



Stefan Bär

Soziologie und Gesundheitsförderung

Einführung für Studium und Praxis

BELTZ JUVENTA

Leseprobe aus: Bär, Soziologie und Gesundheitsförderung,
ISBN 978-3-7799-4455-3, © 2016 Beltz Verlag, Weinheim Basel,
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-4455-3>

2 Gesundheit und Gesellschaft

Dieses Kapitel behandelt folgende Fragen:

- Wie hängen Gesundheit und Gesellschaft zusammen?
- Warum gibt es keine einfache und geteilte Definition von Gesundheit?
- Was bedeutet es, wenn man statt von Gesundheitssystem von einem System der Krankenbehandlung spricht?

Wir streben alle mehr oder weniger nach Gesundheit. Sozialhistorisch ist dies seit der Renaissance gleichbedeutend mit dem Wunsch nach einem langen Leben (Labisch 1989). Denn in vergangenen Zeiten brachte Krankheit allzu oft fast automatisch einen frühen Tod beziehungsweise das vorgezogene Lebensende mit sich. Damit hängt selbstverständlich auch zusammen, dass in früheren Zeiten Krankheit häufig Arbeitsunfähigkeit mit sich brachte und es weder Existenzsicherung für Krankheit noch für die Arbeitslosigkeit gab. Nun ist die durchschnittliche Lebenserwartung seit dem Ende des 19. Jahrhunderts stark gestiegen und steigt auch noch weiterhin an. Das Streben nach einem langen Leben mit einem eher quantitativen Aspekt des Zugewinns an Lebensjahren ist heute einem eher qualitativen Anspruch gewichen. Wenn wir heute nach Gesundheit streben, dann bedeutet das in der Regel nicht auch gleichzeitig den Wunsch nach einem langen oder einem längeren Leben. Denn viele Krankheiten bedrohen gar nicht mehr unbedingt das Leben an sich, sondern eher die Lebensqualität. Es geht dabei also in der Hauptsache um die Art und Weise, wie Erkrankungen sich auf unser Leben indirekt, also auf die Lebensführung, auswirken. Nach Möglichkeit sollen Lebensweise und Lebensführung durch eine Krankheit nicht zu sehr beeinträchtigt werden. Auch wenn man das Streben nach Gesundheit nicht aktiv betreibt, zum Beispiel durch regelmäßigen Sport oder eine ausgewogene Ernährung, so ist doch der Wunsch nach Gesundheit zumindest implizit immer vorhanden. In der Regel möchte schließlich niemand gerne krank sein. Spätestens jedoch, wenn die Gesundheit abhandengekommen ist, wenn wir also krank sind oder uns krank fühlen, tritt dieser implizite Wunsch nach einem gesunden Körper, nach einem Leben in Gesundheit, ganz allgemein: nach Gesundheit in den Vordergrund unseres Denkens. Aber, was besagt es eigentlich, gesund zu sein? Wie kann man Gesundheit definieren?

Dem Gesundheitsbegriff selbst und dem damit verbundenen Definitionsproblem werden wir uns erst etwas später in diesem Kapitel widmen. Zu Anfang geht es im nun Folgenden in erster Linie darum, die Frage zu klären, ob

Gesundheit ein zeitloser Begriff ist, ob Gesundheit also zu jeder historischen Epoche dasselbe bedeutet hat. Das weist uns den Weg zu einem Verständnis, dass man, auch wenn man einen auf den Einzelnen, das heißt, einen auf das Individuum bezogenen Gesundheitsbegriff wählt, nie ohne einen Gesellschaftsbezug auskommt. Nicht *Ich* als Individuum bestimme demnach darüber, was Gesundheit im Einzelfall bedeutet, sondern es ist – unabhängig von mir selbst – immer schon vor-bestimmt, was damit gemeint sein kann. Zumindest in einem groben Rahmen. Der Raum für mögliche Gesundheitsdefinitionen ist schon eingeschränkt durch die vom Einzelnen unabhängige historische und soziale Situation, in der die Frage nach Gesundheit erst entsteht und artikulierbar wird. Gesundheit muss demnach immer im Zusammenhang mit der konkreten historischen und sozialen Situation gedacht und verstanden werden.

Eine der konkreten Ausformungen ist das, was wir unser Gesundheitssystem nennen. Hier finden all die Dinge statt, die zu Gesundheit führen oder diese erhalten. Sollte man meinen. Warum der Begriff Gesundheit in diesem Zusammenhang nicht gerade günstig gewählt ist und was es hilft, ein wenig darüber nachzudenken, führt zu einem ersten Verständnis der Vorgänge *im* Gesundheitssystem, das gesellschaftliche Vorgänge mit der Frage nach Gesundheit verbindet. Die Grundannahme – wie in der Einleitung bereits angedeutet – ist dabei, dass was Gesundheit konkret bedeutet und wie damit konkret umgegangen wird, wenn sie abhandengekommen ist, eine ebenso maßgeblich gesellschaftlich geprägte Angelegenheit ist, wie die Frage, wie Gesundheit zu erhalten und zu fördern ist.

2.1 Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Gesellschaft

Kurz gesagt: Gesundheit und Gesellschaft sind zusammen zu denken. Wie ist das genau gemeint? Zunächst einmal gehen wir von der heutigen Situation aus. Das Gesundheitssystem, wie wir es heute, beispielsweise in Deutschland vorfinden, ist derjenige national-gesellschaftliche Ort oder Raum, in welchem Fragen von Gesundheit und Krankheit verhandelt und behandelt werden. Das ist das, was man unter dem Gesundheitssystem konkret versteht. Systematisch betrachtet, stellt sich dies folgendermaßen dar: Alle modernen Gesellschaften haben ein, zwar mit Unterschieden versehenes, aber vom Grundsatz her ähnliches Funktionssystem dafür ausgebildet. In der Soziologie spricht man hierbei von Ausdifferenzierung. Das soll nichts anderes bedeuten, als dass in früheren Zeiten diejenigen Vorgänge und Handlungen, die heute im Gesundheitssystem stattfinden, wie beispielsweise Arztbesuche, Einweisungen in ein Krankenhaus, medikamentöse Therapien, aber auch

Schwangerschaften und Geburten, häufig genug auch Sterben und Tod, in einer anderen gesellschaftlichen Zeit oder Phase, nicht in einem auf diese Angelegenheiten spezialisierten System ver- und bearbeitet worden sind. Die Geschehnisse rund um das Gebären waren zum Beispiel eine Sache der Familie oder der Hausgemeinschaft und wurden, wenn überhaupt durch die Mithilfe anderer Frauen, wie Nachbarinnen, Bekannte, und nur gelegentlich auch mithilfe von (heil-)kundigen Frauen im häuslichen Bereich geregelt und organisiert. Das lässt uns heute zum Beispiel moderne von traditionellen Gesellschaften unterscheiden. In allen modernen Gesellschaftsformationen finden wir diese traditionellen Muster zwar auch noch vor, aber sie sind dort nicht die vorherrschenden. Eine fast traditionelle Form der von der das Gesundheitssystem dominierenden Disziplin Medizin unabhängigen Versorgung im Bereich rund um die Schwangerschaft und das Gebären ist durch das Hebammenwesen auch heute noch erhalten geblieben. Wenn auch mit erheblichen Schwierigkeiten in der Behauptung seiner Autonomie. Die Frage der Zuständigkeit für das Geschehen um Gesundheit und Krankheit ist also nie absolut gemeint, sondern es geht immer darum, zu prüfen, welches die dominanten, welches also die vorherrschenden Regelungen und Mechanismen sind. Krankenhäuser zum Beispiel waren in traditionellen gesellschaftlichen Verhältnissen eine eher religiöse Veranstaltung. Dort wurde vom europäischen Mittelalter bis in die frühe Neuzeit Liebesdienst am Menschen verrichtet (Caritas und Misericordia) und nur gelegentlich Medizin betrieben. Die Klientel dieser Hospitäler bestand dementsprechend auch nicht ausschließlich aus Kranken, sondern aus Alten, Armen, Obdachlosen, Vagabunden, Tagelöhnern, Prostituierten und letztlich auch aus Reisenden. Darauf verweist bereits ein etymologischer Zugang zum Begriff: Hospital heißt so viel wie Gasthaus oder Herberge (vgl. hierzu Rohde 1962: 64 ff.).

Ausdifferenzierung meint daher, dass aus einer eher diffusen Lage heraus, sich einzelne gesellschaftliche Bereiche, die auf ein bestimmtes Bearbeitungsproblem hin fokussiert sind, entstanden sind. Auf diese Weise sind im historischen Verlauf gesellschaftliche Orte gewachsen, die für einen ganz bestimmten Problembereich spezialisiert und zuständig sind. Beispiele dafür sind die Politik, die Wissenschaft, die Wirtschaft und eben auch das Gesundheitssystem. Nun darf man sich diese Ausdifferenzierung nicht einfach nur als Arbeitsteilung vorstellen. Ausdifferenzierung meint sehr viel mehr.

Wir halten zunächst einmal fest, dass das Gesundheitssystem eine Erfindung der modernen Gesellschaft ist, und dass es in der Vergangenheit keineswegs so gewesen ist, dass es eine spezielle gesellschaftliche Instanz gab, die alleine für Fragen der Gesundheit zuständig gewesen wäre. Natürlich gab es auch in früheren Zeiten Ärzte, Heiler und Menschen, die medizinische oder medizinähnliche Leistungen erbracht haben. Als System oder anerkannte Instanz oder Einrichtung – die Soziologie spricht in diesem Zusammenhang

häufig auch von Institution, wenn es um die gesellschaftliche Legitimation und um gesellschaftlich anerkannte Erwartungen und Rollenzuschreibungen geht – darf man diese aber nicht betrachten. Fragen der Gesundheit und Krankheit waren damals noch stark mit religiösen Fragen verbunden, oder sie stellten sich gar nicht. So waren Krankheit und Tod allgegenwärtig und daher keine Ausnahmesituationen, wie sie es heute darstellen. Gesundheit konnte als ein Zeichen für ein gottgefälliges Leben gedeutet werden und Krankheit, wenn nicht als alltäglich, dann eher als eine Strafe oder auch eine Prüfung für den Betroffenen. Aus diesem religiösen Kontext hat sich das medizinische System im Laufe der Zeit herausgelöst. Das ist ein Teilaspekt der Differenzierung.

Man darf diesen Prozess aber auch nicht als einfachen Fortschritt interpretieren. Genauso wenig wie Ausdifferenzierung auf gesellschaftliche Arbeitsteilung reduziert werden darf, ist sie als einem bloßen, naturwissenschaftlich angetriebenen Fortschritt geschuldet zu verstehen. In der Art und Weise wie die genannten gesellschaftlichen Teilbereiche ihre Eigenständigkeit erlangt haben, wurden nämlich nicht nur Aufgaben und Tätigkeiten geteilt und schrittweise neue Erkenntnisse aufgenommen, sondern auch Sicht- und Denkweisen verabsolutiert. Ein Klassiker der Soziologie: Max Weber sprach in diesem Zusammenhang von Wertsphären (Weber 1920/1988: 54 ff.). Gemeint ist damit, dass ein bestimmter Wert, um den es sich in diesem gesellschaftlichen Teilbereich dreht, als das Wichtigste und das alleinige Bedeutsame verstanden wird, dem das Handeln und Streben dient. So geht es in der Wissenschaft zum Beispiel um das Streben nach Erkenntnis, um Wahrheit. Um nichts anderes drehen sich – zumindest in der Hauptsache – die Gedanken der Wissenschaftler, wenn sie sich mit ihren Forschungsgegenständen beschäftigen, und danach richten sie ihr Handeln aus. Und weil das so ist, ist es gesellschaftlich anerkannt. Würden Wissenschaftler alleine gegen Geld das für wahr erklären, was der Geldgeber gerne hören möchte, dann wäre dies skandalisierbar und würde von anderen Wissenschaftlern und vermutlich auch von vielen Nicht-Wissenschaftlern nicht anerkannt werden. Daran, was skandalisiert wird und was nicht, kann man daher leicht erkennen, welche Dinge gesellschaftliche Legitimation erfahren und welche eben nicht. Ausdifferenzierung meint also auch, dass eine bestimmte Welt-sicht besteht, die sich so nur in diesem einen Teilbereich der Gesellschaft findet. Andere Teilbereiche haben demnach ihren eigenen Zentralwert, um den sie kreisen. In der Wissenschaft ist dies Wahrheit und Erkenntnis und eben nicht Geld und Profit. Ein weiteres kommt hinzu. Dass nämlich die Zuständigkeit für spezifische gesellschaftliche Problemlagen dem entsprechenden Teilbereich zugeschrieben werden. Dies entlastet bei der Bearbeitung von spezifischen Problemlagen vom Berücksichtigen-Müssen aller möglichen Aspekte des Lebens. Wenn es um Krankheit geht, müssen demnach heute

keine religiösen Fragen mehr mit gelöst werden. Mit bedacht werden diese vielfach schon. Wenn es zum Beispiel um praktische Fragen, wie religiöse Essgebote oder ethische Abwägungen geht. Aber sie werden an die „Spezialisten“ aus diesem gesellschaftlichen Teilbereich abgegeben, oder im Falle der Ethik werden sie den im medizinischen Teilsystem binnendifferenzierten Komplexen wie Medizinethik oder Ethikkommissionen überlassen. Der Arzt selbst muss und kann in der Regel auch gar nicht zum Beispiel Fragen nach dem Sinn des Lebens bearbeiten. Dies kann er getrost beispielsweise den Klinikseelsorgern überlassen, weil es diese Institution und diese Zuständigkeitsteilung in der modernen Gesellschaft dafür gibt. Für andere ethische Probleme und Fragestellungen hat sich in der Zwischenzeit eine weitere Disziplin, die erwähnte Medizinethik, entwickelt und etabliert. Auch hier ist es wieder so, dass man dies nicht als absolut gesetzt verstehen darf. Selbstverständlich gibt es auch heute Ärztinnen und Ärzte, die bei Ihren Behandlungen religiöse und ethische – in der Hauptsache berufsethische – Fragen mit bearbeiten. Aber das ist in der modernen Gesellschaft eben nicht mehr der Regelfall oder das dominante Muster.

Diese Entwicklungen der Befreiung von den Ansprüchen und Logiken anderer gesellschaftlicher Teilbereiche haben einen enormen dynamischen Prozess in Gang gesetzt, den man in der gesellschaftstheoretischen Diskussion häufig als Modernisierung bezeichnet. Wichtig ist nun in diesem Zusammenhang, dass das, was innerhalb dieser Teilsysteme verhandelt wird, eigenen Gesetzmäßigkeiten und eigenen Regeln folgt. Diese Regeln werden nicht von außen festgelegt oder vorgeschrieben, sondern im System selbst produziert. Nicht nur das, sie werden dort auch beständig gefestigt, indem sie angewendet werden und mit der Zeit erscheinen sie als selbstverständlich, als gar nicht mehr wegzudenken, als objektiv gegeben und deshalb auch als richtig. Diese Regeln werden daher nicht mehr hinterfragt, und man kann sagen: Sie besitzen unhinterfragt Geltung. Damit stiften sie wiederum Orientierung für Prozesse, Handlungen und Entscheidungen, die sich auf das beziehen, worum es in dem jeweiligen Teilsystem geht. In der Soziologie sagt man, die Teilsysteme produzieren und reproduzieren diese Regeln und damit auch sich selbst. Denn sie sorgen damit auch für ihr eigenes Fortdauern. Im Fall des Gesundheitssystems, wenn wir es als einen analytischen Begriff nehmen, das soll heißen, nicht als ein konkretes wie beispielsweise das deutsche Gesundheitssystem, dreht sich, wenn man genau hinschaut, alles um Krankheit und nicht um Gesundheit. Ein bekannter deutscher Soziologe, Niklas Luhmann, meinte dazu: „Nur Krankheiten sind für den Arzt instruktiv, nur mit Krankheiten kann er etwas anfangen. Die Gesundheit gibt nichts zu tun.“ (Luhmann 1990: 187). Die strikte Trennung zwischen krank und gesund ist demnach konstitutiv für denjenigen Teil des Gesundheitssystems in dem Ärztinnen und Ärzte aktiv sind, denn sie weist darauf hin, sobald „krank“

vorliegt, dass dieses Teilsystem und kein anderes wie etwa das Erziehungssystem, das Rechtssystem oder das Politische System zuständig ist. Ist diese Unterscheidung einmal getroffen – in der Medizin spricht man dann in der Regel von einer Diagnose – ist klar, wer zuständig für die Bearbeitung ist. Es sind weder Pädagogen noch Richter noch Politiker, die nun auf den Plan treten, sondern es sind medizinische Experten, es ist die Profession der Medizin. Dass es die Medizin ist, liegt nun daran, dass sie gesellschaftlich dazu legitimiert ist. Das ist keineswegs selbstverständlich. Dieses Vorrecht wurde in harten sozialen Auseinandersetzungen im Übergang vom 19. ins 20. Jahrhundert erstritten und durchgesetzt (vgl. Bär 2010). Auch das gehört zum Ausdifferenzierungsprozess dazu, Differenzierung muss nicht friedlich verlaufen.

Das Gesundheitssystem ist auch keineswegs so gestaltet, dass dies die rationalste Form wäre, in der Medizin geleistet werden kann. Es gibt in dieser Betrachtungsperspektive keine übergeordnete Rationalität, die angeben könnte, was, wie und von wem am vernünftigsten bearbeitet werden sollte. Das institutionelle Gefüge, wie wir es heute als gegeben kennen, ist das Ergebnis eines langwierigen Prozesses, in welchem die Sinnvorgabe oder das Definitionsmonopol für das, worum es in diesem Teilsystem geht, schrittweise in die Hände der Medizin gelangt ist. Und diese Sinnvorgabe, um es noch einmal zu wiederholen, ist das Behandeln und Heilen von Krankheiten.

Indem sich nun die Medizin mit ihrem Ethos oder ihrer Logik als sinnstiftend in diesem Teilbereich der Gesellschaft verstehen lässt, wird auch klar, dass sich deren Ansprüche sukzessive ausweiten können. Das liegt daran, dass die Teilsysteme relativ autonom gegenüber anderen Sinnsphären sind. Wir hatten ja gesagt, dass die Regeln, nach denen das Teilsystem funktioniert, im System selbst reproduziert werden. Es gibt sozusagen keine Stoppregel, die angeben würde, dass an einer definierten Stelle die Grenze der Zuständigkeit der Medizin erreicht ist. So wird verständlich, was gemeint ist, wenn man von der Hypostasierung der eigenen Funktion spricht (Luhmann 1983). Es bedeutet, dass sich die Ansprüche auf prinzipiell alle Belange der Gesundheit – nicht mehr nur Krankheit – und auf die Gesamtbevölkerung – nicht mehr nur auf eine ausgewählte Klientel ausweiten. Wir sehen dies zum Beispiel an der Ernährung oder an der Freizeitgestaltung. Stichworte sind hier unter anderem: die Diskussion um Cholesterin oder allgemeiner formuliert: ungesunde Fette in Nahrungsmitteln, aber auch am Body-Mass-Index (BMI), an Nahrungsergänzungen durch Spurenelement und Vitamine, oder denken wir an die gesamte Fitnessbewegung und so weiter. In der Soziologie spricht man in diesem Zusammenhang auch von Medikalisierung (vgl. Stollberg 2001: 28 ff.). Lebensbereiche, die vormals nicht von der Medizin betroffen waren, werden durch diesen Prozess dem medizinischen Denken und der medizinischen Perspektive unterworfen. Nun sind Fette in den Nahrungs-

mitteln plötzlich eben auch medizinisch relevant und nicht nur Geschmacks-träger oder Energielieferanten. Wir sehen diesen Vorgang aber auch, um ein weiteres Beispiel zu nennen, bezogen auf die Medikalisation aller Vorgänge rund um Schwangerschaft und Geburt. Boten sich der Medizin als Orientierung zunächst lediglich gesundheitliche Problemlagen und deren Behandlung an (Luhmann 1990), so lässt sich in der Ausweitung ihres Zuständigkeitsbereichs sehen, dass für werdende Mütter, die primär ja gar keine Kranken sind und daher eigentlich nicht in die Obhut von Medizinerinnen gehören, es heute in der modernen Gesellschaft übliche Praxis ist, medizinische Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen. Dies ist längst gesellschaftlich anerkannt und durchgesetzt. Durch die Betreuung von Schwangeren und jungen Müttern sollen „mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und der Behandlung zugeführt werden.“ (GBA 2010). Mit der Ausstellung des sogenannten Mutterpasses ist ja auch ganz grundsätzlich die Feststellung, dass eine Frau schwanger ist, institutionell ausschließlich an die Medizin – in diesem Fall an eine Fachärztin/einen Facharzt für Gynäkologie – gebunden (vgl. hierzu auch Bär 2013). Auch wenn heutzutage jede Frau selbst mit einem Schwangerschaftstest aus der Apotheke diese Feststellung für sich treffen kann, sind die institutionelle Anerkennung wie ein Siegel der Glaubwürdigkeit und damit auch die Leistungsansprüche an die Gesetzliche Krankenversicherung an die Medizin gekoppelt – und zwar exklusiv.

Dieses Phänomen zeigt sich auch ganz allgemein im Hinblick auf die Prävention – darum handelt es sich ja bei Vorsorge – in anderen Bereichen, deren Ausgangspunkt bekanntermaßen ebenfalls nicht Kranke, sondern Gesunde sind. Der Zugriff der Medizin ergibt sich hierbei jeweils aus einer temporalen Vorverlegung, verbunden mit der Wahrscheinlichkeit von Krankheit oder der Antizipation noch nicht eingetretener Erkrankung. Der Startpunkt des Ansatzens medizinischer Operationen (im technischen, nicht im medizinischen Sinne) ist lediglich zeitlich verschoben, und zwar vor das Eintreten eines Krankheitsfalles. Bereits die antizipierte potenzielle Krankheit wird so zum Auslöser für die Zuweisung der medizinischen Codierung und damit zum Angriffspunkt für die Medizin. Dieses Geschehen spricht für die bereits genannte immanente Ausweitung des Zuständigkeitsbereichs, der Funktionssysteme unterliegen: der Hypostasierung ihrer Funktion. Beim Gesunden hat erst die Zuweisung der Codierung krank/gesund über Prävention („krank“ soll vermieden werden) oder über eine Verdachtsdiagnose („krank“ soll spezifiziert werden) medizinisches Handeln zur Folge. „Gesund“, das hatten wir festgestellt, ist für den Arzt nicht instruktiv und ist im Medizinsystem nicht anschlussfähig, in dem Sinne, dass dadurch keine „unzweideutige Zuordnung zu jeweils einem und nur einem Funktionssystem“ (Luhmann 1990: 186) erfolgt. Das in einigen Beispielen Beschriebene wird auch als eine der

Dynamiken einer „biopolitischen Entgrenzung“ diskutiert (Wehling et al. 2007). Diese Diskussion führt nun sehr weit weg von unserem eigentlichen Thema. Es sollte hier lediglich darauf hingewiesen werden, dass in dem institutionellen Arrangement um Gesundheit und Krankheit immer Dynamik herrscht und es keinen endgültigen oder keinen Zielzustand darin gibt.

Teilsysteme, so halten wir fest, neigen also zur Ausweitung ihrer Zugriffssphäre und Kompetenzbereiche, gerade weil sie von anderen Imperativen freigesetzt sind. Die Teilsystemlogik wird daher auf immer weitere Felder ausgedehnt und angewandt. Auch dies gehört zur Ausdifferenzierung dazu. Denn die Freisetzung von den Ansprüchen anderer Wertsphären bedingt, dass die eigenen Ansprüche und Perspektiven verabsolutiert werden können. Teilsysteme sind sozusagen egozentrisch.

Wir hatten gesagt, dass man Gesundheit nicht ohne einen Gesellschaftsbezug denken sollte. Im Zuge der funktionalen Ausdifferenzierung der gesellschaftlichen Teilsysteme hat sich demnach auch das Verständnis von Gesundheit gewandelt. Das, was unter Gesundheit verstanden wird und was als gesund gilt, kommt also immer in spezifischen gesellschaftlichen Situationen und Konstellationen zu Stande. Heute ist unser Gesundheitsverständnis stark medizinisch und damit gleichzeitig auch naturwissenschaftlich geprägt. Die moderne Medizin hat sich nämlich in einem engen Zusammenhang mit der modernen Naturwissenschaft entwickelt. Medizinhistorisch gilt diese Koppelung an die Naturwissenschaft als ein wesentlicher Faktor für die dann folgende rasche Entwicklung und den Fortschritt in der Medizin, ebenso wie sie als einer ihrer Erfolgsfaktoren angesehen wird (vgl. Eckart 2005). Viele bis dato unlösbare Fragen und Probleme ließen sich mit der Anlehnung an die Naturwissenschaften plötzlich sehr erfolgreich bearbeiten. Es sind eine ganze Reihe von heute selbst stark ausdifferenzierten Naturwissenschaften, wie Biologie und Chemie, die der Medizin hierbei als Bezugswissenschaften dienen. Das hängt natürlich damit zusammen, dass in einer solchen Perspektive chemische und physikalische Prozesse, die in unserem Organismus ablaufen, im Vordergrund stehen. Unser biomedizinisches Menschenbild ist stark davon geprägt. Es gibt aber auch davon abweichende Konzeptionen. Nur um ein Beispiel zu nennen, spielen in der chinesischen oder der vedischen Medizin, aber auch in der Homöopathie Energie- und Harmonievorstellungen eine große Rolle. Der Organismus wird hier nicht lediglich als biochemisches Etwas verstanden, sondern darüber hinausgehend, zum Beispiel energetisch definiert. Der Mensch, so diese Vorstellungen, sei mehr als eine Menge stofflicher Prozesse. Mit vielen Praxen und auch Behandlungserfolgen dieser Formen der Medizin hat die moderne Schulmedizin ihre liebe Not. Denn sie kann sie und ihre zum Teil offensichtlichen Erfolge nicht oder nicht so einfach erklären. Die positivistische, das heißt an der Beobachtbar- und Messbarkeit orientierte, naturwissenschaftlich basierte Medizinkonzeption der

westlichen Schulmedizin gerät hier in Schwierigkeiten. Ihr bleibt in solchen Fällen häufig nur eine vage Operationalisierung über sogenannte Placeboeffekte. Auf diese Punkte kommen wir im weiteren Verlauf dieses Kapitels noch einmal zurück, wenn es um unterschiedliche Gesundheitsdefinitionen gehen wird.

Um Missverständnisse zu vermeiden, sei angemerkt, dass es hier nicht die Stelle ist, zu sagen, welche Medizinkonzeption nun richtig liegt oder gar die bessere sei. Wenn man das denn überhaupt angeben könnte. Darum geht es nicht. Worauf dieser Vergleich hinweist, ist, dass unser Verständnis von Gesundheit ganz wesentlich geprägt ist von unserer Denk- und Deutungsweise in Bezug auf gesundheitliche Belange. Diese Denk- und Deutungsweisen wiederum sind abhängig von den kulturellen und sozialen Kontexten, in welchen sie sich entwickeln und durchsetzen. Medizin- und Gesundheitsverständnis, darum geht es hier, sind keineswegs objektiv wahre und einzig auf diese Weise fassbare Tatbestände, sondern sie sind kontingent. Das bedeutet, sie sind auch immer anders denkbar und möglich.

Wenn man sich auf eine solche Betrachtungsweise einlässt, dann hat das den Vorteil, dass man sich vom eigenen Vorverständnis lösen kann. Man interessiert sich nicht mehr für die Gesundheit „an sich“, nicht für ihr Wesen, sondern kann sich mit den Bedingungen des Zustandekommens eines konkreten Verständnis von Gesundheit auseinandersetzen. Man bekommt mit dieser Perspektive also die Mechanismen der Produktion eines spezifischen Gesundheitsbegriffs in den Blick. Wieder kommt hier die gesellschaftliche Konstellation ins Spiel, in welcher solche Mechanismen ja durchaus unterschiedlicher Natur sein können.

Das ist im Übrigen auch für die Frage der Gesundheitsförderung ein sehr wichtiger Punkt. Denn deren grundlegendes Gesundheitsverständnis verdankt sich sehr spezifischen Bedingungen und Mechanismen, die stark mit dem politischen System zusammenhängen. Wir hatten bereits darauf verwiesen, dass der WHO und ihren Konferenzen und Deklarationen eine bedeutende Rolle bei der Entstehung der Disziplin zukommt (zu den Vorläufern vgl. Diesfeld 2006; zur konkreten Entstehung vgl. Ruckstuhl 2011). Gesundheitsförderung ist zunächst einmal ein politisches Projekt. Auch wenn eine zur Medizin konkurrierende Perspektive auf Fragen der Gesundheit propagiert wird, so kommt auch diese nicht ohne einen starken Medizinbezug – über die Abgrenzung davon – aus. Und damit führt die Gesundheitsförderung die medizinische Perspektive fast automatisch mit. Denn wir können diesen Entstehungsbedingungen ein weiteres Element hinzufügen: Die in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg naturwissenschaftlich schulmedizinisch geprägte Zugangsweise zu Phänomenen der Gesundheit und Krankheit ist mit dem politischen Anspruch verbunden gewesen, die Gesundheitsversorgung in der Welt auf ein Niveau anzuheben, das nach Maßstäben der entwi-

ckelten Länder – in welchen ja zu dieser Zeit genau jene Form der Medizin die dominante Rolle spielte – als angemessen galt. In wesentlichen Teilen vom modernisierungstheoretischem Vorbild geprägt, war die Vorstellung diejenige, durch die Ausbreitung moderner medizinischer Standards zur Verbesserung der Gesundheit der Weltbevölkerung gelangen zu können. Auch und gerade in Ländern mit Modernisierungs- oder Entwicklungsrückstand. Der später formulierte Anspruch Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 und die Kehrtwende hin zu einer anderen Perspektive auf gesundheitliche Versorgung zeigt in zweierlei Hinsicht, wie nicht-medizinische Ansprüche im medizinischen System Resonanz erzeugen können. Auf der einen Seite wurde zunächst ganz in paternalistischer Tradition darüber befunden, welches Maß und welcher Maßstab in Bezug auf Gesundheit der „richtige“ ist, nämlich derjenige, der entwickelten Ländern, die sich in einem medizinisch-technischen Entwicklungsvorsprung wägen und daraus gleichzeitig das Recht ableiten, nicht nur darüber befinden zu können, was anderen Orten an Versorgung nötig ist, sondern auch, dort vorschreiben zu können, wie Gesundheit und Krankheit zu deuten sind: nämlich naturwissenschaftlich. Die Herstellung einer primären Gesundheits-*Versorgung* war das Ziel (vgl. Müller/Razum 2008). Zum anderen zeigt die utopische Vision, dass es sich um eine politische Agenda und weniger um ein konkretes Programm zur Verbesserung der Konditionen von Gesundheit handelte. Daran hat auch die spätere Wende hin zu New Public Health nichts geändert. Der versuchte Export von gesundheitspolitischen Institutionen in die sogenannte Dritte Welt dokumentiert einen Gestaltungs- und Vormachtanspruch nationaler Zusammenschlüsse, deren sich dann die Medizin vermutlich nur allzu gerne anschloss. Pikanterweise war das Anliegen nach Deckung von Grundbedürfnissen aber auch schon Teil der Kolonialpolitik. Dort diente sie – ähnlich wie im Übrigen die Sozialpolitik Bismarcks (vgl. Kaufmann 2003: 262 ff.; auch Eckart 2005: 231) – der Vermeidung von Konflikten und darüber hinaus dem Hinauszögern der De-Kolonialisierung (Büschel 2010). Sicherlich ist es unabhängig von möglichen politischen Interessen jedoch moralisch legitimierbar gewesen, konnte man doch an sehr vielen Stellen konkrete gesundheitliche Notlagen lindern. Dass dieses Realexperiment aus heutiger Sicht nicht zuletzt aufgrund kultureller Eigenheiten in den meisten Aspekten als gescheitert zu betrachten ist und nicht mehr viel von der ursprünglichen Idee übrig geblieben ist (vgl. Müller/Razum 2008: 408), hat jedoch nichts an dessen inhaltlichem Anspruch geändert. Gesundheit – und alles, was damit zusammenhängt – gilt unverändert als eine zentrale politische Leitplanke, wie man beispielsweise an der Forderung des Helsinki Statements erkennen kann: „Health for All is a major societal goal of governments, and the cornerstone of sustainable development“ (WHO 2013).

Wir sehen daran letzten Endes, dass es starke Einflüsse aus anderen ge-

sellschaftlichen Teilsystemen – hier dem politischen System – geben kann, die zu Veränderungen im Gesundheitssystem beitragen können. Das hängt auch an der teilweise engen Verbindung zwischen dem politischen und dem Gesundheitssystem ab, die sich deswegen ergibt, dass Nationalstaaten schon sehr früh damit begonnen haben, sich für bestimmte gesellschaftliche Belange stärker zu engagieren und sich aus anderen eher herauszuhalten. Diese Interdependenzen zwischen nach ihrem Sinngehalt verschiedenen Systemen sorgen so empirisch konkret für je eigene Lösungen. Je nach nationalstaatlich unterschiedlicher (Gesundheits-)Politik kann es dadurch Variationen in der Ausprägung des jeweiligen Gesundheitssystems geben. Prinzipiell und analytisch macht das keinen Unterschied.

Um verstehen zu können, warum Gesundheitsfragen heute in der modernen Gesellschaft so und nicht anders gehandhabt werden, ist der differenzierungstheoretische Ansatz dennoch zielführend. Denn für die paradigmatische Ausrichtung des Gesundheitssystems an der Medizin haben graduelle Abweichungen keine große Bedeutung. Davon – von dieser paradigmatischen Vor-Formierung – ist nun unser heutiges Gesundheitsverständnis geprägt. Denn wir wachsen in einer spezifischen, uns vorgegebenen institutionellen Konfiguration auf und eignen uns im Verlaufe der Sozialisation genau diese Ordnung und die damit einhergehenden Werte, Normen und Deutungsweisen an. Wir verinnerlichen das äußerlich vorgegebene Bild der Wirklichkeitszuschnitte in den jeweiligen gesellschaftlichen Teilsystemen in genau derjenigen Form, in der wir es vorfinden. Und wir halten es am Ende für unser ganz eigenes Bild der Wirklichkeit. Das ist auch kaum anders möglich, schließlich ist es genau diese Wirklichkeit, in der wir uns bewegen. Die Umwelt, so halten wir an dieser Stelle fest, wird uns stets gesellschaftlich vermittelt. Das beginnt mit der Geburt. Kein Mensch kann, wenn er geboren wird, sich die Welt alleine und selbstständig aneignen. Das heißt, nicht nur die soziale, sondern selbstredend auch die natürliche und materielle Umwelt muss uns vermittelt werden. Sie wird uns portionsweise nahegebracht, gezeigt, erklärt oder einfach durch unser Dabei-Sein bei Vorgängen, die die Erwachsenen unternehmen, entgegengebracht. Selbstverständlich ist dieser Prozess der Vermittlung nicht rein passiv, denn auch Kleinkinder bereits eignen sich ihre Umwelt aktiv an (vgl. Piaget 1975; 2003). In Aktion und Reaktion auf Dinge, Menschen und Geschehnisse im zunächst nahen Umfeld, das begrenzt durch die eingeschränkten Möglichkeiten des Kleinkindes seine direkte Umwelt bildet – zum Beispiel durch Ergreifen von Gegenständen, die sich im erreichbaren Radius befinden –, entwickelt sich langsam Schritt für Schritt ein gesellschaftliches Wesen, ein neues Mitglied derjenigen Gruppe, die die soziale Umwelt bildet. Auf diese Weise setzt sich mit zunehmendem Aktionsradius des Kindes die schrittweise Aneignung der Umwelt fort bis hin zu der symbolisch strukturierten Welt der Deutungen und Bedeutungen. Ge-

sundheit, was sie ist, was sie ausmacht, wie man sie schützt und erhält, all diese Dinge erfahren wir in einem gesellschaftlichen Kontext.

Das neue Deutungsangebot der Gesundheitsförderung, das einer politischen Intention entstammt, muss sich nun in diesem gesellschaftlichen Kontext bewähren, und es kann nur in diesem Kontext gesellschaftliche Anerkennung erlangen. Heute ist dieser Kontext – manche würden sagen – trotz umfangreicher Aktivitäten aufseiten der Gesundheitsförderung immer noch –: medizindominiert; und es ist weder einfach politisch zu entscheiden, dass dies ab sofort nicht mehr so sein sollte – dazu sind die Regeln und Mechanismen, die das Funktionieren dieses Teilsystems gewährleisten zu komplex –, noch ist es rational zu entscheiden – wer sollte diese Entscheidung treffen können? –, welches die „bessere“ Variante ist. Daher gilt für heute unverändert, dass die Wahrnehmungs- und Deutungsweisen in Bezug auf Krankheit und Gesundheit weitgehend medizinisch determiniert sind.

Das ist nun, ohne es an dieser Stelle konkret ausführen zu können, zu jeder historischen Epoche anders gewesen. Gesundheit bedeutete den historischen Gesellschaften jeweils etwas Unterschiedliches, und alle Phänomene rund um Gesundheit wurden deshalb auch unterschiedlich gedeutet (vgl. Labisch 1989; 1992). Eine umfassende Deutung im Sinne eines guten Lebens in der Antike, zu welchem durch die Art der Lebensführung und durch Diät – in einem sehr viel weiteren Sinne als heute – ein gesunder Körper und ein gesunder Geist ebenso gehörten wie ökonomische Unabhängigkeit und politische Betätigung, war durch die christliche Umdeutung einer überweltlichen, göttlich bestimmten Deutung gewichen. Die göttliche Determiniertheit von Gesundheit wiederum wurde im Zuge der Aufklärung, welche dem Menschen selbst die Lenkung seiner Geschicke zur Aufgabe gemacht hatte, durch eine Determiniertheit durch den gestaltenden Zugriff durch den Menschen selbst abgelöst. Bald hatte der Staat sich Gesundheit und deren Überwachung auf die Fahnen geschrieben. Hierfür steht exemplarisch der Begriff der Medizinischen Polizey, der auf Johann Peter Frank (1745–1821) zurückgeht. In seinem neunbändigen Werk hierzu wurde eine umfassende Ausformulierung von Inhalt, Methode und Ziel der staatlichen Bevölkerungsfürsorge vorgenommen (vgl. Toppe 1998). Nach der Pervertierung des Zugriffs des Staates auf Fragen der Gesundheit und Krankheit durch den Nationalsozialismus, dessen Protagonisten Fragen der (sozialen) Hygiene und die Sorge für den Volkskörper mit dem Rassegedanken verbunden und die Bevölkerungspolitik rassistisch medikalisiert hatten, etablierte sich die auf das Individuum zentrierte kurative Medizin vollends, nachdem sie bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine Homogenisierung durchlaufen und dadurch ihre Position gegenüber dem Staat und den zu dieser Zeit sehr bedeutenden Krankenkassen gestärkt hatte (vgl. Huerkamp 1985; Neuhaus 1986; Behaghel 1994; Gottweis et al. 2004).

Es gab also im Zeitverlauf sehr unterschiedliche Wahrnehmungs- und Deutungsweisen in Bezug auf Krankheit und Gesundheit. Und: Es gab unterschiedliche Zuständigkeiten für Fragen und Probleme, die sich in diesem Zusammenhang stellten. Damit ist auch klar, dass es nicht so einfach sein kann, eine Definition für Gesundheit anzugeben, die unabhängig ist von dem gesellschaftlichen Umfeld, in dem darüber kommuniziert und verhandelt wird. Diesen Aspekten und den damit verbundenen Schwierigkeiten wenden wir uns nun im nächsten Kapitel zu.

2.2 Zur Frage nach einer Definition von Gesundheit

Gesundheitsdefinitionen gibt es viele. Den jeweiligen Definitionsanstrengungen liegt in der Regel ein bestimmtes Gesundheitsverständnis beziehungsweise ein jeweils spezifisch eigener Gesundheitsbegriff zugrunde. Diesem Verhältnis von Definition, Verständnis und Begriff gilt unser Augenmerk bei den folgenden Gedanken.

Um es vorweg zu nehmen: Es wird an dieser Stelle den vorhandenen Definitionen keine weitere hinzugefügt. Auch wird man nichts dazu erfahren, welche Definition zu bevorzugen oder gar die „einzig wahre“ sei. Es soll hingegen versucht werden, aufzuzeigen, auf welcher Basis einige dominante Begriffsdefinitionen aufbauen, und was dies bedeutet beziehungsweise wozu es führt, wenn man die eine oder die andere Definition zugrunde legt.

Systematisch trennen lässt sich zunächst sehr leicht ein individueller von einem kollektiven Gesundheitsbegriff. An erster Stelle muss man aber zuvor vielleicht noch sagen, dass es im Kanon der Zugänge zu Gesundheit auch Disziplinen gibt, die im Grunde gar keinen Gesundheitsbegriff expliziert haben. Der prominenteste Fall ist dabei sicherlich die Medizin. Für die medizinische Praxis, die am medizinischen Fallgeschehen orientiert ist, ist der Gesundheitsbegriff zunächst (nur scheinbar) ein individueller: Die moderne Medizin arbeitet schließlich am Einzelfall, sie ist Individualmedizin. Es ist aber nicht ganz unproblematisch im Falle der Medizin von einem Gesundheitsbegriff zu sprechen. Denn streng genommen müsste man sagen, dass es in der Medizin lediglich einen Krankheitsbegriff gibt, und der Gesundheitsbegriff als das Nicht- oder Noch-Nicht-Vorliegen von Krankheit verstanden wird. Gesundheit selbst wird jedoch nicht definiert, weil, wie schon erwähnt, Gesundheit dem Arzt nichts zu tun gibt. Da nur Krankheit instruktiv ist, benötigt die Medizin im Grunde auch gar keinen eigenen Begriff von Gesundheit. Sie benötigt dagegen einen explizierten Krankheitsbegriff. Und so finden wir in der Medizin eben viele Krankheiten, aber nur eine Gesundheit (vgl. Luhmann 1990: 187).

Neuerdings beschäftigt die Bundesärztekammer (BÄK 2011) die Frage

der Gesundheitsdefinition wieder, und sie setzt sich augenscheinlich mit der bekannten WHO-Definition auseinander, indem diese als zu weit und einseitig aufgefasst und als nicht der Logik medizinischer Versorgung entsprechend ablehnt wird. Dem ausschließlichen Versorgungsbezug, der ja am bestehendem Bedarf – ausgelöst durch Krankheit – ansetzt, fehlt indem er besagt, dass Gesundheit ansonsten unerreichbar sei, aber ebenso wie jener der explizierte Gesundheitsbegriff (vgl. hierzu Hafén 2006). Versicherungsrechtlich scheint jedenfalls alles klar zu sein. Gesundheit wird mit dem Nichtvorhandensein von Krankheit gleichgesetzt, wobei Krankheit nach einem Kommentar zum Sozialgesetzbuch V (§27) als ein Zustand verstanden wird, beim dem körperliche oder geistige Regelwidrigkeiten eine ärztliche Behandlung notwendig machen.

Um nun aber zunächst systematisch Unterschiede im Zugang zu einer Definition von Gesundheit zu erfassen, wird an dieser Stelle von einer Als-ob-Annahme ausgegangen. Hätte also die Medizin einen ausformulierten Gesundheitsbegriff, so wäre dieser sicherlich ein individueller. Denn zentral ist in der Medizin die Perspektive auf das kranke Individuum. Erst im Vergleich mit einer abstrakten Größe – der Krankheit X als Sammelbegriff oder Verallgemeinerungsform für die vielen ähnlichen, aber doch immer wieder in Details variierenden Erkrankungserscheinungen von einzelnen Menschen – kommt so etwas wie ein Kollektives ins Spiel. Grundsätzlich gilt aber immer, dass das Fallverstehen, also das Arbeiten am Individuum im Mittelpunkt der Medizin steht. Das war nicht immer so, sondern ist erst in der jüngeren Vergangenheit, etwa seit Mitte des 19. Jahrhunderts entstanden. Die Individualmedizin wie wir sie heute kennen, hat sich nämlich im Zuge der bereits erwähnten Ausdifferenzierung erst herausgebildet, und kann daher als eine relativ moderne Erscheinung bezeichnet werden.

Ebenso ist der Begriff von Gesundheit für die einzelnen Menschen natürlich ebenfalls immer individuell. Wir bestimmen unsere individuelle Gesundheit aus subjektiver Sicht und bezogen auf unsere eigene Gesundheit. Wir erleben Gesundheit als unsere höchst individuelle Angelegenheit. Dass diese individuelle Sichtweise gesellschaftlich in bestimmte Bahnen gelenkt wird, also nicht gänzlich alleine in uns selbst entsteht, haben wir im vorausgegangenen Kapitel bereits beschrieben.

Deshalb darf man sich auch nicht darin täuschen, hier das subjektive Gesundheitsverständnis und -erleben einem vermeintlich objektiven Begriff von Gesundheit gegenüberstellen zu können. Es war ja gerade die Absicht der bisherigen Ausführungen, bei der Frage nach Gesundheit darauf hinzuweisen, dass man bezüglich eines unabhängigen, ergo eines wahren oder objektiven Gesundheitsbegriffs skeptisch sein muss. Stets muss man hier von Kontingenz ausgehen und von einer historischen und gesellschaftlichen Formierung des jeweiligen Gesundheitsverständnisses.