

Krankheitsmodell

aus Wikipedia, der freien Enzyklopädie

Dieser Artikel oder Abschnitt weist folgende inhaltlich problematische Lücken auf:

Definition

Lüc

Hilf Wikipedia, indem du die fehlenden Informationen recherchierst und einfügst!

Im gesellschaftlichen Diskurs lassen sich eine Vielzahl von theoretischen Schulen, Erklärungsmustern, Legitimationsstrategien und Bewertungen von Krankheit ausmachen, die analytisch verschiedenen Modellen der Erklärung von Krankheit zugeordnet werden können. (Krankheitsmodell 1-6: vgl. Heiko Waller, *Sozialmedizin*) Diese Modelle können danach untersucht werden, welchen gesellschaftlichen Interessen sie dienen, welche historischen Implikationen sie enthalten, welche Folgen sie für das betroffene Individuum haben und wie weit sie von den herrschenden Institutionen und Strukturen gestützt werden. Weiterhin kann die Analyse der Krankheitsbegriffe und ihrer Implikationen zur Klärung von Argumenten in der Diskussion zwischen Vertretern der Schulmedizin und Alternativmedizin beitragen.

Inhaltsverzeichnis

- 1 Das Medizinische Krankheitsmodell
- 2 Das psychosomatisches Erklärungsmodell von Krankheit
- 3 Das Stress-Coping-Krankheitsmodell
- 4 Das Risikofaktoren-Modell der Erkrankung
- 5 Sozioökonomisches Krankheitsmodell
- 6 Das Devianz-Modell von Krankheit
- 7 Das multifaktorielle Erklärungsmodell von Krankheit
- 8 Das Modell systemischer Selbstregulation
- 9 Das teleologische Modell von Erkrankung
- 10 Literatur

Das Medizinische Krankheitsmodell

Das medizinische Modell stellt derzeit das beherrschende Erklärungsmuster von Krankheit dar. Historisch entwickelte es sich seit dem Ausgang des Mittelalters und dem Erscheinen des Ärztstandes und dem Aufkommen der wissenschaftlichen Ausbildung der Ärzte. Krankheit geriet immer mehr in den Zuständigkeitsbereich des Arztes und wurde immer weniger als eine Angelegenheit der Kirche oder Seelsorge, der Familie und des Individuums betrachtet. Mit den Erfolgen der wissenschaftlich begründeten Medizin bei der Bekämpfung der Infektionskrankheiten im 19. Jhd. setzte sich das medizinische Krankheitsmodell bis zum letzten Viertel des 20. Jhds. in den westlichen Industrienationen fast konkurrenzlos durch.

Das medizinische Erklärungsmodell basiert auf der Annahme einer bestimmten und erkennbaren Ursache für jede Erkrankung. Die Ursache führt zu einer Schädigung von Zellen oder Gewebe oder zu einer Disregulation von mechanischen oder biochemischen Prozessen. Aufgrund der äußeren Anzeichen einer Krankheit (Symptome) können wissenschaftlich ausgebildete Ärzte eine Diagnose erstellen und eine Therapieempfehlung aussprechen. Die Krankheitsverläufe sind beschreibbar und vorhersagbar und verschlimmern sich ohne medizinische Intervention. Die Therapien basieren vornehmlich auf Maßnahmen der mechanischen Korrektur, strahlentechnischer Intervention, biochemischer Bekämpfung von Erregern, der Substitution von körpereigenen Stoffen und der Beeinflussung des Stoffwechselgeschehens durch Zuführung von bestimmten Substanzen.

Das Erklärungsmodell basiert somit auf der Annahme eines Ursache-Wirkungs-Zusammenhangs auf der körperlichen Ebene. Die Ursache wird zunächst, abgeleitet aus der Erforschung der Infektionskrankheiten, als ein Eindringen oder Einwirken einer äußeren Ursache (Mikroorganismus, Verletzung) verstanden. Später wurde im Zuge der Erforschung von Stoffwechselerkrankungen auch Fehlfunktionen interner Steuerungsmechanismen als Erkrankungsursache angesehen.

Mit der zunehmenden Verbreitung sog. Zivilisationskrankheiten sowie chronischer Erkrankungen in den Industrienationen gegen Ende des 20. Jhds. regte sich immer mehr Kritik an diesem Erklärungsmodell von Krankheit. Vertreter der "Alternativmedizin"

kämpften um eine Erweiterung der Sicht von Krankheit und um ein seriöses Image alternativer Heilweisen. Anderen schien besonders die Verknüpfung der "Schulmedizin" mit der Pharma- und medizinischen Geräteindustrie und ihr staatlich sanktionierter Alleinvertretungsanspruch verdächtig. Die Schulmedizin integrierte ihrerseits im Zuge der sich entwickelnden medizinischen Forschung und angesichts des vermehrten Auftretens chronischer und altersbedingter Krankheitsbilder zusätzliche Erklärungsansätze in das medizinische Modell. In den Grundannahmen aber blieb es als herrschendes Paradigma erhalten.

In der Diskussion um das medizinische Krankheitsmodell werden folgende **Kritikpunkte** formuliert:

- Das medizinische Krankheitsmodell ist in der Sichtweise beschränkt und berücksichtigt nur einen Teil der Krankheitsursachen. Problematisch ist dabei das Übertragen des beschränkten Ursache-Wirkungs-Schemas auf funktionelle und psychische Störungen, sowie die gegenwärtigen chronischen Zivilisationskrankheiten (Arthrose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs usw.), die nur teilweise erklärt und behandelt werden können. Ebenso bleiben psychosoziale Einflussfaktoren auf den Verlauf von Krankheiten, auf Gesundung und Rehabilitation außer Betracht.
- Das medizinische Krankheitsmodell ist ineffektiv in der Heilung von Erkrankungen. Zur Begründung werden statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen der allgemeinen Gesundheitsverbesserung im letzten Jahrhundert und den Verbesserungen in der Ernährung, den Umwelt- und Lebensbedingungen sowie im individuellen Gesundheitsverhalten angeführt.
- Die Möglichkeiten der Prävention bleiben außerhalb des Blickfeldes. Medizinische Intervention wird erst dann als notwendig erachtet, wenn eine Erkrankung bereits manifest geworden ist.
- Das medizinische Modell der Krankheit festigt die Dominanz der Ärzte im Gesundheitswesen. Andere Gesundheitsberufe sind weisungsabhängig oder werden verdrängt.
- Das medizinische Krankheitsmodell führt zur Medikalisierung sozialer und gesellschaftlicher Probleme.
- Die Vorherrschaft des medizinischen Krankheitsmodells führt zur Ausblendung und Inkaufnahme vielfältiger Nebenwirkungen von medizinischen Maßnahmen.
- Die medizinische Krankheitssicht führt zu Verdeckung und Stützung der Allianz zwischen Ärzten, Krankenkassen, Staat und der Pharma- und geräteproduzierende Industrie, die Gewinnmaximierung und nicht Heilung als Systemziel anstreben.
- Die durch dieses Modell, seine Institutionalisierung und Legitimierung geschaffenen Verhältnisse führen zu einer unbeherrschbaren Kostenexplosion im Gesundheitswesen, die zu Lasten der Betroffenen geht.

Das psychosomatische Erklärungsmodell von Krankheit

Es existiert eine Vielzahl psychosomatischer Schulen, die seelische Konflikte als Ursachen für körperliche Erkrankungen des Menschen ansehen. Unterschiedlich sind die Konzepte in der Frage, wie sich psychische Faktoren in organische Beschwerden umsetzen (Konversion). Obwohl die Psychosomatik sich vorrangig mit den sog. psychosomatischen Krankheiten (z. B. Ulcus Duodeni, bestimmte Hauterkrankungen, Bluthochdruck, Asthma, usw.) befasst, so besteht doch der Anspruch, diesen Erklärungsansatz auf alle Erkrankungen anwenden zu können. Zunehmend werden psychosomatische begründete Therapien auch im Rahmen der Onkologie- Nachsorge angewendet. Als Ursachen für psychosomatische Erkrankungen kommen vor allem unbewältigte Konflikte, Kindheitstraumata und aktuelle Belastungen durch bedrohliche und existenzielle Erfahrungen in Frage. Die Therapieformen umfassen die gesamte Bandbreite der psychotherapeutisch begründeten Interventionen.

Kritik des psychosomatischen Krankheitsmodells: Die psychosomatische Erklärung von Krankheit beruht wie das medizinische Krankheitsmodell auf der Annahme einer Ursache-Wirkungsbeziehung. Hier wird die äußere Einwirkung oder physische Fehlregulation durch psychische Variable wie einen psychischen Konflikt oder ein unbewältigtes Trauma ersetzt. So bleibt das Modell überwiegend individualistisch orientiert und lässt soziale Zusammenhänge außer acht. Es besteht die Gefahr einer Überbewertung der psychischen Einflussfaktoren. Hinsichtlich der Effizienz ist zu bemerken, dass die meisten Therapieformen sehr aufwändig und zeitintensiv sind und auch sprachliche eine deutliche Mittelschichtorientierung aufweisen. Damit wird die Gruppe der gering Verdienenden und durch ihre Lebenslage besonders Belasteten nicht erreicht.

Das Stress-Coping-Krankheitsmodell

Dieses Modell ist eine Weiterentwicklung des psychosomatischen Modells und ist zwischen den psychosomatischen und den soziologischen Krankheitsmodellen angesiedelt. Der organisch Krankheitsverlauf wird mit sozialen und umweltbezogenen Faktoren in Beziehung gesetzt. Als Krankheitsursache kommen soziale, psychische und umweltbedingte Stressoren ins Blickfeld. Zu diesen zählen z.B. schichtspezifische Benachteiligungen, langandauernde

Belastungen und Konflikte sowie akute Belastungen, sog. life events.

Allerdings spielen die Möglichkeiten des Einzelnen, mit den Belastungen umzugehen (Bewältigungsstrategien, Coping), eine Rolle für die Ausprägung des somatischen Geschehens. Die Bewältigungsmöglichkeiten bestimmen Vermeidung, Entstehungszeitpunkt, Verlauf und Heilungschancen von Erkrankungen mit. Bewältigungsmechanismen können sowohl persönlicher wie kollektiver Natur sein.

- **individuelle Copingmechanismen:** individuelle Fähigkeiten und Strategien der Problemlösung; umgekehrt können ungeeignete Bewältigungsstrategien krankheitsverursachend sein (z.B. Alkoholmissbrauch).
- **Kollektive Copingmechanismen:** ausreichende Unterstützung in positiven primären (Ehepartner, Familie, enge Freundschaften) und sekundären (Arbeitskollegen, Nachbarschaft, Vereinsmitglieder usw.) sozialen Beziehungen. Durch diese sozialen Bindungen können Stressoren neutralisiert und die Gesundheit erhalten werden, bzw. wird positiv auf die Gesundheit eingewirkt (siehe auch soziales Netzwerk, soziale Integration, Sozialkapital).

Die Hilfeleistungen mobilisieren die Bewältigungsressourcen des Betroffenen und unterstützen ihn bei der Bearbeitung der anstehenden Konflikte. Sie können darüber hinaus praktische Unterstützung im Alltag, finanzielle Zuwendungen und Orientierungshilfen beinhalten. Die Therapieformen orientieren sich an denen des medizinischen und psychosomatischen Modells.

Kritik des Stress-Coping-Krankheitsmodells: Die Bedeutung von Stressfaktoren zumindest für die Auslösung von Erkrankungen setzt sich auch in der Schulmedizin mehr durch. Dennoch werden folgende Schwachpunkte bemängelt:

- Persönliche und soziale Belastungen werden nur relevant, wenn sie subjektiv als Stress erlebt werden. Körperliche Umwelteinwirkungen z.B. durch Lärm, Schadstoffe usw. werden nicht erfasst.
- im Forschungslabor gewonnene Testergebnisse zum Einfluss von Stressoren sind nicht ohne weiteres auf Lebenssituationen übertragbar.
- Der physiologische Zusammenhang zwischen sozialer Situation - Stress - Krankheit ist nicht eindeutig nachweisbar.
- Es werden keine Konsequenzen in Bezug auf die Unterstützung der Stützsysteme gezogen. Diese Interventionen überschreiten den Bereich der medizinischen Maßnahmen und gehören zu anderen gesellschaftlichen Handlungsbereichen. Ein Erkenntnistransfer findet kaum statt. (siehe auch multifaktorielles Modell)

Das Risikofaktoren-Modell der Erkrankung

Das Risikofaktoren Modell entwickelte sich in Reaktion auf den Vormarsch der sog. Zivilisationskrankheiten. Die medizinischen Forschungen ergaben einen wesentlichen Zusammenhang zwischen vermehrt auftretenden Erkrankungen wie Herzinfarkt, bestimmten Krebsarten, wie z.B. Lungenkarzinom u.a. und bestimmten Vorerkrankungen und einer zivilisationstypischen Lebensweise.

Als Risikofaktoren wurden vor allem Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, Übergewicht, aber auch vermehrter Stress identifiziert. Die gesellschaftlich bedingte Dimension von Krankheit tritt in diesem Modell deutlicher hervor, während das Individuum, das sich gesellschaftskonform verhält, zum Risikoträger wird.

Die Erkenntnisse über Gesundheitsrisiken durch eine ungesunde Lebensweise wurden in den letzten Jahren vor allem in der Rehabilitation nach speziellen Erkrankungen berücksichtigt und fanden auch, z.T. in sehr verkürzter Darstellung, in den Medien starke Beachtung. Auf diese Weise wurden sie in wenigen Jahren zum Teil des Allgemeinwissens und gaben einer neuen "Bewegungskultur" (Jogging, Walking, Volksläufe, aber auch andere Sportarten) Auftrieb. Insofern tragen diese Erkenntnisse dazu bei, Lebensgewohnheiten zu verändern.

Kritik des Risikofaktoren - Modells:

- Der Zusammenhang zwischen einer bestimmten Lebensweise und einer Erkrankung ist ein statistischer und bezieht sich daher auf Gruppen und ist nicht gültig für das einzelne Individuum. Daher eignet er sich auch nicht für Prognosen im Einzelfall, sondern kann auf der Ebene des Individuums nur mit Wahrscheinlichkeiten argumentieren. Das Modell erklärt letztendlich nicht das Auftreten oder Ausbleiben von Krankheiten beim einzelnen Menschen.
- Das Modell ist wegen dieser Differenz auch nur bedingt geeignet, "Risikoträger" z.B. zu höheren Zahlungen von Beiträgen der Krankheitskrankenversicherungen heranzuziehen, auch wenn dies immer mal wieder im Gespräch ist.
- Die kontinuierliche Aufklärung über gesundheitliche Risiken in den letzten Jahren hat zwar zu einem allgemein Anstieg des Gesundheitsbewusstseins geführt, das sich aber nur teilweise in einem veränderten Gesundheitsverhalten niederschlägt. Hier mag die Kluft zwischen allgemeinem Risiko und individueller Betroffenheit eine Rolle spielen

("mich trifft es nicht"), oder auch bestehende Vorbilder, die über die Medien transportiert werden (z.B. Rauchen in Filmen) oder weitere Einflüsse wie Suchtverhalten, Arbeitslosigkeit, Gefühle der Sinnlosigkeit usw. Eine Analyse von Risikoverhalten hat es mit einer Vielzahl von Faktoren zu tun, die das Risikofaktorenmodell nicht berücksichtigt.

- Auf der anderen Seite werden im Rahmen des Modells auch die möglichen Bewältigungsstrategien nicht berücksichtigt, der Mensch erscheint als ein nur reagierendes Objekt. (Wie z.B. wäre ein regelmäßig joggender Raucher zu bewerten oder ein Mitarbeiter in einem typischen Stressberuf mit sitzender Lebensweise, aber einer sehr intakten Familie oder einem funktionierenden Freundeskreis?)
- Nimmt man alle bekannten Risikofaktoren zusammen, so müsste auf längere Sicht ein sehr großer Teil der Bevölkerung als Risikogruppe unter Dauerprophylaxe gestellt werden.

Sozioökonomisches Krankheitsmodell

Das sozioökonomische Krankheitsmodell thematisiert Krankheit im Zusammenhang von gesellschaftlichen Machtverhältnissen, schicht-, bzw. in traditionell marxistischer Sicht, klassenspezifischen Erkrankungsrisiken durch die Stellung im Produktionsprozess und der sozialen Ungleichheit im Zugang zu Genesungschancen durch materielle und sprachliche Benachteiligung. In extremer Ausprägung wird Krankheit ausschließlich als Ausdruck und Folge gesellschaftlicher Verhältnisse betrachtet.

Das Modell beruflicher

Gratifikationskrisen

ist eine neuere

Variante der sozioökonomischen Sichtweise auf Erkrankung wird von Johannes Siegrist postuliert. Danach erkrankt der Patient dann, wenn seine beruflichen Anforderungen nicht mit der Gratifikation also der Belohnung übereinstimmen. So zeigen sich bei Menschen, die beruflich unter Druck stehen und dennoch Gefahr laufen ihren Job zu verlieren (Bsp.: Arbeiter in finanziell gefährdeten Firmen) häufiger Herz-Kreislauf-Erkrankungen, als bei solchen, die zwar gleichen Stress haben aber einen sicheren und gut entlohnten Beruf.

Kritik des sozioökonomischen Krankheitsmodells:

Eine Theorie, die sich ausschließlich mit dem Zusammenhang von Krankheit und gesellschaftlichen Strukturen und Bedingungen befasst, enthält keine Aussagen über den eigentlichen Erkrankungsprozess und seine vielfältigen Ursachen und Aspekte. Sie kann

lediglich als Ergänzung und Erweiterung zu anderen Modellen dienen, und Erkenntnisse über existenzielle und gesellschaftliche Faktoren der Entstehung von Krankheit, typischer Krankheitsverläufe und von Beeinträchtigungen im Prozess der Heilung und Rehabilitation liefern.

Das Devianz-Modell von Krankheit

Innerhalb dieses Krankheitsmodells lässt sich ein strukturfunktionalistischer Ansatz und ein Stigmatisierungs- oder Labeling- Ansatz unterscheiden.

1. Unter der Perspektive des Strukturfunktionalismus gerät besonders die gesellschaftliche Kontrollfunktion der Medizin in den Blick. Von Talcott Parsons (1951) stammt das Konzept der Krankenrolle, in der vier Aspekte dieser Rolle beschrieben werden, die in direktem Verhältnis mit dieser Kontrollfunktion stehen: (1) Der Patient wird von seinen normalen Rollenverpflichtungen befreit, (besonders die Verpflichtung, zur Arbeit zu erscheinen, aber auch das "Funktionieren" im privaten Bereich) (2) Er wird für seine Krankheit nicht verantwortlich gemacht, sein abweichendes Verhalten wird legitimiert (eine Krankschreibung wird fraglos akzeptiert, eine Frage nach dem Verursacher, einem "Schuldigen" wird nicht gestellt). (3) Der Patient hat die Verpflichtung alles zu tun, um gesund zu werden - und seine Funktionsfähigkeit wieder herzustellen. (4) Der Patient ist dazu verpflichtet, fachkundige Hilfe aufzusuchen (dieser Verpflichtung wird schon dadurch Nachdruck verliehen, als dass der Besuch beim Arzt für eine Krankschreibung unumgänglich ist.).

Der Arzt übt so einerseits mit Entscheidung über Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit eine gesellschaftliche und für das Funktionieren des Wirtschaftssystems unerlässliche Kontrollfunktion aus, ist seinerseits auf der anderen Seite aber verpflichtet, dieses abweichende Verhalten möglichst schnell in konformes Verhalten zu verändern.

In der **Kritik** des Konzeptes der Krankenrolle ist angeführt worden, dass zunehmend eine Verantwortlichkeit des Kranken für sein "abweichendes" Krankenverhalten unterstellt wird (falsche Lebensweise, unvernünftiges Verhalten usw.) und seine Entbindung von den Rollenverpflichtungen nicht mehr ohne weiteres legitimiert ist. Bei hoher Arbeitslosigkeit

und Gefährdung von Arbeitsplätzen sinkt die Krankenrate, was nicht nur heißt, dass überflüssiges Fehlen abgebaut wird, sondern was auch einen wachsenden Druck anzeigt, trotz Erkrankung die Berufstätigkeit fortsetzen und die akuten Symptome, soweit es möglich ist, mit Medikamenten, Schmerzmitteln usw. zu unterdrücken.

2. Das zweite Konzept, das auf der Analyse abweichenden Verhaltens beruht, ist der in den 60er Jahren entwickelte **Labeling- oder Etikettierungsansatz**. Er wurde besonders im Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen diskutiert. Krankheit erscheint hier ebenfalls unter dem Gesichtspunkt der sozialen Definition. Der Erkrankte erhält durch eine Diagnose ein Etikett, ein Label aufgeprägt, das sein weiteres Rollenverhalten als Kranker entscheidend beeinflusst. Besonders bei negativ bewerteten Erkrankungen wie psychische Störungen, Epilepsie, Aids, aber auch Krebs wird dieses Etikett ("dem Tode geweiht" oder "gefährlich", "ansteckend" usw.) zum Stigma, das eine soziale Ausgrenzung des Kranken bewirkt und seine Verhaltensmöglichkeiten einschränkt.

Erving Goffman untersuchte 1961 die Wirkung längerer Aufenthalte in psychiatrische Einrichtungen auf Identität und Verhalten von Betroffenen und zeigte im Details auf, wie die Routinen des Organisationsablaufes in diesen Einrichtungen dem Patienten seine Privatsphäre nehmen und ihn mit fortschreitender Zeit immer unselbständiger und hilfloser werden lassen. Die Konzepte der Gemeindepsychiatrie und der integrativen Behindertenarbeit versuchen diese Erkenntnisse zu berücksichtigen, indem Aussonderung und längere Aufenthalte in geschlossenen Einrichtungen so weit wie möglich vermieden und durch ambulante und in das Leben der "normalen" Menschen integrierte Therapie- und Hilfsangebote ersetzt werden sollen.

An dem Etikettierungsansatz wird im Hinblick auf psychische Störungen kritisiert, dass er nur eine soziale Dimension berücksichtigt und dabei übersieht, dass psychiatrische Patienten aufgrund ihrer Erkrankung und dem damit verbundenen Verhalten als psychisch Kranke angesehen und behandelt werden und nicht aufgrund irgendeiner sozialen Zuschreibung.

Das multifaktorielle Erklärungsmodell von Krankheit

In den letzten Jahren hat sich als Ergebnis der fachlichen und öffentlichen Diskussion ein Trend herausgebildet, in dem die verschiedenen Ansätze in der Krankheitsdefinition und -beschreibung miteinander kombiniert werden. Es ist in der Zusammenschau hinreichend klar geworden, dass ein einfaches Verständnis von Krankheit nicht ausreicht, um Ursachen, Verläufe und Heilungsbedingungen zu klären. So wurden besonders auch die Erkenntnisse der Stress-Coping-Forschung und des Risikofaktoren-Modells, aber auch Teile des psychosomatischen Krankheitsmodells in das medizinische Modell integriert und so etwas wie ein multifaktorielles Krankheitsmodell generiert.

Die Grundgedanken dieses multifaktoriellen Krankheitsmodells lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Es gibt genetisch vorgegebene und umweltbezogene Rahmenbedingungen, innerhalb derer sich ein Krankheitsgeschehen manifestiert. Hier spielen sowohl körperliche Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz z.B. durch Schadstoffbelastungen, wie durch ungesunde Wohnverhältnisse beispielsweise mit starker Lärmbelastung, oder sonst ein Kontakt mit gesundheitsgefährdenden Stoffen eine Rolle. Soweit es sich nicht um Unfälle oder solchen direkten äußeren Einwirkungen handelt ist ein komplexes Geschehen am Ausbruch einer Krankheit beteiligt.
- Als Auslöser von Erkrankungen müssen innerhalb dieses Rahmens psychosomatische Faktoren, stressbedingte Belastungen, Risikoverhalten und Belastungsreaktionen durch aktuelle Ereignisse durch life events in Betracht gezogen werden.
- Selbst beim Vorliegen der genannten Belastungen ist eine Manifestation der Erkrankung noch nicht unausweichlich. Individuelle und kollektive Coping-Strategien können die Krankheitsreaktion noch immer verhindern oder abschwächen.
- Das manifeste Krankheitsgeschehen steht schließlich am Ende eines komplexen Prozesses, in dem individuelle Belastungen und Ressourcen, gesellschaftliche Bedingungen, kollektive Bewältigungsmuster und aktuelle Ereignisse zusammen wirken.

Ausgehend von den Annahmen eines multifaktorielle Krankheitsmodells ist es notwendig, in jedem Fall die besonderen Bedingungen zur Auslösung einer Erkrankung zu rekonstruieren, um die bestmöglichen Heilungschancen zu realisieren. So wird es nicht viel nützen, wenn zur Linderung von Krankheitssymptomen bestimmte Medikamente zu Einsatz kommen, das soziale Umfeld oder die belastende familiäre Situation des Patienten außer Acht bleibt, die evtl. einen bedeutenden Anteil am Ausbruch der Erkrankung hatte. Ebenso kommt die Notwendigkeit einer gezielten Gesundheitsprävention und -vorsorge bei bekannten

Belastungsfaktoren in das Blickfeld. Durch Erweiterung und Veränderung der Leistungen im Gesundheitssystem wurde in den letzten Jahren versucht, z.B. durch die systematische Ausweitung von Vorsorgeuntersuchungen auf diese Einsichten zu reagieren.

Kritik des multifaktoriellen Krankheitsmodells: In der Diskussion werden natürlich auch die Grenzen dieses Modells deutlich:

- Obwohl in diesem Modell wesentliche Elemente eines ganzheitlichen Sicht von Krankheit zusammengefasst sind, so geschieht dies doch im Wesentlichen additiv und die "medizinische" Weltsicht bleibt das beherrschende Paradigma. Eine ganzheitliche Herangehensweise ist mehr als nur die Summe verschiedener Aspekte.
- Die Addition der Faktoren ergibt eine im Rahmen des bestehenden Gesundheitssystem nicht zu finanzierende Liste an möglichen Leistungen. Die Ausweitung der Leistungen führt bereits jetzt an die Grenzen des Finanzierbaren.
- Die Vielzahl von Faktoren ist in keiner entwickelten einheitlichen Diagnostik berücksichtigt. Jeder behandelnde Arzt erfasst aufgrund seiner eigenen Perspektive, die sich aus seiner Ausbildung und persönlichen Sichtweise ergibt, einen Teil der Faktoren und vernachlässigt andere Gesichtspunkte.
- Die angesprochenen gesellschaftlichen Teilbereiche, in denen gesundheitsgefährdende Faktoren auftreten können, sind nicht in einer Weise vernetzt, dass eine abgestimmte Handlungsstrategie entwickelt werden könnte. Vielmehr gehorchen die Teilsysteme (Arbeitsmarkt, Bildung, Sozialsystem, Wirtschaft usw.) eigenen Gesetzmäßigkeiten und sperren sich gegen eine Querschnittsplanung.
- Eine umfassende Handlungsstrategie ließe sich konsequent nur auf der individuellen Ebene entwerfen. Hierzu wäre eine Fallsteuerung vonnöten, die in einer Hand läge, der Patient wird zum Gegenstand von Casemanagement wie man es bereits in Teilbereichen der Rehabilitation und beruflichen Wiedereingliederung umzusetzen versucht. Auch der Vorschlag, den Hausärzten wieder eine größere Entscheidungs- und Steuerungsbefugnis zu geben, geht in diese Richtung. Umfassendes querschnittsbezogenes Fallmanagement ist ein sehr aufwendiges Verfahren und stößt sehr schnell an die Grenzen der (Teil-)Systemlogiken und der eingeschränkten Finanzierungsmöglichkeiten.

Das Modell systemischer Selbstregulation

Grundannahmen des Modells:

1. Der Krankheitsbegriff nach diesem Modell setzt eine systemische Sichtweise voraus. Der menschliche Organismus hat, wie andere höhere Organismen in der Natur, im Laufe der Evolution eine komplexes System der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Funktionsfähigkeit des Körpers und zu diesem Zwecke des

Stoff- und Informationsaustausches mit seiner Umwelt entwickelt. Das System strebt wie jedes System nach Selbsterhaltung und Selbstförderung und interagiert dazu mit den gegebenen Umwelten. Der menschliche Organismus ist als Evolutionsergebnis optimal an die Lebensbedingungen auf diesem Planeten in Gemeinschaft mit den anderen Naturreichen angepasst und hat eine ausreichende Komplexität entwickelt, sich in dieser Umwelt selbst zu erhalten. Eine Herausforderung an die Selbsterhaltung stellt die rasche Veränderung dieser Lebensbedingungen durch den Menschen selbst dar.

2. Die Prozesse der Selbsterhaltung, Selbstförderung und Anpassung stellen einen Selbstregulationsmechanismus (siehe auch: Autopoiese) des Systems dar, der eine eigene Steuerungsebene besitzt. Die Steuerung der Selbstregulation des Körpers findet ihren Ausdruck im Blutkreislauf, dem Stoffwechselsystem und im hormonellen System, ist aber selbst auf einer energetischen Ebene angesiedelt und besteht aus einem komplizierten Netzwerk von Energiebahnen, -punkten und -wirbeln.
3. Eine Erkrankung des Körpers manifestiert sich als erstes als Störung auf der energetischen, der Steuerungsebene und als Folge auf der physischen Ebene.
4. Heilung wird initiiert, indem keine Substanz, sondern eine **Information** in das System eingebracht wird, die den Selbstregulationsmechanismus aktiviert und stärkt, indem sie eine Vorlage für das fehlerfreie Funktionieren enthält und/ oder eine Fehlinformation überschreibt oder löscht.
5. Andere Maßnahmen auf der Ebene der körperlichen Prozesse wirken ergänzend und unterstützend oder aber hinderlich.
6. Nach dem Axion "wie unten so oben, wie innen so außen" sind die notwendigen Informationen überall in der Natur verfügbar und können nach ihren Signaturen im Informationsträger erkannt werden.
7. Als Informationsträger kommen in bestimmter Weise aufbereitete Präparate aus dem Mineral-, Pflanzen- oder Tierreich, oder andere Schwingungsmedien in Frage wie z.B. elektrische Impulse, magnetische Felder, Farben, Klänge usw.

Eine Reihe der Therapien aus dem Bereich der Alternativmedizin basieren auf diesem Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnis. Dazu gehören z.B. die beiden ältesten und am besten ausgearbeiteten Heilweisen der Alternativmedizin, die chinesische Akupunktur und die europäische Homöopathie. Auch andere, neuere Therapieansätze folgen diesen Grundannahmen, wenn sie auch oft vermischt mit denen des medizinischen Weltbildes auftreten.

Kritik des Modells der systemischen Selbstregulation:

- Es gibt keinen wissenschaftlichen Nachweis der angenommenen energetischen und feinstofflichen Bereiche des menschlichen Organismus und seiner Steuerungsfunktion für die körperlichen Prozesse.
- Die Wirksamkeit der auf diesem Modell beruhenden Heilmethoden sind

wissenschaftlich nicht erforscht und können solange nicht als existent anerkannt werden. Heilungseffekte beruhen weitgehend auf einem Placeboeffekt.

- Bis auf einige Teilaspekte der Therapiesysteme, deren Wirksamkeit nachgewiesen wurde, sind die Methoden als pseudowissenschaftlich einzustufen.

Das teleologische Modell von Erkrankung

Die Teleologie ist die Lehre von der Absicht, dem Ziel und Zweck einer Handlung. Im Zusammenhang mit den Erklärungsmodellen von Krankheit bedeutet ein teleologischer Erklärungsansatz einen Krankheitsbegriff, der auf den Sinn der jeweiligen Erkrankung zielt. Krankheit in diesem Modell wird verstanden als eine Krise (Katharsis), eine Erfahrungs- und Erkenntnismöglichkeit zum Zwecke der Weiterentwicklung der Persönlichkeit.

Unterstellt wird dabei ein Evolutionsprinzip, das in der Regel in Richtung einer selbst bestimmten, autonom handlungsfähigen Persönlichkeit wirkt, die moralische und ethische Grundnormen in ihrem Leben als Selbsta Ausdruck verwirklicht. Krankheit tritt in diesem Verständnis auf, wenn ein Entwicklungsschritt in diesem Sinne nicht erkannt wird. Es muss also gefragt werden: was bedeutet mir diese Krankheit zu diesem Zeitpunkt und welche Lernaufgabe enthält sie im Rahmen meiner persönlichen Entwicklung?

Eine Kehrseite dieses Krankheitsverständnisses stellt die Vorstellung von der karmischen Verursachung einer Erkrankung dar, die als Folge von Verhalten auftritt, das gegen das Evolutionsprinzip verstößt. Diese Variante kann in ihrer extremen dogmatischen Ausprägung als moderne Version der mittelalterlichen Vorstellung von Krankheit als "Bestrafung" für schlechte Taten und Gedanken gesehen werden, enthält aber in der komplexeren Ausgestaltung eher Elemente östlicher Religionen, die das karmische Prinzip mit einer Sinnkonstruktion verbinden: Karma als Erfahrung generierendes Gesetz für noch nicht erwachte Seelen.

Heilung wird in diesem Modell primär als Erkenntnisprozess verstanden, in dem die unangemessenes Verhalten verursachenden seelischen Behinderungen, psychischen Einschränkungen und negativen mentalen Muster erkannt und überwunden werden. Therapeutische Maßnahmen können höchstens unterstützend eingesetzt werden, eine Symptombehandlung verbietet sich aus dieser Sicht vollkommen.

Das teleologische Krankheitsmodell liegt einigen streng esoterisch orientierten Lebensweisen zugrunde, wobei die Konsequenzen in Bezug auf Therapiemöglichkeiten mehr oder weniger eng interpretiert werden. Einige Aspekte dieses Erklärungsansatzes finden sich auch in Therapieansätzen der systemischen Krankheitssicht wieder und werden hier, wie das psychosomatische Erklärungsmodell in Bezug auf das medizinische Paradigma, ergänzend herangezogen.

Kritik des teleologischen Krankheitsmodells:

- Der unterstellte Zusammenhang sowohl einer karmischen/göttlichen Verursachung wie einer Zweckgebundenheit im Hinblick auf ein Evolutionsprinzip ist wissenschaftlich nicht nachvollziehbar und bleibt im Rahmen persönlicher Glaubensvorstellungen.
- Die Grundgedanken des Modells dienen einigen extrem denkenden religiösen Gruppierungen und Sekten zur Begründung von gesundheitsgefährdenden Verhaltensnormen für ihre Mitglieder. Lebensnotwendige Eingriffe, Therapien und Präventivmaßnahmen wie Impfungen werden abgelehnt (z.B. bei den steinmätzen, aber auch einigen anderen modernen Sekten).

Literatur

- Goffman, Erving: *Asylum* . Penguin, 1961. deutsch: *Asyle* , Suhrkamp Verlag Frankfurt/M. 1972
- Parsons, Talcott: *The social system* . Free Press London 1951
- Siegrist, Johannes: *Medizinische Soziologie* . Urban und Schwarzenberg 1995, ISBN 3-541-06385-8
- Waller, Heiko: *Sozialmedizin* . 2.Auflage, Kohlhammer 1991 ISBN 3-17-010690-2

Von „<http://de.wikipedia.org/wiki/Krankheitsmodell>“

Kategorien: [Wikipedia:Lückenhaft](#) | [Gesundheitspsychologie](#) | [Alternativmedizin](#)

-
- Diese Seite wurde zuletzt am 1. August 2007 um 16:31 Uhr geändert.
 - Ihr Inhalt steht unter der GNU-Lizenz für freie Dokumentation.
Wikipedia® ist eine eingetragene Marke der Wikimedia Foundation Inc.