

Macht und Medizin

Beiträge aus der Veranstaltungsreihe
Medical Humanities 2017-2020

Der funktionale Gesundheitsbegriff – Reflexionen zwischen Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung. Ein Essay

Prof Dr. Thomas Abel
Institute of Social and Preventive Medicine, Universität Bern

Seit vielen Jahren treibt mich der unbedarfte Umgang mit Begrifflichkeiten in den verschiedenen Gesundheitsdiskursen um. Dazu gehört aktuell die Bereitschaft, den Begriff «Social Distancing» zu propagieren, wenn eigentlich ein physikalisch-räumlicher Abstand gemeint ist und soziale Nähe und Unterstützung gebraucht wird. Dazu gehört auch, dass von «Herdenimmunität» gesprochen wird, wenn wir von Menschen reden und der Begriff «Bevölkerungsimmunität» ebenso gut passen würde. Könnte es vielleicht sein, dass «das Soziale» in und um die Gesundheit begrifflich nicht oder zu wenig geschützt ist, weil es keine professionelle Autorisierung hat? Ähnlich ist es vielleicht mit dem Begriff «Gesundheit», um den es im Folgenden geht. Auch dieser ist nicht professionell geschützt. Während Krankheiten professionell verbindlich definiert sind (unter anderem über die International Classification of Diseases, ICD), scheint der Begriff «Gesundheit» mehr oder weniger «ungeschützt». Und so wird «Gesundheit», selbst im soziologischen Fachdiskurs, in immer wieder auftauchenden, unsinnigen Verknüpfungen verwendet, nämlich als «Gesundheitsprävention» – als wolle man der Gesundheit (statt der Krankheit) vorbeugen. Diese Begriffe ergeben keinen Sinn – und doch scheint kaum jemand zu widersprechen. Warum eigentlich?

Einleitung

Der folgende Text verbindet Überlegungen aus der Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung und der medizinischen Versorgung. Er betrachtet mögliche Zusammenhänge zwischen alltäglichen Begriffsverwendungen und der Reproduktion von Definitions- und Steuerungsmacht im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Die kurzen Ausführungen möchten potenzielle Inhalts- und Startpunkte für weiterführende Diskussionen aufzeigen. Sie sind als Versatzstücke zur Begründung der folgenden Arbeitsthese gedacht:

Die definitorische Ausrichtung des Gesundheitsbegriffs an der Referenzkategorie «Abwesenheit von Krankheit» führt zu begrifflichen Unsicherheiten und inhaltlichen Inkonsistenzen. Sie schwächt die Versuche zur Etablierung eines funktionalen Gesundheitsbegriffs und trägt zur Reproduktion der Dominanz des (bio)medizinischen Paradigmas im Gesundheitsdiskurs bei.

Krankheit als Referenzkategorie für die Definition von Gesundheit

Ein Meilenstein in den theoretischen Erörterungen zum Gesundheitsbegriff wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1946 gesetzt. In ihrer Satzung definiert die WHO Gesundheit als «einen Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen»⁸⁶. In der Folgezeit hat es die WHO aber versäumt, den Ankerbegriff «Wohlbefinden» hinreichend zu definieren. In Ermangelung einer brauchbaren Definition von Wohlbefinden wurde bei der Operationalisierung dieser Gesundheitsdefinition dann der zweite Teil fokussiert («nicht nur» das Freisein von Krankheit) und entsprechend diesem Fokus wiederum die Krankheit (inklusive Behinderung, Frühsterblichkeit und Risikofaktoren) beziehungsweise deren Abwesenheit gemessen. Diesem Weg folgend, wird beispielsweise in weiten Teilen der Epidemiologie die Abwesenheit von Krankheit bis heute als Mass der Gesundheit eingesetzt. So werden die unklaren Stellen in der Definition der Gesundheit quasi «umschiff», um letztlich doch wieder bei der Messung von Krankheit beziehungsweise deren Abwesenheit zu landen. Neben einer solchen empirischen Regression gibt es zudem auch theoretische Versuche, den Gesundheitsbegriff weiterhin an das Konstrukt von Krankheit zu binden, zum Beispiel, indem postuliert wird, dass «(...) wir keinen Zugang zur Gesundheit und Krankheit haben ausser über die Beobachtung von Symptomen»⁸⁷.

Gesundheit als Anpassungsleistung des Individuums

Im Bemühen um eine Weiterentwicklung des WHO-Gesundheitsbegriffs finden sich in der Literatur verschiedene Arbeiten, die den Versuch unternehmen, Gesundheit nicht als Zustand, sondern als dynamisches Konstrukt zu definieren. Machteld Huber et al. definieren die Gesundheit als «the ability to adapt and to selfmanage in face

86 World Health Organization (1946): Verfassung. www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/14/1402EC7524F81EDAB689B20597E1A-5DE.PDF (Zugriff: 18.06.2021).

87 Hafen, Martin (2007): Mythologie der Gesundheit, Heidelberg, S. 78.

with physical, emotional and social challenges»⁸⁸. Neu ist hier, dass der Mensch quasi als «verantwortlicher Verwalter seiner Gesundheit» ins Zentrum gestellt wird. In konzeptionell verwandten Definitionen wird sodann die Verbindung zum medizinischen Versorgungssystem explizit hergestellt. «To be healthy a human individual must be able to satisfy the demands of life. (...) Healthcare has the purpose to empower each individual to fully realize optimal health.»⁸⁹

Definitionen von Gesundheit als Anpassungsleistung des Individuums finden sich auch im Paradigma der Gesundheitsförderung:

«Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äusseren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.»⁹⁰

Anders als die meisten vorherigen verbleibt die Definition von Klaus Hurrelmann im Paradigma von «Wohlbefinden und Lebensfreude» und kommt ohne die Referenz zu «Krankheit und medizinischer Versorgung» aus. Ähnlich wie andere Definitionen aus dem Feld der Gesundheitsförderung betont sie stattdessen stärker die gesellschaftlichen Bedingungen der Gesundheit. Dass es in der Förderung der Gesundheit nicht primär um medizinische Versorgung geht, sondern vorrangig um entsprechend gestaltete soziale Bedingungen, wird auch in der folgenden Definition der Gesundheitsförderung als gesellschaftliches Handlungsfeld deutlich: «Health promotion is (...) the collective endeavor to systematically shape social systems in a way that they facilitate the production and maintenance of health in whole populations.»⁹¹

Den letztgenannten Definitionen von Gesundheit und Gesundheitsförderung unterliegt ein Verständnis von Gesundheit als etwas, das *im* Menschen, *mit* dem Menschen und *durch* den Menschen und seiner Auseinandersetzung mit seinen Lebensbedingungen entsteht. Sie kommen zudem ohne die Referenzkategorie der Krankheit oder Symptome aus. Letzteres ermöglicht es, theoretisch und

empirisch andere als die vom medizinischen Paradigma vorgedachten Themen (etwa die Ursachen von Krankheit) und Methoden (etwa die Suche nach eindeutigen Kausalitäten) anzugehen.⁹²

Welche sozialen oder kulturellen Faktoren und Prozesse fördern die Lebensfreude, das Wohlbefinden und Wohlergehen des Individuums und ganzer Gemeinschaften und Gesellschaften? Dies wird so zu einer zentralen Frage der Gesundheitsforschung. Die entsprechenden Antworten haben das Potenzial, zu einer neuen Definition von Gesundheit und zu einer Operationalisierung beizutragen, die ohne den «stammwurzeltartigen Referenzpunkt» Krankheit auskommt und ihren Fokus auf positive, kreative, aufbauende Elemente des menschlichen (Er-)Lebens legt.

Entweder krank oder gesund? Oder doch beides und dies dann mehr oder weniger?

Angelegt in einer vermeintlichen Binarität von Gesundheit und Krankheit und unter den Praxiszwängen der medizinischen Behandlungs- und Abrechnungssysteme (zum Beispiel: Ab welchem Krankheitsschweregrad kann ein bestimmtes Medikament eingesetzt und abgerechnet werden?), wird auch in der Forschung zu Gesundheit und Krankheit häufig mit dichotomisierten Messgrößen gearbeitet. Die Unzulänglichkeiten dieser dichotomen Denkweise wurden schon früh als unzulänglich erkannt.⁹³ Auch die Vorstellung, dass Gesundheit und Krankheit sich quasi gegenseitig ausschliessen, wurde schon in der Theorie der Salutogenese verworfen.⁹⁴ In deren Perspektive wird Gesundheit als dynamischer Prozess beschrieben, und der Gesundheitszustand kann jeden beliebigen Punkt auf einem Kontinuum zwischen perfektem Wohlbefinden und dem Tod einnehmen.

Dem Grundgedanken von Gesundheit als Kontinuum folgt auch Corey L. M. Keyes.⁹⁵ Zudem schlagen er und seine Kolleginnen und Kollegen vor, sowohl Gesundheit als auch Krankheit als Kontinuum zu verstehen, und kommen so zu einem Modell der zwei Kontinua. Empirische

88 Huber, Machteld et al. (2011): How should we define health?, in: British Medical Journal 343, d4163. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>

89 Bircher, Johannes (2020): Meikirch model: new definition of health as hypothesis to fundamentally improve healthcare delivery, in: Integrated Healthcare Journal 2, e000046. DOI: <https://doi.org/10.1136/ihj-2020-000046>

90 Hurrelmann, Klaus (2000): Gesundheitssoziologie, Weinheim.

91 Abel, Thomas und David V. McQueen (2013): Current and future theoretical foundations for NCDs and health promotion, in: McQueen, David V. (Hg): Global Handbook on Non-communicable Diseases and Health Promotion. Springer, New York, S. 21–35.

92 Abel, Thomas und David V. McQueen (2013): Current and future theoretical foundations for NCDs and health promotion, in: McQueen, David V. (Hg): Global Handbook on Non-communicable Diseases and Health Promotion. Springer, New York, S. 21–35.

93 Engel, George L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, in: Science 196/4286, S. 129–136.

94 Antonovsky, Aaron (1979): Health, stress, and coping. Jossey-Bass, San Francisco CA.; Antonovsky, Aaron (1987): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey-Bass, San Francisco CA.

95 Keyes, Corey L. M. (2005): Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health, in: Journal of Consulting and Clinical Psychology 73,3, S. 539–548.

Erfolge bestätigen die Brauchbarkeit dieses Ansatzes, der statt von *einer* (wie in der Salutogenese) von *zwei* im Kern unterscheidbaren Dimensionen ausgeht.⁹⁶

Bis heute ist es aber nicht gelungen, ein inhaltlich plausibles «Gleichgewicht» der Begriffe «Krankheit» und «Gesundheit» umzusetzen – weder in der Forschung noch in der Politik oder in der Public-Health-Praxis. Wer profitiert davon, dass der Gesundheitsbegriff keine hinreichende Eigenständigkeit besitzt und bis heute Krankheit beziehungsweise deren Abwesenheit als Referenzgrösse zum Einsatz kommt? Mit dieser Frage schliessen meine Überlegung direkt an das Unterthema der Tagung «Macht und Ohnmacht – hin zu einem Gleichgewicht?» an.

Die eingangs präsentierte Arbeitsthese impliziert einen Zusammenhang von (Un-)Gleichgewicht in der Machtverteilung und in der (mangelnden) Stärke der Definitionen von Gesundheit und Krankheit. Gäbe es ein «Gleichgewicht» der Begriffe «Krankheit» und «Gesundheit» in Forschung, Praxis und Politik, dann wäre auch die Machtverteilung zwischen den gesundheitsrelevanten Disziplinen eine andere. In anderen Worten: Solange der Gesundheitsbegriff schwach definiert bleibt, so lange bietet sich die Medizin als Leitwissenschaft an, wenn auch nur indirekt über ihre Expertise zur Krankheit und deren Bekämpfung.

Zur Ohnmacht des Gesundheitsbegriffs

Die eingangs offerierte Arbeitsthese impliziert: Dort, wo eine starke Definition herrscht, ist Macht – dort, wo eine solche fehlt, hält sich die Ohnmacht. Max Webers Definition von Macht kann hier hilfreich sein: Er definiert Macht als die «Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen»⁹⁷. «(...) Macht bezeichnet die Fähigkeit einer Person oder Gruppe, auf das Denken und Verhalten einzelner Personen, sozialer Gruppen oder Bevölkerungsteile so einzuwirken, dass diese sich ihren Ansichten oder Wünschen unterordnen und entsprechend verhalten.»⁹⁸

In einer Anwendung dieser Definition auf die Interessenskonflikte in und um die Gesundheit erscheint es hilfreich, zwischen zwei Formen der Macht zu unterscheiden: erstens der Macht in der Definition dessen, was von

vorrangiger Wichtigkeit ist; und zweitens der Macht, die entsprechenden Prozesse zu steuern. Definitionsmacht bezeichnet Einflussnahme auf Konstruktionen von sozialer, gesellschaftlicher und kultureller Wirklichkeit über die Sprache. Im Kontext der Gesundheitsforschung könnte man die Behauptung, dass Gesundheit mittels Kennzahlen zur Abwesenheit von Mortalität und Morbidität zu messen sei, als eine Durchsetzung der Definitionsmacht verstehen. Im Zuge dieser Durchsetzung werden die Versuche einer positiven Definition von Gesundheit häufig ignoriert beziehungsweise unterlaufen. Ein Beispiel dafür ist die Ausrichtung führender Public-Health-Fachzeitschriften auf Krankheit und Risikofaktoren, gemäss der keine Beiträge zu positiv definierten *health outcomes* publiziert werden.⁹⁹

Mit der Macht, den Gegenstand zu definieren, ist die Steuerungsmacht verbunden. Dies zeigt sich in praktisch allen Bereichen, in denen die Gesellschaft sich mit der Gesundheit ihrer Mitglieder befasst, mitunter in der ärztlichen Praxis (Welche weiteren Diagnosen und Behandlungen sind einzuleiten?), in der Forschung (Mittelverteilung nach Fokus Krankheit oder Gesundheit?), in der Politik (Welche Interventionen werden bezahlt?). Die fortlaufende Reproduktion der Definitionsmacht und Steuerungsmacht der Medizin im Gesundheitsdiskurs zeigt sich also aufs Engste verbunden mit einer definitorischen Fokussierung auf Krankheit – und ihre Bekämpfung als das handlungsbestimmende Thema, als die vorrangige gesellschaftliche Aufgabe. Dagegen erscheint Gesundheit, schwach und kontrovers definiert, als Leitparadigma ungeeignet; ihr fehlt die Definitions- und Steuerungsmacht in den fachpolitischen und den breiteren gesellschaftlichen Diskursen.

Fazit und Ausblick

Die einleitende Arbeitsthese für diese kurze Reflexion zum aktuellen Gesundheitsbegriff lautete:

Die definitorische Ausrichtung des Gesundheitsbegriffs an der Referenzkategorie «Abwesenheit von Krankheit» führt zu begrifflichen Unsicherheiten und inhaltlichen Inkonsistenzen. Sie schwächt die Versuche zur Etablierung eines funktionalen Gesundheitsbegriffs und trägt zur Reproduktion der Dominanz des (bio)medizinischen Paradigmas im Gesundheitsdiskurs bei.

96 Westerhof, Gerben J. und Corey L. M. Keyes (2010): Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan, in: Journal of Adult Development 17, S. 110–119. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>

97 Weber, Max (1921/1980): Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie (1. Halbband), Tübingen, S. 28.

98 Definition von Macht auf der deutschen Seite von Wikipedia: <https://de.wikipedia.org/wiki/Macht>

99 Für weitere typische Vorgehensweisen siehe Engel, George L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, in: Science 196/4286, S. 129–136.

Die These fokussiert ein grundlegendes Merkmal der Gesundheitsdefinition – ihre «Unselbstständigkeit» – und diagnostiziert in der Setzung von Krankheit als quasi Referenzkategorie eine Schwäche mit weitreichenden Konsequenzen. Insbesondere für die sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung liegen die Konsequenzen im Druck, medizinisch definierte Konzepte und Methoden zu übernehmen oder zumindest zu berücksichtigen, um Förder- und Publikationsoptionen zu erhalten. Darunter finden sich zum Beispiel individuenbasierte Längsschnittdaten oder auf kausale Zusammenhänge reduzierte Forschungsmodelle. Ein schwacher Gesundheitsbegriff ist in einem solchen System durchaus «funktional», dies jedoch nur im Sinne der Reproduktion der Machtverteilungen in der Definition von «gesund» und «krank» und der daraus ableitenden Steuerungsmacht in der Forschung, in der Versorgungs- und Angebotspraxis sowie in der Politik.

Ein starker Gesundheitsbegriff wäre hingegen eine hilfreiche Voraussetzung für mehr Erkenntnisse zum Wohlergehen, der Lebensqualität und den Verwirklichungschancen der Menschen. Er wäre ebenfalls wertvoll, zukünftig auch die Verantwortlichkeiten in Wissenschaft und Praxis zielführender zu verteilen. Gesundheit ist ein in sich multidisziplinäres und interparadigmatisches Unterfangen, denn die Determinanten der Gesundheit sind primär die sozialen Lebensbedingungen.

So sollte das Expertenwissen dazu also aus den relevanten Gesellschaftswissenschaften gezogen werden. Die Sozialwissenschaften könnten sich auf der Basis einer neuen Definition ihrer Verantwortung mehr bewusst werden: Wenn es um Gesundheit geht, brauchen wir primär soziale Erklärungen und Lösungen, wie zum Beispiel das Thema «soziale Vereinsamung» in Zeiten der Covid-19-Pandemie aufzeigt. Ziel sollte es also sein, einen starken und positiven Gesundheitsbegriff zu entwickeln. Dieser soll für die Sozialwissenschaften handlungsleitend installiert werden, um auf die absehbar wachsenden gesellschaftlichen Probleme besser reagieren zu können.

Von grundlegender Bedeutung scheint mir zu sein, dass die Sozialwissenschaften erkennen, dass ihre Beiträge für eine zukunftsweisende Definition von Gesundheit essenziell sind.