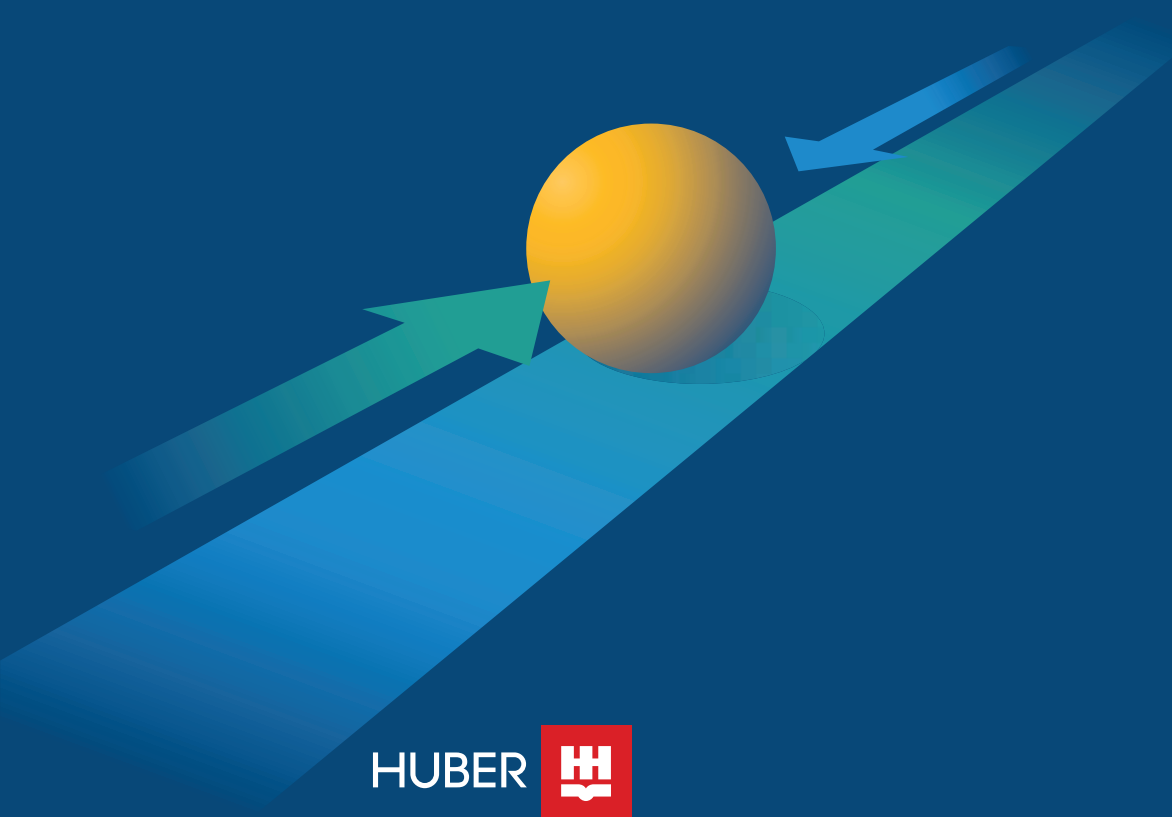




Alexa Franke

Modelle von Gesundheit und Krankheit

3., überarbeitete Auflage



HUBER



Alexa Franke
**Modelle von Gesundheit
und Krankheit**

Verlag Hans Huber
Programmbereich Gesundheit

Wissenschaftlicher Beirat:
Felix Gutzwiller, Zürich
Manfred Haubrock, Osnabrück
Klaus Hurrelmann, Berlin
Petra Kolip, Bielefeld
Doris Schaeffer, Bielefeld

HUBER



Alexa Franke

Modelle von Gesundheit und Krankheit

3., überarbeitete Auflage

Verlag Hans Huber

Anschrift der Autorin:
Prof. Dr. Alexa Franke
alexa.franke@gmx.net

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt
Herstellung: Peter E. Wüthrich
Illustration: Klaus-Peter Knabe
Umschlag: Claude Borer, Basel
Druckvorstufe: UAA Grafik & Text, Ursi Anna Aeschbacher, Biel/Bienne
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten
Printed in Germany

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



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

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benützt werden dürften.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Lektorat Medizin/Gesundheit
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 4500
Fax: 0041 (0)31 300 4593
www.verlag-hanshuber.com

3., überarbeitete Auflage 2012

© 2006/2010/2012 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

E-Book-ISBN (PDF) 978-3-456-95120-1

Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur 3. Auflage	9
Vorwort zur 2. Auflage	11
Einleitung	15
1. Von der Schwierigkeit, Gesundheit und Krankheit abzugrenzen	21
1.1 Die Problematik der Abgrenzungskriterien	24
1.1.1 Fehlen eindeutiger Definitionen	24
1.1.2 Technische Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie	25
1.1.3 Diskrepanz zwischen Befund und Befinden	25
1.1.4 Normabweichungen ohne Krankheitswert	26
1.1.5 Kulturgebundenheit der Beurteilung	26
1.1.6 Funktionalität der Störungen	28
1.1.7 Interessengeleitete Definitionsmacht	28
1.2 Die Unterscheidung als Irrtum	32
2. Was ist Gesundheit?	35
2.1 Definitionen von Gesundheit	35
2.2 Dimensionen der Gesundheit	38
2.2.1 Gesundheit als Störungsfreiheit	38
2.2.2 Gesundheit als Wohlbefinden	40
2.2.3 Gesundheit als Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung	42
2.2.4 Gesundheit als Gleichgewichtszustand (Homöostase)	45
2.2.5 Gesundheit als Flexibilität (Heterostase)	47
2.2.6 Gesundheit als Anpassung	48
2.3 Vom Wert der Gesundheit	50
2.3.1 Gesundheit als höchstes Gut	51
2.3.2 Gesundheit als relativer Wert	53
2.3.3 Gesundheit als Geschenk, Leistung oder Pflicht	54
Weiterführende Literatur	57

3. Was ist Krankheit?	59
Weiterführende Literatur	65
4. Was sind psychische Störungen?	67
4.1 Historische Entwicklung	67
4.2 Definition und Klassifikation psychischer Störungen	79
4.3 Implikationen und Konsequenzen der aktuellen Klassifikation	85
Weiterführende Literatur	87
5. Was ist Behinderung?	89
5.1 Historische Entwicklung	89
5.2 Der Begriff der Behinderung	92
5.3 Klassifikation von Behinderung	94
Weiterführende Literatur	98
6. Das Verhältnis von Gesundheit und Krankheit zueinander	99
6.1 Dichotomes Konzept	99
6.2 Bipolares Konzept	101
6.3 Orthogonale Konzepte	102
7. Stress	105
7.1 Stress als Reaktion	107
7.2 Stress als Auslöser	111
7.2.1 Life-event-Forschung	112
7.2.2 Persönlichkeits- und verhaltenstheoretische Ansätze	116
7.3 Stress als Interaktion	117
7.4 Stress und Gesundheit und Krankheit	125
Weiterführende Literatur	126
8. Krankheitsmodelle	129
8.1 Naturalistische Modelle	133
8.1.1 Biomedizinisches Krankheitsbild	133
8.1.2 Risikofaktorenmodelle	137
8.2 Psycho-somatische Krankheitsmodelle	140
8.2.1 Psychoanalytische Modelle	142
8.2.2 Verhaltenstheoretische Modelle	146
8.2.3 Kommunikationstheorie	153

8.2.4	Diathese-Stress-Modelle	158
8.3	Soziokulturelle Krankheitsmodelle	162
8.3.1	Konflikttheorien	162
8.3.2	Strukturfunktionalistisches Modell	164
8.3.3	Interaktionstheorien	165
	Weiterführende Literatur	167
9.	Gesundheitsmodelle	169
9.1	Das Modell der Salutogenese	170
9.1.1	Heterostase, HEDE-Kontinuum und Widerstandsressourcen	171
9.1.2	Das Kohärenzgefühl	174
9.1.3	Kohärenzgefühl und Stressbewältigung	177
9.1.4	Ressourcenorientierte Erweiterung des Salutogenese-Modells	180
9.2	Das Resilienz-Modell	185
9.3	Gesundheit im Sinne der WHO	190
	Weiterführende Literatur	195
10.	Geschlechtsspezifische Modelle von Gesundheit und Krankheit	197
10.1	Biomedizinisches Modell	203
10.2	Psychosoziale Modelle	204
10.3	Gender-Theorien	207
10.3.1	Geschlechtsstereotype	207
10.3.2	Ungleiche Macht- und Statusverteilung	209
10.3.3	Ungleiche gesellschaftliche Wertung	210
10.3.4	Ungleiche Anpassungsleistungen an die «geschlechtsfremde» Rolle	211
10.4	Gender-Mainstreaming	212
	Weiterführende Literatur	218
11.	Sozialepidemiologische Modelle	219
11.1	Entwicklung der Sozialepidemiologie in Deutschland	221
11.2	Erklärungsmodelle	225
11.2.1	Empirische Ausgangslage	225
11.2.2	Lebenslaufperspektive	228
11.2.3	Verhaltensperspektive	229
11.2.4	Perspektive materielle Lebensbedingungen	232
11.2.5	Perspektive Einkommensungleichheit	234

11.3	Ein Modell des Zusammenhangs von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit	238
	Weiterführende Literatur	242
12.	Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit	243
12.1	Subjektive Theorien als Thema der Gesundheitswissenschaften	244
12.2	Subjektive Theorien von Gesundheit	245
12.3	Subjektive Krankheitstheorien	247
13.	Modelle des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens	251
13.1	Modelle des Gesundheitsverhaltens	252
13.1.1	Kognitive Modelle	252
13.1.2	Stadienmodelle	256
13.2	Modelle des Krankheitsverhaltens	259
13.2.1	Phasenmodelle	260
13.2.2	Chronisches Krankheitsverhalten	261
13.3	Gesundheitskompetenz	264
	Weiterführende Literatur	266
	Literatur	268
	Sach- und Personenregister	281
	Über die Autorin	285

Vorwort zur 3. Auflage

Als ich dieses Buch konzipierte und schrieb, hatte ich den Wunsch, dass es seinen Weg in die Ausbildung verschiedener Gesundheitsberufe finden und dazu beitragen möge, die Zusammenhänge zwischen den theoretischen Konzepten von Gesundheit und Krankheit, der gesundheitlichen Situation von Menschen und der gesundheitlichen Versorgung zu erkennen und zu diskutieren. Und es sollte helfen, die eigenen Standpunkte, die eigenen Werte in diesem Feld zu reflektieren.

Dass das Buch eine dritte Auflage erfährt, zeigt, dass mein Wunsch in Erfüllung gegangen ist – und selbstverständlich freut mich das sehr. In Struktur und Inhalt entspricht diese Auflage den beiden Vorgängerinnen, doch es erschien mir wichtig, auf einige neuere Entwicklungen einzugehen.

Die meines Erachtens wichtigste aktuelle Entwicklung besteht darin, dass die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit immer mehr verschwimmen. Zwar hält das biomedizinische Modell noch an der Zweiteilung und der klaren Differenzierung zwischen diesen beiden «Zuständen» fest, doch paradoxerweise sind es gerade die Fortschritte der Biomedizin, die die eigenen Grundlagen ins Wanken bringen. Die Genforschung, die ermöglicht, Jahre, teilweise Jahrzehnte vor der Manifestation einer Erkrankung deren Prädisposition zu diagnostizieren, stellt ein Problem dar, das mit dem dichotomen Konzept von Gesundheit und Krankheit (s. Kap. 6) nicht zu lösen ist.

Die Vormachtstellung, die das dichotome Modell noch vor wenigen Jahren hatte, gerät auch dadurch ins Wanken, dass salutogenetische Modelle (s. Kap. 9) zunehmend an Akzeptanz gewinnen. Zwar gab es medizinhistorisch – beginnend mit Hippokrates – zahlreiche Ansätze, Gesundheit und Krankheit als Pole eines Kontinuums zu verstehen, innerhalb dessen man mehr oder weniger gesund respektive krank sein kann, doch hatten diese in den Sozialsystemen der industrialisierten Welt keine Chance, versorgungsrelevant zu werden. Erst Antonovsky gelang mit seinem Konzept der Salutogenese der Durchbruch zur Anerkennung eines Kontinuumsmodells von Gesundheit und Krankheit – was vermutlich weniger der Exzellenz seines Konzepts zu verdanken ist als der Tatsache des veränderten Krankheitsspektrums. Denn Aufmerksamkeit erlangte die Idee des Kontinuums von Gesundheit und Krankheit nicht nur im Rahmen der

Gesundheitswissenschaften (was zu erwarten und nicht weiter verwunderlich war), sondern vor allem auch in Hinblick auf Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen (s. Kap. 5). Es wird spannend sein, wie die Frage, wer gesund ist und wer krank, weiter diskutiert und entschieden wird.

Bei dieser Diskussion werden ökonomische Aspekte eine gewichtige Rolle spielen. Und hier sehe ich die zweite wichtige Entwicklung: Während sich das Gesundheitssystem bis vor wenigen Jahren nahezu ausschließlich mit Krankheiten befasste, wird plötzlich Gesundheit entdeckt. Und zwar als Ressource, die zu einer Entlastung der Sozialsysteme führt. In der Logik einer konservativ-liberalen Gesundheitspolitik werden für den Erhalt dieser Ressource die einzelnen Bürgerinnen und Bürger in die Pflicht genommen. «Gesundheitskompetenz» heißt die Formel, die jedem einzelnen bessere Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten in Bezug auf die eigene Gesundheit ermöglichen und seine «Patientenautonomie und Konsumentensouveränität» (Deutscher Bundestag 2009, Drucksache 16/12000) sichern soll (s. Kap. 13.3).

Und auch hier kommt es zu einem merkwürdigen Paradox: Denn während durch internationale sozialepidemiologische Forschung immer mehr Daten vorliegen, die den Zusammenhang zwischen Gesundheit bzw. Krankheit und sozialer Lage belegen (s. Kap. 11), lastet die Gesundheitspolitik dem Individuum die Verantwortung für seinen gesundheitlichen Zustand an und Medizin und Pharmaindustrie propagieren die individualisierte Medizin. Aus Patienten und Patientinnen werden Konsumenten, Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal werden medizinische Leistungserbringer – und gemeinsam befinden sie sich auf einem Markt als Teilnehmer eines «wirkungsvollen Wettbewerbs» (www.bmg.bund.de). Dort ist das Gedränge offenbar so groß, dass die Sozialepidemiologen mit ihrer Botschaft, dieser Markt sei gerade für die Kränksten nicht zugänglich, nicht durchdringen. Musste man früher darauf bestehen, dass die Versorgungsstrukturen sich nicht nur mit Krankheiten, sondern auch mit den Bedingungen von Gesundheit beschäftigen, so muss man inzwischen daran erinnern, dass solidarische Sozialsysteme für die schwer Kranken gebraucht werden.

Ich habe der Versuchung widerstanden, das Buch zu erweitern, obwohl es mir erheblich in den Fingern gejackt hat, ausführlich auf die Ökonomisierung im Gesundheitswesen einzugehen, die sich mit der Geschwindigkeit einer biblischen Seuche ausbreitet. Doch ich möchte den Charakter dieses Buchs als Lehrbuch nicht verändern. Wenn es dazu anregt, sich intensiver mit dem Thema zu beschäftigen, hat es seinen Zweck erfüllt.

Dortmund, im März 2012

Alexa Franke

Vorwort zur 2. Auflage

Auch wenn sich an den wesentlichen Modellen von Gesundheit und Krankheit in den letzten fünf Jahren wenig Grundsätzliches verändert hat, so gibt es doch – neben den immer notwendigen Aktualisierungen von Literaturhinweisen – einige Entwicklungen und neue Erkenntnisse, die mitteilenswert sind. Ich bedanke mich bei Klaus Reinhardt, dem Lektor dieses Buchs, dass er mich ermuntert hat, diese Neuauflage zu schreiben. Auf einige mir wichtige Punkte möchte ich besonders hinweisen:

1. Aus den bereits in der Einleitung zur ersten Auflage beschriebenen Gründen heraus bin ich bei der getrennten Darstellung von Krankheits- und Gesundheitsmodellen geblieben. Ich meine allerdings erste Hoffnungsschimmer dafür zu sehen, dass sich die Ansicht, man könne Gesundheit und Krankheit als dichotom betrachten, immer weniger aufrechterhalten lässt. Die Verlagerung des Krankheitsspektrums auf die chronischen Erkrankungen, die Unklarheiten in der Abgrenzung zwischen altersbedingten Abbauprozessen und Krankheiten und auch das nach Einführung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) veränderte Verständnis von Behinderungen zeigen immer deutlicher die Willkürlichkeit einer Grenzziehung zwischen gesund und krank.
2. Auch wenn es in Deutschland immer noch nicht gelungen ist, die Prävention durch ein entsprechendes Gesetz als vierte Säule der gesundheitlichen Versorgung zu verankern, so gewinnen salutogene, ressourcenorientierte Ansätze zunehmend Gehör. Aus diesem Grunde wurde das Kapitel über Resilienz erweitert.
3. Neu hinzugefügt wurde ein Kapitel über Gesundheits- und Krankheitsverhalten. Wissen über das Verhalten von Menschen in Gesundheit und Krankheit und die Kenntnis ihrer subjektiven Ansichten darüber, was gesundheitsförderlich ist oder was zur Krankheit führt, sind Grundlagen einer demokratischen gesundheitlichen Versorgung, in der Professionelle und Klientinnen und Klienten im Dialog stehen.

4. Das Kapitel über sozialepidemiologische Modelle wurde erheblich erweitert. Dies ist Zeichen der erfreulichen Entwicklung, dass weltweit – und auch endlich wieder in Deutschland – daran gearbeitet wird, die Zusammenhänge zwischen sozialer Situation und Gesundheit und Krankheit zu erforschen. Erfreulich auch, dass hier die Empirie dazu beitragen konnte, theoretische Ansätze zu verifizieren und andere unwahrscheinlicher werden zu lassen. Insbesondere Längsschnittuntersuchungen führen dazu, dass die Modellbildung im Bereich der Sozialepidemiologie deutliche Fortschritte macht. Auf der anderen Seite aber ist das, was sozialepidemiologische Forschung erhellt, erschreckend und beängstigend. Abgesehen von einigen Krebsarten und Allergien folgt die Auftretenshäufigkeit aller Erkrankungen sowie die Zeitigkeit des Todes einem schlichten linearen Muster: je ärmer, desto kränker und desto früher tot. Diese Datenlage wird auch in der Politik nicht geleugnet, und Wissenschaft und Politik intensivieren derzeit Initiativen, die gesundheitliche Situation der unteren sozialen Gruppen zu verbessern. Angesichts der Schwierigkeit, eine Theorie des Zusammenhangs von sozialer Lage, Gesundheit und Krankheit zu formulieren, tendiert der Mainstream dahin, die Theoriebildung zugunsten praktischer Maßnahmen hintan zu stellen. Ich halte dies für ein gefährliches Unterfangen! Bereits jetzt zeigen Ergebnisse, dass Maßnahmen, die zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage unterer sozialer Gruppen gedacht waren, ihr Ziel verfehlen und völlig konträr zu den guten Absichten zu einer Vergrößerung der Schere zwischen denen am oberen und denen am unteren Ende der sozialen Leiter beitragen. Dieses in der Literatur als «Gesundheitsparadox» bezeichnete Phänomen ist meines Erachtens ein Zeichen dafür, dass die ihm zugrundeliegende Theorie fehlerhaft ist. Gerade angesichts der Schwierigkeit der Aufgabe gilt es, die Zusammenhänge zwischen sozialer Lage, Gesundheit und Krankheit in ein schlüssiges Modell zu bringen, aufgrund dessen dann eine Gesundheitsförderung initiiert werden kann, die allen zugute kommt. Auch für die Sozialepidemiologie gilt, dass nichts so praktisch ist wie eine gute Theorie.
5. (Medizin-) Historiker haben in jüngster Zeit erschreckende neue Daten und Zusammenhänge über die im Gesundheitswesen begangenen Verbrechen in der Zeit des Nationalsozialismus aufgedeckt. Diese Verbrechen standen nicht nur mit einer politischen Ideologie in Zusammenhang, sondern ließen sich aus medizinischen Theorien wie der Rassenhygiene und Humangenetik legitimieren. In den aktuellen Ausbildungscurricula finden diese Themen keinen Platz. Damit, dass ich ihnen hier Platz gebe, möchte ich nicht nur einen Beitrag leisten, dem Vergessen entgegenzuwirken. Ich bin davon überzeugt, dass die Kenntnis der damaligen Vorgänge notwendig ist für die Bewertung von

aktuellen wissenschaftlichen, gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen, denen wir uns nicht entziehen können sondern stellen müssen.

Dortmund, im September 2009

Alexa Franke

Einleitung

Wenn man einen Zustand mit einem Namen versieht, kann man fälschlicherweise den Eindruck gewinnen, etwas verstanden zu haben, so dass man aufhört, nachzudenken und Fragen zu stellen. (Robert E. Kendell 1978, S. 3)

Kaum ein Tag vergeht, an dem nicht in der Tageszeitung etwas über Gesundheit und Krankheit steht. Neben der Aufklärung über häufige und seltene Erkrankungen – erstere, damit eine breite Leserschaft sich angesprochen fühlt, letztere, damit Bedürfnisse nach Neugier und Sensation befriedigt werden – und Gesundheitstipps für das richtige Verhalten in Frühling, Sommer, Herbst und Winter spielen auch gesundheitspolitische Fragen eine große Rolle. So ist die «Gesundheitsreform» ein dominantes Politikthema der letzten Jahre geworden. Aber welche Gesundheit soll eigentlich reformiert werden?

Die Debatte kreist nahezu ausschließlich um ökonomische Fragen. Dabei wird nur den wenigsten deutlich, dass die Argumentationen für die eine oder andere Art der Krankenversicherung und Vergütung von Krankenleistungen nicht nur eine ökonomische Seite haben, sondern dass sie auch geprägt sind von sehr unterschiedlichen Wertvorstellungen zur Verursachung von und Verantwortlichkeit für Krankheit. Die so genannte Gesundheitsdiskussion in Deutschland ist zu einer Diskussion darüber geworden, wie Gesundheitsleistungen finanziert werden können und dass die Gesundheitskosten dringend gesenkt werden müssen – aber wer versteht in dieser Diskussion was unter Gesundheit? Die öffentliche Diskussion findet statt, ohne dass dies geklärt wäre, ohne dass ein Konsens über den Stellenwert und die Bedeutung von Gesundheit und Krankheit bestünde.

Bei genauerer Betrachtung wird deutlich, dass nahezu unhinterfragt das biomedizinische Krankheitsmodell theoretischer Ausgangspunkt der Diskussion ist. In der Fachliteratur erobert es beinahe wie selbstverständlich immer weitere Bereiche der Medizin, Psychologie, Psychiatrie, Pflege, Sozialpädagogik, Rehabilitation und Sonder- und Heilpädagogik. Die als Revolutionen gepriesenen medizinischen Errungenschaften der letzten Jahrzehnte wie Neuroimmunologie und Neuropsychologie, Gentechnologie und Verhaltensgenetik unterstützen das biomedizinische Modell, dem zufolge in der Person liegende Defekte und Dysfunktionen die Krankheit bedingen. Soziale und gesellschaftliche Faktoren werden

konsequent ausgeblendet, obwohl sie zuverlässigen weltweiten epidemiologischen Untersuchungen zufolge in stärkerem Maße für Morbidität und Mortalität in einer Gesellschaft verantwortlich sind, und die Ergebnisse der Gesundheitsdebatten vergangener Jahrzehnte werden als soziale Spinnereien belächelt. In den 1970/80er-Jahren war die Gesundheitsbewegung in Deutschland eine breite politische Bewegung, in der die gesundheitliche Versorgung und Gesundheitspolitik als gesellschaftliche Querschnittsaufgaben verstanden wurden, die alle Bereiche des privaten und öffentlichen Lebens tangierten. Heute wird zunehmend versucht, Gesundheit und Krankheit zu individualisieren, den Einzelnen die Verantwortung und Finanzierung aufzubürden – und ihnen auch noch ein schlechtes Gewissen zu machen, dass sie durch Langlebigkeit zu viele Kosten verursachen.

Ilona Kickbusch, langjährige Leiterin des Europabüros der Weltgesundheitsorganisation WHO, schreibt zu dieser Entwicklung:

Der gesellschaftliche Grundkonsens über die Gesundheitsversorgung geht in den europäischen Wohlfahrtsstaaten gegenwärtig zunehmend verloren. Die politische Herausforderung liegt nun darin, unter Einbeziehung der BürgerInnen in einen gesellschaftlichen Dialog zu der Frage einzutreten, auf welche Weise proaktiv eine Gesundheitsgesellschaft europäischer Prägung bewusst gestaltet werden kann. (Kickbusch, 2004, S. 36)

Diese politische Herausforderung wird nur angenommen werden können, wenn den Bürgerinnen und Bürgern Alternativen zum gegenwärtig die Diskussion beherrschenden Modell bekannt sind. Eine besondere Verantwortung kommt in dieser Diskussion denjenigen zu, die im Bereich des Gesundheitswesens arbeiten. An sie und an diejenigen, die in ihm arbeiten wollen, wendet sich dieses Buch. Es informiert über die Definitionen und Modelle von Gesundheit, Krankheit und Behinderung und zeigt auf, welche Konsequenzen die unterschiedlichen Theorienansätze für die Gesundheitsversorgung haben. Hier einige Hinweise zu seinem Aufbau:

Der erste Themenblock (Kap. 1 bis 6) beschäftigt sich mit Definitionen und Dimensionen von Gesundheit, Krankheit und Behinderung – und den Schwierigkeiten der Abgrenzung zwischen diesen Konstrukten. Das Kapitel über die Definitionen von Gesundheit ist dabei sehr viel länger ausgefallen als das über Krankheitsdefinitionen – was in einem merkwürdigen Gegensatz dazu steht, dass es – wie die nächsten Themenblöcke zeigen – sehr viel mehr Modelle von Krankheit als von Gesundheit gibt. Die geistige Auseinandersetzung mit dem Konstrukt «Gesundheit» war zwar schon immer für viele Disziplinen reizvoll. Von größerer wissenschaftlicher und praktischer Durchschlagskraft war (und ist) aber zweifelsohne die Beschäftigung mit der Krankheit – Panakeia hat Hygeia eindeutig das Heft aus der Hand genommen.

Äskulap, der griechische Gott der Gesundheit, hatte zwei Töchter: Hygeia und Panakeia. Für Hygeia war Gesundheit die natürliche Ordnung der Dinge. Sie lehrte die Griechen, dass sie gesund bleiben konnten, wenn sie sich in allen Dingen mäßigten und vernünftig verhielten. Die Erinnerung an sie ist im Wort «Hygiene» lebendig. Panakeia hingegen war eine heilende Gottheit, die in der Herstellung von Heilmitteln bewandert war. Die englische Sprache ehrt sie im Wort «panacea», das Allheilmittel bedeutet.

Lange habe ich darüber nachgedacht, ob ich den Krankheits- und Gesundheitsmodellen je ein eigenes Kapitel widmen oder sie in einem Kapitel zusammen darstellen sollte. Meiner eigenen Sichtweise hätte das gemeinsame Kapitel mehr entsprochen, da ich absolut davon überzeugt bin, dass Gesundheit und Krankheit nicht zwei voneinander abgrenzbare Zustände sind, sondern unauflöslich zusammengehören. Wir sind in jedem Moment unseres Lebens niemals ausschließlich gesund oder ausschließlich krank. Gesundheit ist für mich ohne Krankheit nicht denk- und definierbar und umgekehrt. Doch ich befinde mich mit dieser Ansicht nicht in Einklang mit den dominierenden Modellen, die überwiegend auf Krankheit fokussieren, und habe mich daher entschlossen, das Thema konventioneller in zwei Kapitel zu gliedern.

Da die Mehrzahl der Modelle sich mit Krankheit beschäftigt und nicht mit Gesundheit, werden im zweiten Themenblock (Kap. 7 und 8) zunächst die Krankheitsmodelle vorgestellt. Eingegangen wird auf biomedizinische, psychosomatische und soziokulturelle Krankheitsmodelle, und es werden die Konsequenzen diskutiert, die sich aus diesen Modellen für die Versorgung von und für die Interaktion mit Patientinnen und Patienten ergeben. Dem vorangestellt ist eine ausführliche Einführung in die verschiedenen Konzepte von Stress und Bewältigung, da diese in vielen Konzeptionen über die Entstehung von Krankheiten eine Rolle spielen.

Der dritte Themenbereich (Kap. 9) befasst sich mit Gesundheitstheorien, vor allem mit dem Modell der Salutogenese und den Konsequenzen eines Paradigmenwechsels von Pathogenese zu Salutogenese. Auch der Gesundheitsbegriff der WHO und die Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung werden in diesem Teil vorgestellt und diskutiert.

Der vierte Themenblock (Kap. 10 bis 12) beschäftigt sich mit geschlechtsspezifischen und sozialedpidemiologischen Modellen sowie mit subjektiven Theorien von Gesundheit und Krankheit. Gerne hätte ich in diesem letzten Kapitel auch subjektive Theorien von Behinderung vorgestellt – doch abgesehen von einigen unsystematischen eigenen kleinen Interviewstudien konnte ich keine Literatur zu diesem Thema finden.

Ich wollte ein Buch schreiben, das über den Tellerrand meiner eigenen Disziplin, der klinischen und Gesundheits-Psychologie, hinausgeht. Seit ich vor mehr als 20 Jahren die Chance hatte, gemeinsam mit 20 Kolleginnen und Kollegen aus verschiedenen Gesundheitsberufen und aus acht verschiedenen Ländern an einem zweimonatigen Lehrgang teilzunehmen, weiß ich, dass wir uns dem Thema «Gesundheit und Krankheit» nur in einer multiprofessionellen Anstrengung nähern können. Dem steht oft entgegen, dass wir in den verschiedenen Professionen unterschiedliche Sprachen sprechen, die die Kommunikation miteinander erschweren. Die Unkenntnis der jeweils anderen Sprache lässt Unterschiede manchmal größer erscheinen, als sie de facto sind. Ich habe zum Beispiel als klinische Psychologin an einer vorwiegend pädagogisch orientierten Fakultät für Rehabilitationswissenschaften Jahre gebraucht, um angesichts unterschiedlicher Sprachregelungen Gemeinsamkeiten in unseren professionellen Ansätzen zu erkennen. Aber Sprache kann auch gravierende Unterschiede verschleiern. Wenn man sich in einem sehr heterogenen Team zum Beispiel darauf verständigt, einen ganzheitlichen oder eklektischen Ansatz zu wählen, wird ohne weitere Klärung dieses Ansatzes jedes Teammitglied seine eigenen Vorstellungen von Ganzheitlichkeit oder Eklektizismus realisieren, was für die gemeinsam betreute Klientel mehr Verwirrung als Orientierung stiftet.

Ich möchte in diesem Sinne Übersetzungsarbeit leisten. Ich möchte Studierende der diversen Ausbildungsgänge – Medizin, Psychologie, Psychiatrie, Pflege, Sozialpädagogik, Rehabilitation und Sonder- und Heilpädagogik etc. – ansprechen und ihnen in verständlicher Sprache den Diskussionsstand zu den Modellen von Gesundheit und Krankheit nahe bringen. Es gibt viel Literatur zum Thema Gesundheit und Krankheit, aber das meiste ist sehr spezialisiert und als Einführungstext nicht geeignet. Abgesehen von den spezifischen Fachterminologien ist ein großer Teil der Literatur nur für jene verständlich, die sich seit etwa 1970 an der Debatte beteiligen oder sie zumindest aufmerksam verfolgt haben.

Ich verstehe dieses Buch als meinen Beitrag zu dem notwendigen gesellschaftlichen Diskurs über eine Gesundheitsgesellschaft europäischer Prägung. Wir haben eine reiche Tradition und Ideengeschichte, aus der wir Anregungen und positive Erfahrungen ziehen können. Wir haben aber auch eine Historie voller abschreckender Beispiele für den menschenverachtenden Umgang mit Kranken, Schwachen, Abweichenden. Aus beiden müssen wir lernen. Ich halte Gesundheit nicht für den höchsten Wert. Aber der Wert, den eine Gesellschaft der Gesundheit beimisst und die Art und Weise, wie sie mit Kranken und Behinderten umgeht, sind nicht nur für die Lebensqualität jeder und jedes Einzelnen relevant. Sie zählen auch zu den Kriterien, an denen sich eine Gesellschaft messen lassen muss, die beansprucht, human und solidarisch zu sein.

Das Schreiben des Buchs war mehr positive Herausforderung als Bürde. Dennoch war es eine Anstrengung. Diese zu schultern haben mir vor allem Ariane Raichle geholfen, die unermüdlich Literatur herangeschafft hat, und Maibritt Witte, die Texte kritisch gelesen und mir versichert hat, dass ihr das Spaß gemacht hat. Dafür ein herzliches Dankeschön. Mein ganz besonderer Dank aber gilt meinem Mann, Klaus-Peter Knabe, der die Abbildungen anfertigte und so dazu beitrug, dass mein Text sich auch visuell veranlagten Menschen leichter erschließt.

Dortmund, im November 2005

Alexa Franke

1 Von der Schwierigkeit, Gesundheit und Krankheit abzugrenzen

Fühlen Sie sich gerade gesund oder krank? Vermutlich können Sie diese Frage sehr spontan beantworten.

Sind Sie gerade gesund oder krank? Diese Frage ist wahrscheinlich schon weniger leicht zu beantworten. Wer entscheidet darüber, ob Sie gesund oder krank sind? Würde Ihr bester Freund zu dem gleichen Urteil kommen wie Sie selbst? Oder Ihre Hausärztin? Käme ein nach Ihrem Gesundheitszustand befragter Augenarzt zu einem anderen Ergebnis als Ihre Orthopädin? Und könnte irgendjemand – zum Beispiel eine verflossene Partnerin – meinen, Sie seien ja sowieso krank?

Offensichtlich ist die Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit nicht so einfach, wie es auf den ersten Blick scheinen mag. Damit Sie sich in die Thematik eindenken können, lesen Sie bitte die folgenden vier Geschichten und beantworten dann jeweils die Fragen:

Ist die beschriebene Person gesund oder krank?

Welche Kriterien liegen Ihrer Beurteilung zu Grunde?

Für **Thorsten Schneider**, 32 Jahre alt, war es immer wichtig, sich im Beruf nicht zu verausgaben und viel Zeit für seine sportlichen Hobbys zu haben. Schon während der Schulzeit war ihm der Sport wichtiger als das Lernen. Nach der Mittleren Reife ging er zur Stadtverwaltung und absolvierte eine Inspektorenlaufbahn; dies erlaubt ihm nun, einen sicheren Job mit geregelten Arbeitszeiten zu haben. Vor vier Monaten ist Herr Schneider beim Inline-Skaten so unglücklich gefallen, dass er sich einen äußerst komplizierten Bruch im linken Schultergelenk zugezogen hat. Er wurde zweimal operiert und musste nach der

zweiten Operation noch sechs Wochen lang einen Gips tragen. Nun ist der Arm wieder frei, Herr Schneider muss aber viermal wöchentlich zur Krankengymnastik, um die volle Bewegungsfreiheit wieder erreichen zu können. Vom Arzt ist Herr Schneider weiterhin krankgeschrieben, da er sich noch in ambulanter Rehabilitation befindet. Auf dem Weg zur «Reha» ist Herr Schneider mehrmals in seinem Büro vorbeigegangen, um die Kolleginnen und Kollegen zu begrüßen – das tut er seit drei Wochen aber nicht mehr, weil die Kolleginnen und Kollegen zunehmend sauer auf seine Besuche reagiert haben. Bedingt dadurch, dass die Dezernate in der Stadtverwaltung neu eingeteilt wurden, gibt es in Herrn Schneiders Behörde derzeit weitaus mehr Arbeit als üblich, und ein Kollege hat ihm ziemlich unverblümt gesagt, dass er nicht sehe, warum Schneider, der ja topfit sei und äußerst ausgeruht, nicht seine sitzende Tätigkeit wieder aufnehmen könne. Gerade bei der aktuellen Umstellung gebe es viele Arbeiten, bei denen er seinen linken Arm überhaupt nicht zu belasten brauche; er könne die Kollegen zum Beispiel enorm entlasten, wenn er Bürger-Sprechstunden und sonstige Arbeiten, bei denen es vor allem auf Sitzfleisch, Köpfchen und Redefähigkeit ankomme, übernehmen würde.

Karin Weber, 23 Jahre alt, wendet sich an einen Schönheitschirurgen, weil ihre Brust zu groß ist – oder besser: weil sie ihre Brüste zu groß findet. Die meisten ihrer Freundinnen, mit denen sie sich getraut hat, über ihr Problem zu reden, finden zwar auch, dass die Brüste etwas zu groß sind, meinen allerdings mehrheitlich, dass Frau Weber dieses Problem zu ernst nehme. Sie habe doch ansonsten eine tolle Figur, um die alle anderen sie beneiden würden – andere Frauen müssten sich mit dicken Oberschenkeln, Hautekzemen oder anderen wirklich entstellenden Schönheitsmängeln abfinden. Solche Ratschläge ihrer Freundinnen, sie solle das Ganze lockerer sehen, können Frau Weber überhaupt nicht helfen. Im Gegenteil: Sie fühlt sich unverstanden und zieht sich immer mehr von ihren Freundinnen zurück. Mit Männern hat sie sowieso Probleme, sie traut sich kaum, sich vor einem Mann auszuziehen, weil sie befürchtet, er könne sie wegen ihrer großen und etwas hängenden Brust hässlich finden. In sexuellen Kontakten ist sie entsprechend gehemmt, was zusätzlich nicht dazu beiträgt, ihre Zurückgezogenheit, ihre Grübeleien und ihre depressive Stimmungslage zu bessern.

Herr **Wolfram Gräf**, 54 Jahre alt, ist Frührentner. Mit 14 Jahren hatte er eine Lehre als Schlosser bei der Ruhrkohle AG begonnen und von da an bis zu seinem vierundvierzigsten Lebensjahr ununterbrochen als Schlosser gearbeitet. In den letzten Jahren war er zunehmend weniger in der Lage, schwere Lasten zu heben, und er hatte häufig Schmerzen im rechten Arm; der Arzt diagnos-

tizierte Verschleiß, und nach einem Bandscheibenvorfall mit anschließender Operation wurde Herr Gräf in den vorläufigen Ruhestand geschickt. Die Rente war wohl auch deshalb sehr leicht zu erreichen, weil die Ruhrkohle AG Stellen abbaute. Seit Herr Gräf nicht mehr arbeitet, hat er kontinuierlich zugenommen; aktuell wiegt er 152 Kilo, was bei seiner Körpergröße von 179 cm ein massives Übergewicht bedeutet. Herr Gräf sieht ein, dass er zu dick geworden ist, ihn stört auch, dass er sich immer schlechter bewegen kann und kurzatmig geworden ist. Andererseits isst er gern, trinkt gern sein Bierchen mit den Nachbarn und bewegt sich zu wenig: Spaziergehen mit der Frau findet er langweilig, im Schwimmbad möchte er seinen Bauch nicht zeigen, zum Radfahren und Joggen fehlt ihm die Puste. Sein Hausarzt, zu dem er regelmäßig geht, mahnt ihn immer wieder, abzunehmen – muss aber andererseits zugeben, dass der Blutdruck im Normbereich liegt, die Leberwerte und auch die Blutstoffwerte nur sehr leicht erhöht sind und sich die Wirbelsäulenbeschwerden in den letzten Jahren nicht wesentlich verstärkt haben.

Der 63-jährige **Konrad Köppen** führt einen Kiosk in Bochum. Da dieser direkt neben einer Gesamtschule liegt, hat Köppen regelmäßige und gute Einkünfte. Vor langer Zeit konnte er das Grundstück einschließlich Kiosk erwerben. Beides ist inzwischen schuldenfrei, und der Grundstückswert ist enorm gestiegen. Früher hat Köppen den Kiosk mit seiner Frau betrieben, seit diese vor zwei Jahren verstorben ist, führt er den Kiosk allein weiter. Da schon immer er es war, der den Einkauf gemacht hat und auch derjenige, der den Kontakt zu den Kunden pflegte, hat er mit der Führung des Kiosks keine Probleme. Schwierigkeiten hatte er allerdings immer schon mit Behörden, Banken, Ämtern und so weiter. Diesen Bereich hat früher seine Frau erledigt, weil sie es besser konnte und auch, weil er sich immer so schrecklich über Banken, Ämter und Behörden ärgern musste. Seit die Frau nun tot ist, muss sich Köppen auch um diesen Bereich kümmern, und seitdem hat er ständig Ärger. Seiner Meinung nach haben es alle Ämter, Banken und Behörden auf den kleinen Mann abgesehen und beschießen ihn, so gut es geht. Immer wieder fühlt er sich betrogen und macht entsprechend Eingaben, vor allem beim Finanzamt. Zurzeit führt er sechs Prozesse. Außerdem muss sich Köppen in der letzten Zeit sehr über die Nachbarn ärgern. Sie verargen ihm, dass es ihm wirtschaftlich so gut geht und lassen ihren Ärger an ihm aus, indem sie ihn schikanieren und ihm vorwerfen, er halte sich nicht an die Hausordnung. Köppen gibt zu, dass er im letzten Jahr mehrfach vergessen hat, die Treppe zu wischen und die gelbe Tonne herauszustellen, wenn er an der Reihe war. Er findet aber, dass ihm das ja schließlich mal passieren könne, wo er jetzt so viel um die Ohren habe. Auch dass im letzten Jahr zweimal die Badewanne übergelaufen ist, fin-

det er nicht so schlimm – den Schaden an der Decke des unter ihm wohnenden Mieters hat seine Versicherung beide Male gezahlt. Warum die Nachbarn jetzt in der vorigen Woche eine Tussi vom Gesundheitsamt vorbei geschickt haben, ist ihm völlig unverständlich.

1.1

Die Problematik der Abgrenzungskriterien

Der Psychoanalytiker Groddeck schrieb 1910: «[...] Wer ist gesund, wer ist krank? Die Narren nur vermögen es zu unterscheiden.» Sie werden an den obigen Beispielen gemerkt haben, dass für die Beurteilung einer Person als gesund oder krank sehr unterschiedliche Kriterien herangezogen werden können, und dass die Entscheidung im Einzelfall keineswegs eindeutig ist. Doch Groddeck machte es sich sicher zu einfach. Im Folgenden soll daher den Beurteilungskriterien von Gesundheit und Krankheit nachgespürt und damit verdeutlicht werden, warum die Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit so schwierig ist.

1.1.1

Fehlen eindeutiger Definitionen

Der wichtigste Grund für die fehlende Unterscheidungsmöglichkeit zwischen Gesundheit und Krankheit liegt sicherlich darin, dass es keine eindeutigen Definitionen dieser beiden «Zustände» gibt.

Einzelne Krankheitsbilder werden in Klassifikationssystemen beschrieben und definiert. Das umfassendste dieser Systeme ist die ICD, die International Classification of Diseases, die von Expertengremien der Weltgesundheitsorganisation WHO ständig überarbeitet wird – aktuell liegt sie in der 10. Version vor (WHO 1993; vgl. Kap. 3). Klassifikationssysteme geben aber keine Definition von Krankheit «an sich». Es gibt auch keine juristisch einheitliche Definition von Krankheit; je nach Gesetzestext ist Krankheit anders definiert, wobei der Krankheitsbegriff wesentlich durch die laufende Rechtsprechung bestimmt wird. Im Sozialgesetzbuch V (SGB V), das die Krankenversicherung regelt, ist Krankheit ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand (vgl. Kap. 3).

Hinsichtlich der Gesundheit ist die Situation keineswegs besser: Gesundheitsdefinitionen gibt es in großer Zahl, aber eine allgemein akzeptierte Definition von Gesundheit gibt es nicht (vgl. Kap. 2) und damit auch kein eindeutiges Kriterium, aufgrund dessen man sagen kann, dass jemand gesund ist.

1.1.2

Technische Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie

Die zweite Ebene des Problems besteht darin, dass die Möglichkeit der Diagnostik einer Erkrankung von den technischen Möglichkeiten abhängt. Aids zum Beispiel gab es schon, bevor man den HI-Virus entdeckt hatte. Bei Menschen, die vor der Entdeckung des Virus infiziert waren, ließ sich die Erkrankung nicht diagnostizieren – sie waren «ohne Befund». Andere Erkrankungen sind erst durch technische Innovationen wie Kernspintomographie oder Positronen-Emissionstomographie zuverlässig zu diagnostizieren. Die technischen Möglichkeiten der Diagnostik beeinflussen somit, ob jemand als gesund oder krank diagnostiziert wird. Je elaborierter die technischen Möglichkeiten der Diagnostik werden, umso mehr erweitert sich das Spektrum potenzieller Krankheiten.

Daneben kann es auch durch die unterschiedliche Anwendung verschiedener Technologien zu unterschiedlichen Beurteilungen kommen. Anders formuliert: Je intensiver jemand untersucht wird, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Krankheitssymptome gefunden werden. Ist also der gesund, der nicht lange genug untersucht worden ist?

Schließlich führen die Weiterentwicklungen in der Therapie zur Anerkennung neuer Krankheitsbilder: Die plastische Chirurgie ist heute in der Lage, durch Unfälle oder Verbrennungen entstandene Entstellungen oder Verstümmelungen oder auch Anomalien wie die Lippen-Kiefer-Gaumenspalte zu operieren. Diese Operationen werden versicherungsrechtlich als krankheitsbedingt anerkannt und dementsprechend auch von der Krankenversicherung bezahlt.

1.1.3

Diskrepanz zwischen Befund und Befinden

Der durch Fachleute im Gesundheitswesen objektiv erhobene Befund – z. B. ein medizinischer, psychologischer oder sprachtherapeutischer Befund – muss keineswegs mit dem Befinden der Betroffenen, mit ihrem subjektiven Erleben übereinstimmen. Es gibt Menschen, bei denen es trotz intensiver fachlicher Diagnostik keinen oder nur einen Minimalbefund gibt, die sich jedoch sehr krank oder eingeschränkt fühlen. Und auf der anderen Seite zeigen Untersuchungen an repräsentativen, unausgelesenen Stichproben immer wieder, dass viele Menschen ernsthafte gesundheitliche Beeinträchtigungen haben, von denen sie aber nichts wissen und die sie in ihrem Gesundheitserleben nicht beeinträchtigen (Myrtek 1998). Manche Erkrankungen, Krebserkrankungen zum Beispiel, werden in den Frühstadien subjektiv nicht wahrgenommen und gehen nicht mit einem schlechten Befinden einher – trotzdem weist der Befund eindeutig eine Krankheit auf. Weitere Beispiele sind Bluthochdruck und Diabetes: Beides sind Erkrankungen,

die aus medizinischer Sicht ein hohes gesundheitliches Risiko bergen, von den Betroffenen hingegen häufig kaum wahrgenommen und nicht als Beeinträchtigung des Befindens erlebt werden.

Im Bereich der psychosomatischen Erkrankungen hingegen sind die Verhältnisse oft umgekehrt: Psychosomatische Patientinnen und Patienten zeichnen sich häufig dadurch aus, dass sie sich als sehr krank erleben bei fehlendem oder nur minimalem körperlichen Befund. Gesund oder krank?

1.1.4

Normabweichungen ohne Krankheitswert

Diagnosen liegen Normwerte zugrunde, in aller Regel statistische Normen, die sich am durchschnittlichen Vorkommen eines Merkmals in einer Bevölkerungsgruppe orientieren. Abweichende Werte müssen aber keineswegs immer Krankheitswert haben. Ein prominentes Beispiel ist die Adipositas, das massive Übergewicht. Zwar ist der Grenzwert für das überzählige Fett definiert – aber die Fachwelt ist sich keineswegs darüber einig, ob das Überschreiten dieses Grenzwerts Krankheitswert hat, ob somit die Adipositas selbst eine Krankheit ist. Auch gibt es Menschen, die pathologisch abweichende Werte in verschiedenen Funktionsbereichen oder Systemen haben, welche sich aber nicht negativ auswirken – Menschen, deren Herz auf der rechten Seite liegt, Menschen mit nur einer Niere oder einem pathologisch niedrigen Wert an Leukozyten.

Darüber hinaus gibt es auch Abweichungen, die große Gruppen von Menschen betreffen und die für sie sogar einen gesundheitlichen Vorteil bedeuten. So weisen etwa 40 % der Afrikaner eine Anomalie der roten Blutkörperchen auf, die sogenannte Sichelzellanämie. Diese Erkrankung schützt jedoch, wenn sie heterozygot vorliegt, vor Malaria.

1.1.5

Kulturgebundenheit der Beurteilung

Ein anderes Kriterium ist die Kulturgebundenheit der Beurteilung. Der erniedrigte Blutdruck, die Hypotonie zum Beispiel, wird in Deutschland als Krankheit gewertet – in anderen Ländern wird der niedrige Blutdruck zwar als Normabweichung anerkannt, es wird ihm aber kein Krankheitswert zugesprochen; im englischsprachigen Bereich wird der niedrige Blutdruck als «german disease» bezeichnet. Besonders deutlich zeigt sich die Kulturgebundenheit im Bereich der psychischen Erkrankungen, da die Abweichungen sich hier vor allem auf soziale, nicht auf somatische Normen beziehen und sie im Zusammenhang mit spezifischen Umgebungsbedingungen auftreten. So ist in China die Krankheit

«Frigophobie» anerkannt und verbreitet: eine ausgeprägte Angst vor Kälte, die alle Kriterien einer Phobie erfüllt, also einer starken, auf ein Objekt bezogenen Angst, und die es den Betroffenen unmöglich macht, ihre normalen Funktionen aufrecht zu erhalten. In Deutschland dürfte es schwer fallen, wegen einer vergleichbaren Angst krankgeschrieben zu werden.

Der Kulturgebundenheit des Krankheitsbegriffs ist es auch zuzuschreiben, dass neue Krankheiten entstehen und andere Normabweichungen nicht mehr als Krankheiten gelten. Ein Beispiel für ersteres ist der Alkoholismus: Seit 1968 gilt «Abhängigkeit» nach einem Urteil des Bundessozialgerichts als Krankheit im Sinne der Krankenversicherung. Damit entstand für die Betroffenen ein Rechtsanspruch auf Behandlung und auf Rehabilitation.

Ein Beispiel für das «Verschwinden» einer Krankheit ist die Homosexualität: Nachdem am 15. Dezember 1973 in der APA, der Berufsorganisation der amerikanischen Psychiater, mehrheitlich dafür gestimmt wurde, Homosexualität als psychiatrische Diagnose abzuschaffen, verschwand sie aus dem Diagnostikmanual der American Psychiatric Association. Dieses Diagnostikmanual, das «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM), unterliegt wie die ICD regelmäßigen Revisionen, wodurch es möglich wird, psychische Krankheiten sowohl entstehen als auch verschwinden zu lassen. Homosexualität war im DSM-II noch eine Krankheit, im DSM-III (APA 1980) gab es noch eine Restkategorie «ich-dystone Homosexualität» für die Homosexuellen, die mit ihrer eigenen sexuellen Orientierung nicht einverstanden waren, und im DSM-III-R (APA 1987) gibt es dann schließlich keine Möglichkeit mehr, Homosexualität als Krankheit zu diagnostizieren. In Lehrbüchern der Verhaltenstherapie nehmen Kapitel zur Behandlung von Homosexuellen noch in den 1970er-Jahren erheblichen Raum ein. Heute ist Homosexualität – zumindest in Deutschland – eine gesellschaftlich anerkannte Lebensform. Sicher werden Homosexuelle auch heute noch in bestimmten gesellschaftlichen Gruppen belächelt oder nicht kommentarlos akzeptiert – dass sie krank sind, meint aber vermutlich nur noch eine kleine Minderheit der Bevölkerung.

Ob ein Phänomen als Krankheit anerkannt wird oder nicht, hängt somit von gesellschaftlichen Wertungen ab. Was in einer Gesellschaft als krank gilt und was nicht, das ist jeweils auch Ergebnis eines gesellschaftlichen Diskurses und Ausdruck gesellschaftlicher Machtverhältnisse. Eine gesellschaftlich neutrale Verwendung der Begriffe «krank» und «gesund» ist nicht möglich; in jedem Kulturkreis und in jeder historischen Phase kann die Frage, was als gesund gilt und was als krank, nur durch gesellschaftliche Konventionen bestimmt werden.