

# 1 Gesellschaftliche Aspekte

Die Häufigkeit von Erkrankungen ist u. a. abhängig von demografischen und sozioökonomischen Faktoren. Daher haben gesellschaftliche Entwicklungen erhebliche Auswirkungen auf das Gesundheitswesen.

## 1.1 Demografische Entwicklung

In Deutschland steigt die mittlere Lebenserwartung seit über 100 Jahren (mit kurzen Unterbrechungen durch die beiden Weltkriege) ständig (destatis.de1). Das mittlere Sterbealter betrug 2016 83,2 Jahre für Frauen und 78,3 Jahre für Männer (destatis.de2). Durch diesen Anstieg und durch die geringe Geburtenrate ist in den letzten Jahrzehnten das mittlere Lebensalter in Deutschland ständig gestiegen. Es lag 2015 bei Männern bei 42,8 und bei Frauen bei 45,6 Jahren (bib). Für das Gesundheitswesen ist besonders der deutlich angewachsene Anteil der Hochbetagten an der Bevölkerung von großer Bedeutung. Der Anteil der über 60-Jährigen an der Bevölkerung hat sich von 1950: 14,6 % auf 2016: 27,6 % fast verdoppelt und der der über 80-Jährigen in demselben Zeitraum von 1,0 % auf 6,0 % vervielfacht (destatis.de3).

Diese Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung haben u. a. gravierende Folgen für die Renten- und Pflegeversicherungen, denn das Verhältnis zwischen der Anzahl der Beitragszahler und der Anzahl derjenigen, die Leistungen aus diesen Kassen beanspruchen, wird immer kleiner. Da vornehmlich (sehr) alte Menschen pflegebedürftig werden, ist diese Entwicklung besonders problematisch für den Pflegebereich (► Kap. 9).

## 1.2 Sozioökonomische Entwicklung

In den letzten Jahrzehnten haben sich die Arbeitsbedingungen in Deutschland erheblich gewandelt. So hat sich der Anteil der in der Landwirtschaft und im produzierenden Gewerbe Tätigen kontinuierlich verringert (von 1991: 39,4 %

auf 2016: 28,2 %), während der Anteil der im Dienstleistungsbereich Beschäftigten entsprechend gestiegen ist (von 1991: 60,6 % auf 2016: 71,8 %) (destatis.de4), d. h. der Anteil der Menschen in Deutschland, die einer (schweren) körperlichen Arbeit nachgehen, ist in den letzten Jahrzehnten deutlich gesunken. Dagegen haben die Arbeitsplätze mit vorwiegend sitzender Tätigkeit, v. a. am Computer-Bildschirm, zugenommen.

### 1.3 Auswirkungen auf das Gesundheitswesen

Die demografische Entwicklung in Deutschland hat enorme Auswirkungen auf die Sozialsysteme (v. a. die Rentenkassen) und für das Gesundheitswesen (Kranken- und Pflegekassen). Die Zunahme der Lebenserwartung ist u. a. durch die besseren Behandlungsmöglichkeiten von einer Vielzahl von Erkrankungen bedingt. Diese Fortschritte in der Medizin haben dazu geführt, dass jetzt andere Problemfelder mehr in den Fokus der klinisch tätigen Mediziner und auch der Gesundheits- und Sozialpolitik rücken:

- alterstypische Erkrankungen (► Kap. 1.3.1)
- (neuro)psychiatrische Erkrankungen (► Kap. 1.3.2 und ► Kap. 6)
- »Lifestyle« bedingte Gesundheitsrisiken (► Kap. 1.3.3 und ► Kap. 4)

Diesen ist gemeinsam, dass sie meist chronisch verlaufen bzw. langfristig behandelt werden müssen. Dadurch werden hohe Kosten für die Sozialkassen verursacht. Chronische Erkrankungen stellen die an der Krankenversorgung Beteiligten (Ärzte, Krankenhäuser, Pflegedienste etc.) vor große Herausforderungen, denn die Versorgungsstrukturen sind entsprechend anzupassen bzw. zu entwickeln (► Kap. 9).

#### 1.3.1 Zunahme alterstypischer Erkrankungen

Die demografische Entwicklung bedeutet für die medizinische Versorgung der Bevölkerung eine große Herausforderung, denn es ist davon auszugehen, dass die geistige und körperliche Leistungsfähigkeit ab dem 65. Lebensjahr mit dem Alter abnimmt (Baltes, 1997; Fuchs et al., 2013a). So steigt die Zahl der Personen, die an körperlichen oder geistigen Erkrankungen leiden, mit zunehmender Lebenserwartung deutlich an. Eine Reihe von Erkrankungen zeigt eine deutliche Altersabhängigkeit, d. h. sie treten mit steigendem Lebensalter immer häufiger auf. Diese Erkrankungen werden als alterstypische Erkrankungen oder Alterserkrankungen (► Kap. 5 und ► Kap. 6) bezeichnet. Bei den meisten der alterstypischen Erkrankungen ist eine Heilung oder wesentliche Besserung der Symptomatik nach dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft nicht

mehr möglich, so dass sie chronisch verlaufen. Aufgrund der Chronizität kommt es in sehr vielen Fällen dazu, dass die Betroffenen nicht nur an einer, sondern mehreren Erkrankungen gleichzeitig leiden. Dieser Zustand wird meist mit dem Begriff Multimorbidität bezeichnet, obwohl eine allgemein akzeptierte Definition fehlt (► Kap. 3).

### 1.3.2 Neuropsychiatrische Erkrankungen

Viele neuropsychiatrische Erkrankungen weisen eine gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhte Mortalität (Sterblichkeit) auf. So ist bei psychiatrischen Erkrankungen wie Depression, Schizophrenie oder Sucht die Lebenszeit um mehr als 15 Jahre verkürzt (Nordentoft et al., 2013). Hierzu tragen verschiedene Faktoren bei: früher Beginn der Erkrankung (75 % vor dem 25. Lebensjahr (Kessler et al., 2005a)), eine deutlich erhöhte Suizidrate (Nordentoft et al., 2013) und das häufige Auftreten von körperlichen Erkrankungen (de Hert et al., 2011; Lawrence et al., 2013). Dies zeigt die erheblichen Auswirkungen, wenn bei einem Menschen gleichzeitig eine psychiatrische und eine körperliche Erkrankung bestehen. Psychische Störungen führen häufig zu körperlichen Erkrankungen (► Kap. 5 und ► Kap. 6).

Epidemiologische Betrachtungen wie die Global burden of disease study ([www.healthdata.org/germany](http://www.healthdata.org/germany)) zeigen, dass 2016 drei neuropsychiatrische Erkrankungen, nämlich zerebrovaskuläre, depressive und Angst-Erkrankungen zu den zehn Krankheiten zählen, die in Deutschland auf die Lebenszeit hochgerechnet zu den längsten Beeinträchtigungen des normalen, beschwerdefreien Lebens (disability-adjusted life years (DALYs)) führen. In der Altersgruppe zwischen 18 und 45 Jahren haben psychiatrische Erkrankungen von allen Krankheitsgruppen die höchsten DALYs (Krankheitslast) (GBD 2016 Disease, 2017). Sie führen bei den unter 60-Jährigen auch am häufigsten zu einer Multimorbidität (Bobo et al., 2016).

Psychische Erkrankungen sind auch die häufigste Ursache für krankheitsbedingte Frühberentungen, so stieg zwischen 1993 und 2016 der Anteil von Frühberentungen aufgrund von psychischen Störungen an allen vorzeitigen krankheitsbedingten Berentungen in Deutschland von 15,4 auf 42,7 % und der von Nervenerkrankungen oder Erkrankungen der Sinnorgane von 5,7 auf 6,5 %. D.h. fast 50 % der Erkrankungen, die 2016 in Deutschland Grund für eine Frühberentung waren, waren neuropsychiatrische (DRV, 2017). Aber nicht nur die Erwerbsfähigkeit, sondern die Lebensqualität der Betroffenen wird in den meisten Fällen dauerhaft eingeschränkt (► Kap. 8.2.1).

### 1.3.3 Lifestyle bedingte Gesundheitsrisiken

In epidemiologischen Studien, z. B. der Global burden of disease study der WHO (<http://www.healthdata.org/germany>), zeigte sich, dass unter den Hauptrisikofaktoren für Erkrankungen, die langfristig die Lebensqualität einschränken und/

oder zum Tode führen, v. a. solche Faktoren waren, die durch die Art der Lebensführung (»Lifestyle«) stark beeinflusst werden, wie u. a. Ernährung und Übergewicht, hohe Blutzucker- und Cholesterinwerte, Rauchen und Alkoholkonsum. Einige dieser Faktoren sind durch das Verhalten des Betroffenen bestimmt und streng genommen Suchterkrankungen (► Kap. 6.11). Sie tragen in erheblichem Maße mit dazu bei, dass viele Menschen an einer Multimorbidität leiden.

## 2 Definition von Krankheit

Die Frage, was unter Krankheit zu verstehen ist, ist nicht einfach zu beantworten. Denn das, was als krank bezeichnet, ist abhängig von dem zugrunde gelegten Konzept von Gesundheit bzw. Krankheit. In der Menschheitsgeschichte sind verschiedene Konzepte von Krankheit entwickelt worden (Hess & Herrn, 2015). Die Weltgesundheitsbehörde hat keine Definition für Krankheit, sondern nur eine für Gesundheit (WHO, 1946). Danach ist Gesundheit »ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.« (»Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity.«)

Ein Definitionsversuch von juristischer Seite (BGH, 21.3.1958 – 2 Str 393/57): »Krankheit ist jede auch nur geringfügige oder auch nur vorübergehende Störung der normalen Beschaffenheit oder Tätigkeit des Körpers, die beseitigt oder gelindert werden sollte.«

Nach einer Definition des Gemeinsamen Bundesausschusses ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) zu dem § 62 Abs.1 SGB V ist eine Krankheit ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der Behandlungsbedürftigkeit zur Folge hat.

In diesen Definitionen werden drei Aspekte herausgestellt, auf die noch näher einzugehen ist:

- Strukturelle Veränderungen der Beschaffenheit des Körpers
- Funktionseinschränkungen körperlicher Tätigkeiten
- Behandlungsbedürftigkeit

Die beiden ersten Aspekte liegen auch dem Konzept der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO, 2005; deutsch: [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de))) zugrunde, wobei auch die mentalen Funktionseinschränkungen explizit erwähnt werden. In diesem Buch wird in vielen Punkten auf das ICF-Konzept Bezug genommen (► Kap. 2.4).

Grundsätzlich sind bei der Betrachtung des »krank«-seins verschiedene Sichtenweisen zu unterscheiden (im Englischen gibt es dafür unterschiedliche Begriffe (Heinz, 2015)):

- die des Betroffenen (engl. illness)
- die des Arztes bzw. der medizinischen Wissenschaft (engl. disease)
- die der Gesellschaft (engl. sickness)

Je nach Betrachtungsweise (Individuum, Gesellschaft, Kranken-/Sozialkassen etc.) können verschiedene Formen von Krankheit unterschieden werden. Auf die entsprechenden Aspekte von Multimorbidität wird in späteren Kapiteln eingegangen (► Kap. 3.2, ► Kap. 7–9).

Schwierig ist insbesondere eine Festlegung des Schweregrades der subjektiven Beschwerden oder einer Funktionseinschränkung, ab dem ein Krankheitswert besteht bzw. ab dem von einer Krankheit gesprochen werden kann. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach der Norm bzw. dem Normalzustand. Dieser ist interpersonell allenfalls statistisch zu bestimmen. Er unterliegt aber auch intrapersonellen Schwankungen. Die Norm, an der die Begriffe Krankheit und Gesundheit zu messen sind, kann eine gewisse Schwankungsbreite aufweisen. »Norm« kann nur Durchschnitt innerhalb einer gewissen Variationsbreite bedeuten (BGH, 21.3.1958 – 2 Str 393/57 und BVerwG, 16.02.1971 – BVerwG I C 25.66). Eine Norm ist aber gerade bei älteren Menschen schwer zu definieren und daher umstritten. Die Frage nach der Norm stellt sich auch für die verschiedenen Betrachtungsweisen von Krankheit.

### 2.1 Sicht des Betroffenen

Aus Sicht des Betroffenen kann der Zustand des Fehlens von Gesundheit (entsprechend der WHO-Definition als vollkommenes körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden) schon Krankheit bedeuten. Bei dieser Sichtweise wäre wahrscheinlich eine sehr hohe Zahl an Menschen krank. In der deutschen Sprache gibt es den Begriff Unwohlsein. Dieser bezeichnet einen Zustand, in dem der Betreffende sich noch nicht richtig krank fühlt. Hier wird deutlich, dass gesund und krank nur die Extreme zwischen vollkommenem Wohlbefinden einerseits und schwerer bis kompletter Einschränkung der körperlichen und geistigen Funktionen andererseits darstellen. Es ergibt sich also die Frage, ob und ggf. wie der Schweregrad der Beeinträchtigungen bestimmt werden kann.

Die häufigsten Störungen des Wohlbefindens sind Schmerzen, v. a. Rücken- und Kopfschmerzen sowie Schlafstörungen. Diese sind auch häufig Anlass, einen Arzt aufzusuchen. Die Bestimmung des Schweregrades von Schmerzen bzw. der Schlafqualität gestaltet sich sehr schwierig. Häufig werden hierzu sogenannte visuelle Analogskalen verwendet. Auf diesen kann der Betroffene z. B. den Ausprägungsgrad seiner Schmerzen angeben. Hierbei handelt es sich aber um ein rein subjektives Maß. Zur Verdeutlichung der Problematik: Zahnärzte kennen sowohl Patienten, die wegen der damit verbundenen Schmerzen eine Zahnextraktion gern in Vollnarkose vornehmen lassen möchten als auch einige wenige, die jede Art von Betäubung ablehnen. Dies zeigt, dass die Schmerzwahrnehmung und der Umgang mit Schmerzen, also die Schmerzverarbeitung, extrem unterschiedlich sein können. Diese Betrachtungen zeigen, dass es unmöglich ist, eine allgemein gültige Norm für Schmerzen festzulegen.

Weiter ist zu berücksichtigen, dass akute Schmerzen (z. B. bei Verletzungen) anders wahrgenommen und vor allem anders verarbeitet werden als chronische, bei denen es sehr häufig zu einer psychischen Reaktion (Dysphorie, Depression etc.) kommt (► Kap. 8.2). Diese Unterschiede lassen sich auch dann noch nachweisen, wenn die angegebenen Schweregrade der Schmerzen vergleichbar sind. Dies zeigt, dass vielfältige Einflüsse (Dauer, Situation etc.) eine große Rolle bei der subjektiven Schmerzwahrnehmung und v. a. bei der kognitiven Verarbeitung der Schmerzen spielen. Letztendlich ist aber die Schmerzverarbeitung entscheidend dafür, welchen Stellenwert die Schmerzen für den Betroffenen haben, d. h. wie groß die durch die verursachte Abweichung vom vollkommenen Wohlbefinden ist.

Diese Beispiele zeigen, dass das Zusammenspiel mehrerer Funktionen, insbesondere

- der Wahrnehmung der Veränderung sowie
- deren kognitive und psychische Verarbeitung

erst das subjektive Ausmaß der Beeinträchtigung des Wohlbefindens ergibt (► Kap. 8). Daher sind diese Funktionen mit in die Betrachtung von strukturellen Veränderungen des Körpers und Funktionseinschränkungen einzubeziehen. Diese Aspekte kommen auch in der WHO-Definition von Lebensqualität zum Ausdruck (WHO, 1997): »Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen.« Lebensqualität ist nach dieser Definition ein anderer Aspekt von Wohlbefinden. Auch hierfür sind die Normen subjektiv und intraindividuell nicht konstant.

Aus der Sicht des Patienten ist neben dem Ausprägungsgrad der strukturellen Veränderungen des Körpers und dem Schweregrad der Funktionseinschränkungen auch die verbleibende Lebensqualität von Bedeutung für den Grad der Abweichung vom subjektiven Wohlbefinden. Die erheblichen interindividuellen Unterschiede hinsichtlich der Wahrnehmung des Schweregrades der Abweichung vom Wohlbefinden bzw. des Gefühls, krank zu sein, zeigen sich auch in der Inanspruchnahme von Heilmaßnahmen (Arztkonsultationen etc.) und in der Mitwirkung bei Heilmaßnahmen (z. B. regelmäßige Medikamenteneinnahme oder Kontrolluntersuchungen). Das Inanspruchnahmeverhalten weist große Unterschiede auf: von Ablehnung von medizinischen Maßnahmen trotz schwerer Erkrankung (► Kap. 9) bis zum fast täglichen Doctor shopping oder Selbstmedikation (► Kap. 7.6). Ziel medizinischer Maßnahmen muss es aus Sicht des Patienten sein, den Zustand des »Krankseins« möglichst schnell zu beenden. Dies ist aber bei einer Multimorbidität allenfalls eingeschränkt möglich.

## 2.2 Sicht des Arztes/der medizinischen Wissenschaft

Aus Sicht des Arztes, der von seinem Berufsethos her die Aufgabe hat, den Menschen bei Erkrankungen zu helfen, haben Kopfschmerzen allein nicht unbedingt Krankheitswert. Sie sind eher ein Anzeichen (= Symptom) für eine Normabweichung, deren Ursache (= Ätiologie) es zu klären gilt, z. B. familiärer oder beruflicher Stress, Migräne, Meningitis, Subarachnoidalblutung oder Hirntumor. Der Arzt hat demnach die Aufgabe, von dem Patienten genauere Angaben zu den Beschwerden (wie z. B. Zeitpunkt des Auftretens, Lokalisation, Intensität wechselnd oder dauerhaft, weitere Symptome wie Sehstörungen, Schwindel, Brechreiz etc.) zu erfragen. Wenn dann die erfragten Symptome über »Kopfschmerzen« deutlich hinausgehen, kann der Arzt zu dem Ergebnis kommen, dass eine Krankheit vorliegt. Ein wichtiger Aspekt dabei ist, ob durch die vorliegenden Symptome Funktionseinschränkungen bedingt sind.

Die Überprüfung der Frage, ob sich die vom Patienten geäußerte Störung des Wohlbefindens (Beschwerden) definierten Funktionsstörungen zuordnen lassen, ist eine originäre Aufgabe des Arztes, denn nur durch eine adäquate Diagnostik können die Behandlungsmöglichkeiten geklärt werden. Dabei ist es das Ziel, die Symptome einem bekannten Krankheitsbild zuordnen zu können. In der Arzt-Patienten-Beziehung ist die medizinische Behandlung (einschließlich Psychotherapie) der vom Patienten angegebenen Beschwerden von zentraler Bedeutung.

Um Kranken helfen zu können, waren und sind wissenschaftliche Untersuchungen über die Ursachen und die bestmögliche Behandlung von Erkrankungen erforderlich. Die wissenschaftliche Betrachtung von Erkrankungen ist heutzutage vornehmlich eine Aufgabe von speziellen Forschungsinstituten, z. B. an Universitätskliniken. Da diese aber meist hochspezialisiert sind für eine Erkrankung bzw. für ein Körperorgan, rückt die Multimorbidität erst langsam in den Fokus der medizinischen Wissenschaft (Catalá-Loéz et al., 2018; Xu X et al., 2017).

Die Frage, ob die Kopfschmerzen Krankheitswert haben, ist auch für den Arzt durchaus von Bedeutung, weil der Patient möglicherweise von ihm »krank geschrieben« werden möchte. Hier fungiert der Arzt als Bindeglied zwischen Patient und Gesellschaft (in Form der gesetzlichen Krankenkassen). Hierzu ist es in der Regel erforderlich, dass der Arzt die Symptomatik einem definierten Krankheitsbild zuordnen kann. Dabei kann er sich z. B. auf die auf internationaler Ebene vereinbarten Klassifikationen und Leitlinien wie ICD-10 (WHO, 1991) beziehen. Diese Klassifikationen beruhen auf bestimmten Konzepten, die in Konsensus-Konferenzen von internationalen Experten erarbeitet wurden. Die zugrunde liegenden Konzepte sind – wie beim Vergleich der ICD-10 zu der geplanten ICD-11 sichtbar wird – Wandlungen unterworfen.

## 2.3 Sicht der Gesellschaft (Allgemeinheit)

Für die Allgemeinheit sind vor allem die übertragbaren Erkrankungen von Bedeutung (z. B. Pest, Cholera, Ebola, Masern, Tuberkulose etc.), weil durch sie eine große Zahl von Bürgern erkranken kann. Für den Umgang und die Behandlung von Betroffenen hat der Gesetzgeber in Deutschland spezielle Gesetze erlassen bzw. bestimmte Vorkehrungen getroffen, die bis hin zu Einschränkungen von Grundrechten gehen. Der hierbei vorherrschende Gedanke ist es, eine weitere Ausbreitung der Erkrankung nach Möglichkeit zu verhindern, z. B. Quarantäne oder bestimmte Hygienemaßnahmen. Die übertragbaren Erkrankungen spielen in Deutschland zurzeit eine eher geringere Rolle (GBD 2016 Disease, 2017). Aber die potentielle Gefahr von Epidemien, d. h. einer schnellen Ausbreitung übertragbarer schwerer Erkrankungen besteht weiter (Stichwort: Vogelgrippe).

Da die meisten übertragbaren Erkrankungen einen foudroyanten Verlauf zeigen und in vielen Fällen schnell zum Tode führen bzw. weitgehend ausheilen, sind sie bei der Betrachtung der Multimorbidität von nur geringer Bedeutung. Eine Ausnahme stellt die chronisch verlaufende Tuberkulose dar. Erkrankungen wie HIV, Lues etc. sind nur bei einem Intimkontakt übertragbar. Hierfür bestehen andere Vorschriften von Seiten der Gesellschaft bzw. des Gesetzgebers.

Der wesentliche gesellschaftliche Aspekt von Krankheit ist in Deutschland die durch die Erkrankung bedingte Funktionseinschränkung, die u. a. zu einer Arbeitsunfähigkeit des Betroffenen und damit zu Kosten für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (z. B. für Arzt, Medikamente, Krankengeld, Rehabilitation etc.) führt. In Fällen, in denen dies nicht möglich ist, wird eine vorzeitige Berentung notwendig. Auch diese ist mit erhöhten Kosten für die Gesellschaft verbunden. Bei den älteren Menschen entstehen sehr häufig neben den Kosten für die medizinische Versorgung der Erkrankung(en) (Arzt, Medikamente, Krankenhaus) weitere für pflegerische Hilfsmaßnahmen (ambulant oder in Pflegeheimen). Dies betrifft in besonderem Maße multimorbide Menschen.

Diese kurzen Betrachtungen machen deutlich, dass in einem Land wie Deutschland, in dem die Bürger Anspruch auf staatliche Fürsorge haben, zahlreiche Kosten bei den vom Staat hierfür geschaffenen Institutionen (wie gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung) durch Krankheit entstehen. Die Ausgaben betragen 2016 für die:

- gesetzlichen Krankenkassen: 207 Milliarden Euro
- gesetzlichen Pflegekassen 29 Milliarden Euro

Hinzu kommen noch die Zahlungen der privaten Kassen in Höhe von 31 Milliarden Euro.

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland beliefen sich im Jahr 2016 insgesamt auf 356,5 Milliarden Euro oder 4.330 Euro je Einwohner. Dies entspricht einem Anteil von 11,3 % des Bruttoinlandproduktes. Die Gesundheitsausgaben nahmen in den letzten Jahren stärker zu als das Bruttoinlandsprodukt (destatis.de5). Hierzu trägt die hohe Anzahl an Multimorbiden bei.

Ein weiterer gesellschaftlicher Aspekt von Krankheit ist der, dass durch neuropsychiatrische Erkrankungen häufig die Betroffenen nicht mehr in der Lage sind, am gesellschaftlichen Leben adäquat teilzunehmen und Unterstützung in rechtlichen und gesellschaftlichen Belangen benötigen. Hierfür hat der Gesetzgeber in Deutschland das Betreuungsrecht eingeführt (Wetterling, 2018). In Deutschland betrug 2015 die Zahl der Betreuten etwa 1,276 Millionen (entspricht etwa 1,6 % der Gesamtbevölkerung) (Deinert, 2016). Hinzu kommen aber noch etliche Personen, die aufgrund einer Vorsorgevollmacht einen Bevollmächtigten haben.

Bei Verhaltensweisen, durch die andere Mitglieder der Gesellschaft gefährdet sind, können psychisch Kranke auch zwangsweise in psychiatrischen Kliniken untergebracht werden (Wetterling, 2018).

Zu den staatlichen Aufgaben zählt auch die Prävention von Erkrankungen. Hier sind vor allem Impfungen für übertragbare Erkrankungen zu nennen. Eine wichtige Voraussetzung für die Planung von gesundheitspolitischen Maßnahmen sind verlässliche Zahlen über die Häufigkeit von Erkrankungen in der Bevölkerung und insbesondere Änderungen der Häufigkeit. Hierzu erfolgt eine von Land zu Land unterschiedlich umfassende Datenerhebung, bisher in der Regel auf der Basis der ICD-10 (WHO, 1991). Die in diesem Buch erwähnten epidemiologischen Daten basieren daher meist auf der ICD-10 bzw. der DSM-IV (APA, 1994).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass von Seiten der Allgemeinheit bei der Betrachtung von Krankheiten folgende Gesichtspunkte im Vordergrund stehen: Sicherheit der nicht von der Krankheit Betroffenen vor Erkrankungen und Fürsorgemaßnahmen für die Kranken, die nur durch einen gesellschaftlichen Konsens und darauf basierender (gesetzlicher) Regelungen zu bewerkstelligen sind.

## 2.4 ICF-Konzept der WHO

Die WHO hat neben der Anleitung zur Klassifizierung von Krankheiten (ICD-10), die v. a. der vergleichenden und statistischen Erfassung von Erkrankungen bzw. Todesursachen in verschiedenen Ländern dienen soll, mit der 2001 veröffentlichten ICF-Klassifikation ein Konzept vorgestellt, in dem neben den Organschädigungen v. a. die Funktionsstörungen betrachtet werden. Es geht besonders auf Aspekte wie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe am sozialen Leben) sowie Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren ein.

Der Begriff der Funktionsfähigkeit eines Menschen umfasst nach der ICF alle Aspekte der funktionalen Gesundheit. Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren:

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte