und Praxis darstellen (Wydler et al. 2010). Diese Orientierung an und Förderung von Ressourcen ist ein wesentlicher Bestandteil z. B. in der Ausbildung von Heilpädagogen/-innen oder Pflegefachkräften. Frühzeitig wird dieses Modell gelehrt und häufig in Bezug gesetzt mit der compliance (Therapietreue) in der Beratung und Anleitung (Oelke 2007, S. 504). Die Fokussierung auf Ressourcen von Menschen mit Unterstützungsbedarf ist ein wichtiger Bestandteil der Entwicklung einer inneren Haltung von Fachkräften im Gesundheitswesen und in sozialen wie auch heilpädagogischen Handlungsfeldern. Es sei allerdings davor gewarnt, dass häufig die finanziellen Rahmenbedingungen in der Beratung, Versorgung und Betreuung nicht ausreichen oder gänzlich fehlen, um entsprechend handeln zu können. Die Praxis gestaltet sich vielerorts nicht nach salutogenetischer Perspektive, wenn auch diese konzeptionellen Grundlagen Einzug in die Ausbildungen der Gesundheitsberufe halten. Das Modell ist demnach von zentraler Bedeutung für einen Paradigmenwechsel in Gesundheitswesen, insbesondere in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Psychosomatik. Für die Unterstützung der Klientel bedarf es jedoch auch der Finanzierung von entsprechenden Leistungen. Beispielsweise bedarf es Zeit und Personal, um die Klientel selbstständig Handlungen im Alltag durchführen zu lassen und damit die Eigenständigkeit und vorhandenen Ressourcen zu fördern. Faktisch sind Fachkräfte in der Praxis unter Zeitdruck häufig gezwungen, die Handlungen selbst schneller durchführen zu müssen.

So umfangreich das Modell der Salutogenese die Gesamtsituation eines Menschen mitsamt der Entstehung von Spannungszuständen und Einstellungen etc. in den Blick nimmt, so bedauerlich ist die fehlende Finanzierung der konsequenten Anwendung des Modells in der Praxis gesundheitsbezogener Handlungsfelder. Ein Themenheft der Gesundheitsberichterstattung des Bundes belegt beispielsweise im Abschnitt »Ergebnisse aus Bevölkerungsumfragen« die zunehmende Inanspruchnahme von alternativen Methoden in der Medizin: Zwar liegen in der Bevölkerung unterschiedliche Vorstellungen vor, was unter alternativer Medizin verstanden wird, doch:

»Trotz dieser Differenzen gibt es recht deutliche Hinweise auf eine zunehmende Popularität von Naturheilmitteln in den letzten drei Jahrzehnten aufgrund von Umfragen des Instituts für Demoskopie Allensbach in den Jahren 1970, 1997 und 2002 mit einer einheitlichen Fragenformulierung in allen Erhebungen« (Robert-Koch-Institut 2002, Abschnitt Ergebnisse der Bevölkerungszahlen, o. Seitenangabe).

Und später im Abschnitt »Schulmedizin und alternative Medizin im Vergleich« heißt es:

»Die zunehmende Popularität der Alternativmedizin ist auch begründet in der subjektiv intensiver erlebten Kommunikation und emotionalen Zuwendung, dem stärkeren Einbe-