

Ein neues Gesundheitsverständnis ist notwendig

Markus Zürcher

Generalsekretär der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (SAGW)

Das Gesundheitsverständnis wirkt sich massgeblich auf die Entwicklung, die Prioritäten, die Angebote, die Organisation und nicht zuletzt auf die Kosten des Gesundheitssystems aus. Notwendig ist daher zu prüfen, was unter Gesundheit verstanden wird. Der klassische Weg ist die Begriffsdefinition. Dieser ist nur bedingt hilfreich, da es nicht an einer Definition fehlt, vielmehr eine Vielzahl von Gesundheitsdefinitionen vorliegt. Auf der Suche nach einem hinreichend definierten bzw. explizierten Gesundheitsverständnis ist es daher angezeigt, in einem ersten Schritt die Anforderungen an eine Gesundheitsdefinition herauszuarbeiten und in einem zweiten Schritt bestehende Gesundheitsdefinitionen zu sichten.

Im Unterschied zu deskriptiven Begriffen, die sich der direkten Wahrnehmung erschliessen, unmittelbar beobachtbar sind, also Objektcharakter haben, ist die Gesundheit ein theoretischer Begriff. Ein unmittelbarer empirischer Bezug ist nicht gegeben. Die Merkmale und die möglichen Ausprägungen des Konstrukts Gesundheit müssen daher begründet festgelegt, beobachtbar und messbar gemacht werden. Notwendig ist folglich eine operationelle Definition: Jede operationelle Definition ist eine kleine Theorie, welche die wesentlichen Dimensionen festlegt und für jede Dimension die möglichen Merkmale in ihren Ausprägungen anhand von Indikatoren erfasst. Der Operationalismus, d.h. die begründete Bezeichnung der Dimensionen eines abstrakten Sachverhaltes sowie die Messung deren Ausprägungen, ist der Goldstandard, an dem sich jedes Gesundheitsverständnis messen muss.

Bestehende Gesundheitsdefinitionen

Die Sichtung vorliegender Gesundheitsdefinitionen zeigen drei Sachverhalte auf:

1. Nicht alle Gesundheitsdefinitionen erfüllen die Anforderungen einer operationalen Definition.
2. Die Gesundheitsdefinitionen spiegeln disziplinäre Interessen und zeitbedingte, politische Ziele: Prägnant verändert und erweitert hat erstens der Einbezug der Sozialwissenschaften (Psychologie, Soziologie, Ethnologie) und deren Interessen das

Gesundheitsverständnis [1]. Zweitens geben die zeitbedingten Herausforderungen in der Gesundheitspolitik die den Gesundheitsdefinitionen eingeschriebenen Ziele vor.

Festgehalten werden kann, dass Gesundheitsdefinitionen, sofern diese nicht eine bloss tautologische Begriffsbestimmung vornehmen, stets normativ sind und damit nicht wertfrei. Dies gilt auch für operationale Definitionen: Normativer Charakter hat die jedem Indikator zugewiesene Messskala, anhand welcher jeweils entschieden werden muss, welcher Wert noch als gesund und welcher Wert als krank eingestuft wird.

3. Als Goldstandard hat sich das drei Dimensionen umfassende bio-psycho-soziale Gesundheitsverständnis breit durchgesetzt, wobei gemessen an den investierten Mitteln und getroffenen Massnahmen immer noch die bio-medizinische Dimension dominiert.

Entlang von zwei grossen Etappen lassen sich die drei Feststellungen verdeutlichen und zugleich deren Auswirkungen auf das Gesundheitssystem aufzeigen.

WHO-Definition von 1948

Massgeblich bestimmt die WHO-Definition von 1948 das Gesundheitsverständnis weiterhin global betrachtet erfolgreich. Die Definition der Gesundheit als *«state of complete physical, mental and social well-being and not*

merely the absence of disease or infirmity» hat das biopscho-soziale Gesundheitsverständnis verankert und dazu beigetragen, dass ansteckbare Krankheiten weltweit eliminiert oder signifikant reduziert werden konnten. Seit langem, bis heute jedoch nicht revidiert, steht die WHO-Definition aus vier gut hinterlegten Gründen in der Kritik [2,3]:

1. Unbeabsichtigt treibt die Absolutheit des umfassenden Gesundheitsverständnisses in Kombination mit einer laufend verfeinerten Diagnostik die Medikalisation nicht nur von physischen Einschränkungen, sondern auch von psychischen und sozialen Defiziten voran.
2. Das Gesundheitsverständnis ist nicht mehr zeitgemäss, da aufgrund des demographischen Wandels nicht übertragbare, chronische Krankheiten sowie Behinderungen nicht länger die Ausnahme, sondern die Regel sind.
3. Die Operationalisierung einer absoluten Gesundheit ist nicht machbar, da die absolute Gesundheit ein real nicht existierendes, gedanklich konstruierter Idealtyp ist, welcher weder operationalisiert noch gemessen werden kann. Gemessen werden kann die Abweichung vom Idealtyp, einer gesetzten Norm, einem in der Realität nicht existierenden Normalfall.
4. Letzteres führt zum vierten Kritikpunkt: Dem real existierenden Individuum mit seinen Kapazitäten und Einschränkungen wird nicht Rechnung getragen, auch nicht seinen Fähigkeiten, mit physischen, psychischen und sozialen Einschränkungen ein erfülltes Leben zu führen [3].

Die Ottawa Declaration und das Ende der Krankheitsära

Mit der Ottawa Declaration wurde 1986 ein bis heute nicht abgeschlossener Richtungswechsel eingeleitet. Kennzeichnend für diesen Wechsel ist erstens die Abwendung von einer krankheitsorientierten, symptombezogenen, auf der Grundlage von klinischen Studien verallgemeinerten Diagnose und Behandlung hin zu nichtmedizinischen Massnahmen, die auf die Ziele und Bedürfnisse des einzelnen Individuums zugeschnitten sind. Damit geht *zweitens* ein Paradigmenwechsel einher, welcher den Patienten von einem Objekt zu einem Subjekt transformiert, indem dessen Ressourcen, Fähigkeiten und Potenziale miteinbezogen und aktiviert werden. Die Befähigung (empowerment) rückt in den Fokus. *Drittens* wird das Konzept des «well-being» vom Konzept der Lebensqualität abgelöst. Dies insbesondere auch aufgrund des «Behinderten-Paradoxes»: Zahlreiche Studien zeigen, dass Einschränkungen und

Behinderungen deren Lebensqualität weit weniger reduzieren, als angenommen wird, weil Menschen adaptiv sind und eine Vielzahl von «Coping-Strategien» entwickeln können [3,4].

Ein neues Gesundheitsverständnis: funktionaler Gesundheits- und Lebensqualitätsbegriff (fQOL)

Die durch die Ottawa Declaration eingeleitete neue Sicht rückte in der vergangenen Dekade die subjektive und objektive Lebensqualität in den Fokus. Letztere konvergierten im funktionalen Lebensqualitätsverständnis, welches auch aus der objektiven und subjektiven Perspektive resultierende Paradoxien eliminierte [5,6]. Gleichzeitig wurden gehäuft Gesundheitsdefinitionen vorgeschlagen, die von den individuellen Präferenzen und Zielen ausgehen. Damit wird auch berücksichtigt, welche Bedeutung die einzelnen Menschen in ihrem Verständnis eines sinnvollen Lebens ihren Fähigkeiten und Beschränkungen zuweisen, also der dem Leben individuell zugeschriebene Sinn beachtet. Breite Aufmerksamkeit hat das funktionale Gesundheitsverständnis durch die von der WHO 2015 verabschiedete «*Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*» gefunden, mit welcher ab 2020 eine Dekade des «*healthy ageing*» eingeleitet werden soll (WHO 2015; siehe www.ageingsociety.ch).

Das von der WHO vorgeschlagene Gesundheitsverständnis kann wie folgt umschrieben werden:

Unter Gesundheit wird ein dynamischer Prozess verstanden, welcher sich aus den Wechselwirkungen zwischen der Umwelt und den Fähigkeiten, Fertigkeiten, Eigenschaften, Beeinträchtigungen und biologisch-physiologischen Bedingungen der Individuen ergibt und diesen während ihres Lebens erlaubt, zu tun und zu sein, was für sie bedeutsam ist.

Die Kernelemente des individualisierten, kontextualisierten und dynamischen Gesundheitsverständnisses, dessen Ziel die Erhaltung und Stabilisierung der funktionalen Lebensqualität ist, akzentuiert, ergänzt und präzisiert, was in den Dekaden nach der Ottawa Declaration bereits Berücksichtigung fand:

- Individualisiert meint nun nicht bloss eine auf die Person statt auf den nicht existenten Durchschnittsmenschen zugeschnittene Behandlung. Vielmehr soll «»kranken» bzw. «eingeschränkten» sowie «gesunden» Menschen ermöglicht werden, das zu sein und das zu tun, was ihnen wichtig ist. Damit dient die Sinnhaftigkeit des Lebens und Weiterlebens als Leitziel.
- Die Referenzgrösse ist nicht eine wie auch immer als Idealtyp oder Norm definierte Gesundheit, son-

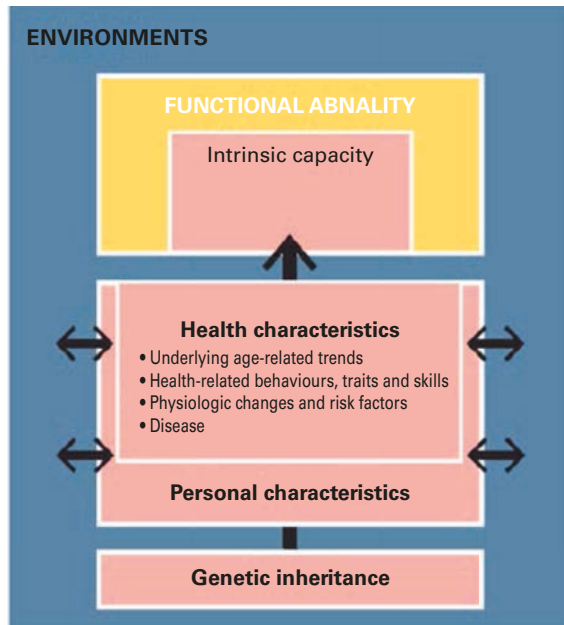


Abbildung 1: Healthy Ageing (source: WHO, World Report on Ageing and Health, Draft 2015, not published; Mike Martin, Präsentation "Healthy Ageing 2015 + Neue Ansätze", UZH, Zentrum für Gerontologie, Zürich, 1.9.2016).

"Intrinsic capacity" is the composite of all the physical and mental capacities of an individual.

"Functional ability" comprises the health-related attributes that enable people to be and to do what they have reason to value. It is made up of the intrinsic capacity of the individual, relevant environmental characteristics and the interaction between these characteristics and the individual.

Healthy ageing is not defined by a specific level or threshold of functioning or health. Healthy ageing reflects the ongoing interaction between an individual and the environments they inhabit, shaped by many factors as illustrated in figure 1.

dern das aktive und bewertende Individuum, das gemäss seinen Vorstellungen in einem spezifischen sozialen Kontext fähig ist, von ihm gewünschte, zielbezogene Aktivitäten auszuführen.

- Amartya Sen und Ruth Nussbaum folgend werden Individuum und Umwelt, die Befähigungen, die Verwirklichungschancen und die objektiven Lebenschancen einbezogen und verbunden (capabilities approach).¹
- Anstelle der sozialen Bedingungen, die zweifellos die Gesundheit massgeblich beeinflussen, jedoch in der Regel nicht kurzfristig verändert werden können, rückt der Kontext ins Zentrum: Gemeint sind damit die förderlichen und hinderlichen Bedingungen im unmittelbaren und konkreten Lebensraum: Das Quartier, die Wohnung, die Nachbarschaft und die Bezugspersonen, die unmittelbar und rasch mit wirksamen praktischen Massnahmen die funktionale Lebensqualität von Menschen mit Einschränkungen stabilisieren können.

- Gänzlich verabschiedet wird die idealtypische, real nicht existierende und nicht operationalisierbare Gesundheit: Gesundheit wird nicht mehr als Status verstanden, sondern als ein dynamischer Prozess. Gesundheit ist weder eine Norm noch ein Ziel: Ob «gesund» oder «krank», «behindert» oder «eingeschränkt», ist es das Ziel, die funktionale Lebensqualität zu erhalten und zu stabilisieren.

Eine Reihe in der letzten Dekade diskutierter Gesundheitsdefinitionen konvergiert im funktionalen Gesundheits- und Lebensqualitätsbegriff. Entsprechend ist das funktionale Gesundheitsverständnis breit abgestützt und anschlussfähig:

- «Das Mass der Krankheit, welches mir erlaubt, ein befriedigendes Leben zu führen» (Friederich Nietzsche).
- «Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äusseren Lebensbedingungen befindet» (K. Hurrelmann 1997).
- «... the ability to adapt and self-manage in the face of social, physical, and emotional challenges» (BMJ 2011, 343).
- «Quality of Life is a dynamic state of well-being emergent from conducive interactions between individuals' potentials, life's demands, and social and environmental determinants. Throughout the life course the individual quality of life results when an individuals' biologically given potential (BGP) and his or her personally acquired potential (PAP), interacting with social and environmental determinants, satisfactorily respond to the demands of life» [7,8].

Der funktionale Gesundheitsbegriff

- ist anschlussfähig an das bio-psycho-soziale Gesundheitsverständnis;
- berücksichtigt prominent die Sinnhaftigkeit des Lebens und Überlebens;
- ist in hohem Masse kompatibel mit dem Capability-Ansatz von Sen und Nussbaum;
- ist aufgrund gut eingeführter Indikatorenreihen in all seinen Dimensionen operationalisiert und messbar (kein Idealtyp, nicht normativ und nicht tautologisch, siehe auch Abbildung 1 sowie SAGW 2016 im Literaturverzeichnis);
- ist multidimensional, integriert die subjektive und objektive Perspektive und überwindet dabei das «well-being-paradoxon» (siehe Staudinger U., 2000; Martin M., 2012);

¹ Der Capability-Ansatz gilt breit anerkannt als das Instrument, um in einer individualisierten, marktwirtschaftlichen und liberalen Ordnung den sozialen Ausschluss von eingeschränkten Menschen zu verhindern.

Dr. Markus Zürcher
 Generalsekretär
 Schweizerische Akademie
 der Geistes- und Sozial-
 wissenschaften
 Haus der Akademien
 Laupenstrasse 7
 Postfach
 CH-3001 Bern
 markus.zuercher[at]sagw.ch

- ist an bestehende und gut eingeführte Indikatoren-systeme anschlussfähig;
- zeigt praktisch wirksam «down to earth» und kostengünstig auf, wie durch Interventionen das Zusammenspiel zwischen individuellen Fähigkeiten, Eigenschaften und Ressourcen einerseits und Zielen sowie Umwelthanforderungen andererseits die funktionale Lebensqualität verbessert werden kann;
- geht vom Individuum, seinen Bedürfnissen und seiner Umwelt aus;
- unterläuft die Normalitätsillusion und deren unerwünschte Effekte (Medikalisierung);
- rückt die individuelle Zweckmässigkeit von Interventionen ins Zentrum;
- entspricht einer alternden Wohlstandsgesellschaft, die sich mit diffusen Krankheitsbildern, altersbedingten und nicht ansteckbaren Krankheiten konfrontiert sieht.

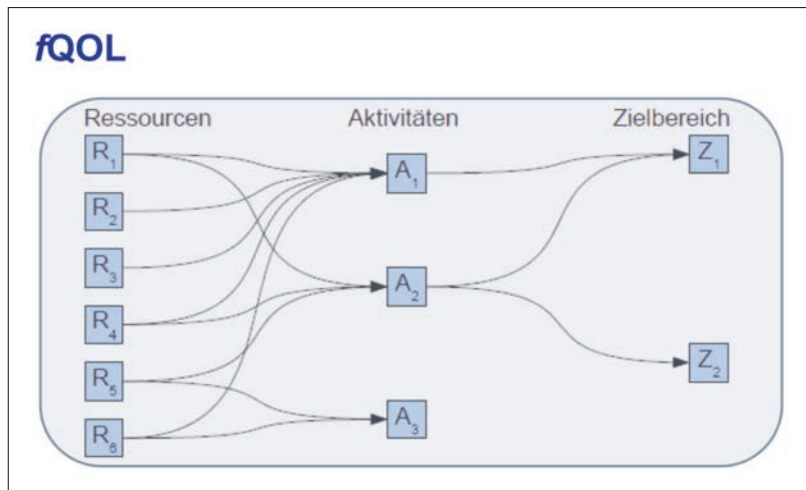


Abbildung 2: Lebensqualität aus funktionaler Sicht: subjektive Repräsentation der Fähigkeit zu ausführungzielbezogenen Aktivitäten (© Mike Martin).

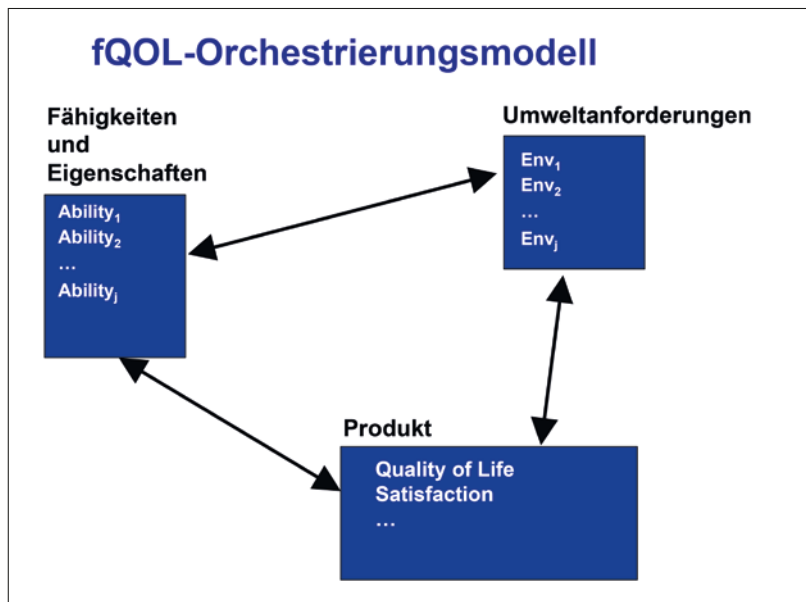


Abbildung 3: Wechselwirkungen zwischen Fähigkeiten, Umwelt und Lebensqualität (© Mike Martin).

Auf die heutigen Herausforderungen zugeschnitten bieten die «Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health» der WHO [9] und die Dekade des «healthy ageing» eine einmalige Opportunität, ein finanzierbares und den Bedürfnissen entsprechendes Gesundheitssystem zu entwickeln. Erste Schritte zur Implementierung dieses Referenzrahmens erfolgten mit der Plattform www.ageingsociety.ch [10], welcher sich über 70 Institutionen angeschlossen haben. Entscheidende Fortschritte können indes nur erwartet werden, wenn sich die Ärzteschaft für die WHO-Strategie engagieren.

Literatur

- 1 Murer Erwin (Hrsg.). Gesellschaft und Krankheit: Medikalisierung im Spannungsfeld von Recht und Medizin. Bern; 2012.
- 2 Abel Thomas. Current and Future Theoretical Foundations for NCD's and Health Promotion, in: D.V. McQueen, Global Handbook on Noncommunicable Diseases and Health Promotion. Springer Science + Business Media; 2013.
- 3 Huber Machtel, et al. How should we define health?, in: BMJ. 2011;343.
- 4 Tinetti Mary, et al. The End of Disease Era. Excerpta Media Inc. 2004.
- 5 Staudinger Ursula. Many reasons speak against it, yet many people feel good: The paradox of subjective well-being, in: Psychologische Rundschau. 2000;51:185-97.
- 6 Martin Mike, et al. The functional quality of Life-Model, in: GeroPsych. 2012;25(1):33-44.
- 7 Bircher Johannes, Hahn Eckhart G., Meikirch Model, a New Definition of Health (short version). www.meikirch-model.ch
- 8 Bircher Johannes, Die verlorene Hälfte der Medizin, Springer 2019.
- 9 WHO. Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health. 2015
- 10 www.ageingsociety.ch

Weiterführende Literatur

- BAG. NCD-Strategie (auch relevant für funktionales Gesundheitsverständnis). Bern; 2013.
- BAG. Bericht Langzeitpflege. Bern; 2016.
- SAGW. Dossier Gesund altern in der Schweiz, in: Bulletin 1/2016, Bern.
- SAGW. Berichte Lebensqualität definieren, messen und fördern. Bern; 2016 (online).