

1 Einführung

Allergische Reaktionen wird es wohl seit der Frühzeit menschlichen Lebens gegeben haben. Schon von Tiberius Claudius Caesar Germanicus (*Britannicus*, 41–55 n. Chr.), dem Sohn des römischen Kaisers Claudius, wird berichtet, dass er regelmäßig mit Ausschlag und Hautrötungen vom Reitunterricht nach Hause kam. Er hatte offenbar eine „Pferdeallergie“. Zu dieser Zeit war vermutlich noch nicht absehbar, dass in der Neuzeit Millionen von Menschen ein gleiches Schicksal erleiden würden.

Laut einer Studie des Robert-Koch-Instituts lassen sich bei nahezu jedem zweiten Kind in Deutschland bereits Antikörper gegen mehr als 20 verschiedene Substanzen im Blut nachweisen. Ob sich im Verlauf des weiteren Lebens tatsächlich eine „Allergie“ ausbildet, lässt sich nur vermuten und nicht vorhersagen. Das Allergierisiko der bereits sensibilisierten Kinder und Jugendlichen ist heute jedoch deutlich erhöht im Vergleich zu früheren Erhebungen [160].

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird „Allergie“ als eine Krankheit verstanden. Der Begriff „Allergie“ bezeichnet laut Pschyrembel lediglich eine „angeborene oder erworbene spezifische Änderung der Reaktionsfähigkeit des Immunsystems gegenüber körperfremden, eigentlich unschädlichen Substanzen, die als Antigen erkannt werden“. Es ist daher sinnvoll, nicht von einer Krankheitsentität „Allergie“, sondern von einer „allergischen Reaktion“ zu sprechen, die prinzipiell als eine entzündliche Heilungsreaktion zu verstehen ist. Ob es sich tatsächlich um eine angeborene Änderung der Reaktionsbereitschaft handelt oder ob eher epigenetische Einflüsse wirksam werden, muss kritisch hinterfragt werden.

Bereits hier stellt sich schon die grundlegende Frage: Was könnte dieser Änderung der Reaktionsfähigkeit letztendlich zugrunde liegen? Für gewöhnlich werden eine genetische Disposition sowie Umweltfaktoren und Allergene für die Entstehung einer Allergie verantwortlich gemacht. In der konventionellen Therapie reduzieren Kortikoiide und Antihistaminika zwar die Beschwerdesymptomatik, beseitigen aber in keinem Fall die Ursachen einer allergischen Reaktion. Bei Klein-

kindern sind diese Therapiestrategien zudem kritisch zu bewerten, da die Entwicklung des Immunsystems in diesem Alter in der Regel noch nicht abgeschlossen ist. Bei seiner Entwicklung können sich diese Arzneimittelgruppen störend auswirken. Muss in dieser Altersgruppe dennoch über einen längeren Zeitraum eine immunsupprimierende Behandlung durchgeführt werden, sind unter anderem auch negative Auswirkungen auf den Stoffwechsel der Kinder zu erwarten.

Insgesamt kann die Therapie der allergischen Reaktion also derzeit kaum als kausal, nachhaltig wirksam und befriedigend betrachtet werden. Die Ursachen werden dabei in keiner Weise berücksichtigt. Dadurch bleibt der Körper weiterhin in der bestehenden Abwehrsituation, die in eine überschießende, chronifizierte Entzündung mündet.

Ganz grundsätzlich soll also in diesem Buch der Frage nachgegangen werden, ob die allergische Reaktion eine Erkrankung darstellt oder eigentlich ursprünglich eher als sinnvolle, ja notwendige Körperreaktion zur Abwehr einer weit größeren Schädigung des Organismus gemeint ist. Darüber hinaus reagieren viele Menschen entzündlich-allergisch, andere wiederum nicht, obwohl ähnliche pathophysiologische Phänomene bestehen. Es ist also sinnvoll, die Begriffe „Krankheit“, „Gesundheit“ und „Resilienz“ unter systemischen Gesichtspunkten zu betrachten und zu erörtern.

Eine allergische Reaktion entwickelt sich klinisch in den überwiegenden Fällen im frühen Kindesalter. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Gründe einer allergischen Reaktionsbereitschaft daher oftmals bereits in der Schwangerschaft zu suchen sind. Wir wissen inzwischen, dass auch die Art der Geburt, das Stillen, die (zu) frühe Ernährung mit konventioneller Kost, Impfungen oder die Art und Weise der Behandlung früher Infekte einen viel größeren Einfluss auf die Entwicklung einer chronischen Entzündung haben als allgemein angenommen. Es lohnt sich auch, darüber nachzudenken, inwieweit sich eine schnelle Fiebersenkung oder antibiotische Behandlung eines Infektes störend auf die normale Entwick-

lung des kindlichen Immunsystems auswirkt. Ebenso wird sie von bestimmten Lebensmitteln beeinflusst. In den Industrienationen sind dies in erster Linie Substanzen, die in Kuhmilch oder glutenhaltigen Getreidesorten enthalten sind. Sie haben verschiedene proinflammatorische Signalwirkungen.

Besonders wichtig ist jedoch der Blick auf den eigentlichen Ort des Geschehens. Eine allergische Reaktion spielt sich ja im Regelfall an der Schleimhaut ab. Es sollte daher besser vom „Schleimhautorgan“ gesprochen werden, denn es eröffnet neue Perspektiven, wenn an diesem Punkt umgedacht wird: Nicht die einzelnen Schleimhautabschnitte stehen isoliert im Mittelpunkt der allergischen Reaktion, sondern das „Schleimhautorgan“ in seiner Gesamtheit.

Den interzellulären desmosomalen Haftkomplexen der Schleimhautzellen (oft synonym als *Tight Junctions* bezeichnet) kommt hier eine Schlüsselrolle bei sämtlichen schleimhautassoziierten Krankheitsbildern zu. Die Lösung der letztendlich entscheidenden Frage nach einer kausalen Therapie liegt in der Bedeutung der uns Menschen innewohnenden Mikrobiota. Sämtliche Körperoberflächen sind mikrobiell besiedelt, in besonderem Maß jedoch das „Schleimhautorgan“. Dabei handelt es sich überwiegend um Bakterien sehr unterschiedlicher Spezies, ohne die wesentliche Körperfunktionen und -regulationsformen nicht stattfinden können. Wir wissen inzwischen, dass eine physiologische humane Mikrobiota das Allergierisiko mindert. Die Verdauung, der Schleimhautschutz, die Entwicklung und das Training des Mukosa-Immunsystems hängen eng mit ihr zusammen. Die Frage lautet daher: Ist es denkbar, eine bereits klinisch relevante allergische Reaktion mit einer Änderung unserer Ernährung, unserer Lebensumstände und mit mikrobiellen Präparaten erfolgreich zu behandeln?

Der Begriff „Mikrobiom“ schlägt derzeit große Wellen in der Fach- wie in der Laienpresse. Oftmals werden die Begriffe „Mikrobiom“ und „Mikrobiota“ synonym gebraucht. Grundsätzlich sollte hier jedoch unterschieden werden, denn bei der Mikrobiota handelt es sich um die Summe der Kleinstlebewesen, deren Zusammenleben mit einem Wirtsorganismus (z. B. Mensch) bestimmten milieugesteuerten Regeln folgt. Die Mikrobiota

bestimmt die Eigenschaften des „Milieus“. Hier darf nicht nur an bestimmte physikalische und chemische Parameter an unseren Körperoberflächen gedacht werden, die den Grenzraum zur Umwelt darstellen. Die milieuassoziierten, ernährungsbedingten Stoffwechselprodukte, Antigenstrukturen und Botenstoffe der Mikrobiota – und nicht letztendlich allein ihre Präsenz und Kommunikation als verschiedenste lebende Organismen sind vielmehr bestimmende biologische Größen für die Regulation des gesamten Organismus.

Demgegenüber steht der Begriff „Mikrobiom“. Er bezeichnet die große Summe der gesamten genetischen Informationen der kommensalen (physiologischen) Mikrobiota eines Organismus. Diese übersteigt die Summe der Informationen des menschlichen Genoms um mindestens das 360-Fache!

Die sich dahinter verbergenden Prinzipien und Gesetzmäßigkeiten führen zu einem seit über 60 Jahren bekannten Therapieprinzip: der Mikrobiologischen Therapie. Sie hat sich besonders bei der Behandlung und Prävention allergischer Reaktionen bewährt. Die Ergebnisse aus Forschung und Wissenschaft lassen nun die begründete Hoffnung zu, dass diese regulativen Einflüsse auch viele weitere Krankheitsbilder positiv beeinflussen oder verhindern können. Mittels schleimhautassoziiierter Diagnostik können wichtige Details zur momentanen Situation von Schleimhautorgan, Immunsystem, Mikrobiota und Milieu gewonnen werden, die die Grundlage für ein individuelles Therapiekonzept darstellen. Ausgewählte Kasuistiken zeigen, wie dieses Verfahren angewendet wird und wie hoch das Potenzial ist, den Körper schließlich in einen Heilungsprozess zu führen.

Die „beste“ Krankheit jedoch ist diejenige, die erst gar nicht entsteht! Deshalb finden sich in Kap. 15 Empfehlungen, wie im Falle konkreter Hinweise z. B. auf eine allergische Reaktionsbereitschaft des Kindes oder eine drohende Chronifizierung entzündlicher Reaktionen präventiv reagiert werden kann.

1.1

Allergische Reaktionen und atopische Krankheitsbilder neu verstehen

Die bunte Vielfalt an Erscheinungsbildern allergischer oder chronisch entzündlicher Reaktionen führt die Patienten zu Kollegen jeden Fachbereichs. Typische Symptome wie Fließschnupfen, juckende Bindehaut, obstruktive Atembeschwerden oder Hautausschläge sind am häufigsten vertreten – und leiten schnell zur richtigen Diagnose. Schwierig wird es, wenn es beispielsweise um Beschwerden wie unspezifische Magen-Darm-Probleme, chronische Müdigkeit oder Kopfschmerzen geht. Die Vermutung einer hier zugrunde liegenden allergischen Reaktion (bzw. eines chronisch-entzündlichen Prozesses) steht oft erst am Ende einer langen Reihe diagnostischer Maßnahmen. Und selbst wenn eine allergische Reaktion vermutet wird, lässt sich diese bei unauffälligen Laborwerten üblicher klassischer Marker wie Immunglobulin E, Histamin oder eosinophiler Granulozyten im Blut oftmals nicht beweisen.

Legt man der allergischen Reaktion jedoch ein erweitertes Verständnis zugrunde, eröffnen sich sinnvollere diagnostische Strategien: Der weitaus größte Teil der allergischen Reaktion findet am Schleimhautorgan statt, also direkt an der inneren Grenzfläche zur Außenwelt. Was wäre demnach logischer, als in schleimhautassoziierten Untersuchungen (z. B. aus den Faeces) nach Anzeichen für genau dort stattfindende entzündliche Prozesse zu fahnden? Im Gegensatz zur Serologie lassen erhöhte schleimhautassoziierte Entzündungsparameter frühzeitig und zuverlässig auf das Vorliegen und auch den Schweregrad einer entzündlichen Schleimhautreaktion schließen. In diesem Zusammenhang muss auch die immense regulatorische Bedeutung unserer physiologischen Mikrobiota in den diagnostischen Fokus gerückt werden. Auffälligkeiten im Biofilm (Muzin und Mikroorganismen) können bereits auf eine erhöhte Vulnerabilität und Entzündungsbereitschaft der Schleimhaut oder aber unzureichende immunmodulierende Reize für das Immunsystem hinweisen.

Selbst wenn die Symptome eindeutig auf ein entzündliches Geschehen an der Schleimhaut hinweisen, sind immer noch weitere differenzialdiagnostische Überlegungen anzustellen: Neben der allergischen Reaktion liegen den gleichen Symptomen oft Pseudoallergien, Intoleranzen oder Lebensmittelunverträglichkeiten zugrunde, die auf völlig verschiedenen Pathomechanismen beruhen. Diese Begriffe werden fälschlicherweise sogar oft synonym verwendet – diagnostische oder sprachliche Unschärfen, die kausale Therapieansätze erschweren.

1.2

Einteilung der allergischen Reaktionsformen

Hinter dem Begriff „Allergie“ verbergen sich nach von Pirquet vier Subtypen, die sich sowohl klinisch als auch immunologisch unterscheiden lassen.

Die Typ-I-Allergie mit ihrer Sofortreaktion auf Stoffe, die der Körper als bedrohlich erkennt, wird im klinischen Alltag am häufigsten diagnostiziert. Typisch sind hier erhöhte Immunglobulin-E-Titer (IgE), die in der konventionellen Medizin als pathognomonisch gelten. Vielen Krankheitsbildern liegt jedoch eine Typ-III-Allergie vom verzögerten Typ zugrunde. Diese Allergieform beruht auf der Bildung von Antigen-Antikörper-Komplexen bei Anwesenheit von Immunglobulinen der Klasse G I–III. Diese Immunglobuline werden als Antwort auf eine gestörte Schleimhautintegrität und anschließendes ungefiltertes Eindringen von Fremdproteinen in die Lamina propria gebildet. Die Immunkomplexbildung bei Antigenkontakt löst in der Schleimhaut entzündliche Folgeaktionen aus. Antigen-Antikörper-Immunkomplexe können dann via Blut- und Lymphsystem in den ganzen Körper gelangen und auch dort zu verschiedenen Entzündungsreaktionen führen.

Die beiden verbleibenden Formen, Typ-II-Allergie und Typ-IV-Allergie, treten deutlich seltener auf und haben in der Transplantationsmedizin und bei Unverträglichkeiten von Medikamenten und Metallen Bedeutung. Die Pathomechanismen sind hier nicht unbedingt antikörper-, sondern zytokinvermittelt. Sie werden ausgelöst durch be-

stimmte zelluläre Komponenten des Immunsystems. Diese Allergietypen sollen jedoch nicht Inhalt dieses Buches sein.

Diese Betrachtungen verdeutlichen, dass die ursprüngliche Bedeutung einer allergischen Reaktion die Initiierung einer Entzündung zum Schutze des Körpers darstellt: Es sind prinzipiell sinnvolle Formen einer gezielten Abwehr, die vor allem gegen Mikroorganismen, bakterielle Endotoxine oder andere Fremddantigene gerichtet sind. Der Ablauf dieser Entzündungsreaktionen ist normalerweise sehr differenziert reguliert und endet, sobald das auslösende Agens abgewehrt, unschädlich gemacht und wieder ausgeschieden ist.

Eine stetig wachsende Anzahl von Menschen verharret jedoch in dieser Entzündungssituation. Der normale Verlauf scheint hier unterbrochen und nicht zu seinem Ende zu finden. Man kann von einer „Entzündungsstarre“ sprechen. Damit erfüllt sich die Definition des Allergiebegriffes (griech. *αλλεργία*, die Fremdreaktion, der andere Mensch). Dieser eher deskriptive, 1906 von Pirquet geprägte Begriff entstand in einer Zeit, als die komplexen Regulationsvorgänge im Menschen noch wenig erforscht waren und bildhaften Erklärungsversuchen folgten. Clemens von Pirquet erkannte damals als Erster, dass Antikörper nicht nur schützende Immunantworten vermitteln, sondern auch Ursache von Überempfindlichkeitsreaktionen sein können. Das Konzept der „Allergie“, das sich hinter diesem Begriff verbirgt, war das Resultat von Forschungen im Bereich von Schutzimpfung und Serumkrankheit. Von Pirquet waren bei wiederholter Impfung schneller auftretende und stärkere Reaktionen an der Injektionsstelle aufgefallen. Für diese „hypererge Frühreaktion“ prägte von Pirquet den Begriff **Allergie** aus griech. *allos* (= anders) und *ergein* (= reagieren).

Von Pirquets Beobachtungen beinhaltet bereits die grundsätzliche Problematik, die für die Veränderung der physiologischen Reaktionsform verantwortlich ist. Eine Injektion hebt die Unversehrtheit der äußeren Körpergrenzfläche (an der Injektionsstelle) auf. Die Integrität des Körpers ist damit verletzt – Mikroorganismen oder mikrobielle Antigene können so unter Umgehung der normalen Abwehrmechanismen von Haut und Schleimhautorgan unmittelbar in den Organismus gelangen – und im Falle der Impfung speziell das

Impferum mit auch hier mikrobiellen Bestandteilen. Eine atypische, zunächst lokale, dann aber systemische Abwehrreaktion mit der möglichen Gefahr einer Erkrankung ist die Folge. Ohne diesen Integritätsverlust (i. e. den Applikationsweg der Injektion) wäre die immunologische Antwort auf den Antigenkontakt anders verlaufen.

1.3

Integrität und Integritätsverlust

Der Begriff **Unversehrtheit (Integrität)** eines Menschen ist mit den Begriffen „Gesundheit“ und „Krankheit“ eng verbunden und nimmt dennoch im medizinischen Alltag noch wenig Raum ein. Betrachtet man ► **Abb. 1.1**, dann nehmen die meisten Menschen einen weiblichen Körper wahr. Nur wenigen wird dabei bewusst, dass es sich um die Nachbildung eines Menschen handelt, dem beide Arme fehlen und der damit **versehrt** ist, d. h. seine Integrität verloren hat. Es scheint vielen Menschen der heutigen Zeit ähnlich zu ergehen: Sie sind sich insbesondere bei chronischen körperlichen oder psychischen Problemen nicht immer bewusst, dass auch sie ihre Unversehrtheit eingebüßt haben. Krankheit wird sehr häufig als ein von außen



► **Abb. 1.1** Venus von Milo (Ende 2. Jh. v. Chr.).

einwirkendes Ereignis betrachtet, das den betroffenen Menschen, quasi ohne eigenes Verschulden, ereilt. Ein Arzt soll dann eine Diagnose stellen und – wiederum „von außen“ – ein geeignetes Mittel zur Gesundung verordnen. Man wird „gesund gemacht“.

Nüchtern betrachtet verhält es sich in den meisten Fällen anders: Kranksein ist ein Resultat vielfältiger regulatorischer Ausgleichsversuche des Organismus, die durch eine Veränderung der Lebensumstände positiv beeinflusst werden könnten. Oftmals nehmen die Betroffenen die schleichende Entwicklung eines Krankheitsprozesses aber kaum wahr – und ändern damit nur selten ihre Lebensgewohnheiten.

Prof. Thomas Kesselring, Dozent für Ethik und Philosophie an der Universität Bern, führte in seinem Beitrag zur Tagung von „Berner Gesundheit“ am 04.05.2007 aus, dass der Begriff „Integrität“ selbst in Fachkreisen keinen Aufschluss über die Wortbedeutung gibt [155].

Integrität leitet sich von dem lateinischen Wort *integer* ab, das mehrere Bedeutungen hat: unberührt, unangetastet, unversehrt, unverletzt, ungeschwächt, frisch, gesund, unvermindert, ungeschmälert, vollständig, ganz, noch unerledigt, unentschieden, vollständig, ganz, noch freistehend, unverdorben, unbefleckt, lauter, unschuldig, unbestochen, redlich, unparteilich.

Etymologie (Herkunft): Wie das lateinische Wort *intactus*, stammt das ebenfalls lateinische Wort *integer* von *tangere* (berühren). **Integer** kann in erweitertem Sinn aber auch heißen: nicht verletzt (trotz eventueller Berührung).

Der Begriff **Integrität** kann sowohl auf den Körper, die Psyche (Geist) als auch auf den seelischen Aspekt angewendet werden. Eine sichere Abgrenzung unseres Seins von der potenziell schädigenden oder auch tödlichen Umwelt ist die Voraussetzung für einen ungestörten Ablauf aller Körperfunktionen und der seelischen und psychischen Stabilität. Ihr Verlust wirkt sich auf das menschliche Sein in jedem Fall negativ aus. Das oberste Ziel eines jeglichen Organismus ist die Bewahrung oder Wiederherstellung seiner Unversehrtheit auf allen Ebenen. Versuchen wir uns vorzustellen, wie viele schädigende Einflüsse auf die Integrität unserer Grenzflächen, also auf das Haut- und Schleimhautorgan als Ganzes es gibt. Schnell fallen uns In-

fectionen ein. Doch weitaus wichtiger ist der Blick auf Fehlernährung, chemische Substanzen in Luft, Wasser und Nahrung, Genussgifte, chemisch-pharmazeutische Medikamente und vor allem Distress. Diese Einflüsse können auch zu Veränderungen in der Zusammensetzung und Anzahl der lebensnotwendigen, physiologischen Mikrobiota und des mikrobiellen Milieus im Schleimhautorgan führen. Die Folgen hier sind vielschichtig und bis jetzt nur im Ansatz verstanden. Sie reichen von der Störung oder dem Zusammenbruch der mikrobiellen Schutzfunktion (Kolonisationsresistenz) bis hin zu gravierenden Beeinträchtigungen der Regulationsfähigkeit unserer Körperfunktionen. Ist diese Funktionalität der Schleimhautgrenzfläche erst einmal aufgehoben, sind, von hier ausgehend, Störungen sämtlicher Organe denkbar, bis hin zu Ausfällen der Organfunktionen z. B. von Leber, Niere, Nerven- und Immunsystem.

Nun wird schnell klar, mit welch immensen Aufgaben – und auch Handicaps! – das menschliche Immunsystem und die übrigen Regulationssysteme des Körpers sich permanent beschäftigen und auseinandersetzen müssen.

Ein „Zuviel“ an Störfaktoren, an Belastungen und Schädigungen kann mit Sicherheit irgendwann nicht mehr „weggesteckt“ werden. Der berühmte „Tropfen zu viel“ führt zwangsläufig zum Überlaufen des Fasses, und zwar zu einer Erschöpfung der körperlichen und psychischen Ressourcen und zum Zusammenbruch der normalen Regulations- und Kompensationsfähigkeit. Damit ist die Voraussetzung für die Entwicklung von **Krankheit** gegeben.

1.4

Gesundheit und Krankheit, ein steter Prozess

Gesundheit gilt den meisten Menschen als höchstes Gut. Sie wird vielen, aber nicht allen Menschen in die Wiege gelegt und daher oft als etwas Selbstverständliches angesehen. Solange der Mensch gesund ist, macht er sich nur selten Gedanken darüber, dass dieses Geschenk auch verloren gehen könnte. Tritt dieser Fall ein, entsteht also Krankheit, dann wird den meisten Menschen oft erst-

malig deutlich, welch einen unschätzbaren Wert ein Leben in Gesundheit darstellt. Sucht man nach einer Definition von „Gesundheit“, findet man sehr unterschiedliche Aussagen:

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) formuliert:

Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen, körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.

Der Theologe Hans Grewel schreibt:

Wir verstehen Gesundheit als die Bereitschaft und Fähigkeit und Kraft, mit den Begrenzungen oder Störungen oder Schädigungen zu leben, das heißt, den durch sie umgrenzten Horizont an Lebensmöglichkeiten auszuloten, zu erproben und „einzuüben“. [99]

Wer jetzt aber glaubt, die Medizin habe einen naturwissenschaftlich klaren Gesundheitsbegriff, der irrt. Wir finden keine Definition des Begriffs „Gesundheit“, die nicht gleichzeitig in Bezug zum Krankheitsbegriff steht.

Demgegenüber wird diesem eine erheblich größere Bedeutung zugeschrieben. Ganz allgemein wird formuliert:

Krankheit ist die Störung des statistisch normalen Funktionierens eines Organismus entsprechend den Umweltansprüchen dieser Art.

Insbesondere die Medizin ist seit Jahrhunderten bestrebt, den allgemeinen Begriff „Krankheit“ eindeutig zu definieren und abzugrenzen. Dabei hat sie sich mit den unterschiedlichsten **Krankheitsbildern** („Erkrankungen“) auseinanderzusetzen. In der täglichen Praxis wird im Allgemeinen eine Zuordnung von konkreten Beschwerdebildern zu ebenso konkreten Krankheitsentitäten (Diagnosen) angestrebt, woraus dann sowohl eine therapeutische Strategie als auch administrative und ökonomische Rahmenbedingungen abgeleitet werden. Besonders deutlich wird das an der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD10 – SGB V). Der Plural „Krankheiten“ ist je-

doch irreführend, da es im Gegenzug auch keine „Gesundheiten“ gibt! Er ergibt sich aus dem Bemühen, verschiedene Störungen organbezogen zu beschreiben. In der Folge ergibt sich daraus ein allein organbezogener Behandlungsansatz. Damit wird die Komplexität der zusammenhängenden Regulationsprinzipien des Organismus jedoch nicht berücksichtigt. Denn nur selten gibt es isolierte Störungen einer Zelle, eines Zellverbandes oder Organs. Vielmehr führen die unterschiedlichen auslösenden „Schädlichkeiten“ (Infektionserreger, Fehlernährung, Disstress, Verletzungen, Vergiftungen etc.) zu Antworten auf verschiedenen Ebenen des Organverbundes eines Menschen.

Mit diesen Definitionen von Gesundheit und Krankheit wird auch die tatsächliche Bedeutung dieser Begriffe für den Einzelnen nicht berücksichtigt. Wenn sich ein Mensch „krank“ fühlt oder bereits eine Krankheit diagnostiziert wurde, spricht man von einem Patienten. Die geäußerten Beschwerden werden dann bestimmten Krankheitsbildern zugeordnet. Oft kommt es aber vor, dass eine Diagnose allein auf der Basis von Laborbefunden gestellt wird. Kann man diese Menschen dann auch bereits als „Patienten“ bezeichnen? Anders gefragt: Ab wann ist ein Mensch krank? Bereits lange vor dem Auftreten von bewusst wahrgenommenen Krankheitssymptomen finden im Körper Regulations- und Heilungsversuche statt. Sind diese bereits als Krankheit zu werten, obwohl „der Patient“ sie nicht bewusst empfindet? Die Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit sind fließend. Daher verwendet man auch Begriffe wie „Befindlichkeitsstörung“, womit Einschränkungen des leiblichen und/oder seelischen Wohlbefindens gemeint sind, ohne dass messbare bzw. definierte Krankheitsbilder vorliegen müssen. Hinter dem Begriff „Krankheit“ verbirgt sich also ein „Eisberg“ an Adaptations- und Regulationsversuchen, der sich einer bewussten Wahrnehmung lange entzieht. Erst wenn die Adaptationsfähigkeit nicht mehr ausreicht und die Regulation zusammenbricht, wird der Symptomenkomplex des Krankheitsbildes als „Spitze des Eisberges“ wahrgenommen.

Der Soziologieprofessor Aaron Antonovsky, USA, äußerte sich so:

Jeder Mensch bewegt sich auf einem Kontinuum und ist damit nicht entweder gesund oder krank, sondern immer im Prozess wieder in die Gegenrichtung, also „gesund“. Je nachdem, ob diese Regulationen die Bewusstseinsschwelle erreichen oder nicht, nimmt der Patient von diesen Zustandsänderungen seines Organismus eventuell gar nichts wahr. Solange der Körper über genügend regulative Ressourcen und Kompensationsfähigkeit verfügt, scheinen wir uns in einer steten, positiven Fluktuation zu befinden, deren Richtung im Falle einer Störung immer hin zum Normalen gelenkt ist.

1.5

Salutogenese

Wie kann es nun sein, dass manche Menschen auf identische oder ähnliche Störpotenziale mit der Entwicklung von „Krankheit“ reagieren, andere aber nicht? Sie scheinen sich im Störfall in ihrem Fließgleichgewicht nicht in Richtung eines Ausgleichs, also einer Normalisierung hin zum „Gesunden“, zu bewegen, sondern in die falsche Richtung – oder sie verharren im jeweilig gestörten Zustand –, während ein anderer Organismus hier erfolgreich gegenregulieren und kompensieren kann.

A. Antonovsky beschäftigte sich in den 1970er Jahren mit der Frage, welche Eigenschaften und Ressourcen den Menschen helfen, unter extremen Lebensbedingungen ihre körperliche und psychische Gesundheit zu erhalten [18]. Allgemeiner formuliert interessierte ihn, wie Gesundheit entsteht. Diese Fragestellung sieht er in Ergänzung zu pathogenetischen Erklärungsmustern der traditio-

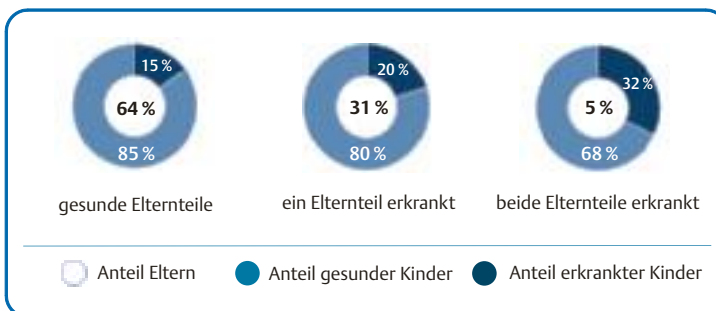
nellen Medizin. Mit dem Begriff der **Salutogenese** entwickelte er ein Konzept der Entstehung von Gesundheit.

Antonovsky postulierte die Existenz generalisierter Widerstandsressourcen, die in erschwerten Situationen aller Art zur Unterstützung der Bewältigung von Stressoren und das durch sie hervorgerufene Spannungserleben auf allen Ebenen eingesetzt werden können.

Antonovsky folgend, haben wir es offenbar mit individuell verschieden ausgeprägten oder verschieden wirksamen Widerstandsressourcen zu tun, die im einen Fall zur Wiedererlangung unserer Gesundheit, im anderen Fall, z. B. bei gestörter Regulationsfähigkeit, aber zur Entwicklung von Krankheit führen.

1.5.1 Die Bedeutung genetischer und epigenetischer Einflüsse

In diesem Zusammenhang halten die meisten Menschen, insbesondere aber viele Mediziner, die genetischen Veranlagungen der einzelnen Individuen für die entscheidende Größe, die „Leben“ steuert und reguliert und damit verantwortlich ist für Gesundheit und Krankheit. Gerade bei der Bewertung möglicher ursächlicher Auslöser der allergischen Reaktion findet man in vielen Abhandlungen immer wieder – neben Umweltfaktoren – die genetische Disposition der Betroffenen an oberster Stelle genannt. Tatsächlich fällt auf, dass allergisch reagierende Kinder, statistisch belegt, zu 52 % aus Familien stammen, in denen mindestens ein Elternteil vergleichbare Beschwerden hat. Es erkranken aber auch 15 % der Kinder, deren Eltern keine Anzeichen einer Reaktionslage erkennen lassen (► Abb. 1.2).



► **Abb. 1.2** Prävalenz atopischer Krankheitsbilder bei familiärer Belastung.