

Gesundheit im Kontext



Prof. Dr. med. Manfred Wildner

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Manfred Wildner
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Veterinärstraße 2
85764 Oberschleißheim
Manfred.Wildner@lgl.bayern.de

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0627-7715>
Gesundheitswesen 2018; 80: 509–510
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0941-3790

„Ich habe doch nur mit dem Finger gedroht“, sagte der Angeklagte, und unterließ es unfairerweise darauf hinzuweisen, dass dieser am Abzug einer Pistole gelegen hatte. Der Bezug dieses Bonmots zum Gesundheitswesen soll im Folgenden weniger auf die konkreten gesundheitlichen Risiken durch Schusswaffen gelegt werden, sondern vielmehr auf die nicht weniger bedeutsame Rolle des Kontextes für Gesundheit, Krankheit und Wohlbefinden. Dass der „Kontext“, verstanden als System- und Sinnzusammenhang, sowohl das objektive Auftreten von Krankheiten in ihrer Häufigkeit und Schwere als auch das subjektive Erleben von Gesundheitszuständen beeinflusst, ist hinreichend bekannt. Aufbauend auf systemtheoretischen Überlegungen in anderen Wissenschaftsbereichen propagierte schon 1977 der amerikanische Internist und Psychiater Engel – und später Thure von Uexkuell im deutschen Sprachraum – ein interaktives biopsychosoziales Krankheitsmodell als theoretischen Kern einer psychosomatischen Medizin [1]. Gesundheitswissenschaftliche und medizinische Forschungen weisen auf die vielfältigen pathogenetischen und salutogenetischen Einflüsse aus der Interaktion bspw. von physischem und psychosozialen bzw. sozioökonomischem Lebensumfeld in typischen Lebenszusammenhängen („Settings“) wie Familie, Schule, Arbeitsplatz, Wohnumfeld und Quartier hin und diskutieren diese unter Begriffen wie Lebenslagen und Lebensweisen, Schulgesundheit und Arbeitsschutz, sozioökonomischem Status, walkability oder Stadtgesundheit [2, 3]. Epidemiologische Lebenslauforschung weist vulnerable und prägende Lebensphasen auf, welche schon vor der Geburt liegen können und im Laufe des Lebens auf häufig noch näher zu bestimmende Weise miteinander und mit ihren Umwelten protektiv oder als kumulierende Risiken interagieren [4]. Die gesundheitlichen Analysen aus den „Omic“-Wissenschaften berücksichtigen zunehmend auch die Wechselwirkungen zwischen biologischen Anlagen und der Umwelt – eine Erkenntnis, die sich auch auf das ursprünglich system- bzw. molekularbiologisch inspirierte Zukunftskonzept der sogenannten personalisier-

ten, prädiktiven, präventiven und partizipativen P4-Medizin auswirkt [5]. Doch Vorsicht: auch wenn alle Organismen eine Umwelt haben, hat nur der Mensch „Welt“: eine sinnhaft gedeutete und gestaltete Umwelt. Nicht zuletzt weisen die Rehabilitationswissenschaften nachdrücklich auf die Wechselwirkungen von Körperstrukturen, Körperfunktionen und Umwelt im Teilhabekonzept der ICF-Klassifikation hin [6, 7].

Aktualisiert wird diese Kontext-Diskussion durch die theoretischen Entwicklungen in Zusammenhang mit der Implantations- und Wirkungsforschung in komplexen Systemen [8]. Darunter fallen Innovationen im Kontext eines Krankenhauses genauso wie Präventionsbemühungen auf Ebene von Bevölkerungsgruppen und ihren Settings. Zu Recht wird im Zusammenhang mit der Erhebung der Gesundheitskompetenz („Health Literacy“) darauf hingewiesen, dass das Finden, Verstehen, Bewerten und Anwenden von Gesundheitsinformation in einem Zusammenwirken von persönlichen Fähigkeiten und situativer Anforderung geschieht [9]. Noch einmal komplexer wird die Analyse individual- wie auch bevölkerungsmedizinisch z. B. durch die neuen Kontexte der virtuellen Welten. Der Philosoph Gert Scobel weist mit Verweis auf den Soziologen Steffen Mau darauf hin, dass in Folge einer Selbstoptimierung durch Self-Tracking „die Metrisierung des sozialen Lebens [...] zu einer umfassenden digitalen Konkurrenzgesellschaft und zu wachsendem Narzissmus führt“ und daraus resultierende Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten aufmerksamer Beobachtung bedürfen [10, 11].

Dass bei solchen Interventionen auch paradoxe Wirkungen auftreten können, ist ein systemisches Risiko: Prohibitionsbemühungen beim Konsum alkoholischer Getränke führten in der Vergangenheit schnell zu kriminellen Versorgungsstrukturen im gesellschaftlichen Dunkelfeld, Aufklärungskampagnen bzgl. neuer psychoaktiver Substanzen können gleichzeitig Werbe-Effekte in vulnerablen Gruppen haben, die namentliche Meldepflicht von sozial-stigmatisierenden übertragbaren Krankheiten kann zur Nicht-Inanspruchnahme von Hilfsangeboten führen, erfolgreiche Präventionsprogramme stagnie-

ren, wenn im Vergleich sehr kleine Risiken der präventiven Maßnahme subjektiv überproportional wahrgenommen werden (z. B. Impfrisiken), die Auflehnung gegenüber als übergriffig-paternalistisch wahrgenommene Prävention kann zur bewussten Reaktanz und Rebellion mit der Kultivierung von alternativem „coolen“, dabei gleichzeitig gesundheitsschädlichen Verhalten führen. Die Liste ließe sich noch länger fortführen.

Besondere Herausforderungen ergeben sich daraus sowohl für kluge Steuerung und partizipative Maßnahmenentwicklung im Gesundheitswesen, als auch für die Gesundheitsforschung. Zum einen ist insbesondere bei Maßnahmen im Bereich von Public Health/Bevölkerungsgesundheit von einem auch „aktiven“, mit der Intervention wechselwirkenden Kontext auszugehen. Zur Steuerung in komplexen Systemen mit ihren oft aktiven Kontexten haben Konzepte der indirekten Steuerung durch „Governance“ und „Stewardship“ an Bedeutung gewonnen. Dieser Ansatz ist eine Antwort auf die und ein Resultat der intensiven Interaktion zwischen Regierungshandeln, der Wirtschaft und den Medien in westlichen Demokratien im „Informationszeitalter“. Zum zweiten ist von einem oftmals „spannenden“ Kontext auszugehen. Moderne Regierung im 21. Jahrhundert soll sowohl individuelle Freiheiten als auch kollektive Solidarität im Rahmen einer demokratischen Verfassung sichern. Dies beinhaltet Spannungen zwischen rivalisierenden Werten: Sicherheit und Freiheit, Stabilität und Wandel, bürgerliche Freiheiten und bürgerliche Pflichten, top-down Regierungshandeln und bottom-up Teilhabe, öffentliche Rechenschaftspflichtigkeit und Befähigung. Zum Dritten beinhalten Interventionen insbesondere im Bereich der Bevölkerungsgesundheit Herausforderungen, welche über die Handlungsmöglichkeiten des Individuums hinausreichen: Sie finden in dem „gemeinschaftlich“ verantworteten und gestalteten Kontext des öffentlichen Raumes statt. Beispiele für solches Handeln auf Gemeinschaftsebene sind die Nichtraucherschutzgesetze, Infektionsschutzmaßnahmen, Schulgesundheit oder die Versorgungsplanung.

Eine bestmögliche Erfüllung der Aufgaben im Dienst der (nicht nur) öffentlichen Gesundheit verlangt daher stetiges Finden, Aushandeln und (Re-)Adjustieren von Balancen bei der Aufgabenwahrnehmung zwischen den unterschiedlichen Akteuren. Die Beiträge zur Steuerung bewegen sich dabei innerhalb eines Spektrums, welches von reinem Monitoring und Beobachten über öffentliche Empfehlungen, das Setzen von Anreizen (Inzentivierung und Desinzentivierung) bis zu staatlichem Vollzug und Zwang reicht. Die Aufgaben selbst können erfüllt werden durch direkte Aufgabenwahrnehmung durch die öffentliche Hand als sog. starkes Regierungshandeln, durch komplette Delegation an gesellschaftliche Partner als sog. schwaches Regierungshandeln oder durch eine Mischung aus ausgehandelten Rollen der Steuerungsinstanzen und ihrer gesellschaftlichen Partner.

Mit der dafür notwendigen Evidenz und der gedanklichen Auseinandersetzung mit den Optionen für kluge Steuerung befassen sich auch die Beiträge dieser Ausgabe: Mit der Lebenslauforschung in der Epidemiologie und den Sozialwissenschaften, der Polypharmazie in der nachstationären Versorgung, mit Unterschieden der Morbidität nach Versichertenstatus, Nutzenbewertung und Preisverhandlungen, Abgrenzungskonzepten von Landärzten, dem Missbrauch psychotro-

per pflanzlicher Substanzen, mit Sterben am Lebensanfang und den Einstellungen zu Entscheidungen am Lebensende in Österreich sowie künstlerischen Therapeuten im Gesundheitswesen.

Um zu den gesundheitlichen Folgen des Drohens mit dem Zeigefinger zurückzukommen: Randomisierte klinische Studien (RCT) können nur wenig zur Antwort beitragen. Die naheliegende kontextorientierte Frage nach Waffengesetzen und der allgemeinen Verfügbarkeit von Schusswaffen bildet hier den bildhaften Einstieg in ein spannendes Forschungsfeld. Es wird bei der Suche nach Ursachen und Wirkungsketten von Gesundheit und Krankheit nicht beim einfachen Finger am Abzug einer Waffe bleiben. Aufmerksam Public Health-orientierte und ethisch inspirierte Kontextforschung wird die Frage nach dem Spiel dieser Finger auch in Bezug auf die gesellschaftlichen Klaviaturen und elektronischen Tastaturen von Macht und Ohnmacht, von (Des)Information und Einflussnahme – und dies nicht nur im Gesundheitswesen – und letztlich nach gesellschaftlicher Fairness als notwendigem Kontext für „Gesundheit für alle“ stellen [12].

Literatur

- [1] Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129–136
- [2] Fehr R, Fertmann R, Stender KP et al. Stadtgesundheit (Urban Health) – Eine Blickfelderweiterung am Beispiel Hamburgs. *Gesundheitswesen* 2016; 78: 498–50
- [3] Sallis JF, Bull F, Burdett R et al. Use of science to guide city planning policy and practice: How to achieve healthy and sustainable future cities. *Lancet* 2016; 388: 2936–2947
- [4] Ben-Shlomo Y, Cooper R, Kuh D. The last two decades of life course epidemiology, and its relevance for research on ageing. *Int J Epidemiol* 2016; 45: 973–988
- [5] Hood L, Heath JR, Phelps ME et al. Systems Biology and New Technologies Enable Predictive and Preventative Medicine. *Science* 2004; 306: 640–643
- [6] World Health Organization (WHO). International Classification of Functioning. Disability and Health: ICF. Geneva: WHO; 2001
- [7] Schliehe F, Ewert T. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) – Aktualisierung der problemorientierten Bestandsaufnahme. *Rehabilitation* 2013; 52: 40–50
- [8] Pfadenhauer LM, Gerhardus A, Mozygemba K et al. Making sense of complexity in context and implementation: The Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implement Sci* 2017; 12: 21 doi:10.1186/s13012-017-0552-5
- [9] Schaeffer D, Berens EM, Vogt D. Health literacy in the German population – results of a representative survey. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 53–60 (siehe auch Schlusswort: Schaeffer D. In Reply. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114(18): 330)
- [10] Scobel G. Oberflächenspannung. *S-Magazin* Mai 2018; 12
- [11] Mau S. Das metrische Wir: Über die Quantifizierung des Sozialen. Frankfurt: Edition Suhrkamp; 2017
- [12] Dragano N, Gerhardus A, Kurth BM et al. Public Health – mehr Gesundheit für alle. Ziele setzen – Strukturen schaffen – Gesundheit verbessern. *Gesundheitswesen* 2016; 78: 686–688