

SYSTEMISCHE THERAPIE/MEDIZIN

Martin Hafen
**Mythologie der
Gesundheit**

*Zur Integration von
Salutogenese und
Pathogenese*

Systemische Forschung im Carl-Auer Verlag



Verlag für Systemische Forschung
im Carl-Auer Verlag



Martin Hafen

Mythologie der Gesundheit

Zur Integration von Salutogenese
und Pathogenese

Mit einem Vorwort von Jost Bauch

Dritte Auflage 2014

Der Verlag für Systemische Forschung im Internet:
www.systemische-forschung.de

Carl-Auer im Internet: www.carl-auer.de
Bitte fordern Sie unser Gesamtverzeichnis an:

Carl-Auer Verlag
Vangerowstr. 14
69115 Heidelberg

Über alle Rechte der deutschen Ausgabe verfügt
der Verlag für Systemische Forschung
im Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg
Fotomechanische Wiedergabe nur mit Genehmigung des Verlages
Reihengestaltung nach Entwürfen von Uwe Göbel & Jan Riemer
Printed in Germany 2014

Dritte Auflage, 2014
ISBN 978-3-89670-380-4
© 2007, 2014 Carl-Auer-Systeme, Heidelberg

Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Verantwortung für Inhalt und Orthografie liegt beim Autor.
Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung und Verbreitung sowie der
Übersetzung vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotoko-
pie, Mikrofilme oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlags
reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet werden.

Für Franziska

Inhalt

I. Vorwort	3
II. Persönliche Vorbemerkungen.....	9
1. Einleitung.....	11
2. Konzepte von Gesundheit und Krankheit	15
2.1 DIE GESUNDHEITSLAHREN VON DER ANTIKE BIS ZUR RENAISSANCE.....	15
2.2 DAS GESUNDHEITSVERSTÄNDNIS DER AUFKLÄRUNG.....	16
2.3 GESUNDHEIT UND KRANKHEIT ALS GESELLSCHAFTLICHE KONSTRUKTE	17
2.4 UMFASSENDE GESUNDHEITSKONZEPTE DER NEUZEIT.....	19
2.5 ETYMOLOGISCHE WURZELN DER BEGRIFFE RUND UM ,GESUNDHEIT' UND ,KRANKHEIT'	23
2.6 AKTUELLE DEFINITIONEN MIT EINEM UMFASSENDEN VERSTÄNDNIS VON GESUNDHEIT	24
3. Die Beobachtung von Gesundheit und Krankheit – systemtheoretisch	29
3.1 BEOBACHTUNG VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT ALS KONSTRUKTION VON WIRKLICHKEIT.....	30
3.2 DIE BEOBACHTUNG VON KRANKHEIT UND GESUNDHEIT ANHAND VON SYMPTOMEN	32
3.3 KRANKHEIT UND GESUNDHEIT ALS KONTINUUM.....	37
3.4 PSYCHISCHE UND SOZIALE BEOBACHTUNG VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT	42
3.5 DIE GENESE UND BEEINFLUSSUNG VON KRANKHEIT UND GESUNDHEIT – PATHOGENESE UND SALUTOGENESE	51
3.6 STRESSOREN UND RESSOURCEN VS. RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN	59
3.7 DIE SYSTEMREFERENZ VON GESUNDHEIT/KRANKHEIT, SYMPTOMEN, RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN.....	70

3.8 VERSUCHE ZUR BEEINFLUSSUNG DES KONTINUUMS VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT: BEHANDLUNG, PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG.....	73
3.9 EINE (RE-)DEFINIERUNG VON ‚GESUNDHEIT‘	78
4. Salutogenese und Pathogenese im Gesundheitssystem.....	83
4.1 VON DER REDUKTION ZUM AUSBAU VON KOMPLEXITÄT – DIE GRENZE ZWISCHEN WÜNSCHBAREM UND MACHBAREM	86
4.2 VON DER BEHANDLUNG ZUR PRÄVENTION – EINE AUFGABE FÜR DIE GESUNDHEITSPOLITIK	89
4.3 VON DER EXPERTENTÄTIGKEIT ZUM LAIENTUM – PARTIZIPATION UND AUTONOMISIERUNG ALS GRUNDLEGENDE STRATEGIEN.....	93
4.4 VOM INDIVIDUUM ZUM SOZIALSYSTEM – DIE STEIGENDE BEDEUTUNG DES SETTING-ANSATZES.....	95
4.5 VOM MEDIZINSYSTEM ZU EINEM UMFASSENDEM GESUNDHEITSSYSTEM.....	99
5. Zusammenfassung	111
6. Literatur	115

I. Vorwort

Martin Hafen hat mit ‚Mythologie der Gesundheit‘ eine besondere Abhandlung geschrieben. Veröffentlichungen zum Thema ‚Gesundheit‘ gibt es eigentlich genug, doch diese zeichnet sich dadurch aus, dass sie sich des Themas aus einer ganz spezifischen Perspektive nähert: Gesundheit wird aus systemtheoretischer Sicht betrachtet und beobachtet. Das ist ungewöhnlich und man fragt nach dem Nutzen, dem Vorteil dieser eigentümlichen Perspektive. Ich darf drei ‚Vorteile‘ der Erörterung von Gesundheit aus systemtheoretischer Sicht nennen:

- die Erweiterung der systemtheoretischen Analyse auf den Gegenstandsbereich ‚Gesundheit‘ und ‚Gesundheitswesen‘
- die Einführung einer konsequent konstruktivistischen Perspektive bei der Betrachtung von Krankheit und Gesundheit
- die ‚Entmythologisierung‘ des Gesundheitsbegriffs insbesondere in der Selbstbeschreibung der Akteure des Gesundheitswesens durch einen differenztheoretischen Standpunkt.

Im Anschluss an das Werk Niklas Luhmanns wird u.a. durch die Arbeiten von Martin Hafen der Gesundheitsbereich in systemtheoretischer Sicht mit erschlossen. Luhmann hat sich mit fast allen großen gesellschaftlichen Funktionssystemen ausführlich in großen Monographien befasst. Für das Gesundheitswesen liegen dagegen nur drei kleinere Aufsätze vor, so dass es Aufgabe der Nachgeborenen ist, eine Gesamtbetrachtung des Gesundheitswesens aus systemtheoretischer Sicht zu leisten. Hafens Ausführungen zum Gesundheitsbegriff leisten dazu einen nicht unwesentlichen Beitrag. Insofern wird die soziologische Tradition der systemtheoretischen Beschreibung der großen sozialen Funktionssysteme fortgesetzt.

Neben dieser wissenschaftsimmanenten Bedeutung liegt der Vorzug der systemtheoretischen Betrachtung in einer konsequent konstruktivistischen Perspektive. Krankheit und Gesundheit sind Konstrukte, da sie uns nur als beobachtete und damit bezeichnete Phänomene zur Disposition stehen; die Beobachterperspektive lässt sich nicht überspringen. In der Medizin wird dagegen oft ein vorkantischer Standpunkt eingenommen. Es herrscht ein latenter Objektivismus, Krankheiten werden wie ‚Dinge‘ aufgefasst, die man in der Medizin ikonisch abbilden kann. Natürlich lässt sich die reale Existenz von Krankheiten nicht bestreiten; sie verschaffen sich Ausdruck im Schmerz oder im Unwohlsein, sie kommunizieren an einer Stelle, nämlich zwischen Körper und Bewusstsein, wo, so Luhmann, eigentlich

keine Kommunikation möglich ist. Die Krankheit wird für uns erst dann zur Krankheit, wenn sie als Befund – entweder vom Laien oder vom Medizinsystem – kommunikativ eingeführt wird. Das Gesundheitswesen operiert mit Befunden, sie sind die kommunikativ zubereitete Form der Krankheit. Befunde sind abhängig von der Beobachterperspektive, und diese ist kulturell überformt und im Zeitlauf veränderlich. So erlaubt gerade die systemtheoretisch-konstruktivistische Sicht, der man oft und fälschlicherweise A-Historizität vorwirft, eine genetische Betrachtung der Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen. Damit werden diese Begriffe auch erst zu einem Thema der Soziologie, die ja Kommunikationsformen immer in einen historisch und kulturell variablen gesellschaftlichen Zusammenhang stellt. Nicht umsonst liefert uns Hafan auch hier eine kurze Geschichte des Gesundheitsbegriffs.

Ein weiterer erheblicher Vorteil der Systemtheorie liegt in ihrer differenztheoretischen Fundierung. Wo beobachtet und bezeichnet wird (also in Systemen), muss unterschieden werden. Alles kann zum Thema der Systemtheorie werden, man muss nur angeben, von welcher Systemreferenz man ausgeht, was von einem bestimmten System aus gesehen Umwelt ist. Damit ein System erkennt, wann es ‚zuständig‘ ist und wann nicht, orientiert es sich an einer Leitdifferenz oder Codierung, die es erlaubt, Zuständigkeiten zu markieren und sich von dem zu distanzieren, „was sonst noch in der Welt geschieht“ (Luhmann). Diese Codierungen sind immer zweiwertig und bringen alle Unterscheidungsarbeit des Systems auf die eine wesentliche Entscheidung zurück: Zuständig/Nicht Zuständig, tertium non datur. Die eine Seite der Unterscheidung, die die Anschlussfähigkeit der Operationen des jeweiligen Systems sicherstellt, verweist dabei auf die andere Seite der Unterscheidung, die die Kontingenzenreflektion reguliert. Der Kontingenzwert stellt den genauen Gegenwert zum Anschlusswert dar. Man kann sich nur eine Vorstellung von Recht machen, wenn man eine Vorstellung von Unrecht hat; die Bestimmung von Wahrheit im Wissenschaftssystem verweist immer auf Unwahrheit, die Bestimmung von Recht immer auf Unrecht.

Wenn wir wie Luhmann für das Gesundheits- oder Medizinsystem die Codierung krank/gesund zu Grunde legen, so kann man sich nur eine Vorstellung von Gesundheit machen, wenn man eine Vorstellung von Krankheit hat und vice versa. Eine Vorstellung von Gesundheit ohne Mitdenken von Krankheit ist nicht zu haben. Dieses Mitdenken des Gegenwerts wird im Falle von ‚Krankheit/Gesundheit‘ dadurch erschwert, dass Gesundheit eigentlich nur ex negativo, als Fehlen von Krankheit, definiert werden kann. Die Gesundheit ist verborgen (Gadamer), die Organe schweigen. Gesund ist man, wenn man die vielen Krankheiten, die es

gibt, nicht hat. Kein Wunder also, dass sich das Gesundheitssystem (besser Krankheitssystem) vornehmlich mit Krankheiten befasst und nicht mit Gesundheit. Alle Versuche, Gesundheit ohne pathologische Assoziationen zu definieren, sind bisher gescheitert.

So attackiert Martin Hafen völlig zu Recht die vermeintliche ‚salutogenetische Wende‘ in der Gesundheitsförderung, die unmittelbar Gesundheit fördern und nicht Krankheiten reprimieren will. Es stellt sich heraus, dass man ohne einen pathogenetischen Seitenblick Gesundheit nicht fördern kann. Die Grenze zwischen pathogenetischer Primärprävention und salutogenetischer Gesundheitsförderung verschwimmt; auch die allgemeinste Förderung von Gesundheit will vor bestimmten Risikofaktoren schützen, und man kann die Gesundheit nur fördern, indem man vor Risikokonstellationen schützt. Gesundheit ist ohne pathogenetischen Bezug nicht bestimmbar. Hier zeigt sich: „Nur Krankheiten sind für den Arzt instruktiv, nur mit Krankheiten kann er etwas anfangen. Die Gesundheit gibt nichts zu tun, sie reflektiert allenfalls das, was fehlt, wenn jemand krank ist. Entsprechend gibt es viele Krankheiten und nur eine Gesundheit“ (N.Luhmann).

So konstatiert Luhmann im Gesundheitswesen auch eine „perverse“ Vertauschung der Werte: Den Anschlusswert stellt Krankheit, nicht Gesundheit dar; es gibt eine „Gegenläufigkeit von Codierung und Teleologie“. Das Ziel liegt nicht wie bei anderen Funktionssystemen auf der Seite des Anschlusswertes, sondern auf der Seite des Reflexionswertes. Hafens Ausführungen zeigen in diesem Zusammenhang, dass es dem Konzept der Salutogenese nicht gelungen ist, diese Vertauschung aufzuheben. Gesundheit bleibt ohne pathogenetischen Bezug wenig informativ.

Bei der ‚Krankheitslastigkeit‘ der Codierung ‚krank/gesund‘ stellt sich mithin die Frage, wie Prävention und Gesundheitsförderung als Teil eines Gesundheitssystems zu denken sind. Man kann sich einmal helfen, indem man sich in die Annahme von Mehrfachcodierungen flüchtet. Ich selbst habe in meiner Abhandlung ‚Gesundheit als sozialer Code‘ einen solchen ‚Fluchtversuch‘ unternommen, indem ich für das Kernsystem der Krankenbehandlung konservativ den Luhmannschen Codierungsvorschlag ‚krank/gesund‘ beibehalten habe. Gleichzeitig habe ich das ‚System der Krankenbehandlung‘ als Subsystem eines größeren Gesundheitssystems heruntergestuft, das sich über eine Codierung ‚lebensförderlich/lebenshinderlich‘ oder ‚gesundheitsförderlich/gesundheitshinderlich‘ kurzschließt. Dabei handelt man sich zwei Probleme ein: Zum einen wird die Codierung so ausufernd und abstrakt, dass die Differenzmarkierung verschwimmt. Auch Nahrungsaufnahme und regelmäßiges Trinken sind gesundheitsförderlich, ohne dass diese Alltagsverrichtungen unbedingt als Operationen des Gesundheitswesens auszuweisen sind. Zum anderen haben wir es dann mit der eigentümli-

chen Situation zu tun, dass innerhalb eines Systems zwei Codierungen – die sich teilweise widersprechen – gültig sein sollen. Es wäre zu klären, ob und wie so etwas möglich ist.

Eine andere Möglichkeit, Kuration und Prävention als Operationen des Gesundheitswesens zu denken, besteht darin, die Prävention auf der Krankheitsseite der Codierung ‚krank/gesund‘ zu verorten. Weil Prävention nie ohne pathogenetische Orientierung möglich ist, kann man die Prävention der Krankheitsseite der Codierung ‚krank/gesund‘ zurechnen. Das System reagiert dann entweder mit Behandlung im Krankheitsfall oder mit Prävention im Gefährdungsfall. Das ist ohne Zweifel eine elegante Lösung des Problems, wie Behandlung, Kuration auf der einen und Prävention und Gesundheitsförderung auf der anderen Seite zusammengebracht und als Operation eines Systems dargestellt werden können, das sich über die Codierung ‚krank/gesund‘ kurzschließt. Als Problem sehe ich nur, dass die Gesundheitsseite der Codierung völlig entleert wird, Gesundheit, wo es für das System nichts zu tun gibt, gibt es mit dieser Variante nicht mehr.

Hafens Lösungsvorschlag liegt in einer Doppelcodierung des Gesundheitswesens von ‚krank/gesund‘ und ‚Behandlung/Prävention‘. „Das Gesundheitssystem reproduziert sich über Diagnosen (Befunde) von Krankheiten und krankheitsrelevanten Einflussfaktoren – Diagnosen, die darauf ausgerichtet sind, behandelnde und präventive Maßnahmen zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit einzuleiten.“ (S.101) Auf der Krankheitsseite liegen Befunde von manifesten Krankheitssymptomen, auf der Gesundheitsseite Befunde von krankheitsrelevanten Einflussfaktoren, die durch Prävention bearbeitet werden sollen. Das bedeutet, dass auch die Gesundheitsseite nunmehr für das Gesundheitssystem instruktiv wird; auch bei Gesundheit gibt es für das System etwas zu tun: pro futuro die Auftrittswahrscheinlichkeit von Krankheiten zu minimieren. Auch bei diesem Codierungsvorschlag steigen die Inklusionserwartungen an das System enorm. Das System neigt wie kein anderes zur Aufgabensumation und zwingt die Politik, von Außen steuernd einzugreifen. Bereits auf der der Programmebene vorgelagerten Codierungsebene lassen sich somit die aktuellen Probleme der Gesundheitspolitik ansatzweise ableiten und erklären.

Welche Codierungsvariante sich in der wissenschaftsinternen Diskussion letztlich durchsetzen wird, bleibt vorläufig offen. Die Beschäftigung der Systemtheorie mit dem Gesundheitswesen ist noch jung und so gibt es noch eine Vielzahl von ungeklärten Fragen, die auf Beantwortung warten:

- Hat das Gesundheitssystem ein eigenes Kommunikationsmedium?
- Wie sehen die Besonderheiten der strukturellen Kopplung mit anderen Funktionssystemen aus?
- Kann das Gesundheitswesen als „Ausputzer-System“ für die Folgen funktionaler Differenzierung angesehen werden?
- Wie kann die gesamtgesellschaftliche Resonanz des Gesundheitswesens systemtheoretisch erklärt werden?

Das alles sind Fragen, die auf weitere Bearbeitung warten. Martin Hafen hat mit seiner Betrachtung des Gesundheitsbegriffs einen weiteren Beitrag zur systemtheoretischen Interpretation des Funktionssystems „Gesundheitswesen“ geleistet. Wir stehen erst am Anfang der Diskussion und wir müssen uns, wie Peter Fuchs anmerkte, auf Überraschungen einstellen.

Jost Bauch

II. Persönliche Vorbemerkungen

Im Rahmen meiner Forschungen zur Prävention (Hafen 2005) wurde ich zwangsläufig immer wieder mit dem Gesundheitsbegriff resp. den vielen unterschiedlichen Definitionen von Gesundheit konfrontiert, die in der Fachliteratur kursieren. Diese Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsbegriff ergab sich insbesondere im Kontext meiner Bemühungen, die Prävention von anderen Disziplinen abzugrenzen – etwa von der Behandlung, aber auch von der Gesundheitsförderung, der Präventivmedizin, der Wellness und anderen Disziplinen im Bereich der Gesundheitsfürsorge. Je mehr ich die zentrale Bedeutung des Gesundheitsbegriffs für die professionelle Arbeit von Prävention und Gesundheitsförderung erkannte, desto störender erschienen mir die bestehenden Gesundheitsdefinitionen in ihrer Vielfalt und bisweilen auch ihrer Widersprüchlichkeit. Zudem fiel mir die grosse Bedeutung auf, die dem Gesundheitsbegriff und seinen verschiedenen Auslegungen bei den immer von neuem geführten Abgrenzungsdiskussionen zwischen den einzelnen Disziplinen zugemessen wird – sei es zwischen Prävention und Gesundheitsförderung, sei es zwischen der Gesundheitsförderung und der so genannten ‚Schulmedizin‘ – und welche Bedeutung der Unterscheidung von *Pathogenese* und *Salutogenese* dabei zukommt. Diese Erfahrungen motivierten mich, eine grundsätzliche Auseinandersetzung mit den Begriffen ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ zu wagen und mich auf der Basis meiner These, dass sich Prävention und Gesundheitsförderung weder in formaler, noch in funktionaler oder methodischer Sicht in irgend einer Weise unterscheiden (Hafen 2004), mit der Frage zu beschäftigen, ob es zwischen pathogenetischen und salutogenetischen Ansätzen wirklich so grosse Unterschiede gibt, wie immer postuliert wird.¹ Wenn der Prävention, zu Unrecht und empirisch nicht haltbar, vorgeworfen wird, sie sei nicht gesundheitsförderlich tätig, und wenn der pathogenetische Zugang der Gesundheitsförderung standhaft verneint wird, obwohl sie es immer wieder mit der Beseitigung von pathogenen Faktoren wie Stress, mangelnder Bewegung oder unzureichender Ernährung zu tun hat – wie steht es denn mit dem Unterschied zwischen der (salutogenetisch ausgerichteten) Gesundheitsförderung und der (pathogenetisch ausgerichteten) Medizin?

¹ Immerhin gibt es auch Autoren, die diese postulierte Differenz von Salutogenese und Pathogenese grundsätzlich in Frage stellen: Vgl. etwa die Aufsätze in Margraf et al. (1998), die sich im Übrigen sehr darum bemühen, die empirische Fundierung des Salutogenese-Konzepts weiter zu verbessern.

Um es gleich vorweg zu nehmen: Diese Arbeit hat in keiner Weise zum Ziel, die Gesundheitsförderung mit ihrem Konzept der Salutogenese nach Antonovsky, mit ihren methodischen Beiträgen und mit ihrer politisch-strategischen Ausrichtung zu diskreditieren. Wie gross der Einfluss der Gesundheitsförderung auf das gesellschaftliche Bestreben um die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit ist, das ist seit vielen Jahren deutlich erkennbar und wird im Laufe der Lektüre immer wieder zu erkennen sein. Es geht hier nicht um Destruktion, sondern um eine *Dekonstruktion*, d.h. um ein In-Frage-Stellen bis dahin kaum hinterfragter Begriffe. Und es geht um die Rekonstruktion einer Begrifflichkeit, die erkenntnistheoretischen Ansprüchen in grösserem Mass genügt als bisher und die damit eine präzisere Grundlage für die dringend benötigten empirischen Forschungsarbeiten rund um die Fragen ‚Was macht uns krank?‘ und ‚Was hält uns gesund?‘ liefert. Weniger ein Ziel dieser Arbeit als eine Begleiterscheinung ist ihre integrative Ausrichtung: Durch die Dekonstruktion von Begriffen werden Differenzen reduziert – etwa die Differenzen von Prävention und Gesundheitsförderung, von Pathogenese und Salutogenese und sogar von Krankheit und Gesundheit. Diese integrative Leistung wird nicht nur freudig aufgenommen werden – das zeigen meine Erfahrungen mit meinen Texten zur Differenz(-losigkeit) von Prävention und Gesundheitsförderung. Mit den Differenzen gehen Identitäten verloren und damit die Möglichkeit zu identitätsstiftenden Abgrenzungskämpfen. Wer sich nicht mehr von anderen abgrenzen kann, sondern sich im anderen erkennt, muss sich mit dem andern differenzierter beschäftigen – und letztlich auch mit sich selbst, denn die Kritik an der Gegenseite wird mit zunehmender Differenzlosigkeit auch vermehrt zu einer Selbstkritik. Ich bin überzeugt, dass eine solche Annäherung und die damit verbundene Auseinandersetzung die Qualität im Gesundheitssystem genau so positiv beeinflussen wird wie die zunehmende Beschäftigung mit komplexen Theorien, die auch im weiten Feld der Gesundheitsberufe festzustellen ist. Dieses Buch soll einen kleinen Beitrag zu dieser Entwicklung leisten – obwohl es keine Rezepte für den Alltag, keinen neuen Methoden und auch keine empirischen Forschungsmethoden zu bieten hat, sondern lediglich eine Anregung zu Distanznahme, zu Kontingenzbewusstsein und damit zur Aufgabe von einigen scheinbaren und trotzdem lieb gewonnenen Sicherheiten.

1. Einleitung

Gesundheit steht seit jeher ganz oben in der gesellschaftlichen Wertehierarchie, und sie ist auch eines der zentralen Themen unserer Zeit. Wir werden überflutet mit Berichten und Reportagen über Vorfälle und Verhaltensweisen, welche die Gesundheit gefährden, und auch die Menge der Ratschläge, wie wir unsere Gesundheit fördern könnten, ist nicht mehr überblickbar. Die Gründe für die Prominenz der Gesundheitsthematik sind vielfältig. Sicher sind ökonomische Faktoren für die andauernde massenmediale Thematisierung mitverantwortlich. So sorgen die stetig steigenden Gesundheitskosten dafür, dass die Thema ‚öffentliche Gesundheit‘ auf den politischen Agenden ganz oben steht, und die Summen, die für die Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung der Gesundheit ausgegeben werden, machen sie zu einem bedeutenden Wirtschaftsfaktor. Dabei verlaufen die Systemlogiken von Politik und Wirtschaft zumindest teilweise gegenläufig: Während die gesundheitsrelevanten Zahlungen die Prosperität des Wirtschaftssystems und vieler Organisationen fördern, versucht die Politik verzweifelt, die Kosten für die Behandlung gesundheitlicher Probleme in den Griff zu bekommen.²

Doch es gibt nicht nur ökonomische Erklärungen für das unablässige Streben nach Gesundheit. So ist die Hochstilisierung der Gesundheit zum „gesellschaftlichen Hyperkonsens“ für Gehlen (1986: 259) eine Folge gesellschaftlicher Umwälzungen. Der *Abbau des sozialen Zusammenhalts* untergrabe die Verhaltenssicherheit der Individuen, fördere die „Hyperidealität des Subjektivismus“ und damit den Ausweg in die Vitalität und Leistungsfähigkeit. Damit nimmt die Gesundheit eine sinnstiftende, Orientierung ermöglichende Funktion ein. „’Gott ist tot. Es lebe die Gesundheit.’ – Das ist das Credo der Postmoderne.“, folgert Robertz-Grossmann (2004: 159) aus ihrer Analyse der Gehlenschen Institutionenlehre. Bei seinem Versuch, die grassierende Sorge um die Gesundheit zu erklären, setzt auch

² Wir folgen hier wie nachfolgend Luhmanns These von der funktionalen Differenzierung der Gesellschaft. Das zentrale Argument dieser These ist, dass sich die Gesellschaft nicht mehr primär nach Schichten differenziert, sondern nach gesellschaftlichen Grosssystemen, die für die Gesellschaft ganz bestimmte Funktionen erfüllen. Die Systeme müssen sich nicht um die Erfüllung anderer Funktionen kümmern; sie sind aber davon abhängig, dass diese Funktionen anderweitig erfüllt werden. So erlässt die Wirtschaft keine Gesetze, sondern kümmert sich um den Austausch von Gütern und Dienstleistungen; sie ist aber darauf angewiesen, dass die Politik Gesetze und andere Regelungen erlässt und dass diesen Gesetzen im Rechtssystem zu Durchsetzung verholfen wird. Vgl. zur funktionalen Differenzierung Luhmann (1997).

Giddens (1990) bei den Orientierungsschwierigkeiten der Individuen in der modernen Gesellschaft an. So geht er davon aus, dass die apokalyptischen Visionen neuer Epidemien (wie in den letzten Jahren bei SARS, BSE oder der Vogelgrippe) ein Ausdruck der Orientierungslosigkeit sind, die durch den Zerfall traditioneller Sicherheiten wie familiärer Werte und dem damit verbundenen Vertrauensverlust zu erklären sei. Wenn der eigene Körper zum letzten Ort geworden sei, über den das Individuum in einer globalisierten Welt Kontrolle ausüben könne, dann komme der Gefährdung dieses Körpers eine immer grössere Bedeutung zu.

Eine ähnliche Linie, wenn auch auf einer andern theoretischen Grundlage, verfolgt Fuchs (2006). Für ihn ist die Schliessung eines Funktionssystems Gesundheit und die damit verbundene massenhafte Vermehrung von Krankheitsbefunden und -behandlungen mit den Inklusionsmechanismen der funktional differenzierten Gesellschaft verbunden. Das Individuum ist nicht mehr durch Geburt einer Schicht zugeordnet, „in deren Rahmen sämtliche ‚Lebensführungserfordernisse‘ mehr oder minder ausreichend bedient werden“ (2006: 24); vielmehr muss es sich an den sich ausdifferenzierenden Funktionssystemen und an den Organisationen ausrichten, die sich in deren Kontext massenhaft herausbilden und zur Stabilisierung der Funktionssysteme und ihrer Kopplung unter einander beitragen. Die soziale Adresse des Individuums, die soziale Struktur also, welche die gesellschaftlichen Erwartungen gegenüber dem Individuum ordnet und seine Inklusionschancen bestimmt (Fuchs 1997), bekommt eine polykontexturale Ausprägung. Am Beispiel einer Jugendlichen bedeutet dies, dass sie in unterschiedlichen sozialen Kontexten (Schule, Familie, Peergroup, Sportverein, Freund, angestrebte Lehrstelle, Wirtschaft, Politik etc.) mit ganz verschiedenen, bisweilen konfligierenden Erwartungen konfrontiert wird und dass äusserliche Merkmale wie das Aussehen, die Hautfarbe und ihr Geschlecht diese Erwartungen zusätzlich beeinflussen. Diese unterschiedlichen Erwartungen und die damit verbundenen Hoffnungen und Ängste erschweren die Identitätsbildung der Jugendlichen. Identität wird dabei nicht verstanden als ‚identitas‘, als (Wesens-)Einheit, sondern als „Collage aus Fragmenten“ (Sennett 1998: 182), als sich laufend verändernde Selbstbeobachtung, die einen wichtigen gesundheitsrelevanten Faktor darstellt (Höfer 2002).

Fuchs (2006: 22ff.) schliesst (ganz ähnlich wie Giddens) daraus, dass der Körper in der Neuzeit die Funktion der *Unsicherheitsabsorption* übernimmt, indem er einen Ankerpunkt für die multiple Adresse der Individuen bildet und damit für die (schwierige) Identitätsbildung eine zentrale Rolle spielt. Etwas anders ausgedrückt steht der Körper auch für die Komplettdressabilität des Individuums, für die volle Inklusionsfähigkeit (Luhmann 1995) eines jeden Menschen in alle Bereiche der Gesellschaft – eine Ma-

xime, die ihren Ausdruck in unserem Kulturkreis seit der Aufklärung im Schlagwort der französischen Revolution findet: Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit. Die Gefährdung des Körpers ist damit immer auch eine Gefährdung dieser Vollinklusion, also ein genuin *soziales* Problem. Das drückt sich wiederum in der gesellschaftlichen Einstellung gegenüber dem Tod aus, die sich in den letzten Jahrhunderten genau so grundlegend verändert hat wie der Umgang mit den Toten (Ariès 2002).

Doch verlassen wir diese Andeutungen zur gesellschaftlichen Bedeutung der Gesundheit und wenden uns dem zentralen Thema dieses Textes zu: Trotz des enormen Stellenwerts der Gesundheit und trotz der umfassenden Massnahmen zu ihrer Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung besteht keine Einigkeit darüber, was Gesundheit ist oder sein könnte. Ist Gesundheit etwas Eigenes, etwas positiv Bestimmbares (und, wenn ja, was genau ist sie?) oder ist sie nur die andere Seite der Krankheit? Die Vielfalt der Antworten auf diese Fragen und die Differenzen zwischen den einzelnen Definitionen sind so beachtlich, dass der einzige Konsens in der Feststellung besteht, dass Gesundheit „[...] kein eindeutig definierbares Konstrukt [...]“ darstellt (Bengel et al. 1999: 16), resp. dass es eine „allgemein gültige, anerkannte wissenschaftliche Definition von Gesundheit“ (Waller 2002: 11) nicht gibt „[...] und damit auch keine allgemein anerkannte Operationalisierung von Gesundheit existiert“ (Amann/Wipplinger 1998: 26). Zentral für unseren Ansatz ist dabei, dass „Gesundheit [...] überhaupt nicht nur ein medizinischer, sondern ein überwiegend gesellschaftlicher Begriff“ ist (Bloch 1959), also eine soziale Konstruktion (Bauch 2004), die sich diachron und synchron unterscheiden und mehrere Dimensionen umfassen kann.

Das Fehlen einer eindeutigen Definition von Gesundheit wirkt sich auf die Massnahmen (die Operationalisierung) im Gesundheitssystem in mancherlei Hinsicht aus: Je nachdem ob Gesundheit auf körperliche Gesundheit reduziert wird, wie das in dem seit der Aufklärung im europäischen Kulturraum mehrheitlich der Fall ist, oder ob auch psychische, soziale und ökologische Aspekte resp. Interaktionen zwischen den vier Ebenen (Körper, Psyche, Soziales, physikalisch-materielle Umwelt) beachtet werden, verändern sich die Konzepte der Wiederherstellung und Erhaltung von Gesundheit grundlegend (vgl. auch Greiner 1998: 39). Sodann ist von entscheidender Bedeutung, *wer* die Gesundheit definiert – das Individuum, das sich mehr oder weniger gesund fühlt oder eine Instanz in seiner Umwelt (z.B. im Medizinsystem), die den Gesundheitszustand nach objektivierbaren Kriterien zu bestimmen versucht. Weiter gibt es im Kontext des Gesundheitssystems eine grosse Zahl an Disziplinen (z.B. Medizin, Gesundheitsförderung, Prävention, Wellness, Public Health, Präventivmedizin, Social

Health etc.), die sich auf die Gesundheit beziehen, ohne darlegen zu können, was genau sie unter Gesundheit verstehen. Schliesslich erschweren die definitorischen Unklarheiten auch die Erforschung von Gesundheit, die für die Planung von Massnahmen im Gesundheitsbereich und die Messung ihrer Wirkung und Kosteneffizienz immer wichtiger wird. Wenn z.B. die Maxime umgesetzt wird, dass sich Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur auf die krank machenden Faktoren konzentrieren, sondern auch darauf schauen, was Menschen gesund hält (Antonovsky 1997), dann wird in der Regel nicht sauber zwischen pathogenen (an der Entstehung von Krankheiten beteiligten, krank machenden), salutogenen (an der Entstehung von Gesundheit beteiligten, gesundheitsförderlichen)³, Risiko- und Schutzfaktoren unterschieden. Ist etwa ein salutogener Faktor ein Schutzfaktor, der das Individuum bei der Bewältigung von Stressoren unterstützt, oder ist er aktiv an der Genese von Gesundheit beteiligt und – falls dem so ist – woran lässt sich die Genese von Gesundheit erkennen, an sich selbst oder nur an der Abwesenheit von Krankheit und andern Faktoren, welche die Gesundheit mindern? Und ist es überhaupt sinnvoll von ‚Genese von Gesundheit‘ zu sprechen, wenn man beachtet, dass ‚Genese‘ ‚Geburt‘ und ‚Entstehung‘ bedeutet – also die Emergenz von etwas vorher noch nicht Vorhandenem – und nicht einfach ‚Entwicklung‘ oder ‚Förderung‘?

Diesen und ähnlichen Fragen soll in diesem Text nachgegangen werden. Den Einstieg bildet ein kurz gefasster historischer Rückblick über die Entwicklung unterschiedlicher Gesundheitskonzepte, der mit der Einführung einiger Gesundheitsdefinitionen abgeschlossen wird, die aus dieser Entwicklung hervorgegangen sind. Diese Definitionen werden dann mit den Mitteln der soziologischen Systemtheorie analysiert, um allfällige definitorische Unklarheiten aufzuzeigen und die Reihe der Definitionen um eine systemtheoretisch inspirierte Fassung zu erweitern. Abgeschlossen wird das Buch mit einem Kapitel zur Bedeutung der pathogenetischen und salutogenetischen Perspektiven auf die Ausgestaltung eines Gesundheitssystems, das die individuellen Bedürfnisse befriedigt, ohne die Kostenspirale in einem Mass weiter nach oben zu drehen, dass sich immer weniger Leute Gesundheit leisten können.

³ Unklar ist die Unterscheidung von ‚pathogen‘ und ‚pathogenetisch‘ resp. ‚salutogen‘ und ‚salutogenetisch‘. Im Internet (<http://www.muko.info/387.0.html>; 20.5.06) findet sich für ‚pathogen‘ ‚krankmachend‘ und für ‚pathogenetisch‘ ‚Substanzen betreffend, die an der Entwicklung und Entstehung von Krankheiten beteiligt sind‘. Der saubere Sprachgebrauch wäre demnach wohl: „Rauchen ist ein pathogener Faktor“ und „Rauchen ist pathogenetisch“. Die Begriffe erscheinen also weit gehend deckungsgleich, wobei in der Praxisliteratur in der Regel immer der Begriff ‚pathogenetisch‘ genutzt, also auch von ‚pathogenetischen Faktoren‘ gesprochen wird.

2. Konzepte von Gesundheit und Krankheit

Das menschliche Bemühen, die Gesundheit aktiv zu fördern resp. Krankheiten und andere gesundheitsmindernde Faktoren zu verhindern und zu beseitigen, reicht in allen Kulturkreisen bis weit in die Zeit vor den Hochkulturen. Belegbar wird es insbesondere durch die Erfindung der Schrift. Im europäischen Kulturraum stellt das Werk von Hippokrates (ca. 460-380 v. Chr.) wohl den ersten Versuch dar, eine umfassende Gesundheitslehre zu entwickeln und schriftlich festzuhalten. Die Nachwirkungen dieser Bemühungen zeigen sich heute nicht nur am ‚hippokratischen Eid‘; auch Begriffe wie Hygiene oder Diät und zahlreiche gesundheitsfördernde Ratschläge lassen noch die Handschrift von Hippokrates erkennen. Im folgenden Kapitel können wir die Geschichte der Gesundheitslehren nicht umfassend rekapitulieren. Trotzdem kann uns der Blick zurück helfen, die zum Abschluss dieses Kapitels vorgestellten Konzepte und Definitionen von Gesundheit und Krankheit besser zu verstehen.

2.1 DIE GESUNDHEITSLEHREN VON DER ANTIKE BIS ZUR RENAISSANCE

Die Literatur zur Entwicklung der Gesundheitslehre im westlichen Kulturraum (etwa bei Rosen 1958, Haug 1991, Labisch 1992 oder für einen Überblick Hafén, 2005: 301ff.) zeigt, dass reduktionistische, auf körperliche Gesundheit beschränkte Konzepte, die das Gesundheitssystem nach wie vor (wenn auch nicht mehr in gleicher Masse wie vor 50 Jahren) prägen, eine Erfindung der (europäischen) Neuzeit sind. Sowohl im Altertum (etwa bei Hippokrates oder Galen) als auch im Mittelalter und in der Scholastik (Benedikt von Nursia, Augustinus, Hildegard von Bingen) bis hin zur frühen Neuzeit (Paracelsus) ist die Gesundheit eingebunden in das Zusammenspiel von Körper, Geist, sozialer, ökologischer und spiritueller Umwelt. Sie kann damit nicht aus sich heraus verstanden werden, sondern immer nur in Hinblick auf ein übergeordnetes Bezugssystem (Robertz-Grossmann 2003: 124 mit Bezug auf Schipperges und Gadamer). Diese umfassende Sicht von Gesundheit bringt mit sich, dass sich die Massnahmen zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung von Gesundheit in der Regel auf mehrere der beteiligten Dimensionen erstrecken und nicht nur auf die physische.

Mit seinem Werk ‚De longa vita‘ (1560) bringt Paracelsus (1493-1541) als erster die Gesundheit mit einem langen Leben in Verbindung (Haug 1991). Dabei misst er der chemischen Beeinflussbarkeit der Stoffe im Körper durch Medikamenteneinnahme eine entscheidende Bedeutung zu –

anders noch als Hippokrates und Galen, bei denen die Ausgewogenheit der Körpersäfte in erster Linie durch ein Lebenskonzept (diata) mit viel Bewegung und gesunder Ernährung erreicht werden sollte; anders auch als im Mittelalter und in der Scholastik (z.B. bei Benedikt von Nursia, Augustinus und Hildegard von Bingen), wo neben Bewegung und Ernährung das Wohl des Seelenheils als entscheidender Faktor für die Gesundheit erachtet wurde (ora et labora – bete und arbeite – lautete der Wahlspruch). Aber auch Paracelsus sieht den Menschen noch untrennbar verbunden mit seiner spirituellen und sozialen Umwelt und unterscheidet fünf Ebenen der Einflussnahme auf den gesunden und kranken Menschen: den Kosmos der Zeitlichkeit und des biographischen Schicksals (ens astrale), die Umwelt und ihre Einflüsse (ens veneni), den Organismus (ens naturale), den psycho-sozialen Kontext (ens spirituale) und den Bereich des alles verbindenden, absoluten göttlichen Bezugssystems (ens dei) (Haug 1991).

2.2 DAS GESUNDHEITSVERSTÄNDNIS DER AUFKLÄRUNG

Trotz Paracelsus' Annahme, dass die Gesundheit wie alle Dinge durch eine göttliche Ordnung geprägt sind, leitet er mit seiner Gesundheitslehre eine immer stärkere Fokussierung auf Krankheiten ein – eine Fokussierung, die durch die noch uneinheitlichen, aber immer schneller aufeinander folgenden naturwissenschaftlichen Entdeckungen (wie die Entdeckung des Blutkreislaufs durch William Harvey) weiter verstärkt wird und die auf die Medizin einen grossen Einfluss hat. So führen neue Entwicklungen in der Epidemiologie und der klinischen Beobachtung im 16. und 17. Jahrhundert zur Entdeckung von immer mehr Krankheiten, die bis dahin nicht beschrieben sind (Rosen 1958: 84f.). Diese Krankheitsfokussierung verstärkt sich in dem Masse, als das Individuum im Laufe der Aufklärung gegenüber seiner Umwelt immer mehr aufgewertet wird und sich der Körper „zwischen das alte duale Verständnis von Mensch und Kosmos“ (Labisch 1992: 70) zu schieben beginnt – eine Entwicklung, die im philosophischen Leib/Seele-Dualismus von Descartes ihren Ausdruck findet. Descartes versteht den Körper als ausgedehnte Materie (res extensa), die mechanischen Gesetzen unterliegt, während er den Geist als denkende Materie (res cogitans) ohne räumliche Ausdehnung konzipiert (Labisch 1992: 74).

Durch die wissenschaftlichen Entdeckungen, die Entflechtung der unterschiedlichen Ebenen des Menschseins (Mensch/Kosmos, Geist/Körper, Subjekt/Objekt), die aufklärerische Forderung nach einem allgemeinen Recht auf Gesundheit und die im europäischen Kulturraum immer noch wachsende Bedeutung der Individualität des Menschen und der damit verbundenen Dramatisierung des Todes (Foucault 1976: 207f.) kommt den medizinischen Erfindungen eine immer grössere Bedeutung zu – eine

Entwicklung, die durch die zunehmende Eigendynamik von Wissenschaft, Medizin und Wirtschaft mit Nachdruck gefördert wird. Im Zuge dieser Entwicklung werden Krankheit und Gesundheit immer mehr getrennt. „Krankheit ist Feind der aufgeklärten Menschheit, der diese in tausend Formen an ihrer Grundpflicht und an ihrem Grundrecht hindert – an der Arbeit und am Genuss. Deshalb soll die Krankheit in allen Schlupfwinkeln aufgestöbert und schliesslich ausgerottet werden. Das Wunschziel ist der ‚gesunde Mensch‘.“ (Mitscherlich 1969: 120) Die Gesundheit wird dabei zunehmend als ‚normaler‘ Zustand betrachtet, Krankheit hingegen als Ausnahmezustand, der das Leben durch die erzwungene Passivität suspendiert. Damit wird die Gesundheit zum allgemeinen Lebensziel erklärt und die Krankheit im Gegenzug individualisiert, bekämpft und immer mehr von der „Bühne des Lebens“ entfernt (Basaglia 1985: 7ff.). So etabliert sich der bis heute gebräuchliche reduktionistische Gesundheitsbegriff, der Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit resp. als „la vie dans le silence des organes“ (Leriche 1936) definiert.

2.3 GESUNDHEIT UND KRANKHEIT ALS GESELLSCHAFTLICHE KONSTRUKTE

Angesichts der unbestreitbaren Erfolge der westlichen Medizin z.B. im Bereich der Bakteriologie, welche die Eindämmung von vielen zu Beginn des 19. Jahrhunderts immer noch grassierenden Seuchen wie Cholera oder Typhus ermöglicht, wird oft vergessen, dass die Fortschritte auf gesundheitlichem Gebiet (und die damit verbundene höhere Lebenserwartung) weniger den Errungenschaften der medizinischen Wissenschaft zu verdanken sind als der Verbesserung der äusseren Lebensbedingungen (sauberes Wasser, Kanalisationen, Arbeitssituation, Entsumpfung von Landschaften etc.), die zunehmend als Aufgabe der Gemeinden und später der sich neu bildenden Nationalstaaten wahrgenommen werden (Labisch 1992: 124ff.). Die Menschen sind – um es mit Dubos (1960) auszudrücken – zwar gesünder als ihre Vorfahren, aber nicht in erster Linie aufgrund dessen, was mit ihnen geschieht, wenn sie krank sind, sondern weil sie nicht krank werden; und sie werden nicht deshalb nicht krank, weil spezifische vorbeugende Therapien existieren, sondern weil sie in einer gesünderen Umwelt leben.⁴

Durch ihre Fokussierung auf naturwissenschaftlich begründete, empirisch belegbare Diagnose und Behandlung von körperlichen Krankheiten

⁴ Aus konstruktivistischer Perspektive kann man freilich auch sagen, dass die Menschen heute viel kränker sind als früher – ganz einfach, weil viel mehr Krankheiten bekannt sind, an denen wir erkranken können, und weil die Diagnoseformen immer ausgefeilter werden.

schenkt die europäische (Schul-)Medizin nicht-physischen (d.h. sozialen und psychischen/spirituellen) Einflussfaktoren auf die Gesundheit deutlich weniger Beachtung und löst sich damit vom umfassenden Verständnis von Gesundheit, wie es bis in die frühe Neuzeit vorherrschend war. Das führt unter anderem dazu, dass sich für die Krankheiten der Psyche eigene Disziplinen, die Psychiatrie und die Psychologie, herausbilden. So wie das Medizinsystem dank der wachsenden Bedeutung der Individualität prosperiert, so kann sich die Psychologie erst mit der gestiegenen Relevanz der Vernunft und der damit verbundenen Erfahrung der Unvernunft etablieren (Foucault 1969: 445ff.). Wie Foucault an zahllosen Beispielen belegt, ist der ‚Wahnsinn‘ eine Konstruktion der Moderne – ähnlich wie die Alkoholsucht, die im Mittelalter schlicht nicht bekannt ist und demnach (als soziale Konstruktion) nicht existiert. Natürlich trinken die Leute auch zu dieser Zeit zu viel; natürlich kommt es auch im Mittelalter zu Gewaltexzessen wegen übermässigen Alkoholkonsums – der Unterschied ist, dass der übermässige Alkoholkonsum deswegen nicht problematisiert wird, sondern im Gegenteil als sozial akzeptiert, ja sogar gesundheitsförderlich im eigentlichen Sinn gilt: „[...] daily drinking – including getting drunk at least twice a month – was an essential part of all good medical advice. The literature of the time is full of the positive consequences of drinking, and no notion of preventive activities existed.” (EMCDDA 1998). Zu einem Problem wird der übermässige Alkoholkonsum erst im Zuge des auf Enthaltsamkeit ausgerichteten Weltbildes der Reformation (Emlein 1998) und wohl auch der Aufklärung und der sich dynamisierenden Wirtschaft, die immer mehr auf ‚gesunde‘, d.h. funktionsfähige Beschäftigte angewiesen ist.⁵ Dabei ist zu beachten, dass sich bei der Trunkenheit die gesellschaftliche Zuschreibung mit der Zeit von individueller Schuld (der Trinker als Sünder) zu nicht individuell verschuldeter Krankheit verändert und der Täter vermehrt zum Opfer wird (Spode 1994).

An den Beispielen des Wahnsinns und der Sucht lässt sich die offensichtliche Konstruktivität von Krankheit und Gesundheit gut dokumentieren. Diese Konstruktivität wird uns nachfolgend immer wieder beschäftigen. Weder die Gesundheit noch die zahllosen Krankheiten bilden eigentliche Wesensheiten, sondern müssen immer darauf hinterfragt werden, durch

⁵ Dabei variiert die Beurteilung des Alkoholkonsums der Belegschaft durch die Unternehmen – je nachdem, ob eher die krank machende Seite übermässigen Alkoholkonsums fokussiert wird oder seine betäubende Wirkung, welche die unerträglichen Arbeitsbedingungen in der frühindustriellen Produktion besser erträglich macht. Diese betäubende Wirkung war in gewissen Betrieben in Grossbritannien offenbar so erwünscht, dass diese im ausgehenden 18. Jahrhundert einen Teil des Lohnes in Gin ausbezahlten (Tanner 1993).

wen und in welcher Zeit die Konzepte von Krankheit und Gesundheit geprägt werden. Nur diese Frage nach dem Beobachter und seinem gesellschaftlichen Kontext macht es möglich, externe Einflussfaktoren – wie den hohen Bedarf an Arbeitskräften zur Zeiten der Industrialisierung – auf die Konstruktion von Krankheitsbildern sowie auf die Konzeption von behandelnden und vorbeugenden Massnahmen einzubeziehen.

2.4 UMFASSENDE GESUNDHEITSKONZEPTE DER NEUZEIT

Wenn wir ein Zwischenfazit zu diesem Rückblick auf die Geschichte des gesellschaftlichen Gesundheitsverständnisses ziehen, so können wir vorerst einmal festhalten, dass nicht nur die Gesundheit sozial konstruiert ist, sondern auch alle Krankheiten (samt ihren Einflussfaktoren), welche die Gesundheit beeinträchtigen oder gefährden. Weiter haben wir gesehen, dass Gesundheit und Krankheit im Zuge der philosophischen Trennung von Geist und Körper und der Ausdifferenzierung des Medizinsystems immer mehr voneinander getrennt werden, wobei die Krankheit das individualisierte, mit allen Mitteln zu beseitigende Übel darstellt, während die Gesundheit zum Lebensziel des ‚Homo Hygienicus‘ (Labisch 1992) und zu einem noch stärkeren Leitwert der Gesellschaft wird, als sie es schon immer gewesen ist. Wir wollen diesen Rückblick mit einem Blick auf die Entwicklungen abschliessen, die dazu beitragen, dass Gesundheit zumindest ausserhalb der ‚Schulmedizin‘ wieder weniger reduktionistisch definiert und mehr als das gesehen wird, was sie aus systemischer Sicht darstellt: ein hochkomplexes Phänomen, kaum zu erfassen und beeinflusst durch zahllose physische, psychische und soziale Faktoren. Dabei scheint es wichtig, daran zu erinnern, dass es ausserhalb der Medizin (gerade in der Philosophie) Gesundheitskonzepte gibt, die Gesundheit und Krankheit nicht isolieren – so etwa bei Nietzsche (1901: 35): „Gesundheit und Krankheit sind nichts wesentlich Verschiedenes [...] Tatsächlich gibt es zwischen diesen beiden Arten des Daseins nur Gradunterschiede: die Übertreibung, die Disproportion, die Nicht-Harmonie der normalen Phänomene konstituieren den krankhaften Zustand [...]“.

Zu nennen wäre in diesem Zusammenhang z.B. die deutsche ‚*Lebensreformbewegung*‘, die sich nach Haug in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts konstituiert, bis ins 20. Jahrhundert zu gewaltiger Breite anwächst und sich explizit als Gegenbewegung zur reduktionistischen Volkshygiene versteht. „In ihr vereinigten sich die Anhänger von der Freikörper-, Licht-, Luft- und Nacktkultur bis zur Schrebergarten-Initiative, von Natur und Tierschutz-Organisationen bis zur Pfadfinderbewegung alle unter einem Dach.“ (1991: 134) Bei aller Heterogenität gemeinsam ist diesen unterschiedlichen Gruppierungen, denen auch die anthroposophische Gesund-

heitslehre Rudolf Steiners und weitere bis heute aktive „alternativ-medizinische“ Bewegungen zugeordnet werden können, das ‚Zurück-zur-Natur‘, welches von Jean-Jacques Rousseau, einem der wichtigsten Vorbilder der Bewegung, vehement vertreten wurde (Haug 1991: 136f.). Die Lebenskraft wird als organisch-bildende Kraft verstanden, die jedem Menschen gegeben ist und sich in der Form von Krankheit äussert, wenn bestimmte ungünstige innere oder äussere Reize erfolgen. Durch eine gesundheitsförderliche Lebensweise in allen Bereichen (Ernährung, Bewegung, Schlaf, bewusster Genuss, gute Beziehungen etc.) werde die Lebenskraft gestärkt und damit das Leben verlängert. Die ‚Kulturheilbewegung‘ konzipiert die Gesundheit nach Haug (a.a.o.: 141) noch weiter weg vom Individuum und seinem Körper hin zu allen Lebensbereichen einschliesslich den sozialen Beziehungen zu andern Menschen, so wie es auch in den Gesundheitskonzepten des Mittelalters, etwa bei Benedikt von Nursia, vorgesehen ist.

Nach dem zweiten Weltkrieg erhält die Tendenz zu einem umfassenden Verständnis von Gesundheit Auftrieb durch das *Gesundheitskonzept der Weltgesundheitsorganisation* (WHO), die in ihrer Definition von 1948 (siehe Ende Kap. 2) Gesundheit nicht auf die Abwesenheit von Krankheit limitiert, sondern als ‚Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens‘ bezeichnet. Durch dieses erweiterte Verständnis von Gesundheit drängen zahlreiche Professionen in die Gesundheitsförderung. Insbesondere die humanistische Psychologie, aber auch Soziologie, Pädagogik und andere Disziplinen üben einen beträchtlichen Einfluss auf die Entwicklung von Gesundheitserziehung/Gesundheitsförderung aus. Folgende Aspekte, welche die Veränderung des Selbstverständnisses der Gesundheitsförderung dokumentieren, lassen sich herausheben (Haug, 1991: 177ff.):

- der Trend weg von einem statischen hin zu einem prozessualen Verständnis von Gesundheit und Krankheit
- die Erweiterung der möglichen Interventionsbereiche vom Individuum über die Familie bis hin zu grösseren sozialen Systemen wie Firmen, Gemeinden oder dem Staat
- die zunehmende Beachtung der Differenz von Gesundheitswissen und Gesundheitshandeln mit der entsprechenden Kompetenzförderung durch die Gesundheitsförderung
- die Etablierung der Dimension der Freiwilligkeit.

Die Gesundheitsförderung weitet sich so zu einer interdisziplinären Profession aus, die sich als eigentliche ‚Gesundheitswissenschaft‘ weiter profes-

sionalisiert, nicht zuletzt weil den Erfolgen der Medizin bei der Zurückdrängung der Infektionskrankheiten die Ausbreitung neuer Krankheiten gegenübersteht, die durch langfristige Überforderung der unterschiedlichen Belastungskapazitäten entstehen (Hurrelmann 1999: Vorwort) und die – das wäre hinzuzufügen – auch durch den Umstand wahrscheinlicher gemacht werden, dass die Leute nicht mehr so früh an Infektionskrankheiten sterben.

Eine zusätzliche Erweiterung des medizinischen Gesundheitsverständnisses schliesst an die bereits erwähnte wachsende Bedeutung psychologischer Theorien und ihrer Krankheitsbilder an. Freud definiert einen seelisch gesunden Menschen über seine Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können. Nach Rattner (1993: 50) ist diese These bei Psychoanalytikern und Psychoanalytikerinnen weit gehend anerkannt, angesichts von gängigen Konzepten wie Arbeitssucht oder übermässiger, die Freiheit eines Kindes einschränkender Liebe aber auch nicht unbestritten. Adler erweitert die Freudschen Gesundheitsdimensionen ‚Arbeit‘ und ‚Liebe‘ um den Faktor ‚Sozialinteresse‘. Seelische Krankheit ist für ihn immer auch „[...] Ichhaftigkeit, Egozentrismus, vermindertes Interesse am Mitmenschen und Mitwelt“ (Rattner 1993: 50). Gemeinschaftsgefühl ist dabei für Adler nicht einfach das Mitschwimmen im Strom, sondern die Idee einer Gemeinschaft der Zukunft; das Eintreten für Freiheit, Fortschritt, Humanismus und wachsende Solidarität. Für Jung wiederum ist seelische Gesundheit unter anderem stark mit sinnhaftem Erleben verbunden – eine Sinnsuche, die insbesondere bei der Religion zu finden ist (a.a.o.: 51).

Wir wollen es bei diesen wenigen Bemerkungen zu einer tiefenpsychologischen Konzeption von Gesundheit und Krankheit bewenden lassen. Entscheidend für uns ist die (wenig überraschende) Erkenntnis, dass in der Moderne zunehmend auch die psychische Gesundheit zum Thema gemacht wird – immer eingedenk der weiter oben gemachten Bemerkungen, dass es sich (auch) bei den psychischen oder seelischen Krankheitsbildern um soziale Konstruktionen handelt, die sich im Zuge gesellschaftlicher Evolution durchsetzen und die auch anders, z.B. auch positiv konnotiert ausfallen können. Foucault (1977: 97) zeigt dies am Beispiel der Schamanen, die ihren Status über Hysterie und Hypochondrie erhalten. Von Bedeutung sind für uns insbesondere die vornehmlich unter Begriffen wie ‚Psychosomatik‘, ‚Sozialpsychologie‘ oder ‚Soziopathologie‘ firmierenden Überlegungen zu körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen und sich dabei wechselseitig bedingen.

Mit Foucault (1977: 23f.) kann man in diesem Zusammenhang vorerst darauf hinweisen, dass das Pathologische (der Psyche, aber auch des Körpers) aus der Sicht der betroffenen Systeme ‚normal‘ ist. Etwas anders

formuliert: „Krankheit bei uns allen ist nicht anonym wirkender Zufall, sondern Krankheit ist Reaktionsmöglichkeit des erlebenden Individuums in hilfloser Lage“ (Mitscherlich 1969b: 9f.); sie ist nicht etwas, das einem blindlings geschieht, sondern etwas, das unbewusst gemacht und dann bewusst erfahren wird (Mitscherlich 1969c: 92). Das legt nahe, Krankheit wie Teegen (1992: 71) nicht als Feind zu verstehen, sondern als Mitteilung einer Botschaft durch den Körper resp. die Psyche. Damit lässt sich Krankheit als „Versuch der Selbstheilung“ und als „Chance zu Lernen“ begreifen (a.a.o.: 151ff.). Weiter nimmt eine immer grössere Zahl von Autoren und Autorinnen die in der Antike, aber auch in östlichen Gesundheitslehren und (wie oben erwähnt) in psychologischen und philosophischen Theorien vertretene These auf, dass die Ursachen für körperliche und psychische Krankheiten nicht nur im jeweiligen System selbst, sondern auch im jeweils anderen Bezugssystem und insbesondere im sozialen Umfeld zu suchen sind. So weist Foucault (1977: 25) darauf hin, dass der Kranke in eine Umwelt eingebettet ist und dass die Veränderung dieser Umwelt (etwa durch Isolierung und Entmündigung) die Krankheit zementieren kann. Für Mitscherlich (1969b: 29f.) treten vor allem dann Krankheiten auf, wenn die sozialen Strukturen einerseits zu rigide, andererseits aber auch zu schwach geworden sind und die einzelne Person nicht mehr leiten. Für die erste These finden sich in der psychologischen Literatur zahlreiche Belege – Mitscherlich nennt dabei insbesondere den Fall, dass eine einzelne Person Angst vor Übertretungen und Sanktionen haben muss. Es gibt aber auch Hinweise darauf, dass die Form der Rigidität und der Sanktionen exakt zu definieren wäre – auch um die Differenz von sozialer Unterstützung und sozialer Kontrolle bestimmen zu können. So zeigt Hildebrandt (1992: 34) mit Bezug auf Studien des US-amerikanischen Medizinsoziologen McKnight, dass die Amish mit ihren klar definierten Regeln des Zusammenlebens eine der gesündesten Populationen der USA darstellen – und dies, obwohl Gesundheit bei den Amish nicht thematisiert und nichts Spezifisches unternommen wird, um die Gesundheit zu fördern oder erhalten. Mitscherlichs zweite These der ‚Strukturschwäche‘ verfolgt eine ähnliche Argumentationslinie, wie die weiter oben eingeführten Annahmen von Gehlen, Giddens oder Fuchs, welche die grosse Bedeutung der Gesundheit zumindest teilweise mit der zunehmenden Orientierungslosigkeit in einer immer komplexer werdenden Gesellschaft erklären. Ein (früher) empirischer Beleg für Mitscherlichs These der Strukturschwäche findet sich im Übrigen in Durkheims Selbstmordstudie, in welcher er die Zunahme von Suiziden mit wachsender sozialer ‚Anomie‘ (‚Ordnungsmangel‘) in Zusammenhang stellt, die beim Individuum zu Orientierungslosigkeit führt (Durkheim 1973). Mitscherlich (1969: 71f.) weist denn auch auf die Be-

deutung hin, die dem Gespräch in der Behandlung von Krankheit zukommt, und für Basaglia kann eine wirkungsvolle Prävention nur durch die Gestaltung der Lebensbedingungen, ja nur in einem kulturellen Lebensentwurf liegen – „einem Lebensentwurf, der sich der Logik des Profits, der Verdinglichung und der Delegation entzöge [...], einem Lebensentwurf, der vor allem dem Bedürfnis nach Wohlergehen, Vielfalt und Bedeutung entgegenkäme“ (Basaglia 1985: 14f.). In eine ähnliche Richtung zielt auch Schipperges (1985: 14), für den Gesundheit eine Fähigkeit zur Lebensbewältigung ist: „Gesund-Sein meint zunächst, dass ein Mensch – in Massen – mit seinen inneren Zuständen und den Bedingungen seiner Umwelt fertig werden kann. Gesund-Sein hat folglich mit Formung und Niveau, mit Verantwortung und Entscheidung, mit Sorge und Fürsorge zu tun, mit einem Wort: mit dem Sinn unserer persönlichen, einmaligen Existenz.“

2.5 ETYMOLOGISCHE WURZELN DER BEGRIFFE RUND UM ‚GESUNDHEIT‘ UND ‚KRANKHEIT‘

Wir werden anhand der nachfolgend vorgestellten Definitionen aus den aktuellen Gesundheitswissenschaften sehen, dass solche umfassenden Konzeptionen von Gesundheit in diesem Bereich des Gesundheitssystems heute eher die Regel als die Ausnahme sind – im Gegensatz zum Medizinsystem, wo das Gesundheitsverständnis immer noch weitgehend auf körperliche Gesundheit beschränkt ist, wobei auch hier eine langsame Erweiterung festzustellen ist. Bevor wir dieses Kapitel jedoch mit diesen Gesundheitsdefinitionen abschliessen, wollen wir unsere Aufmerksamkeit noch kurz der etymologischen Bedeutung von Gesundheit und Krankheit zuwenden. Nach Schäfer (1963: 89f.) gibt es in den indogermanischen Sprachen eine vierfache Wurzel für die Begriffe ‚gesund‘ und ‚krank‘:

- somatische Wurzel: ‚gesund‘ heisst im Althochdeutschen so viel wie ‚stark‘ und ist zudem mit ‚geschwind‘ verwandt. ‚Krank‘ wiederum ist verwandt mit dem englischen ‚to crancele‘ (sich winden) und bedeutet ‚schwach sein‘. Das lateinische ‚sanus‘ heisst wie das griechische ‚soon‘ ‚leiblich unversehrt‘.
- sensorische Wurzel: Im Russischen heisst ‚krank‘ ‚bolnoi‘ und stammt von ‚bol‘ (Schmerz). Das lateinische ‚aeger‘ (krank) heisst auch ‚beschwerlich‘ oder ‚verstimmt‘.
- geistige Wurzel: das englische ‚ill‘ kommt von ‚evil‘ (böse); ebenso hat das französische ‚malade‘ mit ‚mal‘ (schlecht) zu tun. Das griechische ‚noseo‘ wiederum heisst zugleich ‚krank sein‘ und ‚irre sein‘. ‚Nosos‘ schliesslich bedeutet ‚Krankheit‘ und ‚Laster‘.

- soziale Wurzel: schon ‚Laster‘ hat nach Schäfer eine soziale, nämlich ethische Bedeutung – noch mehr als das griechische ‚hygieinos‘, das zu gleicher Zeit ‚gesund‘, ‚sauber‘, ‚verständlich‘, ‚redlich‘ und ‚treu‘ bedeuten kann.

Bei Weil (1988: 58) finden sich noch weitere Angaben zur angelsächsischen Etymologie: So ist die Grundbedeutung von ‚health‘ (Gesundheit) ‚Ganzheit‘, denn das Wort entstammt derselben angelsächsischen Wurzel wie ‚whole‘ (ganz), ‚hale‘ (gesund) und ‚holy‘ (heilig). ‚Cure‘ (Heilung) und ‚care‘ (Fürsorge) haben mit dem lateinischen ‚curare‘ (heilen, für jemanden sorgen) ebenfalls die gleiche Wurzel. ‚Medicine‘ (Medizin) geht nach Weil auf das lateinische ‚medicina‘ zurück und dieses auf eine alte indogermanische Wurzel, der auch die Worte ‚remedy‘ (Arznei), ‚meditate‘ (meditieren) und ‚measure‘ (Mass, Massnahme) entsprungen sind. Simon (1993: 273) weist auf das griechische ‚aitos‘ (Schuld, Vorwurf) hin, das die Wurzel von ‚Ätiologie‘ (Lehre der Krankheitsursachen) bildet, und erwähnt, dass dem lateinischen ‚sanare‘ seit dem 15. Jahrhundert in deutschen Mundarten die Bedeutung von ‚kastrieren‘ zukommt, um dem männlichen Tier seine Wildheit zu nehmen (a.a.o.: 279).

2.6 AKTUELLE DEFINITIONEN MIT EINEM UMFASSENDEN VERSTÄNDNIS VON GESUNDHEIT

Zum Abschluss dieses Kapitels wollen wir wie angekündigt einige Gesundheitsdefinitionen einführen, die sich von reduktionistischen Definitionen wie der ‚Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit‘ oder wie Leriche ‚Gesundheit als Leben beim Schweigen der Organe‘ dadurch abheben, dass sie auch die Wechselwirkungen zwischen Körper und Psyche beachten und zudem soziale und physikalische Faktoren berücksichtigen, welche die Gesundheit beeinflussen. Die von diesen Autoren erwähnten gesundheits- resp. krankheitsrelevanten Ebenen finden sich auch in zahlreichen anderen Modellen – so etwa im ‚Mandala of Health‘ von Hancock (1985), der vier Ebenen unterscheidet: die Humanbiologie (genetische Anlagen, Anatomie etc.), das persönliche Verhalten, die psychosoziale und kulturelle Umwelt und die physikalische Umwelt (Arbeitsbedingungen, Luft, Wasser etc.). In der Ottawa Charter for Public Health (WHO 1986), einem massgebenden Dokument für Gesundheitsförderung und Prävention in den beiden letzten Jahrzehnten nennt die Weltgesundheitsorganisation folgende „fundamentalen Bedingungen und Ressourcen“, die für Gesundheit gegeben sein müssen: Frieden, Schutz, Bildung/Erziehung, Nahrung, Einkommen, ein stabiles Ökosystem, nachhaltige Ressourcen, soziale Gerechtigkeit und Gleichheit. Vor allem seit der Bezeichnung von Gesundheit als einem „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ in der

WHO-Definition von 1948 erlangen auch Laienkonzepte von Gesundheit eine zunehmende Bedeutung (Hörmann 1987, Naidoo/Wills 2003, Sting 2000, Faltermaier et al. 1998, Flick 1997). Welche Vielfalt von Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen mit dieser subjektiven Perspektive ins Spiel kommt, zeigt die Aufzählung von Hörning (2002: 16f.), welcher die Laienkonzepte zu ordnen versucht:

- Krankheit als Destruktion
- Krankheit als Befreiung, als Waffe gegen die Anforderungen der Gesellschaft
- Krankheit als Aufgabe, gemeinsam mit den Ärzten Heilung zu erreichen
- Gesundheit als Vakuum, als Abwesenheit von Krankheit, die nur bemerkt wird, wenn sie weg ist
- Gesundheit als Reservoir zur Bewältigung äusserer Einflüsse, als Widerstandsfähigkeit
- Gesundheit als Gleichgewicht und damit als Zustand des Wohlbefindens
- Gesundheit als Lebensweise

Schliesslich ist für unsere Ausführungen Antonovskys (1997) Konzeption der Gesundheit als Kontinuum von Bedeutung – eine Konzeption, die weder Gesundheit noch Krankheit als absoluten Zustand, sondern sich als wechselseitig bedingend beschreibt, wobei sich der Einfluss der beiden Seiten im Leben eines Menschen laufend verändert. Nicht von Interesse sind hier Definitionen, welche die *Funktion* von Gesundheit beschreiben und nicht die Gesundheit selbst wie etwa die folgende Definition der WHO (1998: 1): „Within the context of health promotion, health has been considered less as an abstract state and more as a means to an end which can be expressed in functional terms as a resource which permits people to lead an individually, socially and economically productive life.“

Einige aktuelle, oft zitierte Definitionen von Gesundheit und Krankheit der Neuzeit

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen.“

WHO 1948

„Gesundheit bezeichnet den Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äusseren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist beeinträchtigt, wenn sich in einem oder mehreren dieser Bereiche Anforderungen ergeben, die von der Person in der jeweiligen Phase im Lebenslauf nicht erfüllt oder bewältigt werden können. Die Beeinträchtigung kann sich, muss sich aber nicht, in Symptomen der sozialen, psychischen und physisch-physiologischen Auffälligkeit manifestieren.“

Hurrelmann 1988

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“

WHO 1986

„Als eine konsensuelle Definition von Gesundheit wird vorgeschlagen: Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts 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.“

Hurrelmann/Franzkowiak 1993

Bevor wir die Begriffe ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ im nächsten Kapitel in Anlehnung an diese Definitionen mit den Mitteln der soziologischen

Systemtheorie analysieren, wollen wir die wichtigsten gemeinsamen Punkte kurz zusammenfassen. Die Definitionen

- unterscheiden eine subjektivierende (Wohlbefinden) und eine objektivierende Perspektive,
- beziehen die physische, psychische, soziale und ökologische (materiell-physikalische) Dimension mit ein,
- setzen sich mit Risiko- und Schutzfaktoren resp. mit pathogenen und salutogenen Faktoren auseinander und
- beinhalten (mit Ausnahme der WHO-Definition von 1948) eine prozessuale Komponente.

Alle Definitionen sind deutlich umfassender konzipiert als die reduktionistischen bio-medizinischen Definitionen wie ‚Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit‘. Sie sind daher eher mit dem antiken und scholastischen Gesundheitsverständnis vergleichbar, wobei die religiös-spirituelle Komponente viel weniger stark zu Ausdruck kommt als in den frühen Gesundheitskonzepten. Zudem bleibt Gesundheit in den hier aufgeführten Definitionen der alleinige positive Richtwert, das Mass aller Dinge, während die Krankheit etwas zu Verhinderndes oder zu Beseitigendes darstellt. Obwohl Gesundheit aufgrund der ontologischen Erfahrung von Krankheit, die praktisch immer negativ wahrgenommen wird, wie erwähnt seit jeher einen wichtigen Wert darstellt, ist diese Vorstellung von Gesundheit als Inbegriff für Wohlbefinden, Glück oder erfülltes Leben eine Vorstellung der Moderne – eine Vorstellung, die für die hohe Wertschätzung der Gesundheit bei allen Altersgruppen verantwortlich ist (Keupp 2000: 16).

3. Die Beobachtung von Gesundheit und Krankheit – systemtheoretisch

Wenn die soziologische Systemtheorie in der Nachfolge von Niklas Luhmann (vgl. grundlegend 1994, 1997) beigezogen wird, um die Heterogenität der zahlreichen Definitionen von Gesundheit, Krankheit und gesundheits- resp. krankheitsrelevanten Einflussfaktoren zu ordnen und damit gleichzeitig zu erweitern, dann geschieht dies aus mehreren Gründen: Zum Ersten ist die Systemtheorie eine der Theorien, die so gebaut ist, dass die Bedingungen ihrer Erkenntnisse in ihre Beobachtungen einbauen kann; sie ist in diesem Sinn selbstreferentiell (Luhmann 1994: 659f.). Wenn die Theorie also auf die Konstruktivität unserer Wirklichkeit (und damit ‚Gesundheit‘) hinweist, dann weist sie (implizit oder explizit) gleichzeitig auf ihre eigene Konstruktivität hin. Diese Erkenntnis hindert sie daran, sich selbst als einzig möglichen theoretischen Zugang zu sehen. Zum Zweiten verfügt die Systemtheorie über eine hohe Eigenkomplexität, was zur Beobachtung einer so komplexen Thematik wie ‚Gesundheit/Krankheit‘ unabdingbar ist, den Gebrauch der Theorie wegen der Vielzahl von relevanten Begriffen aber erheblich erschwert. Zum Dritten erlaubt das Instrumentarium der Systemtheorie nicht nur die Beschreibung sozialer Systeme, sondern auch die Erfassung psychischer und neurobiologischer Systeme. Diese und andere Faktoren (wie z.B. ihre Referenz auf Theorien unterschiedlichster Herkunft und ihre interdisziplinäre Nutzung) prädestinieren die Systemtheorie m.E. für das Ansinnen, bestehende Reflexionen von Gesundheit und Krankheit zu reflektieren, zu ordnen und zu schauen, welche zusätzlichen Erkenntnisgewinne sich aus dieser Neuordnung ergeben. Aus wissenschaftlicher Perspektive wird schon wie bei der Prävention (Hafen 2005) oder bei der Sozialen Arbeit (Hafen 2004b, 2005b) zusätzlich die Absicht verfolgt zu belegen, dass die Luhmannsche Systemtheorie mit ihrer Fähigkeit, enorme Komplexität ab- und neu aufzubauen, nutzbringend zur Beschreibung des hoch komplexen Gesundheitssystems genutzt werden kann – etwas das innerhalb des Gesundheitssystems und des Medizinsystems⁶ noch kaum geschieht (Bauch 2000: 16f.), weswegen eine angemessene Reflexionstheorie⁷ noch weit gehend fehlt.

⁶ Auf die Unterscheidung von Gesundheitssystem und Medizinsystem gehen wir in Kap. 4.5 näher ein.

⁷ Reflexionstheorien zeichnen sich nach Luhmann (2002b: 199ff.) dadurch aus, dass sie vornehmlich mit der ‚redescription‘ von bestehenden Beschreibungen (in diesem Fall: des Gesundheitssystems resp. des Medizinsystems) operieren und sich mit den Zielen

3.1 BEOBACHTUNG VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT ALS KONSTRUKTION VON WIRKLICHKEIT

Im Kapitel zum historischen Rückblick wurde deutlich, dass die unterschiedlichen Konzepte und Definitionen von Gesundheit und Krankheit von der Perspektive abhängen, aus der sie erstellt werden. Dieser Befund legt nahe, zuerst die eigene erkenntnistheoretische Perspektive offen zu legen. Die soziologische Systemtheorie ist den so genannten konstruktivistischen Theorien zuzuordnen. Mit dem Begriff des Konstruktivismus wird keine einheitliche Theorie bezeichnet, sondern eine Vielzahl von theoretischen Zugängen aus der Soziologie, Psychologie, Kybernetik, Zellbiologie, Neurobiologie und andern wissenschaftlichen Disziplinen (vgl. etwa Schmidt 1994). Gemeinsam ist diesen Theorien das Konzept der Konstruktion von Wirklichkeit: Weder das Bewusstsein noch ein soziales System wie eine Organisation haben eine Möglichkeit, die Realität (also z.B. die Realität von Gesundheit und Krankheit) vollständig zu erfassen resp. eins zu eins abzubilden. Vielmehr konstruieren diese Systeme eine Wirklichkeit, die – so offensichtlich sie auch erscheinen mag – den Wirklichkeitskonstruktionen anderer Systeme nicht entsprechen muss.

Die soziologische Systemtheorie und andere konstruktivistische Ansätze bauen ihre erkenntnistheoretische Konzeption auf dem Begriff der Beobachtung auf (vgl. Hafén 2005: 18-122, 2005b: 17-28). Luhmann (1994b: 73) definiert ‚Beobachten‘ in Anlehnung an das mathematische Kalkül von George Spencer Brown (1997) als Operation des Unterscheidens und Bezeichnens. Jede Beobachtung besteht demnach in der simultanen Wahl einer Unterscheidung und der Bezeichnung der einen Seite dieser Unterscheidung. Mit andern Worten: Wenn wir über etwas sprechen oder nachdenken (z.B. über Gesundheit und Krankheit), dann bezeichnen wir dieses Etwas mit Wörtern oder andern Zeichen und unterscheiden es damit von etwas anderem. Die Bezeichnung, die wir wählen, ist nicht beliebig; sie hat sich in der Sprachgeschichte ergeben. Andererseits wissen wir spätestens seit Ferdinand de Saussure, dass die Bezeichnungen nicht die Dinge selbst sind, sondern Zeichen, die wir in der Kommunikation und in unseren Vorstellungen für die Dinge verwenden. Diese Zeichen sind in der Regel nicht *ein*-deutig. Hinter den Wörtern stehen Vorstellungen beziehungsweise Beschreibungen, die festlegen, was die Wörter bedeuten.⁸ Diese Vorstellungen beziehungsweise Beschreibungen sind nicht für jeden Beobachter

und Institutionen ihres Beschreibungsbereichs identifizieren, was eine „kritische Einstellung zum Vorgefundenen“ (a.a.o.: 201) nicht ausschliesst.

⁸ Oder wie es Wittgenstein (2003, PU 43) ausdrückt: „Die Bedeutung eines Wortes ist sein Gebrauch in der Sprache.“ (Vgl. dazu auch Simon 2001: 10).

die gleichen. Wir haben ähnliche, aber nicht identische Vorstellungen davon, was ein Auto, ein erfüllendes Erlebnis oder die Liebe ‚sind‘. Weiter oben wurde deutlich, wie unterschiedlich die Vorstellungen davon sind, was Gesundheit resp. Krankheit ‚sein‘ könnte. Zudem kursieren in der professionellen Praxis eine Vielzahl an Begriffen (Behandlung, Prävention, Prophylaxe, Gesundheitsförderung, Wellness, Präventivmedizin etc.), die auf den ersten Blick klar erscheinen, bei einer genaueren Betrachtung jedoch viele nicht deklarierte Gemeinsamkeiten und Differenzen aufweisen – genau so wie bei Gesundheit und Krankheit (vgl. zu diesen begrifflichen Unklarheiten Hafen 2001, 2003, 2004, 2005).

Aus systemtheoretischer Perspektive können wir demnach zwischen einer (unerreichbaren) ‚realen‘ und einer (konstruierten) ‚semiotischen Realität‘ unterscheiden (Luhmann 1997: 219) oder wie in anderen konstruktivistischen Ansätzen zwischen ‚Realität‘ und (sozial und psychisch konstruierter) ‚Wirklichkeit‘ (vgl. etwa Hejl 1993).⁹ Weiter gehen wir davon aus, dass alle Beobachtungen *systemisch* organisiert sind. Oder andersherum: Jedes System ist ein Zusammenhang von Beobachtungen (Fuchs 2001, 2004). Jede Organisation, jede Familie, jede Jugendgruppe, aber auch jeder einzelne Mensch (bzw. dessen Bewusstsein) beobachtet sich und die Umwelt aus der je eigenen Perspektive und er wird von anderen beim Beobachten beobachtet (Beobachtung zweiter Ordnung). Wenn es auch gelingen mag, Laienkonzepte von Gesundheit in bestimmten, an sich schon sehr verschiedenen Kategorien zusammenzufassen, so unterscheiden sich die individuellen Vorstellungen von Gesundheit im Allgemeinen und vom momentanen Gesundheitszustand im Besonderen doch erheblich. Wie wir gesehen haben, sind auch die professionellen Beobachtungen von Gesundheit nicht identisch. Je nachdem ob sich die Medizin, die Gesundheitswissenschaften, die Philosophie, die Soziologie, die Wirtschaft, die Politik etc. mit Gesundheit und Krankheit auseinandersetzen, ergeben sich ganz unterschiedliche Definitionen und Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit – von den Differenzen innerhalb der einzelnen Disziplinen und Funktionssysteme ganz zu schweigen.

⁹ Eine weitere systemtheoretische Unterscheidung, die für diese beiden Realitätsebenen steht, ist die Unterscheidung von Operation und Beobachtung. Die ‚Operation‘ entspricht dabei der unbeobachtbaren autopoietischen Realität der Systeme, während der Begriff der ‚Beobachtung‘ in dieser Unterscheidung für das Resultat dieser Operationen steht – für die Konstruktionen, die im Rahmen der Operationen anfallen und die unsere Wirklichkeit ausmachen. Anders formuliert: Die Operation entspricht dem Sehen, Hören, Sprechen etc. und die Beobachtung dem, *was* gesehen, gehört oder gesprochen wird. (Vgl. zur Differenz von Operation und Beobachtung umfassend Fuchs, 1999).

3.2 DIE BEOBACHTUNG VON KRANKHEIT UND GESUNDHEIT ANHAND VON SYMPTOMEN

Wie die Beobachtungen in den einzelnen Systemen organisiert sind, das bestimmen die jeweiligen Systemstrukturen. Im Laufe seiner Geschichte macht jedes System seine eigenen Erfahrungen. Aus diesen Erfahrungen resultieren Erwartungen, welche die weitere Beobachtung prägen (oder eben: strukturieren). Strukturen stellen für einen Beobachter (ein System) Möglichkeitsspielräume dar, deren Registratur an Störungen gebunden ist (Fuchs 2004: 75ff.). Man spricht im Spital einen jungen Vater im grünen Operationsgewand, der seine Frau im Kreissaal bei der Geburt begleitet hat, als Chirurgen an und bemerkt erst an seiner Reaktion, welche Erwartungen man gehabt hatte. Wichtig ist dabei, dass die Struktur selbst empirisch nicht beobachtbar ist, sondern nur als Bild erschliessen kann – als Bild, das einer Abstraktion entspricht, weil es die Konkretion des Einzelfalles abzieht (Fuchs 2004: 75). Die Bekleidung und das Auftreten von Chirurgen in einem bestimmten Kontext werden als Schema (Strukturbündel) appräsentiert, welches sich aus bisherigen Erfahrungen zusammensetzt, ohne an alle Einzelheiten dieser Erfahrungen zu erinnern.

An dieser Stelle kann man sich fragen, ob die Gesundheit selbst einen solchen Möglichkeitsspielraum darstellt. In diesem Sinn lässt sich Boss (1999: 440ff.) in seiner „Phänomenologie des Krankseins“ interpretieren. In Anlehnung an Heidegger argumentiert er, dass sich Gesundheit immer nur am Auftreten von Krankheit fassen lässt, also am Phänomen der Nicht-Gesundheit. Eine „Phänomenologie der Gesundheit“ könne demnach nur eine „Phänomenologie des Unscheinbaren“ sein. Damit bewegt sich Boss sehr nahe bei Gadamer (1993) und seinem Konzept der Verborgenheit der Gesundheit. Gadamer schreibt (1993: 137): „Die Grundtatsache bleibt, dass die Krankheit und nicht die Gesundheit das sich selbst Objektivierende, d.h. sich Entgegenwerfende, kurz, das Aufdringliche ist.“ Und (ebenfalls in Anlehnung an Heidegger): Die Gesundheit sei kein Sich-Fühlen, sondern ein Da-Sein, eine Grundbedingung menschlichen Lebens (1993: 143)¹⁰.

In der Sprache der Systemtheorie: Gesundheit kann als Möglichkeitsspielraum verstanden werden, der vor allem indirekt (über Phänomene des Nicht-gesund-Seins) erahnt, aber nicht empirisch fassbar gemacht werden kann. Sie ist damit die andere Seite der Krankheit, ein unmarkierter Raum für den sich keine positiven Merkmale definieren lassen (Simon 1993: 275,

¹⁰ Im Gegensatz dazu steht bei Heidegger (1972) das ‚In-der-Welt-Sein‘, das erkenntnistheoretisch mit der konstruierten Wirklichkeit im Gegensatz zur nicht erfassbaren Realität interpretiert werden kann.

Becker 1998)¹¹. Die Krankheit wiederum ist nach Simon (2001: 23ff.) über ihre Symptome erfahrbar – Symptome, die als Zeichen nur darüber informieren, was ‚Gesundheit‘ *nicht* ist, resp. wieder sein kann, wenn die Krankheit geheilt ist. Wenn Hurrelmann in seiner Definition von 1988 schreibt, dass sich die Beeinträchtigung der Gesundheit „in Symptomen der sozialen, psychischen und physisch-physiologischen Auffälligkeit manifestieren“ könne, *aber nicht müsse*, dann stellt sich angesichts des ‚nicht Müssens‘ aus unserer Perspektive die Frage, ob es eine Beeinträchtigung der Gesundheit ohne Symptomatik ‚gibt‘ oder ‚nicht gibt‘. Das ist eine Frage nach der ‚realen Realität‘, nach dem Heideggerschen ‚Da-Sein‘ und demnach eine müssige Frage, da diese ‚reale Realität‘ als solche nicht erreichbar ist, sondern immer nur rekonstruiert werden kann – durch die Operation der Beobachtung. Für diese Konstruktionsleistungen sind wir zwingend auf Symptome angewiesen, wenn wir Aussagen über Gesundheit und Krankheit machen wollen. Nur *sie* ermöglichen uns die Informationen, die aus unseren Beobachtungen resultieren; ohne Symptome gibt es zu Gesundheit und Krankheit schlicht nichts zu sagen. Die (Krankheits-)Symptome ermöglichen schliesslich Information auch über einen weiteren Aspekt des Menschseins, der sich der direkten Beobachtung weitgehend entzieht: den Körper (Simon 1993: 268f.). Proust (1932: 194) drückt dies folgendermassen aus: „Erst in der Krankheit werden wir uns bewusst, dass wir nicht alleine leben, sondern an ein Wesen aus einem andern Reich gekettet sind, von dem uns Abgründe trennen, das uns nicht kennt und dem wir uns unmöglich verständlich machen können: unseren Körper.“¹²

Dabei ist zu beachten, dass nicht nur die Gesundheit, sondern auch die Krankheiten keine erfahrbare *Seinsqualität* erreichen können. Zwar ist es möglich, die unterschiedlichsten Krankheiten über ihre Symptome zu spüren, sie von einander zu unterscheiden, sie zu klassifizieren, zu bewerten und die Symptome durch Erklärungen verstehbar zu machen (Simon 1993: 266f.)¹³ – also die Einflussfaktoren zu bestimmen und den Grad ihrer

¹¹ Wir werden uns noch mit der Frage auseinandersetzen, ob es nicht doch auch einzelne Symptome der Gesundheit gibt, die über die Abwesenheit von Krankheit hinausgehen.

¹² „C’est dans la maladie que nous nous rendons compte que nous ne vivons pas seuls mais enchaînés à un être d’un règne différent, dont des abîmes nous separent, qui ne nous connaît pas et duquel il est impossible de nous faire comprendre: notre corps.“ (Übersetzung mh)

¹³ Simon (2001: 17ff.) gliedert den Beobachtungsbegriff in die Formen der *Beschreibung*, der *Bewertung* und der *Erklärung* auf. Die drei Ebenen sind vor allem in der Alltagssprache kaum zu trennen. Im Kontext der Medizin wie auch im Kontext der

Einwirkung festzulegen.¹⁴ Nach Simon (2001: 29f.) hat Karl Jaspers¹⁵ den Einfluss der Unterscheidung von ‚verstehbar‘ und ‚erklärbar‘ massgeblich geprägt, indem er ihn zur zentralen differentialdiagnostischen Dimension in der Psychiatrie gemacht hat, um organisch bedingte von psychisch bedingten Erkrankungen zu unterscheiden. Erklärungen werden durch aussen stehende, ‚objektive‘ Beobachter vorgenommen, während der Beobachter beim Verstehen die Ähnlichkeit zwischen sich und dem beobachteten System nutzt¹⁶, sich also quasi in das System ‚hinein‘ versetzt.¹⁷ Durch die Erklärungen werden die vorerst nicht verstehbaren Symptome in den Bereich des Verstehbaren zurückgeführt, wobei die Wahl der Erklärungen vom jeweiligen sozio-kulturellen Kontext geprägt wird. Aus konstruktivistischer Perspektive ist entscheidend, dass sowohl der Körper und die Krankheitssymptome als auch die Erklärungen für die Symptome und ihr Verstehen für beobachtende Systeme Signifikate von Signifikanten (Fuchs 2005: 103) darstellen; sie bleiben eine (Re-)Konstruktion einer wie auch immer gearteten Realität ‚hinter‘ der konstruierten Wirklichkeit, die nicht

Wissenschaft ist jedoch darauf zu achten, dass die Beschreibungen (z.B. von Krankheitssymptomen) möglichst ‚dünn‘ (Simon mit Verweis auf den Ethnologen Clifford Gertz, 1983: Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt a. M.: 10ff.) ausfallen und nicht mit Bewertungen und Interpretationen vermischt sein sollten.

¹⁴ Hier kommen die drei ‚C‘ der Ätiologie zum Tragen: Causa (Ursache): Wenn A auftritt muss B auch auftreten, Bsp.: Rauchen verengt die Blutgefäße und verschlechtert damit Durchblutung des Körpers; Contributio (Beitrag): Wenn A auftritt, tritt B signifikant häufiger auf, Bsp.: Rauchen führt zu Lungenkrebs; Correlatio (Zusammenhang): Bei Menschen mit A tritt B häufiger auf und umgekehrt auch, ohne dass eine Ursache-Wirkungs-Beziehung zwischen den Phänomenen bewiesen werden könnte. Bsp.: Herzprobleme und Migräne treten zusammen gehäuft auf, ohne dass bis heute jemand belegen konnte, wie und weshalb Migräne zu Herzproblemen oder Herzprobleme zu Migräne führt.

¹⁵ Karl Jaspers, 1973: Allgemeine Psychopathologie. 9. Auflage. Bern/Heidelberg/NewYork: 255

¹⁶ Verstehen in diesem Sinne entspricht dem, was Nassehi (1997: 141ff.) als „beobachtendes Verstehen“ bezeichnet oder was man – auf das Bewusstsein beschränkt – auch als ‚psychisches Verstehen‘ bezeichnen kann. Davon zu unterscheiden ist das operative Verstehen, welches eine der drei Selektionen der Kommunikation darstellt (neben Information und Mitteilung). (Vgl. dazu Luhmann 1998).

¹⁷ Wir werden sehen, dass die mit der Unterscheidung von Erklären und Verstehen anvisierten Innen-aussen-Differenzen auch ‚innerhalb‘ eines Systems reproduziert werden kann, dergestalt, dass sich das psychische System selbst wie von aussen sehen kann. Das ermöglicht ihm, nach Erklärungen für Krankheits- und Gesundheitssymptome zu suchen. So kann es eine unzureichende Abgrenzungsfähigkeit diagnostizieren, welche zu einer dauernden psychischen Überbelastung und damit zu Antriebslosigkeit geführt hat.

anders angepeilt (aber wie gesagt: nie erreicht) werden kann als über die Operation der Beobachtung.¹⁸ Dabei ist zu beachten, dass der empirische Gehalt der Beobachtung von Symptomen im Gegensatz zum fehlenden empirischen Gehalt von Krankheiten und Gesundheit (als Erklärungsmustern) steht – Empirie dabei verstanden als besondere, eng an Wahrnehmung und Erfahrung geknüpfte Form der Beobachtung. In andern Worten: Sobald die Verstehbarkeit Überhand gewinnt und die empirischen Beobachtungsmöglichkeiten ausfallen, nimmt die Kontingenz der Interpretationen zu und damit auch die Wahrscheinlichkeit von Dissens.

Immerhin lässt sich beim Körper die Beobachtung dadurch spezifizieren (,empirisch gehaltvoller' machen), dass er abgehört, abgetastet¹⁹, durchleuchtet, aufgeschnitten oder sonst wie der Wahrnehmung der Beobachtung besser zugänglich gemacht wird. Wie wir in unserem kurzen historischen Rückblick über Gesundheits- und Krankheitskonzepte gesehen haben, bleiben aber alle Symptome und Erklärungen Konstruktionen, die sich über die Zeit hinweg oder in unterschiedlichen Regionen unterscheiden können.²⁰ Positive Merkmale für Gesundheit wird man im Übrigen nicht

¹⁸ Von Uexküll (1995) geht in seinem Standardwerk ‚Psychosomatische Medizin‘ von einer ähnlichen Voraussetzung aus, wenn er das biomechanische Modell der naturwissenschaftlich geprägten Schulmedizin mit einem biosemiotischen Modell der Zeichenverarbeitung verknüpft. Ein Unterschied des biosemiotischen Modells zu einem Modell in der Argumentationslinie der soziologischen Systemtheorie besteht darin, dass von Uexküll die Zeichenhaftigkeit der Sprache auch für biologische Systeme vermutet, also z.B. von bestimmten Zeichen der Hormone ausgeht, die in andern Systemen „verstanden“ werden. Eine systemtheoretische Konzeption hingegen beschränkt den Terminus ‚Sprache‘ und auch die ‚Semiotik‘ auf die Sinn verarbeitenden sozialen und psychischen Systeme, also auf Systeme, die mit der Operation der Beobachtung operieren (unterscheiden und *bezeichnen*). Exakt diese *Bezeichnungsleistungen* werden für die biologische Ebene nicht postuliert – wohl aber Informationsverarbeitung im Sinne Batesons (1972: 315), der Information als Unterschied sieht, der im System einen Unterschied macht, und damit zu einer mehr oder weniger langfristigen Veränderung auf Strukturebene führt.

¹⁹ Gadamer (1993: 139) verweist auf die Nähe von ‚behandeln‘ und dem lateinischen ‚palpare‘ (abtasten, tasten), d.h. mit der Hand am Leibe des Kranken vorsichtig und feinfühlig tasten, um Spannungen und Verspannungen zu bemerken, die vielleicht die subjektive Lokalisierung des Patienten bestätigen oder korrigieren, die man Schmerz nennt.

²⁰ Vgl. dazu auch Simon (2001: 26ff.), der auf die ‚imaginären Täter‘ hinweist, welche – auch über Systemgrenzen hinweg – die Symptome verursachen. Mit dieser Art von ‚botanischem Modell‘ (Foucault), welches auf einer dreidimensionalen Vorstellung von ‚Dingen‘ und ‚Objekten‘ beruhe, werde versucht, „eine zugrunde liegende Ordnung in der Vielfalt der beobachteten Krankheitserscheinungen zu finden“ (a.a.o.: 27). Bereits das hippokratische Gesundheitsmodell und noch stärker die chinesische Konzeption von Yin und Yang verwenden hingegen Modelle, die nicht von einander gegenüber stehen-

entdecken, auch wenn man den Körper aufschneidet, sondern immer nur: das Fehlen von Merkmalen, welche auf eine Beeinträchtigung der Gesundheit hinweisen. Das wird im Übrigen auch von Antonovsky selbst eingeräumt: „Das Gesundheits-Krankheits- oder Zusammenbruchs-Kontinuum ... scheint die wünschenswerteste Gesundheitskategorie in negativen Begriffen zu formulieren: Abwesenheit von Schmerz, keine funktionelle Beeinträchtigung usw. An dieser Kritik mag etwas Wahres sein.“²¹

Wir gehen also davon aus, dass sich auch Krankheiten *nicht* als unverrückbare Realitäten abbilden lassen. Zwar stellen Krankheiten soziale Konstruktionen dar, die durch die Medizin und die Wissenschaft so weit objektiviert worden sind, dass über ihre Symptome und die unterschiedlichen Einflussfaktoren zumindest bei Beobachtern im Medizinsystem ein mehr oder weniger hoher Konsens besteht²². Wir haben jedoch gesehen, dass sich die Beobachtung von Krankheiten über ihre Symptome und vor allem: die Suche nach Erklärungen für Krankheiten trotz aller Forschungsergebnisse verändern kann – nicht zuletzt weil die Forschung sich weiter entwickelt und andere Schlüsse gezogen werden. Dass selbst die Krankheiten nicht in ihrer ‚Realität‘ erkannt werden können und wir demnach keine Aussicht auf absolute Wahrheit oder totale Objektivität haben, weil es eine beobachter-unabhängige Wirklichkeit nicht gibt, soll uns nicht weiter betrüben. Mit der Erkenntnis, dass selbst Gott kein Allesbeobachter ist, da auch er beim Beobachten beobachtet werden kann (durch Luzifer, den Licht bringenden; Luhmann 1997: 848), hat sich in der Gesellschaft ein Funktionssystem (die Wissenschaft) ausdifferenziert, das die Realität mit spezifischen Beobachtungsinstrumenten (Theorien, Methoden, mechanischen Hilfsmitteln) und ihrem Code ‚wahr/unwahr‘ beobachtet, ohne je absolute Wahrheit zu erlangen, sondern immer nur: wissenschaftliche Wahrheit (vgl. grundsätzlich Luhmann 1994b). Sie ist es, worauf wir bei der Klassifizierung von Krankheiten stützen können, und sie werden wir auch in Anspruch nehmen, wenn es darum geht, eine genauere Vorstellung von dem zu gewinnen, was Gesundheit sein könnte.

den Einheiten (z.B. Subjekt und Objekt), sondern von untrennbaren Differenzen ausgehen (vgl. dazu Simon, a.a.o.: 28; Fuchs 2001: 64f.; Hafen 2005: 302ff.).

²¹ S. 67 in Antonovsky, Aaron (1979): Health, stress, and coping. San Francisco, zit. in Becker (1998: 23f.).

²² Wir werden noch darauf zurückkommen, dass dieser Konsens keine Garantie dafür bietet, dass die Erklärungen in Hinblick auf alle Krankheiten ausreichend komplex sind. In der Regel werden zwar mehr oder weniger gut belegbare Risiko- und Schutzfaktoren angeführt, aber der zirkulären Wechselwirkung zwischen diesen Faktoren wird kaum Beachtung geschenkt (vgl. Kap. 4).

Bei der Gesundheit stellt sich die Frage, ob sie wirklich so verborgen ist, wie Boss, Gadamer oder Simon vermuten. Anders gefragt: Gibt es nicht doch auch *Symptome*, mittels derer sich eine einigermaßen konkrete Vorstellung über den Gesundheitszustand erreichen lässt, ohne auf das Nicht-Vorhandensein von Krankheitssymptomen zu rekurrieren? Gadamer (1993: 143f.) weicht an einzelnen Stellen ein wenig von seiner These der verborgenen Gesundheit ab: Trotz aller Verborgenheit komme die Gesundheit in einer Art Wohlgefühl zutage, „[...] und mehr noch darin, dass wir vor lauter Wohlgefühl unternehmungsfreudig, erkenntnisoffen und selbstvergessen sind und selbst Strapazen und Anstrengungen kaum spüren [...]“. Merkmale wie ‚Wohlgefühl‘ oder ‚Unternehmungsfreude‘ werden auch in der Fachliteratur zur Gesundheitsförderung immer wieder im Zusammenhang mit Gesundheit genannt – etwa in der WHO-Definition von 1948, in der Gesundheit als ‚Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens‘ bezeichnet wird oder beim ‚Kohärenzgefühl‘ von Antonovsky, mit den Komponenten ‚Gefühl der Verstehbarkeit‘ (sense of comprehensibility), ‚Gefühl der Machbarkeit‘ (sense of manageability) und ‚Gefühl der Bedeutsamkeit‘ (sense of meaningfulness).²³ Wir können daraus folgern, dass der Möglichkeitsspielraum (die Struktur) Gesundheit nicht nur durch das negative Empfinden von Krankheitssymptomen (wie z.B. Schmerz), sondern auch durch positiv gewertete Empfindungen wie ‚Wohlgefühl‘ oder ‚Vitalität‘ Information generieren kann – also nicht nur durch ein ‚Ich-bin-nicht-mehr-gesund‘, sondern auch ein ‚Ich-bin-gesund‘. In beiden Fällen erlauben die Beobachtungen jedoch keinen umfassenden Blick auf den Gesundheits-/Krankheitszustand, sondern offenbaren lediglich einen kleinen Ausschnitt davon. Wir werden uns noch mit der Frage auseinandersetzen, ob diese Gesundheitssymptome wirklich eine verlässliche Beobachtung von Gesundheit erlauben und was es z.B. bedeutet, wenn ein (körperlich) todkranker Mensch ‚Wohlbefinden‘ bekundet.

3.3 KRANKHEIT UND GESUNDHEIT ALS KONTINUUM

Aufgrund der bisherigen Aufführungen können wir festhalten, dass Krankheiten für einen Beobachter nicht als Ganzheiten, als Entitäten erschliessbar sind. Vielmehr manifestieren sie sich anhand von Symptomen, für welche die Krankheit als Erklärung, als direkte Ursache vermutet wird. Der Begriff ‚Krankheit‘ steht für eine Reihe von körperlichen und/oder psychi-

²³ Hier ist darauf hinzuweisen, dass es weitere Theorien gibt, die Gesundheit und Krankheit (z.B. Sucht) in Zusammenhang mit psychischen Selbstkonzepten stellen – etwa die Selbstwirksamkeitstheorie (Bandura 1997), der daran orientierte Gedanke der Selbstregulation (Schwarzer 1995) oder das Hardiness-Konzept von Kobasa (1982).

sehen Prozessen, die für die beteiligten Systeme (z.B. Organe oder das psychische System) die bestmögliche Anpassung an Umweltprozesse darstellen, aber von externen Beobachtern (den ‚Kranken‘, ihren Bezugspersonen, Ärzten und Ärztinnen etc.) in der Regel als dysfunktional oder zumindest als störend beobachtet werden. Gerade die Bewertung als dysfunktional zeigt die Kontingenz der Krankheitsbeobachtung auf: Wenn Krankheit als „Chance zu lernen“ (Teegen) verstanden wird und nicht nur als störendes Element im Leben eines Menschen, dann beeinflusst dies die Massnahmen grundsätzlich, mit denen auf die Symptome reagiert wird.

Wie wir gesehen haben, hat auch die Gesundheit ihre Symptomatik: Anzeichen wie Wohlbefinden, Lebenslust oder Kohärenzgefühl, die in Zusammenhang mit der Gesundheit gestellt werden. Da die Gesundheit nicht wie die einzelnen Krankheiten spezifiziert ist und durch das Aufschneiden, Abhören, Durchleuchten und weitere Analysemöglichkeiten von Körpern keine weiteren Schlüsse über den Gesundheitszustand gewonnen werden können, ist ‚Gesundheit‘ als Erklärungsprinzip für die genannten Symptome empirisch weit weniger gut abgesichert als viele Krankheiten, die als Ursache für bestimmte Symptome vermutet werden. In der Regel kann – wenn überhaupt – lediglich von einer ‚correlatio‘ und nicht von einer ‚contributio‘ oder gar einer ‚causa‘ die Rede sein. Dass es sich beim Verhältnis zwischen den Gesundheitssymptomen und der Gesundheit nur um eine Korrelation handelt, zeigt auch der Umstand, dass das Ursache-Wirkungsverhältnis zwischen den beiden Aspekten unklar ist. So wird das ‚Kohärenzgefühl‘ zur gleichen Zeit „als Grundbefinden“ (Schneider 2002)²⁴, als Merkmal für Gesundheit (also als Symptom), als Erklärung (d.h. als Ursache, salutogener Faktor) und als reaktiv protektive Ressource (Schutzfaktor) für Gesundheit bezeichnet.²⁵

Wir argumentieren also, dass die Beobachtung von Gesundheit und Krankheit immer nur an Symptomen erfolgen kann und dass diese Symptome bei der Gesundheit – weil diese geradezu ein allumfassendes philosophisches Konzept menschlichen Lebens darstellt – viel weniger deutlich sind, als bei den zahlreichen, mehr oder weniger gut erforschten Zuständen der Nicht-Gesundheit: den Krankheiten. Nicht nur an den vorgestellten antiken und philosophischen Konzepten von Gesundheit und Krankheit ist deutlich geworden, dass es wenig Sinn macht, Gesundheit und Krankheit

²⁴ Dabei stellt sich grundsätzlich die Frage, ob sich „Sinnhaftigkeit generell (und damit auch Kohärenzsinn) im unmittelbaren Lebensalltag der Menschen *uno actu* (also im Vollzug dieses Alltags) ausbildet“ (Bauch/Bartsch, 2003: 3).

²⁵ Vgl. zu diesem und anderen methodologischen Problemen beim Salutogenese-Konzept Becker (1998: 15).

isoliert zu beobachten. Krankheit und Gesundheit bedingen sich wechselseitig; sie sind keine Zustände, die in absoluter Form auftreten oder bearbeitet werden können. Die WHO-Definition von 1948, die Gesundheit als Zustand des *vollständigen* Wohlbefindens beschreibt, ist in diesem Sinn in der Tat utopisch – ortlos. Sie hat nichts mit der Medizin und ihrem Handeln zu tun (Basaglia 1995: 12f.), sondern stellt lediglich einen Orientierungswert für eine bessere Zukunft dar. Antonovsky (1997) illustriert diese wechselseitige Bedingtheit von Gesundheit und Krankheit mit dem schönen Bild des Kontinuums – ein Bild, das auch der Prozesshaftigkeit von Gesundheit/Krankheit und ihrer Beobachtung gerecht wird.

Um das Verhältnis von Gesundheit und Krankheit mit den Mitteln der soziologischen Systemtheorie zu analysieren, empfiehlt es sich, die Unterscheidungstheoretischen Elemente zu nutzen, die Luhmann aus dem mathematischen Kalkül von George Spencer Brown ableitet. Wir haben bereits gesehen, dass Beobachtung immer die Bezeichnung von *etwas* im Kontext einer Unterscheidung darstellt. Die Einheit der Beobachtung (die Form der Beobachtung) umfasst demnach immer die *gesamte Unterscheidung*: das Bezeichnende (mit de Saussure: der Signifikant), das Bezeichnete (Signifikat; das Konzept hinter der Bezeichnung) und das, wovon sich die Bezeichnung unterscheidet. Wenn wir über Gesundheit sprechen, verwenden wir den Begriff ‚Gesundheit‘, um unser Konzept von Gesundheit (und nicht: die Realität der Gesundheit) zu bezeichnen, und unterscheiden damit die Gesundheit von Nicht-Gesundheit, also von ‚Krankheit‘ oder andern Faktoren, welche die Gesundheit aus unserer Sicht beeinträchtigen.²⁶ Die Bezeichnung von Gesundheit oder Krankheit kann demnach nie isoliert erfolgen, sondern immer nur in Differenz zur Nicht-Gesundheit resp. Nicht-Krankheit²⁷. Gesundheit ohne eine Gegenseite der Nicht-Gesundheit ist genau so wenig vorstellbar wie ‚oben‘ ohne ‚unten‘ oder – um bei der Thematik des Textes zu bleiben – Wohlbefinden ohne Zustände des Unwohlseins (vgl. auch Hafén 2001). Die formale Erklärung Spencer Browns (1993: 3) ist, dass es bei jeder Bezeichnung einer Seite der Unterscheidung zu einem Wiedereintritt (Re-entry) der gesamten Unterscheidung in die bezeichnete Seite kommt. Luhmann (1994: 230) baut seine System-

²⁶ Wir werden uns noch mit der Frage auseinandersetzen, was die Gesundheit beeinträchtigt: Sind es nur Krankheiten oder sind es auch Faktoren, die zu Krankheiten führen können? Um diese Frage zu beantworten, müssen wir aber zuerst eine exakte Vorstellung davon haben, wie wir Gesundheit konzipieren.

²⁷ Das bedeutet nicht, dass Nicht-Krankheit zwangsläufig Gesundheit entsprechen muss. Es hängt (wie immer) vom Beobachter ab und von den Unterscheidungen, die er verwendet.

theorie auf diesem Differenz-Konzept auf: Jede Operation eines Systems basiert darauf, dass sie sich von Operationen anderer Systeme unterscheidet. Diese Unterscheidung erfolgt aber ‚im‘ System. Das heisst, dass das System nicht nur *sich* (autopoietisch) selbst erschafft und selbstreferentiell²⁸ reproduziert, sondern dass es *seine Umwelt* im gleichen Zug mitreproduziert – mitreproduzieren muss.²⁹

Die wechselseitige Bedingtheit von Gesundheit und Krankheit erlaubt dann auch, im Rahmen weiterer Beobachtungen auf die andere Seite der Unterscheidung zu schauen und zu fragen, was das Gesunde an der Krankheit resp. das Kranke an der Gesundheit sein könnte. Antworten auf diese Fragen gibt es durchaus: Auf die positiven, gesundheitsförderlichen Aspekte von Krankheit wie ‚Selbsteilung‘ (Mitscherlich), ‚Botschaft‘ oder ‚Chance‘ (Teegen) haben wir schon hingewiesen. Auch Nietzsche (2001: 36) argumentiert ähnlich, wenn er schreibt: „Das, woran die zarteren Menschen zugrunde gehen würden, gehört zu den Stimulanz-Mitteln der *grossen* Gesundheit.“ Parsons (1965) weist auf die gesundheitsförderliche Wirkung („Krankheitsgewinn“) hin, die darin besteht, dass man sich über die Kommunikation von Krankheitssymptomen aus dem konkurrenz- und stressreichen Arbeitsprozess ausklinken kann. „Krank“ zu sein, kann in diesem Fall durchaus „gesund sein“.³⁰ Haug (1991: 93) verweist auf die scholastische Gesundheitslehre, die unter anderem davon ausgeht, dass die Krankheit auch als Ausdruck göttlicher Liebe verstanden werden kann. ‚Heil‘ und ‚Heilung‘ lösen sich vom Irdischen (und damit vom Körper) und können im Extremfall durch den eigenen Märtyrertod erreicht werden. Ein wenig säkularer ist dagegen die Alltagsbeobachtung, dass sich einige Menschen nur richtig wohl zu fühlen scheinen, wenn ihnen gesundheitlich etwas fehlt.³¹ Die negativen, ‚kranken‘ oder ‚krank-machenden‘ Aspekte

²⁸ Der Begriff der Selbstreferenz beschreibt den Umstand, dass die Operationen des Systems aneinander anschliessen, sich also im sozialen System Kommunikation an Kommunikation reiht.

²⁹ Das bedeutet, dass wir nicht davon ausgehen, es gebe so etwas wie eine objektive Umwelt, eine Lebenswelt im Habermasschen Sinne, die für alle die gleiche ist.

³⁰ Dem aufmerksamen Leser, der aufmerksamen Leserin wird nicht entgangen sein, dass hier Äpfel mit Birnen verglichen werden. ‚Krank-Sein‘ ist hier nicht identisch mit ‚Gesund-Sein‘, sondern kann der Gesundheit auch *förderlich* sein. Diese Vermischung pathogener (und auch salutogener) Faktoren mit Beschreibungen von Krankheits- und Gesundheitszuständen ist in der Fachliteratur immer wieder anzutreffen. Wir kommen darauf zurück.

³¹ Eine Erklärung dafür wäre, dass dem Reden (Klagen) über Krankheit zumindest im vertrauten Umfeld in der Regel mit erwünschten kommunikativen Anschlüssen (Aufmerksamkeit, Mitleid, Sorge) begegnet wird, so dass der Gesundheitsmangel auch bei

der Gesundheit sind nicht ganz so einfach zu finden. Haug (a.a.o.) zieht die Schlussfolgerung, dass die gute Gesundheit – insbesondere die physische – in der Scholastik eher suspekt wirkt, weil den Menschen mit zu viel Gesundheit das Leiden verwehrt bleibt, das Teil des christlichen Lebenswegs ist. Doch nicht nur die Gesundheit, sondern auch das Streben nach Gesundheit kann seine negativen Seiten haben. So argumentiert Dörner (2002: 1971), dass das Ausmerzen einer Krankheit oder ein erfolgreiches Präventionsprogramm durchaus auch kontraproduktiv sein können, etwa wenn als Nebenwirkung z.B. eine hypochondrische Überaufmerksamkeit auf das Selbst resultiert. Und Milz (1995) fragt sich, wie es zu erklären ist, dass trotz aller Anstrengungen um Gesundheit und der entsprechenden medizinischen Erfolge inkl. der Verlängerung des Lebens, das Gefühl subjektiver Zufriedenheit mit der Gesundheit sinkt?³² Schliesslich können wir an die Vielfalt der sozialen Zumutungen denken, die uns sagen, was gesund ‚ist‘ und uns so die Verantwortung für das übertragen, was geschehen kann, wenn wir den Gesundheitsratschlägen keine Folge leisten³³. ‚Gesundheits-‘ und ‚Wellnessterror‘ stehen als populäre Bezeichnungen für die Übersättigung mit solchen Botschaften.

Wir folgen also Antonovskys Bild des Kontinuums und damit den Leitvorstellungen, die Gesundheit und Krankheit als ‚relativ‘ bezeichnen und diese Bezeichnung an Kriterien der Subjektivität resp. der Objektivität binden (Hurrelmann/Franzkowiak 1993: 53). Dieser Entscheid legt nahe zu bestimmen, was unter ‚Subjektivität‘ und ‚Objektivität‘ verstanden wird und was gemeint sein könnte, wenn Hurrelmann in seiner weiter oben zitierten Definition Gesundheit als „Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person“ definiert. Dieser Frage wollen wir uns im folgenden Kapitel zuwenden.

diesen nicht ausreichend erfüllten kommunikativen Bedürfnissen und nicht nur bei der Krankheit festgemacht werden könnte.

³² Aus der hier verfolgten Perspektive ist die Erklärung einfach: Gesundheit und Krankheit manifestieren sich erst in der Beobachtung. Wenn die Beobachtung für Krankheitssymptome geschärft wird, dann werden zwangsläufig mehr Krankheiten (und damit weniger Gesundheit) beobachtet.

³³ Exakt dies ist der Mechanismus der Prävention: zukünftige Gefahren dadurch in Risiken zu verwandeln, dass den Individuen und sozialen Systemen Handlungsmöglichkeiten angeboten werden, über deren Einsatz die Systeme selbst entscheiden – und dann die Folgen zu tragen haben (vgl. dazu Fuchs 2006b und Hafén 2005: 328ff.).

3.4 PSYCHISCHE UND SOZIALE BEOBACHTUNG VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

Die bisher aufgeführten Beispiele zeigen, dass auch in der Fachliteratur rund um die Gesundheit unterschiedliche Beobachtungsperspektiven bezeichnet werden. In Hinblick auf die soziologische Systemtheorie haben wir schon angetönt, dass in dieser Theorie nicht nur unterschiedliche soziale Systeme – zum Beispiel das Wirtschaftssystem, Spitäler und Familien – unterschieden werden, sondern auch *soziale* von *psychischen* Systemen. Die Beobachtungen erfolgen in sozialen Systemen durch die Operation der Kommunikation. In den psychischen Systemen werden sie in der Form von Gedanken und Vorstellungen realisiert und begleitet von unbewussten Operationen (z.B. Wahrnehmungen), die nicht mit expliziten Bezeichnungen operieren (Fuchs 2003). Beide Systemebenen operieren sinnförmig, das heisst in der Form einer verweisenden Selektion. Mit jeder Bezeichnung eröffnet sich ein Auswahlbereich. Beim Beispiel der ‚Gesundheit‘ ist das zum einen die andere Seite der Unterscheidung (‚Krankheit‘), zum andern aber auch alles, wovon sich die Unterscheidung unterscheidet (Fuchs 2004: 63ff.). Mit jeder aktuellen Selektion (hier: der Bezeichnung von Gesundheit) kommen andere Möglichkeiten ins Blickfeld (‚Krankheit‘ oder andere Unterscheidungen), an die hätte angeschlossen werden können resp. an die im Rahmen einer weiteren Beobachtung angeschlossen werden kann. Aus diesem Grund definiert Luhmann (1994: 100, in engem Anschluss an Husserl) Sinn auch als Differenz von Aktualität und Potentialität. Neben ‚Sinn‘ gibt es ein weiteres Medium, das sowohl von psychischen als auch von sozialen Systemen zur Beobachtung genutzt wird und zum Zusammenspiel dieser Systemebenen beiträgt: die Sprache. Sie prägt die bewussten Operationen, da sie den Gedanken Zeichen zur Verfügung stellt, aber sie ist im Bewusstsein nie so deutlich strukturiert wie in gesprochener Form.

Beobachtung wird also in zwei unterschiedlichen Formen realisiert – psychisch als Gedanken/Vorstellungen und sozial als Kommunikation. Diese beiden Systemebenen operieren nicht unabhängig voneinander, sondern eng gekoppelt. Sie sind aufeinander angewiesen, und doch operieren sie nicht identisch. Wie oft ist es so, dass man einen Gedanken kommunikativ mitteilen beziehungsweise die Kommunikation entsprechend beeinflussen will, das Gespräch sich aber ganz anders entwickelt. Die Erklärung der Systemtheorie: Zum einen operiert das Kommunikationssystem (z.B. eine Patientenbesprechung) nach eigenen Strukturen, bildet also eigene Erwartungen im Hinblick auf den Verlauf der Kommunikation; zum andern gibt es in der relevanten Umwelt der Besprechung nicht nur das eigene psychische System, welches die Kommunikation zu beeinflussen

versucht, sondern auch die psychischen Systeme der andern Besprechungsteilnehmer und -teilnehmerinnen.³⁴

Geht man von einer Trennung von psychischen und sozialen Systemen aus, dann muss man auch davon ausgehen, dass Gesundheit und Krankheit *sozial* und *psychisch* konstruiert werden und dass sich die Konstruktionen nicht nur zwischen diesen beiden Ebenen, sondern auch zwischen den unterschiedlichen sozialen und zwischen den einzelnen psychischen Systemen massgeblich unterscheiden. Gesundheit ist für das Medizinsystem etwas anderes als für die Wirtschaft, und für ein Unternehmen etwas anderes als für eine Kirchgemeinde. Und jedes psychische System konstruiert ‚Gesundheit‘ individuell – obgleich alle Unterscheidungen und Bezeichnungen, die es dafür nutzt, sozialen Ursprungs sind. Es ist die individuelle Strukturierung der Bewusstseins, die trotz der ‚sozialen Formatierung‘ (Fuchs 1998: 211) für Individualität in der Beobachtung von Gesundheit und Krankheit sorgt, wobei der soziale Einfluss bei aller Individualität bestehen bleibt. Wichtig ist, dass wir uns daran erinnern, dass die Rede und die Vorstellungen von ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ die dahinter stehenden Phänomene nicht abbilden. Symptome von ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ sind Zeichen (Signifikanten), die sich auf einen Horizont von Gesundheits- und Krankheits*konzepten* beziehen (den Signifikaten), die wiederum nicht mit dem realen (aus Sicht der Theorie: unbeobachtbaren) Zustand identisch sind. *Gesundheit und Krankheit ‚sind‘ in diesem Sinn ihre Beobachtung* – oder noch präziser: die Beobachtung von Symptomen, für die die Konzepte von Gesundheit und Krankheit die Erklärung liefern. Dabei können wir mit einem Seitenblick auf Schrödingers Katze folgende Frage stellen: Ist ein Mensch, bei dem nach einem Schlüsselbeinbruch bei einer Durchleuchtung ein bislang unbemerkter Lungenkrebs festgestellt wird, erst seit dem Schlüsselbeinbruch und dem damit zusammenhängenden Krebsbefund krank oder war er es schon vorher oder war er vor der Diagnose beides zugleich – sowohl krank als auch gesund? Eine Antwort (oder mehrere Antworten?) auf diese Frage soll weiter unten erfolgen.

Mit den Krankheitsbildern, die heute bekannt sind und die laufend durch neue ergänzt werden, und mit der Bedeutung, die der Wiedererreichung resp. der Erhaltung und der Förderung der Gesundheit zugemessen wird, ist es heute eine weit komplexere Aufgabe, sich gesund zu fühlen als noch vor 50 Jahren. Gesundheit kann – wir haben es gesehen – für das Individuum sowohl eine soziale Verheissung als auch eine soziale Zumutung darstellen. Die soziale Beobachtung von Gesundheit und vor allem von Krankheit ist

³⁴ Vgl. zum letzten Abschnitt auch Hafén (2005b: 20)

dabei stark geprägt durch die Errungenschaften und die Beobachtungsinstrumente der Medizin, aber auch durch andere Subsysteme und Disziplinen aus dem Gesundheitssystem. Doch auch die Wissenschaft, die Wirtschaft, die Politik, Schulen, Unternehmen, Familien und viele andere soziale Systeme tragen aus ihrer Perspektive zur Konstruktion der sich laufend wandelnden Gesundheits- und Krankheitsverständnisse bei. Da soziale Systeme nicht über Wahrnehmung verfügen, können sie ihre Beobachtung von Gesundheit nicht auf ein ‚Befinden‘ oder ein ‚Gefühl‘ abstützen, sondern sind auf Erzählungen über Symptome wie Schmerzen angewiesen. Selbst bei der medizinischen Diagnose äusserer (z.B. Fieber oder Ausschlag) und innerer Symptome (bei einer Durchleuchtung oder einer Operation) des Körpers erfolgt die ärztliche Diagnose in Form von mündlicher und oder schriftlicher Sprache, also in der Form von Zeichen, die sich auf Konzepte beziehen, die bekanntermassen zwischen Ärztin und Patient, zwischen Fachperson und Laie und zwischen verschiedenen Individuen unterschiedlich gestaltet sind. ‚Krebs‘ ist für einen Arzt etwas grundsätzlich anderes als für eine Patientin, die sich durch die Krankheit in ihrem Leben bedroht fühlt.

Für Fuchs (2006: 29f.) bilden ‚Befunde‘ die eigentliche Kommunikationsform des Medizinsystems. Mit ihnen inkludiert es seine Patienten und Patientinnen. An die Befunde schliessen Handlungen wie Operationen, Therapien und auch Zahlungen durch die Krankenkassen an. Auf die Frage, welche Kommunikationsform im übrigen Gesundheitssystem (z.B. in der Prävention oder der Gesundheitsförderung) relevant ist, kommen wir noch zurück. Vorerst gilt es festzuhalten, dass soziale Systeme im Allgemeinen und das Gesundheitssystem im Besonderen sozial plausible Konstruktionen von Gesundheit und Krankheit generieren – Konstruktionen, die durch die Forschung in Wissenschaft und Medizin, aber auch durch Erfahrungen in anderen Bereichen mehr oder weniger *objektiviert* sind, d.h. mehr oder weniger umfassend akzeptiert sind. Gerade das Medizinsystem definiert dabei – wir haben es erwähnt – Gesundheit in überragendem Mass über die Abwesenheit von Krankheit, denn die Krankheiten lassen sich empirisch einfacher fassbar machen und klassifizieren, als die schwer definierbare Gesundheit. Trotzdem gibt es im Kontext des Gesundheitssystems (vor allem durch die Gesundheitsförderung) auch Versuche, positiv bewertete Merkmale wie Wohlbefinden oder ein gutes Kohärenzgefühl zu messen (vgl. u.a. Bengel et al. 1999 und die Aufsätze in Wydler et al. 2002). Aber auch diese Befunde werden wie beim Schmerz und anderen äusserlich

nicht erkennbaren Krankheitssymptomen über Erzählungen³⁵ individueller Befindlichkeiten generiert.

Wir sehen also, dass der psychischen Beobachtung von Gesundheit und Krankheit aller hoch technisierten Beobachtungsausrüstung und aller medizinischen Erfolge zum Trotz immer noch eine überragende Bedeutung zukommt. Aus diesem Grund sind *Laienkonzepte* von Gesundheit und Krankheit heute auch so wichtig. Nicht zuletzt geht es darum, wie sich Menschen verhalten, wenn sie Symptome spüren: wie lange sie sich selbst helfen und ab wann sie semi-professionelle resp. professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (Hörmann 1987). Dazu kommt, dass der Bezug von Fachwissen für die Eigendiagnose und Selbstbehandlung heute nicht mehr auf die Printmedien (das dicke Ärztebuch in jedem Haushalt) beschränkt ist, sondern über das Internet Zugang zu unermesslichen Datenmengen besteht (Kaltenborn 2001: 59). Das wiederum macht Angebote notwendig, welche die Nutzerinnen und Nutzer dabei unterstützen, die für sie wichtigen und vor allem: nach wissenschaftlichen Standards korrekten Informationen zu finden (Hurrelmann/Leppin 2001: 19). Schliesslich beeinflusst das zunehmende Fachwissen der Patientinnen und Patienten auch die Kommunikation zwischen ihnen und dem medizinischen Personal. Oft werden Befunde nicht mehr einfach hingenommen, sondern treffen auf Vorwissen, das unter Umständen Diskussionen um Befund und Handlungsmöglichkeiten begünstigt. Das wiederum ist mit einem enormen Mehraufwand an Zeit verbunden (Fuchs 2006c) – einem Mehraufwand, der mit der betriebswirtschaftlich orientierten Operationsweise der involvierten Organisationen nur schlecht kompatibel ist.

Während die subjektive Beobachtung von *Krankheitssymptomen* durch die zunehmenden Informationsmöglichkeiten eher objektiviert wird³⁶, erweist sich die Objektivierung der subjektiven Beobachtung von Symptomen der *Gesundheit* erneut als schwierig. Wie wollte man einem Menschen mitteilen, was Wohlbefinden ist? Gefühle und Befindlichkeiten gewinnen zwar auch nur über Sprache ihre Form, aber sie sind wie die Wahrnehmungen unbestreitbar (Fuchs 2004b). Jemandem zu sagen, er fühle sich gut, nützt wenig, wenn diese Person sich selbst nicht gut fühlt. Genau so problematisch ist es, bei bestimmten medizinisch nicht klar eruierbaren Befunden (wie einem Schleudertrauma) die Schmerzempfindung einer Patien-

³⁵ Mit diesem Begriff sind auch systematisierte Erfassungen (z.B. in der Form eines Fragebogens) umschrieben.

³⁶ Auch hier gilt wieder: Information kann nicht übertragen werden. So korrekt die zugängliche Information auch immer ist – niemand kann garantieren, dass die Information auch so verstanden wird, wie sie von den Autorinnen und Autoren intendiert war.

tin zu bestreiten oder ihr das Erschwindeln von Krankheitsgewinnen vorzuwerfen. Damit sind schwere Kränkungen verbunden – insbesondere natürlich, wenn die betroffene Person wirklich stark Schmerzen empfindet. Umgekehrt gibt es, wie das oben beschriebene Krebsbeispiel zeigen sollte, auch medizinische Befunde, die nicht mit der subjektiven Wahrnehmung übereinstimmen (vgl. dazu auch Naidoo/Wills 2003: 8). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass auch ein psychisches System nicht wissen kann, wie es sich *genau* fühlt, denn auch seine Beobachtungen bilden die Realität nicht ab, sondern konstruieren eine individuelle Wirklichkeit. In der Erinnerung können vorher unbewusste Wahrnehmungen ins Bewusstsein dringen und damit eine gänzlich andere Erzählung über die Symptome ermöglichen. So zeigen Beispiele aus dem Bereich der Schmerzerfassung, dass die retrospektive Beurteilung von Schmerzempfinden im Rahmen einer Befragung mit den momentanen Empfindungen im erfragten Zeitraum nicht übereinstimmen muss. So kann ein Patient, der sich wegen Herzrhythmusstörungen ins Spital begeben hat, seine Schmerzwahrnehmung unter bestimmten Bedingungen (z.B. wenn er das Spital schnell verlassen möchte, weil die Arbeit ruft) aktiv aus dem Bewusstsein ausblenden, was unter Umständen die Früherkennung eines Herzinfarkts und das Einleiten von behandelnden Massnahmen verzögert. In einer Befragung zum Wohlbefinden wiederum stellen sich ähnliche Probleme. Neben der Beeinflussung der Antwort durch die momentane Situation³⁷ spielen auch gesellschaftliche Vorstellungen eine Rolle, die vorgeben, wie man sich zu fühlen hat.

Fassen wir die wichtigsten Befunde zur sozialen und psychischen Beobachtung von Gesundheit und Krankheit zusammen:

- Die soziale Beobachtung von Gesundheit und Krankheit gewinnt durch die medizinischen und wissenschaftlichen Beobachtungsmethoden und -instrumente eine Objektivierung, ohne eine wirkliche Objektivität zu erlangen³⁸.
- Gerade bei vielen Krankheitsbildern ist der Zusammenhang zwischen Symptom und auslösender Krankheit relativ gut belegt. Bei der Beobachtung von Gesundheit anhand von positiven Merkmalen ist dies in

³⁷ So ist es denkbar, dass sich Angestellte im Rahmen einer Untersuchung zur betrieblichen Gesundheitsförderung die Frage stellen, ob sie gegebenenfalls berufliche Nachteile zu erwarten haben, wenn sie ihre Befindlichkeit als schlecht angeben.

³⁸ Für Mitscherlich (1969e: 47) trägt die Objektivierung der Krankheitsbilder massgeblich dazu bei, dass die Krankheit dem einzelnen Menschen zunehmend entnommen wird. In andern Worten: Die individuelle Wahrnehmungswelt wird zunehmend sozialisiert.

deutlich weniger grossem Ausmass der Fall, da es nur wenige (methodologisch zudem nicht sauber bestimmte) Parameter zur Messung der Gesundheit gibt und das Konzept der Gesundheit generell viel umfassender ist als die Konzepte von Krankheiten.

- Die Objektivierung sozialer Beobachtung von Gesundheit und Krankheit wird dadurch eingeschränkt, dass soziale Systeme nicht über Wahrnehmung verfügen, sondern sich immer auf sozial konstruierte Erzählungen von psychischen Prozessen verlassen müssen.
- Die psychische Beobachtung von Krankheit und Gesundheit ist insofern subjektiver als die soziale, als Wahrnehmungen und Gefühle zwar sozial geprägt sind, aber alle psychischen Systeme individuell beobachten und es keine andere Möglichkeit zum Austausch dieser Beobachtungen gibt als die Kommunikation.
- Soziale und psychische Beobachtung von Krankheit und Gesundheit beeinflussen sich gegenseitig, ohne je völlig deckungsgleich zu sein.

Doch nehmen wir das Zitat von Hurrelmann wieder auf: Wir würden auf Grund der bisherigen Ausführungen weniger zwischen objektivem und subjektivem *Befinden*, sondern abgeschwächt zwischen eher objektivierender sozialer und eher subjektivierender psychischer *Beobachtung* von Gesundheit und Krankheit unterscheiden. Aus der hier genutzten Perspektive nicht nachvollziehbar ist die Rede vom „objektiven Befinden einer Person“. Befindlichkeit ist zweifellos an Psyche und damit an individuelle Wahrnehmung gebunden und entzieht sich damit der ‚Objektivität‘ weitgehend. Hurrelmanns Rede vom ‚objektiven Befinden‘ könnte sich höchstens am kommunikativen Abgleich unterschiedlicher psychischer Befindlichkeiten orientieren. Wenn man aber weiss, dass eine Krebsdiagnose für viele Menschen eine grosse Einschränkung ihrer Lebensqualität bewirkt, für andere aber den ersten Schritt zu mehr Gesundheit darstellt (z.B. weil sie durch die Krankheit ihr Leben neu organisieren, sich mehr Pausen gönnen oder verfahrenere Beziehungen auflösen können; Stierlin/Grossarth-Maticek 1998: 98f.), dann fällt es schwer von „objektiver Befindlichkeit einer Person“ zu sprechen.

Auch die WHO-Definition von Gesundheit als einem „[...] Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ erscheint nach den bisherigen Ausführungen in einem andern Licht. So würden wir sagen, dass

weder der Körper noch das Soziale eine Befindlichkeit hat³⁹, sondern lediglich das Bewusstsein. Da sich ‚Gesundheit‘ in dieser Definition wohl auf die Gesundheit von einzelnen Menschen bezieht, geht es vermutlich auch nicht um soziale oder körperliche Befindlichkeit, sondern um die Befindlichkeit, die das Bewusstsein in Hinblick auf seinen Körper (Wohlbefinden, Abwesenheit von Krankheit) und in Bezug auf seine soziale Situation (Frieden, eine erfüllende Arbeit, gute ‚Beziehungen‘ etc.) hat. Diese Befindlichkeit bezieht sich aber nicht nur auf Faktoren in der physischen und der sozialen Umwelt, sondern auch auf das Bewusstsein selbst (bei der WHO-Definition: das geistige Wohlbefinden), da das Gesundheitsempfinden ja auch durch psychische Phänomene (z.B. depressive Verstimmungen, aber auch ein Wohlgefühl) beeinflusst wird.⁴⁰ Wir gehen also davon aus, dass die Beobachtung des Gesundheits-/Krankheitskontinuums nicht nur über die Beobachtung von Symptomen der Gesundheit und der Krankheit geprägt wird, sondern auch über die Beobachtung von Phänomenen, die in einen kausalen, kontributiven oder korrelativen Zusammenhang mit den Symptomen gestellt werden. Die soziale Umwelt ‚ist‘ nicht krank – sie ist, wie sie ist – aber sie kann krank machen; das zumindest ist die weit gehend objektivierte und damit heute hoch plausible Wahrheit der Gesundheitswissenschaften. Wir können demnach eine neue Unterscheidung einführen: die Unterscheidung ‚gesund/gesund-machend‘ resp. ‚krank/krank-machend‘. Die linke Seite der Unterscheidung kann wie gezeigt nicht direkt beobachtet, sondern nur über Symptome erschlossen werden. Die Beobachtung der Symptome bezieht sich auf körperliche, psychische, aber auch soziale Prozesse, etwa wenn kommunikative Anschlüsse erfolgen, die so überraschend (nicht erwartbar) sind, dass sie als Symptome für psychische Krankheiten (Depressionen, Sucht, Schizophrenie etc.) gedeutet werden. Bei der Rede von ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ geht es folglich um die Konzepte, die mit den Symptomen in Verbindung gebracht werden. Die Entscheidung, auf welche Systemebenen sich diese Konzepte beziehen, ist letztlich kontingent. Unsere Aussage von vorhin, die soziale Umwelt sei nicht krank, aber sie könne krank machen, ist demnach nicht absolut zu verstehen, sondern als (kontingente) Entscheidung, die Begriffe ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ auf die Ebenen der Physis und der Psyche zu beschränken.⁴¹ Natürlich kann ein Beobachter soziale Patho-

³⁹ Auf die philosophische Frage, was das ‚Bewusstsein‘ vom ‚Geist‘ eines Menschen unterscheidet, lassen wir uns hier nicht ein.

⁴⁰ In den Worten der Theorie: Im Zuge seiner Selbstbeobachtung wird das Bewusstsein zu seiner eigenen Umwelt; es wird zu einem „extimen“ System (Fuchs 2001: 169ff.).

⁴¹ Vgl. dazu auch Kap. 3.7.

logien bezeichnen und sie damit von nicht pathologischen sozialen Zuständen unterscheiden. Bauch (2006b) zeigt auf, wie der semantisch offenbar so überzeugende Code des Gesundheitssystems ‚krank/gesund‘ auch in gesellschaftlichen Selbstbeschreibungen dazu genutzt wird, den moralisch besetzten Code ‚böse/gut‘ zu ersetzen oder zu ergänzen. Bauch argumentiert mit Bezug auf Luhmann, dass es gute theoretische Gründe dafür gibt⁴², Gesellschaft weder mit dem einen noch mit dem andern Code zu beschreiben – insbesondere, wenn die Codes gleichgesetzt werden, also ‚gesund‘ als ‚gut‘ und ‚krank‘ als ‚böse‘ verstanden wird.⁴³ Dazu kommt nach Bauch (2006b: 74), dass soziale Systeme ja keine lebenden Organismen darstellen und die Verwendung der medikalen Begrifflichkeit ‚krank/gesund‘ daher „wie bei allen anorganischen Phänomenen völlig unangebracht“ sei. Diese Argumentation wiederum bringt die Schwierigkeit mit sich, dass man nicht mehr von *psychischen Krankheiten* sprechen könnte, da die Psyche aus Sicht der Systemtheorie wie das Soziale vollkommen anorganisch operiert, auch wenn sie für ihre Operativität auf die relevante organische Umwelt angewiesen ist. Die Beschränkung des Krankheitsbegriffs auf organische Prozesse würde demnach bedeuten, dass psychische Prozesse nur als Einflussfaktoren (Kopfgüter 2006: 104) auf organische Krankheiten resp. als Symptome für diese Krankheiten definiert werden, aber nicht als Krankheiten selbst. Das wiederum erscheint angesichts der Karriere der Tiefenpsychologie und ihren Krankheitskonzepten in der Nachfolge Freuds und der andern psychologischen Theorien kaum plausibel. Auch Simon spricht immer wieder von ‚psychischen Krankheiten‘, obschon er (2001: 71f., 158f.) es wie Bauch wenig sinnvoll findet, „den Krankheitsbegriff vom Organismus auf qualitativ andersartige (psychische, soziale) Systeme zu übertragen“ – nicht zuletzt weil die Idee der Krankheit impliziere, dass Symptome und ihre Auswirkungen keinem der Beteiligten als Handlung oder Resultat von Handlung zugerechnet werden können. Das führe dazu,

⁴² Durch die soziologische Beschreibung einer Gesellschaftsform als ‚gut‘ oder ‚gesund‘ wird eine Unbestreitbarkeit eingeführt, ein „archimedischer Punkt“ (Bauch 2006b: 79), der ausserhalb der Selbstbeschreibungen der Gesellschaft fällt und damit quasi apriorisch und damit kontingenzfrei gegeben ist. Eine solche Kontingenzlosigkeit wird in der Systemtheorie bestritten, weil immer andere Beobachtungsmöglichkeiten bestehen. (Die Paradoxie, dass die Systemtheorie die Kontingenzlosigkeit quasi kontingenzlos bestreitet, bestätigt nur den Umstand, dass keine Theorie den archimedischen Punkt einer absoluten Beobachterposition für sich beanspruchen und paradoxiefrei beobachten kann.)

⁴³ Wir haben ja wiederholt zu verstehen gegeben, dass wir eine solche absolute Gleichsetzung auch bei der Beobachtung von körperlichen und psychischen Krankheiten nicht vornehmen.

dass man bei einem ‚psychisch Kranken‘ nie sicher sein kann, ob man nun mit einem handelnden Subjekt kommuniziere oder mit der Krankheit, dem ‚eigentlichen‘ Subjekt der Symptomproduktion.

Wir sind also genötigt, eine Entscheidung zu treffen, die sich nicht allein auf theoretische Begründungen abstützen lässt. Diese Entscheidung geht dahin, dass wir die Unterscheidung ‚krank/gesund‘ nicht für soziale Prozesse verwenden, weil die in der Unterscheidung liegende Wertung (gesund als gut, krank als schlecht) auch bei einer differenzierten Betrachtung nicht vollständig eliminiert werden kann und die Systemtheorie bei ihrer Beschreibung gesellschaftlicher Prozesse auf eine Bewertung so weit wie möglich verzichtet. Wir verzichten aber auch darauf, die Unterscheidung ‚krank/gesund‘ auf organische Prozesse zu beschränken, sondern nutzen sie gleichzeitig für die Beschreibung psychischer Prozesse – weniger aus theoretischen Gründen, als aus Gründen der Anschlussfähigkeit und der Pragmatik. So ist der Rekurs auf ‚Krankheit‘ auch bei psychischen Dysfunktionen in der Regel unverzichtbar, wenn man die kurativen Leistungen des Gesundheitssystems finanziert bekommen oder sich für die Heilung aus dem Arbeitsprozess ausklinken möchte. Zudem ist die Limitierung der Unterscheidung ‚krank/gesund‘ auf organische Prozesse ebenfalls keine rein theoretisch begründbare Entscheidung. Vielmehr hängt diese Entscheidung eng zusammen mit der Entwicklung des Medizinsystems in der Moderne, das sich zuerst ausschliesslich auf körperliche Krankheiten und Krankheitsursachen beschränkte und erst im 19. Jahrhundert durch die Psychiatrie ergänzt wurde (Foucault 1969, 1976). Die in der Unterscheidung liegende Bewertung versuchen wir wie gezeigt dadurch zu differenzieren, dass wir die Krankheit nicht nur negativ und die Gesundheit (resp. die Massnahmen, die zur Gesundheit führen sollen) nicht ausschliesslich positiv bewerten. Dass aber eine Präferenz für Gesundheit unbestritten bleibt, ist angesichts der an Wahrnehmung gebundenen und in der Regel als unangenehm beobachteten Symptomatik der Krankheit genau so sinnvoll wie die Annahme, dass das Gesundheitssystem grundsätzlich auf die Verhinderung von Krankheit und die Wiederherstellung von Gesundheit ausgerichtet ist.⁴⁴ Das ‚grundsätzlich‘ ist insofern als Einschränkung zu verstehen, als die Absicht, Krankheiten nicht zu erhalten resp. zu erzeugen, auf semantischer Ebene sicher unbestritten ist. Auf der operativen Ebene kann jedoch vermutet (und durch empirische Beobachtung bestätigt) werden, dass das System nicht an seiner Selbstabschaffung interessiert ist,

⁴⁴ Wir werden später anhand eines Textes von Peter Fuchs zeigen, dass Gesundheit als eigentliche Kontingenzformel des Gesundheitssystems zu verstehen ist, als absolute Unbestreitbarkeit im System also, aber nicht ausserhalb des Systems.

sondern die Behandlung von Krankheiten (und damit auch die Krankheiten selbst) bisweilen auch unnötig hinausdehnt, um sich weiter reproduzieren zu können. Das geschieht umso mehr, als das Recht auf die bestmögliche Behandlung für jeden und jede (zumindest vorläufig noch) unbestritten ist, es in vielen Fällen jedoch keine überprüfbaren Kriterien der Unterscheidung von notwendigen und überflüssigen therapeutischen Massnahmen gibt (Simon 2001: 10). Im Weiteren wird dieser Selbsterhaltungsprozess dadurch unterstützt, dass laufend neue Krankheitskonzepte entwickelt werden, die zusätzliche Reproduktionsmöglichkeiten für Prävention und Behandlung bieten.

Wir haben bis dahin gesehen, dass wir Gesundheit und Krankheiten als Konzepte verstehen können, die sich auf die Ebene des Körpers und der Psyche beziehen, die aber – psychisch und sozial – nur über (körperliche, soziale und psychische) Symptome beobachtet werden können. Dazu kommen eine Reihe von *Einflussfaktoren* auf physischer, psychischer, sozialer und physikalisch-materieller Ebene.⁴⁵ Die zitierten Definitionen und auch viele der andern hier vorgestellten Gesundheitskonzepte widmen sich entsprechend nicht nur den Konzepten und Symptomen von Gesundheit und Krankheit, sondern auch den vielfältigen Einflussfaktoren. Dabei kommt es jedoch immer wieder zu Unschärfen – Unschärfen, denen wir uns jetzt widmen wollen.

3.5 DIE GENESE UND BEEINFLUSSUNG VON KRANKHEIT UND GESUNDHEIT – PATHOGENESE UND SALUTOGENESE

Besonders deutlich werden die begrifflichen Unstimmigkeiten am Konzept der Salutogenese⁴⁶. Ist das Kohärenzgefühl ein Bündel von *protektiven* Faktoren, das dem Individuum das Gesundbleiben in Gegenwart von Stressoren in der körperlichen, psychischen, sozialen und materiellen Umwelt ermöglicht? Und was – falls dem so wäre – ist denn das Salutogene am Kohärenzgefühl, was also trägt aktiv zur *Generierung* von Gesundheit bei? Oder ist das Kohärenzgefühl als Gefühl, als Wohlbefinden zu verstehen, das mit der Gesundheit als solcher gleichzusetzen ist?

⁴⁵ Es sind die gesund resp. krank machenden Faktoren auf der rechten Seite der oben erwähnten Unterscheidung.

⁴⁶ Wir werden nachfolgend sehen, dass es hier keineswegs um eine grundsätzliche Kritik am Salutogenese-Konzept geht, sondern um das Bemühen, genau zu bestimmen, was darunter exakt zu verstehen ist, inwiefern sich das Konzept von einer pathogenetischen Sichtweise unterscheidet und was der praktische Nutzen der beiden Perspektiven sein kann.

Setzen wir bei der letzten Frage an – und zwar mit einer weiteren Frage: Ist Stephen Hawking gesund? Stephen Hawking ist ein renommierter britischer Astrophysiker, bei dem im Alter von 20 Jahren die ersten Anzeichen einer fortschreitenden Nervenkrankheit diagnostiziert wurden. Diese Krankheit beeinträchtigte nicht sein Gehirn (und damit auch nicht seine intellektuelle Leistungsfähigkeit), aber seinen übrigen Körper. Er verlor zuerst seine Fähigkeit zu gehen, mit der Zeit jede Möglichkeit für grobmotorische Bewegungen und schliesslich – durch einen Luftröhrenschnitt, der infolge einer Lungenentzündung notwendig wurde – auch sein Sprachvermögen. Seither kommuniziert er über einen Sprachcomputer, den er mit seinen Augen und mit Hilfe einer speziellen Brille bedient. So hält er auch seine Vorträge. Zudem hat Hawking drei Kinder und ist zum dritten Mal verheiratet. Seine erste Frau sagte 1989 in einem Interview über ihn: "Ich war immer schon sehr optimistisch, und ich habe Stephen damit angesteckt. Seine Entschlossenheit hat die meine inzwischen überholt. Ich komme da nicht mehr mit. Ich glaube, er neigt dazu, seine Behinderung dadurch überzukompensieren, dass er absolut alles tut, was ihm in den Sinn kommt."⁴⁷ Nimmt man die drei Komponenten des Kohärenzgefühls – Verstehbarkeit, Machbarkeit und Bedeutsamkeit –, dann gehört Hawking mit Bestimmtheit zu den gesünderen Menschen auf diesem Planeten, obschon er aus medizinischer Sicht schwer krank ist. Aus dieser Perspektive ist es wohl sinnvoll, Wohlbefinden, Kohärenzgefühl oder eine andere psychische Befindlichkeit nicht mit Gesundheit *gleichzusetzen*, sondern sie als Symptome und als (Mit-)Ursache von Gesundheit zur gleichen Zeit zu verstehen – dergestalt, dass sich die Gesundheit und diese Phänomene wechselseitig beeinflussen, aber nicht bestimmen.⁴⁸ Stephen Hawking wäre ohne sein gut ausgeprägtes Kohärenzgefühl möglicherweise schon lange tot. Andererseits macht es empirisch gesehen wenig Sinn, ihn einfach als ‚gesund‘ zu bezeichnen. Viel mehr kann man sagen, dass Hawkings Gesundheitsempfinden wie bei jedem Menschen gleichzeitig durch Symptome der Krankheit als auch durch Symptome der Gesundheit bestimmt wird und dass diese Symptome bei ihm auf beiden Seiten überdurchschnittlich stark

⁴⁷ Quelle: Güther, Burghard (1995): Stephen W. Hawking – Die Belegarbeit. (<http://www.guether.de/hawking/>, Download 31.5.06)

⁴⁸ Die Schwierigkeit zu bestimmen, ob Kohärenzgefühl oder Wohlbefinden jetzt Ursachen oder Symptome von Gesundheit (oder sowohl als auch) darstellen, deutet erneut auf die schwierige empirische Bestimmbarkeit dieser Phänomene und der Gesundheit im Allgemeinen hin. Bei den Symptomen der Krankheiten ergibt sich diese Wechselbeziehung gewöhnlich nicht. Fieber ist keine Ursache von Krankheit, sondern ein Symptom, wenngleich Krankheiten und ihre Symptome wieder Ursachen für Folgekrankheiten sein können.

ausgeprägt sind. Über die Gesundheit als solche lässt sich dadurch jedoch wenig sagen. Allenfalls wäre sie noch mit den Metaphern des „Gleichgewichts“ (Gadamer 1993: 145) oder des „Fließgleichgewichts“ (Gutzwiller/Jeanneret 1999: 23) zu umschreiben, wobei es sich aus der hier vertretenen konstruktivistischen Perspektive immer nur um ein Gleichgewicht der *Beobachtung von Symptomen* handeln könnte. Das Beispiel von Hawking zeigt aber, dass die Metapher des Gleichgewichts den Sachverhalt nicht genau trifft: Eine Person, bei deren Selbstbeobachtung sich ein deutlicher Überhang an gesundheitserhaltenden Faktoren offenbart – also eine Person, die sich vital und sozial gut eingebunden fühlt, die ihre Arbeit liebt, die eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung hat und die durch keine Krankheit beeinträchtigt wird – die wird sich eher als „hoch-gesund“ (Walter et al. 2000) bezeichnen als eine Person, bei der sich die Symptome von Krankheit und Gesundheit in etwa die Waage halten.⁴⁹ Dazu kommt, dass der Fluss des Lebens – um ein Bild Antonovskys zu nehmen – nicht gleichmässig verläuft, sondern Biegungen, unterschiedliche Tempi, Stromschnellen und Strudel hat, denen der Mensch begegnen muss. Für Antonovsky ist denn auch nicht das Gleichgewicht (die Homöostase) der Normalfall, sondern die Heterostase, wobei Leid, Krankheit und der Tod inhärente Bestandteile der menschlichen Existenz darstellen (Welbrink/Franke 2000: 44f.). Aus der Perspektive der Systemtheorie bietet sich – wie immer – an, auch Homöostase und Heterostase nicht als isolierte Konzepte zu sehen, sondern als zwei Seiten *einer* Unterscheidung. Diese Unterscheidung wird im Lauf des Lebens von jedem System (wie einer Zelle) und jedem Systembündel (wie einem Organ oder dem ganzen Körper) in jedem Moment neu aktualisiert, so dass zumindest in Hinblick auf den Menschen, auf den sich der Begriff Gesundheit bezieht, nie von einem absoluten Zustand der Homöo- oder Heterostase ausgegangen werden kann, sondern von sich laufend verändernden (zellulären, organischen, psychischen, sozialen, physikalisch-materiellen) Umwelten, die von jedem System (welches wiederum für die andern Systeme zur Umwelt gehört) Anpassungsleistungen erfordern. Jedes ‚Gleichgewicht‘ oder ‚Ungleichgewicht‘ ist zudem (wie die Rede von ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘) die Konstruktion eines Beobachters (z.B. der Medizin), der immer aus einem

⁴⁹ Wie wir gleich sehen werden, gilt dies auch für die Einflussfaktoren auf Krankheit und Gesundheit: Auch hier ist ein Übermass an salutogenen Faktoren und Schutzfaktoren besser als ein ausgewogenes Verhältnis von pathogenen resp. Risikofaktoren und salutogenen resp. Schutzfaktoren wie in der Metapher des Gleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren in der Definition von Hurrelmann/Franzkowiak (1993).

bestimmten Kontext heraus beobachtet – mit seinen eigenen (kontingenten) Mitteln und Wertungen.

Doch kommen wir zu den Faktoren, welche die Differenz von Hetero- und Homöostase resp. die Gesundheit(en) und die Krankheit(en) beeinflussen, also zu den salutogenen und pathogenen Einflussfaktoren resp. den Risiko- und Schutzfaktoren: Als pathogene Faktoren bezeichnen wir alle Phänomene, die direkt oder indirekt (über andere Faktoren) zur Genese (zum Entstehen) einer Krankheit beitragen. Wenn man Bluthochdruck als Krankheit bezeichnet und belegen kann, dass negativ empfundener Stress oder Rauchen den Bluthochdruck in einem statistisch relevanten Ausmass erhöhen, dann hat man eine mehr oder weniger enge Beziehung (kausal, kontributiv oder korrelativ) zwischen diesen Einflussfaktoren und dem Krankheitsbild hergestellt und die Faktoren demnach als mehr oder weniger *pathogene* Faktoren identifiziert.⁵⁰ Zwischen diesen Faktoren können wieder Zusammenhänge festgestellt werden, z.B. dass bei Jugendlichen negativer Stress zu mehr Tabakkonsum führt und gleichzeitig das Rauchen das durchschnittliche Stressniveau erhöht (Orlando et al. 2001). Selbstverständlich hängt es dabei von den Beobachtungskriterien ab, ob ein Phänomen (z.B. das Rauchen von Zigaretten) als Krankheit (hier: als Sucht⁵¹) beschrieben wird oder als Einflussfaktor auf eine weitere Krankheit (Lungenkrebs) oder gar als *gesundheitsförderlicher* Akt – etwa wenn Jugendliche mit dem Rauchen ihre Position in einer Peer-Group stärken, in der Rauchen ein wichtiger Aspekt der Gruppenidentität ist (vgl. Hafén 2006).

Die pathogene Wirkung von bestimmten Phänomenen ist in vielen Fällen durch zahlreiche empirische Befunde belegt; in vielen andern Fällen jedoch sind nur einige Einflussfaktoren auf eine Krankheit bekannt oder die Intensität des Zusammenhangs von pathogenem Faktor und Krankheit ist gering. Noch weniger Untersuchungen gibt es zu den Wechselwirkungen

⁵⁰ Wenn man den Wortstamm von pathogenetisch (Genese = Entstehung, Geburt) ganz ernst nimmt, müsste man von den pathogenen Faktoren (also den Faktoren, die an der Entstehung von vorher nicht vorhandenen Krankheiten beteiligt sind) krankheitsfördernde Faktoren unterscheiden, also Faktoren, welche eine bereits bestehende Krankheit aktiv erhalten oder verschlimmern. Oft ist es so, dass der krankheitsfördernde Faktor gleichzeitig auch für die Genese der Krankheit verantwortlich ist. Das muss aber nicht so sein – etwa dann, wenn ein durch zu fett- und salzreiche Ernährung und Übergewicht bedingter Bluthochdruck in einer bestimmten Lebensphase durch eine Zunahme an negativem Stress noch weiter gefördert wird. Da dieser Unterschied für die weiteren Ausführungen nicht von zentraler Bedeutung ist, wollen wir ihn hier nicht weiter beachten. Etwas anders sieht es aber bei der Genese von Gesundheit aus. Wir kommen gleich darauf zurück.

⁵¹ Wie wir weiter vorne gesehen haben, ist die Bezeichnung von Sucht als Krankheit ebenfalls kontingent.

zwischen verschiedenen pathogenen Faktoren und dem Einfluss dieser Wechselwirkung auf die Gesundheit.⁵² Entscheidend für uns ist, dass ein erwiesenermaßen pathogener Faktor einem Faktor entspricht, dessen Einfluss auf die Genese resp. Förderung einer Krankheit in empirischen Untersuchungen mehr oder weniger zweifelsfrei belegt, also objektiviert ist, ohne wirklich objektiv im Sinne einer allgemeinen Gültigkeit zu sein. Der Grad dieser Objektivierung erfolgt im Modus einer statistischen Wahrscheinlichkeit, die als *Wahrscheinlichkeit* für den Einzelfall gerade nicht zutreffen muss. In andern Worten: Wissenschaftliche Beobachter konstruieren und plausibilisieren mit ihren spezifischen Beobachtungsinstrumenten (Theorien, empirische Studien) physische, psychische oder soziale Faktoren, die das Entstehen eines Problems wahrscheinlicher machen. Aus Sicht der betroffenen Systeme (z.B. einer Krebszelle, einem Organ oder der Psyche) ist nicht die statistische Wahrscheinlichkeit entscheidend, sondern allein, ob das System auf Irritationen in seiner Umwelt in irgend einer Form mit ‚Krankheit‘ reagiert, ob also Zellen des Lungengewebes infolge wiederholter Exposition gegenüber Giftstoffen durch Tabakmissbrauch Strukturen herausbilden, die auf die Selbsterstörung und die Zerstörung von Nachbarzellen hinauslaufen. Das System bestimmt also selbst – auf Grund seiner Strukturen –, ob ein Umweltfaktor für es erstens relevant ist (ob dieser Faktor zur Genese von Information anregt) und ob diese Information zweitens zur dysfunktionalen (für das System aber zu diesem Zeitpunkt ‚funktionalen‘) Anpassung der Systemstrukturen kommt. In andern Worten: Die betroffenen Systeme bestimmen selbst, ob ein externer Faktor pathogen wirkt oder nicht. Das erklärt auch, warum der gleiche Faktor bei vielen eine Krankheit auslöst, bei andern keine Wirkung zeigt und bei dritten vielleicht sogar zur Verhinderung oder Heilung anderer Krankheiten beiträgt. So wie wenn eine Krebsdiagnose bei den einen zu Depressionen führt, bei andern keine pathologischen Auswirkungen auf die Psyche hat und bei einigen eine bestehende Depression zum Verschwinden bringt.

Für die Beschreibung der unterschiedlichen Umwelthanpassung autopoietischer Systeme verwendet die Theorie den Begriff der operativen Geschlossenheit: Die Systeme operieren selbstreferentiell, indem die Systemoperationen unablässig aneinander anschliessen. Der Strom der Wahrnehmungen und Gedanken in einer menschlichen Psyche wird nicht unterbrochen. So ist es nicht möglich, in das Bewusstsein eines andern Menschen hineinzudenken oder hineinzusprechen. Alles Gesprochene wird – nach

⁵² Die Wechselwirkungen komplizieren sich natürlich noch, wenn man auch die salutogenen Faktoren einbezieht.

einer umfassenden neuronalen Filterung – wahrgenommen und vom Bewusstsein zu Gedanken verarbeitet. Das ist ein aktiver Prozess, der wie gesagt immer durch die Strukturen des Systems geprägt ist. Diese Form der operativ geschlossenen Informationsverarbeitung gilt auch für soziale und neuro-biologische Systeme. Alle Systeme sind dabei bei ihrer Geschlossenheit immer auf Anlässe in ihrer spezifischen Umwelt in angewiesen, denen sie Informationen abgewinnen können. Diese Informationen können dann zu kurz-, mittel- oder langfristigen Strukturveränderungen führen, die mit Metaphern wie ‚Lernen‘ oder ‚Umweltanpassung‘ umschrieben werden. Entscheidend an dieser (konstruktivistischen) Perspektive ist, dass sich psychische, soziale und biologische Systeme immer nur selbst informieren, irritieren, perturbieren, motivieren, lehren etc. können.⁵³

Krankheitssymptome zeigen uns also, dass psychische und biologische Systeme in einem nicht mehr durchschaubaren Zusammenspiel von Hemmung und Erregung (samt Rückkoppelungen und Vernetzungen dieser Prozesse) aus Veränderungen in ihrer Umwelt Information generieren und sich in unerwünschtem (als ‚krank‘ bezeichnetem) Mass strukturell verändern, wobei für das Ausmass der Veränderung die Differenz von Stabilität (Morphostase) und Anpassungsbereitschaft (Morphogenese⁵⁴) entscheidend ist⁵⁵. Individualität äussert sich demnach auf Strukturebene. Wie aber steht es mit den salutogenen Faktoren? Hier wäre zuerst zu bemerken, dass der Gebrauch des Begriffs ‚Genese‘ bei der Gesundheit (Salutogenese) noch problematischer ist als bei der Krankheit (Pathogenese). ‚Genese‘ bedeutet ‚Geburt‘, ‚Entstehung‘, also Emergenz von etwas, das vorher noch nicht vorhanden war, und nicht: ‚Förderung‘ oder ‚Entwicklung‘ von etwas

⁵³ Simon (2001: 75ff.) verweist auf das Widerspiel von Hemmung und Erregung von systeminternen Prozessen, wobei zusätzlich zwischen aktiver und passiver Negation unterschieden werden kann. Durch Verstärkung der erregenden Operation (im Vergleich zu dem als ‚normal‘ bezeichneten Zustand) und durch die Verringerung der hemmenden Operationen entsteht im System eine Überfunktion; durch die Verringerung der erregenden und die Verstärkung der hemmenden Prozesse kommt es zu einer Unterfunktion.

⁵⁴ Zur Unterscheidung von Morphostase und Morphogenese mit Blick auf Gesundheit und Krankheit vgl. Simon (1993).

⁵⁵ Die Rede von der ‚lernenden Organisation‘ ist demnach nicht sehr präzise. Selbst die konservativste Organisation ist eine lernende Organisation – und sei es nur, dass sie sich angesichts der sich verändernden Umwelt verändern muss, um zu bleiben wie sie ist. So muss sie z.B. laufend neue Strategien entwickeln (erlernen), wie sie sich gegen die Lernumutungen von aussen wehren kann. Dazu kommt, dass es genau so zur Kompetenz einer Organisation gehört, in Hinblick auf viele Aspekte (z.B. bewährte Routinen) *nicht* zu lernen. Management besteht dann immer auch im Versuch, die Differenz von Lernen und Nichtlernen im Auge zu behalten (Baecker 1999).

Bestehendem. Weil Gesundheit immer schon vorhanden ist, kann von einer ‚Genese von Gesundheit‘ streng genommen gar nicht die Rede sein⁵⁶, sondern nur von Förderung und Entwicklung von Gesundheit. Weiter haben wir gesehen, dass es – auch infolge der Komplexität des Phänomens Gesundheit – schwierig ist, Faktoren zu bestimmen, welche die Gesundheit fördern, also aktiv zu der Entwicklung von Gesundheit beitragen. Auch bei den beiden meist genannten ‚salutogenen‘ Faktoren, dem Wohlbefinden und dem Kohärenzgefühl, ist nicht zweifelsfrei belegt, ob sie die Gesundheit aktiv fördern oder einfach nur als protektive Faktoren wirken, d.h. das Individuum dabei unterstützen, potentiell pathogene Stressoren zu bewältigen. In diesem Fall der erfolgreichen Abwehr von pathogenen Stressoren würde die Gesundheit nicht gefördert, sondern einfach erhalten – nach der herkömmlichen (aus einer ‚pathologischen‘ Perspektive formulierten) Fragestellung „Was macht uns krank und wie schützen wir uns dagegen?“. Über die Förderung von protektiven Faktoren wird dann zwangsläufig auch die Gesundheit umfassender erhalten, weil sie weniger durch Stressoren beeinträchtigt wird. Gesundheit und Krankheit sind auch hier nicht zu trennen. Das zeigt sich auch beim Versuch, den Gesundheitsbegriff für empirische Studien zum Einfluss des Kohärenzgefühls zu operationalisieren. Duetz et al. (2002: 92f.) verwenden dabei als Gesundheitsindikatoren:

- Selbst eingeschätzte Gesundheit⁵⁷
- Psychische Symptome (z.B. grosse Sorgen, schlechte Stimmung, Schlafprobleme)
- Chronische Krankheiten (solche die schon länger bestehen und solche die vor kürzerer Zeit eingetreten sind)
- Einschränkungen durch chronische Krankheiten
- Fitness (Fragen zu Möglichkeiten und Grenzen in Bezug auf Muskelkraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination)
- Einschränkungen durch leichtere Erkrankungen
- Medikamentenkonsum
- Arztbesuche.

⁵⁶ Das Gleiche gilt für die Rede von ‚Entstehung von Gesundheit‘ und von ihren ‚Entstehungsbedingungen‘, deren Bezeichnung besser durch ‚Entwicklungsbedingungen‘ ersetzt würde.

⁵⁷ In unserem Sprachgebrauch: die subjektivierende Beobachtung von Gesundheit.

Gesundheit wird demnach hauptsächlich über das Nicht-Vorhandensein resp. über die Auswirkungen von vorhandenen Krankheiten erfasst, wobei die Angaben durch die persönliche Einschätzung des Gesundheitszustandes sowie Fragen zur körperlichen Fitness ergänzt werden. ‚Gesundheit‘ entspricht also auch hier dem Versuch einer objektivierenden Beobachtung von Symptomen, wobei die Symptome Aspekte der Gesundheit, der Krankheit oder der Abwesenheit von Krankheit umfassen. Das Kohärenzgefühl wiederum wird gleichzeitig als Einflussfaktor (Ressource) auf die Gesundheit resp. die Gesundheits-/Krankheitssymptome und selbst als Symptom gedeutet. Wie der Zusammenhang genau aussieht, ist nicht klar, denn es „[...] stellt sich die Frage, ob dieser Zusammenhang auf eine gesundheitsförderliche Wirkung des Kohärenzgefühls zurückzuführen sei oder darauf, dass das Kohärenzgefühl im Grunde einen Teil der psychischen Verfassung ausmacht“ (Duetz et al. 2002: 95). Deutlicher ist der Zusammenhang zwischen dem konstatierten Kohärenzgefühl und der selbst eingeschätzten Gesundheit, wobei auch die subjektivierende Beobachtung der Gesundheit neben Aspekten der psychischen Gesundheit (was zu Überschneidungen mit dem Kohärenzgefühl führt, welches selbst ein Aspekt der psychischen Gesundheit ist) vor allem aber von körperlichen Aspekten der Gesundheit (und der Nicht-Gesundheit) geprägt ist.

Fassen wir zusammen: Wir gehen wie die traditionellen medizinischen Konzepte und auch das Salutogenese-Konzept davon aus, dass die sich im Leben eines Menschen laufend verändernde Differenz von Gesundheit und Krankheit (dieses Kontinuum) durch körperliche, psychische, soziale und physikalisch-materielle (‚ökologische‘) Faktoren beeinflusst wird, welche als pathogene Faktoren Krankheiten generieren resp. verstärken. Schwieriger fällt die Nennung genuin *salutogener* Faktoren, also Faktoren, welche Gesundheit *aktiv* fördern und sie nicht nur über die Abwehr von pathogenen Stressoren erhalten. Die beiden Fragestellungen, mit denen die Konzepte der Pathogenese und der Salutogenese (scheinbar) voneinander unterschieden werden – „Was *macht* uns krank?“ und „Was *hält* uns gesund?“ – deuten darauf hin, dass auch Antonovsky kaum von aktiver Genese von Gesundheit ausgeht. Es geht um Schutzfaktorenkonzepte im traditionellen Sinn resp. um Konzepte von ‚Widerstandsressourcen‘, um die Wortwahl Antonovskys zu verwenden.⁵⁸ Damit schliesst Antonovsky

⁵⁸ Oder wie Siegrist et al. (1997: 5) es mit Bezug auf Antonovsky selbst formulieren: „Auf diesem Hintergrund erweist sich, dass der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky mit dem Postulat der ‚salutogenen‘ Orientierung der Gesundheits- und Krankheitsursachenforschung ... an ressourcen- und stresstheoretische Erkenntnisse seiner Zeit anknüpfen konnte.“

an eine Reihe soziologischer Arbeiten zum Resilienzansatz an – Durkheims Anomietheorie (1997) ist dafür ein frühes Beispiel⁵⁹. Eine aktive Förderung oder gar Genese von Gesundheit setzt voraus, dass eine positive Bestimmung von Gesundheit möglich ist. Dass eine solche ausschliesslich positive Bestimmung von Gesundheit nicht möglich ist, zeigt sich unter anderem daran, dass Gesundheit auch in salutogenetischen Konzepten immer über das Vorhandensein resp. Nicht-Vorhandensein von Krankheiten bestimmt wird. In andern Worten: Die Konzepte der Salutogenese und der Pathogenese sind genau so wenig von einander zu trennen wie Gesundheit und Krankheit⁶⁰. Unterscheidungstheoretisch gesprochen bilden auch sie zwei Seiten *einer* Unterscheidung (,Salutogenese/Pathogenese'), wobei bei jeder Aktivierung einer der beiden Seiten die andere mit ins Spiel kommt. Es ,gibt' keine Salutogenese ohne Rekurs auf Krankheiten und pathogene Faktoren, genau so wenig wie es Krankheit und pathogene Faktoren ohne Bezug auf den Referenzwert ,Gesundheit' gibt und auf Faktoren, welche die Gesundheit erhalten.

3.6 STRESSOREN UND RESSOURCEN VS. RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN

Als nächstes stellt sich die Frage, ob und in welcher Hinsicht sich die salutogenen und pathogenen Faktoren von Stressoren und Ressourcen resp. von Risiko- und Schutzfaktoren unterscheiden und ob eine fehlende Ressource gleichzeitig ein Stressor resp. ein abwesender Risikofaktor gleichzeitig ein Schutzfaktor ist.

Stressoren sind für Antonovsky (1997: 29) Umweltereignisse, die beim Menschen einen Spannungszustand hervorrufen und nicht ausschliesslich pathogen einzustufen sind: „Stressoren werden nicht als etwas Unanständiges angesehen, das fortwährend reduziert werden muss, sondern als allgegenwärtig. Darüber hinaus werden Konsequenzen von Stressoren nicht notwendigerweise als pathologisch angenommen, sondern als möglicher-

⁵⁹ Das Resilienzkonzept geht der Frage nach, wieso gewisse Menschen bei der Verarbeitung bestimmter Umweltreize krank werden, während andere gesund bleiben. So hat sich Durkheim gefragt, was Menschen auszeichnet, die mit zunehmender Anomie (Orientierungslosigkeit, Wertfreiheit) besser umgehen können als andere – etwa als diejenigen, die mit Selbstmord reagieren. Das Resilienzkonzept spielt auch in der Suchtprävention eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, die unterschiedliche Verarbeitung von (zumeist sozialen) Stressoren wie Gruppendruck oder ungenügendem Schulerfolg zu erklären (vgl. etwa Meschke/Patterson 2003).

⁶⁰ Hier geht es vorderhand nur um die Genese von Gesundheit und Krankheit und nicht darum, wie interdisziplinär oder systemisch die Konzepte konzipiert sind und umgesetzt werden.

weise sehr wohl gesund – abhängig vom Charakter des Stressors und der erfolgreichen Auflösung der Anspannung [die dieser Stressor beim Individuum bewirkt, mh].⁶¹ In unserer Argumentationslinie: Stressoren sind Umweltereignisse, denen im psychischen System oder in den körperlichen Systemen Informationen abgewonnen werden, die zu Strukturanpassungen führen. Diese Anpassungen werden über die Beobachtung von Symptomen mehrheitlich als ‚krank‘, bisweilen aber auch als ‚gesund‘ erfahren. ‚Stressor‘ ist demnach streng genommen eine übergeordnete Klassifizierung sowohl pathogener als auch salutogener Faktoren, wobei der Akt der Genese (resp. der Modalisierung) von Krankheit und Gesundheit – ganz in unserem Sinn – letztlich den betroffenen Systemen zuzuordnen ist. Sie bestimmen, welche Umweltereignisse sie als Stressoren identifizieren und zu welchen strukturellen Anpassungen die daraus gewonnene Information führt. Aber auch wenn die Bewältigung von Stressoren in Antonovskys Sinn die Gesundheit stärken kann: Stressoren sind primär als potentiell pathogene Umweltereignisse konzipiert, die eine „Person in einen physiologischen Spannungszustand [versetzen], den es körperlich und seelisch zu bewältigen gilt“ (Schneider 2002: 22). Schon die Rede von den „Widerstandsressourcen“ deutet darauf hin, dass Antonovsky Stressoren als potentiell pathogen konzipiert, während freudige Ereignisse wie die Erwartung eines Treffens mit einem geliebten Menschen, den man schon lange nicht mehr gesehen hat, oder das Herbeisehnen des entscheidenden Tors der favorisierten Fussballmannschaft nicht als Stressoren in diesem Sinn gelten, obwohl sie eine physiologische Spannung erzeugen, die abgebaut werden muss (etwa durch die allgemeine Ekstase im Stadion).

Die bisherigen Ausführungen legen nahe, ‚Risikofaktoren‘ mit den potentiell pathogenen Stressoren *gleichzusetzen*. Auch sie stellen Umweltereignisse dar, die mit einer mehr oder weniger grossen Wahrscheinlichkeit zur Entstehung einer Krankheit beitragen resp. ihre Entwicklung fördern, aber bei einer erfolgreichen Bewältigung auch zur Förderung der Gesundheit beitragen können. Der Risikoaspekt drückt aus, dass es sich um eine Wahrscheinlichkeit handelt, die – auch wenn der Wahrscheinlichkeitswert sehr hoch ist – nie mit absoluter Sicherheit (also immer und bei jeder

⁶¹ Das sieht im Übrigen auch K. Menninger (1968): Das Leben als Balance. München so. Nach Becker (1998: 19) vertritt Menninger in diesem Buch nicht nur ein Kontinuumsmodell von Gesundheit und Krankheit, sondern auch die These von der Doppelnatur von Stressoren als Krankheitsquelle oder als Anlass zur Weiterentwicklung – abhängig von der Qualität der Stressbewältigung. Antonovsky scheint das Werk Menningers nicht gekannt zu haben; immerhin scheint es mit dem „revolutionären“ Charakter des Salutogenese-Modells, den sich Antonovsky 1979 zuschreibt, nicht so weit her zu sein (Becker a.a.o.).

Person) zu Krankheitsentstehung oder -förderung führt. Ein Risikofaktor ist demnach „[...] das kalkulierbare Risiko einer Person mit einem bestimmten Charakteristikum (z.B. Zigarettenrauchen, erhöhter Blutdruck), in einem definierten Zeitraum von einer bestimmten Krankheit befallen zu werden. Besteht zwischen diesem Risiko und dem Risiko einer Person ohne dieses Charakteristikum ein statistisch signifikanter Unterschied, so bezeichnet man das Charakteristikum als Risikofaktor“ (Pflanz 1973: 13)⁶². Mit Blick auf Luhmanns Risikothorie (1991) würden wir die potentiell pathogenen Faktoren eher als Gefährdungsfaktoren bezeichnen, die dann zu Risikofaktoren werden, wenn sie mit Entscheidungsleistungen in sozialen und psychischen Systemen in Zusammenhang gebracht werden. Gefahren ist man ausgeliefert, gegen Risiken kann man sich mindestens teilweise schützen. Es ist ein Merkmal des modernen Gesundheitssystems, dass insbesondere im Kontext der Medizin immer neue Gefahren sichtbar werden, die mit bio-psycho-öko-sozialen Einflussfaktoren in Zusammenhang gestellt werden. Prävention und Gesundheitsförderung machen dann nichts anderes, als psychische und soziale Systeme zu präventivem resp. gesundheitsförderlichem Handeln anzuregen. Dabei konvertieren sie mögliche Gefahren für die betreffenden Systeme unweigerlich in Risiken, weil sich die Systeme (seien das nun Personen, Familien oder Organisationen) dann entscheiden müssen (müssen!), ob sie die pathogenen Faktoren reduzieren resp. sich dagegen schützen oder nicht ... und die Folgen der Entscheidung auf sich nehmen. Man hätte am Fußgängerstreifen eine Ampel anbringen können, dann wäre das Kind nicht angefahren worden; man hätte das Lotteriegelsetz nicht liberalisieren sollen, dann hätte man jetzt nicht so einem starken Anstieg bei den Spielsüchtigen zu verzeichnen; man hätte sich beim One-Night-Stand schützen können, dann wäre man jetzt nicht HIV-positiv; man hätte sich ballaststoff-reicher ernähren können, dann hätte man jetzt vielleicht keinen Darmkrebs, oder man hätte eine Fahrradhelme tragen können, dann wäre einem die Hirnschädigung nach dem Sturz mit dem Fahrrad erspart geblieben⁶³. Gesundheitsförderung und Prävention fördern demnach die Autonomisierung der Zielpersonen in Hinblick auf die Erhaltung ihrer Gesundheit (jede und jeder kann sich selbst schützen); sie schränken diese Autonomie aber gleichzeitig auch ein, indem sie das

⁶² Wir haben schon gesehen und werden noch sehen, dass die Risikofaktoren in der hier verhandelten Theorie wie auch beim Salutogenese-Konzept oder in den Gesundheitswissenschaften nie nur beim Verhalten des Individuums verortet werden, sondern auch in dessen Körper, Psyche und sozialem Umfeld.

⁶³ Die Beispiele zeigen erneut, wie variabel der Zusammenhang zwischen Einflussfaktoren und dem Auftreten eines Problems ist.

gegenwärtige Handeln in Zusammenhang mit einer möglichen Beeinträchtigung bringen und die Verantwortung dem Individuum zuschreiben.⁶⁴ Dazu kommt, dass gegenwärtiges präventives Handeln immer auch Aufwand, Mühe und Lustverzicht mit sich bringt (Fuchs 2006b), was das Risiko in sich birgt, die Mühe (z.B. keinen ‚Big Mac‘ zu essen, obwohl man die Dinger über alles mag) umsonst auf sich genommen zu haben, weil man am andern Tag ja an einem Autounfall sterben könnte oder die drohende Krankheit (z.B. ein Herzinfarkt) auch mit regelmässigem Verzehr von ‚Big Macs‘ nicht zwangsläufig eintritt resp. man die Krankheit auch mit gesunder Ernährung bekommen kann. Gerade Jugendliche kalkulieren gerne so: Was ist schon ein drohender Lungenkrebs in 50 Jahren verglichen mit der Coolness einer Zigarette im Mundwinkel und der damit verbundenen *gegenwärtigen* Akzeptanz in der Jugendgruppe⁶⁵? Ein methodisches Mittel, mit der sich Prävention und Gesundheitsförderung gegen die Gefahr einer derartigen hedonistischen Umkehrung der Risikokalkulation wehren, ist die Betonung der positiven Aspekte des präventiven und gesundheitsförderlichen Handelns. Regelmässige Bewegung macht dann ‚Spass‘, Nichtrauchen ist ‚cool‘ und ‚gesundes Essen schmeckt ohnehin viel besser‘. Solche positiven Umdeutungen können die Wirksamkeit der Botschaften durchaus verbessern; eine Garantie für eine Verbesserung bieten aber auch sie nicht, weil die Individuen immer selbst bestimmen, was ihnen Spass macht und was sie als Mühe auf sich nehmen (resp. nicht auf sich nehmen), um sich vor Risiken zu schützen.

Doch kommen wir zur andern Seite der Risikofaktoren: zu den Ressourcen resp. den protektiven Faktoren (Schutzfaktoren). Antonovsky (1997) setzt die Stressoren wie erwähnt in Bezug zu generalisierten Widerstandsressourcen resp. Ressourcendefiziten, die Menschen dabei unterstützen/hindern, mit den Stressoren umzugehen. Diese bestehenden oder fehlenden Widerstandsressourcen können sozial (exogen, z.B. Reichtum/Armut, soziale Unterstützung/Nichtunterstützung) aber auch psychisch/physisch

⁶⁴ Freiheit und Unfreiheit stehen dabei in einem komplementären, um nicht zu sagen: paradoxen Verhältnis: Die Freiheit, sich entscheiden zu können, wird zur Unfreiheit, sich entscheiden zu müssen, weil auch die Nicht-Entscheidung einer Entscheidung gleichkommt. Die vielfältigen Möglichkeiten bei der Entwicklung von Lebensentwürfen können dann für Jugendliche schnell zu einer Belastung werden, die ausdrückt, dass die heutige Zeit mit ihrer Vielfalt an Entwicklungsmöglichkeiten in Hinblick auf die Lebensplanung nicht nur Vorteile mit sich bringt.

⁶⁵ Da Akzeptanz in der Gleichaltrigen-Gruppe fraglos ein gesundheitsrelevanter Faktor ist, kann man auch argumentieren, dass das Rauchen oder die Beteiligung an samstäglichem Saufgelagen, eine durchaus gesundheitsförderliche Verhaltensweise ist, insofern sie der Erhöhung des Ansehens in der Gruppe dient (vgl. auch Hafan, 2006).

(endogen, etwa das Kohärenzgefühl oder das Immunsystem) verortet werden, wobei ein Widerstandsdefizit (z.B. Armut) selbst zu einem Risikofaktor (einem gesundheitsgefährdenden Stressor) werden kann. Die Erhaltung resp. die Förderung der Gesundheit ergibt sich in diesem Fall aus der erfolgreichen Bewältigung der Stressoren mit Hilfe von Ressourcen, die selbst nicht aktiv die Gesundheit fördern – es sei denn, einer dieser Faktoren (z.B. das Kohärenzgefühl) wird nicht nur als Schutzfaktor (als Widerstandsressource), sondern als aktiv Gesundheit generierender (salutogener) Faktor bezeichnet. Die Widerstandsressourcen können in diesem Sinn als ‚Schutzfaktoren‘ bezeichnet werden, mittels derer der Einfluss der ‚Risikofaktoren‘ eingeschränkt oder verhindert wird. Udris/Rimann (2002: 140f.) unterscheiden die Widerstandsressourcen zusätzlich noch in Mediator- und Moderatorvariablen – je nachdem, ob sich die Ressource *direkt* zwischen den Stressor und die Gesundheit schiebt oder ob sie die Einflussmechanismen anderer Wirkgrößen (Stressoren, Ressourcen) beeinflussen, also eine *indirekte* Wirkung erzeugen. Dem Kohärenzgefühl wird in diesem Zusammenhang sowohl eine mediatisierende als auch eine moderierende Rolle zugeschrieben, wobei der Bezug zur Gesundheit trotzdem immer indirekt – über die Abwehr von pathogenen Stressoren – hergestellt wird. Die Frage ist, ob Krankheit selbst als Stressor⁶⁶, d.h. als Umweltereignis zu konzipieren ist? Wenn man Gesundheit als isolierten Wert nimmt, ist das einleuchtend, da die Krankheit in diesem Fall nicht als Aspekt von Gesundheit gedacht ist, sondern als losgelöste Grösse. Versteht man Gesundheit und Krankheit jedoch als Kontinuum, dann ist jede Krankheit für die Gesundheit konstituierend und die Gesundheit prägt die Krankheit mit. In diesem Fall muss man mit verschachtelten Innen-/Aussen-Verhältnissen rechnen, wenn man Krankheit als externen Stressor konzipieren will. Die Krankheit bekommt dann eine ‚extime‘ (Fuchs) Stellung: Sie ist zur gleichen Zeit innerhalb und ausserhalb des Kontinuums – begründet und beeinflusst dieses also zur gleichen Zeit. Das Gleiche lässt sich für die Gesundheit sagen: Wenngleich sie nicht in so viele unterschiedliche Gesundheit aufgegliedert werden kann, so ist es doch möglich, psychische und physische Gesundheit zu unterscheiden, also z.B. eine körperliche Krankheit als Stressor für die psychische Gesundheit einzustufen, oder Aspekte der Gesundheit wie das Kohärenzgefühl zu bezeichnen, die (für einen Beobachter) heraustreten und die Gesundheit (und damit sich selbst) schützen können.

⁶⁶ Dieser Stressor hat dann eine andere Qualität, als die zuvor behandelten Risikofaktoren: Er ist nicht mehr potentiell, sondern aktuell, und er ist nicht pathogen, sondern pathologisch.

Dass eine rein salutogenetische Definition von Ressourcen nicht möglich ist, obwohl immer wieder danach gesucht wird, zeigen auch andere Definitionen wie jene von Nestmann (zit. in Bündler 2000: 75). Er versteht unter ‚Ressourcen‘ „[...] alle Dinge, die wir für die Lebensbewältigung benötigen und daher erlangen, schützen und bewahren wollen“. Die Ressourcen-Perspektive kontrastiert in den Augen Nestmanns den Defizit- und Risikoblick auf Personen und Umweltkontexte und befreit „von der nahe liegenden Fixierung professioneller institutionalisierter Hilfe auf Probleme, Fehler im Denken, Fühlen, Handeln, auf Störung und Krankheit etc.“ Doch Nestmann belegt gleich selbst, wie schwierig die Fixierung auf Probleme zu überwinden ist. So hält er fest, dass Menschen für physische und psychische Probleme und Störungen anfällig werden, wenn Ressourcen fehlen, verloren gehen oder ein Ressourcenverlust befürchtet wird. Weiter sieht er das Fehlen oder die Gefährdung von Ressourcen als Ausgangspunkt und Inhalt der Beratung. Ressourcen sind damit in erster Linie als Coping-Ressourcen, als Ressourcen zur Krisenbewältigung im Sinne von Cohen/Syme (1985) zu verstehen, was unterstreicht, dass sich die salutogenetische und die pathogenetische Perspektive auch bei einem so positiv konnotierten „Trendsetter“-Begriff (Bündler 2002: 12) wie ‚Ressource‘ kaum auseinander halten lassen, sondern sich gegenseitig ergänzen. Aus systemtheoretischer Perspektive ist zudem erneut darauf hinzuweisen, dass es sich bei ‚Ressourcen‘ um Konstrukte eines Beobachters handelt, der bestimmte psychische, körperliche und soziale Phänomene (Risikofaktoren, Stressoren) mit dem Schutz vor Krankheiten resp. der Förderung von Gesundheit in Zusammenhang bringt. Auf *operativer* Ebene ist für ein System immer alles Ressource. Das System operiert, wie es operiert und jede dieser Operationen stellt in ihrer Gegenwart die einzige Möglichkeit dar, die sich aus der Geschichte (den Systemstrukturen) des Systems ergibt. Depression, Sucht, Mobbing, Konflikt etc. sind demnach für das System im aktuellen Moment (die Operation kennt ja nur die Gegenwart) die besten Problemlösungen – Problemlösungen, die sich aus der Geschichte des Systems und dem Verhältnis zu seiner relevanten Umgebung ergeben (Hafen 2005: 556). Welche dieser Problemlösungen und Problemlösefaktoren dann als positiv (salutogen) und welche als negativ (pathogen) beobachtet werden, hängt wiederum vom Beobachter ab. Auch im historischen Rückblick sind wir immer wieder auf Konzepte⁶⁷ gestossen, die nahe legen, die gesundheitsförderlichen Aspekte von Krankheiten (z.B. dass eine Krankheit als Botschaft verstanden werden kann oder dass sie die Gesundheit durch Stärkung der Abwehrkräfte fördert) stärker zu beachten.

⁶⁷ Z.B. bei Nietzsche, Mitscherlich, Foucault, Basaglia oder Teegen.

Wir unterscheiden also ganz im Sinne von Stresscoping-Theorien eine Reihe von potentiell pathogenen physischen, psychischen, sozialen und physikalisch-materiellen⁶⁸ Stressoren als Risikofaktoren⁶⁹ von physischen, psychischen, sozialen und physikalisch-materiellen Ressourcen, mit denen der Wirkung von Stressfaktoren begegnet wird und die wir daher als Schutzfaktoren bezeichnen. Hier wären natürlich auch andere Klassifizierungen möglich wie jene von Gutscher et al. (1998: 65f.), die folgende „Transaktionspotentiale“⁷⁰ unterscheiden:

- physikalisch: Luft, Wasser, Rohstoffe etc.
- biologisch: organische Rohstoffe, Tiere als Nahrung, Menschen zur Fortpflanzung etc.
- technisch: Werkzeuge/Technologien, aber auch der koordinierte Einsatz menschlicher Kräfte etc.
- ökonomisch: Geld/Vorräte oder Schulden⁷¹
- psychosozial: Liebe, Vertrauen, Macht etc.
- soziokulturell: Wissens Elemente, Werte, Normen, Regeln, Gesetze etc.

Wie wir im nächsten Unterkapitel sehen werden und wie an der oben eingeführten, systemtheoretisch inspirierten Klassifizierung erkennbar ist, unterscheiden wir nicht primär zwischen individuellen und sozialen sondern zwischen physischen, psychischen, sozialen und physikalisch-

⁶⁸ Cramer (1992) beklagt, dass ökologischen Faktoren im Kontext der Prävention (zu wenig Bedeutung zugemessen wird. Der Umstand, dass die Public Health-Strategie der WHO diesen Bereich von gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren durchaus betont, gibt zur Hoffnung Anlass, dass auch ökologische Faktoren vermehrt zu einem Thema der Gesundheitspolitik werden, als sie es (z.B. bei Zusammenhang von Luftverschmutzung und Atemwegserkrankungen) in der Präventivmedizin heute ohnehin schon sind.

⁶⁹ Dazu kommen wie erwähnt Krankheiten als aktuelle pathologische Stressoren.

⁷⁰ Die Autoren unterscheiden Transaktionspotentiale des Individuums (physisch und psychisch) von den genannten Transaktionspotentialen der Umwelt, die den Risiko- und Schutzfaktoren entsprechen. Im Übrigen teilen Gutscher et al. die hier und auch von Antonovsky vertretene Ansicht, dass erst an den Transaktionen (z.B. den Prozessen, die als ‚krank‘ bezeichnet werden) erkennbar ist, ob ein Umweltfaktor als pathogener Stressor oder als Ressource wirkt.

⁷¹ Das erste wird dabei als Ressource, das zweite als Stressor beurteilt. Das ist sicher in den meisten empirischen Fällen so. Die Tatsache, dass Geld der Gesundheit nicht unbedingt förderlich sein muss, sondern auch krank machen kann (z.B. bei der Angst, es zu verlieren), oder dass Schulden zumindest ökonomisch durchaus sinnvoll sein können, zeigt, dass auch hier keine absolute Trennung möglich ist und die Gewichtung immer auch Wertungen umfasst.

materiellen Einflussfaktoren. Dabei werden die physikalischen und biologischen Potentiale von Gutscher et al. der letzten Kategorie zugerechnet und das technische Potential auch, so lange es sich um Werkzeuge oder Technologien handelt. Den koordinierten Einsatz menschlicher Kräfte sowie die ökonomischen, psychosozialen und soziokulturellen Faktoren ordnen wir den verschiedenen sozialen Systemen zu und unterscheiden sie damit eindeutig von den psychischen Faktoren. Diese prägen, zusammen mit den physischen Einflussfaktoren, das menschliche Leben, wobei zu beachten ist, dass die Physis und die Psyche sowohl Risikofaktoren (beim Körper z.B. eine genetische Disposition für eine ‚Erbkrankheit‘) als auch Schutzfaktoren (z.B. das Immunsystem oder eine gute Selbstwirksamkeitserwartung), als auch alle Prozesse (bei Gutscher et al.: die Transaktionen) umfassen, welche durch diese Einflussfaktoren geprägt werden und die anhand von Symptomen als ‚Krankheit‘ oder ‚Gesundheit‘ bezeichnet werden. Schliesslich ist zu beachten, dass sich alle Ebenen (und damit auch die Einflussfaktoren und die ‚kranken‘ und ‚gesunden‘ Prozesse) wechselseitig als relevante Umwelt irritieren können. Wir haben es also mit einem hoch komplexen Prozess von Systemen zu tun, die sich als relevante Umwelten wechselseitig beeinflussen, aber nicht determinieren. Ein solches Gesundheits-/Krankheits-Modell, welches sich nicht auf pathologische Prozesse der Physis beschränkt, die durch physische Faktoren determiniert werden, bietet die Chancen, aber auch die Gefahren einer enormen Komplexitätssteigerung.⁷² Ein bio-psycho-öko-soziales Modell erlaubt eine differenziertere Analyse von Krankheitsbildern und ihren Risiko- und Schutzfaktoren, als wenn man sich nur auf den Körper beschränkt. Als eines von unzähligen Beispielen, kann die Forschungsarbeit von Schneider (1998) herhalten, die sich mit der Ätiologieforschung von Angsterkrankungen auseinandergesetzt hat. Dabei stellt sie fest, dass die in unterschiedlichen Studien festgestellte Häufung von Angsterkrankungen in Familien nur zu etwa einem Drittel mit genetischen Faktoren erklärt werden kann. Vielmehr zeigt ihre Literaturanalyse, dass Aspekte der Sozialisierung (z.B. eine unsichere Bindung zur Mutter oder der Umgang der Mutter mit Angst) einen starken Einfluss auf die Angstentwicklung bei Kindern haben. Als protektive Faktoren nennt sie neben dem psychischen Faktor ‚hohe Selbst-

⁷² Vgl. dazu Kap. 4.1. und Uhl (2002), der (mit Bezug auf die Suchtprävention) darauf hinweist, dass man nicht der Verlockung verfallen soll, Schutz- und Risikofaktoren isoliert zu betrachten und die entsprechenden Konzepte als Konzepte des Reduktionismus und des Funktionalismus wahrzunehmen. Die Begriffe der Schutz- und Risikofaktoren seien für weit komplexere und differenziertere Erklärungsmodelle geeignet.

achtung' vor allem soziale Faktoren⁷³: positive soziale Orientierung, Anpassungsfähigkeit, soziale Unterstützung, Wärme und Zusammenhalt in der Familie oder hoher sozioökonomischer Status. Mit einer solchen Analyse eröffnen sich weite Perspektiven behandelnder und präventiver Interventionsversuche. So kann eine gleichzeitige Behandlung der Angststörungen der Mutter die Behandlungserfolge beim Kind markant steigern, was die These des Modelllernens bestätigt (Schneider 1998: 164), und bei der Prävention, die ja immer an den Einflussfaktoren ansetzt, lässt sich eine Unzahl Interventionsmöglichkeiten (z.B. zur Stärkung der Selbstachtung, zur Förderung des familiären Zusammenhalts, zur Verbesserung der sozioökonomischen Situation der Familie etc.) formulieren. Dabei fällt auf, dass es sowohl in Hinblick auf die pathogenen als auch auf die protektiven Faktoren diverse Parallelen zu andern Krankheitsbildern gibt. So weiss man, wie wichtig das Modelllernen bei Suchterkrankungen ist, und praktisch jeder der genannten familiären Schutzfaktoren gegen Angsterkrankungen wird auch bei Sucht genannt (vgl. Eickhoff 2000).

Am Beispiel der Angsterkrankungen (aber auch bei jeder anderen Krankheit) lässt sich die Frage stellen, inwiefern Risiko- und Schutzfaktoren in einem komplementären Verhältnis zueinander stehen. Entspricht ein abwesender Schutzfaktor einem Risikofaktor und ein nicht vorhandener Risikofaktor einem Schutzfaktor? Nach Walter et al. (2000) ist das nicht zwangsläufig so. Sie stellten in ihrer Studie fest, dass gewisse Faktoren für die Differenz von *minder* gesunden und *normal* gesunden Menschen mitverantwortlich sind (Gefährdungsfaktoren), während andere Faktoren zur Differenz von *normal* gesunden und *hoch* gesunden Menschen beitragen (Optimierungsfaktoren). So gefährdet ein geringes Einkommen die Gesundheit von Männern in erheblichem Mass, ein besseres Einkommen ist aber kein relevanter Faktor für Hochgesundheit. Umgekehrt verfügen Männer mit einer hohen Gesundheit über deutlich bessere soziale Unterstützung in Notfällen als normal gesunde Männer; diese aber nicht mehr als minder gesunde. Faktoren, die beide Differenzen mitbegründen, bezeichnen Walter et al. als pathogene resp. salutogene Faktoren. So ist das Kohärenzgefühl bei den minder gesunden Frauen der Studie signifikant tiefer als bei den normal gesunden und nochmals signifikant höher bei den hoch gesunden. Ob ein fehlender Schutzfaktor zu einem Risikofaktor wird und umgekehrt ist, also primär eine empirische Frage. Vom Begriffspaar ‚Risiko-/Schutzfaktor‘ her, das ja einem Aktions-/Reaktionsschema entspricht,

⁷³ Dabei ist klar, dass eine hohe Selbstachtung nur im sozialen Prozess erworben werden kann, nämlich dann, wenn man auch von den relevanten Bezugspersonen Achtung erfährt.

ist diese Umkehrung ohnehin nur bedingt möglich. Wenn eine gute soziale Unterstützung als soziale Ressource hilft, pathogene Stressoren zu bewältigen, ohne dabei krank zu werden, dann kann das Fehlen dieser Ressourcen nicht zwangsläufig selbst als pathogen bezeichnet werden; vielmehr ist einfach ein Schutzaspekt weniger vorhanden, um Stressoren zu bewältigen. Das wiederum sollte keine Rolle spielen, wenn keine Stressoren zu bewältigen sind, die soziale Unterstützung notwendig machen. Auch ein schlechtes Kohärenzgefühl ist nicht zwangsläufig ein Risikofaktor. So lange nur wenige Stressoren zu bewältigen sind, kann man auch mit einem schlechten Kohärenzgefühl gesund bleiben. Relevant wird es erst, wenn es als Schutzfaktor zur Bewältigung von Stressoren gebraucht wird. Da Stressoren omnipräsent sind, erhöht ein geringer Schutz das Risiko einer Erkrankung mit Sicherheit; nur ist nicht das fehlende Präservativ der pathogene Stressor, sondern das HI-Virus, und nicht die fehlende Abgrenzungsfähigkeit erhöht das Risiko eines Burnouts, sondern die laufend zunehmenden Anforderungen am Arbeitsplatz.

Uhl (2002) bedient sich der Unterscheidung einer ‚quantitativen/qualitative Interpretation‘ von Risiko- und Schutzfaktoren, um die wechselseitige Beziehung von Risiko- und Schutzfaktoren zu klären. In der quantitativen Interpretation werden Risikofaktoren und Schutzfaktoren ausschliesslich über deren Zusammenhang zu den Zielvariablen definiert. Risikofaktoren sind diesem Verständnis nach Variablen, die mit negativen Ausgängen in Zusammenhang stehen, und Schutzfaktoren sind Variablen, die mit positiven Ausgängen in Zusammenhang stehen.⁷⁴ Die Abwesenheit eines Risikofaktors ist im Sinne dieser Interpretation ein protektiver Faktor und Abwesenheit eines protektiven Faktors ein Risikofaktor. Der qualitativen Interpretation entsprechend gibt es nach Uhl (a.a.o.) hingegen keine Symmetrie zwischen Risikofaktoren und Schutzfaktoren. Schutzfaktoren repräsentieren erhöhte Widerstandskraft (Resilienz) oder verringerte Verletzlichkeit (Vulnerabilität) bezüglich des drohenden Einflusses von Risikofaktoren. Schutzfaktoren können sich dieser Interpretation entsprechend grundsätzlich nur dann auswirken, wenn Risikofaktoren auftreten, während sich Risikofaktoren generell auswirken.⁷⁵

⁷⁴ Leider verpasst es Uhl, Beispiele für quantitative Schutzfaktoren zu nennen. Wir gehen hier davon aus, dass es diesen *direkten* Bezug von Schutzfaktoren zu einem empirischen Tatbestand wie Trunkenheit, Sucht oder Gewalt nicht gibt. Anders formuliert: Schutzfaktoren wirken *nie* direkt, sondern immer nur modalisierend.

⁷⁵ Wir würden hier einschränken: Der Risikofaktor wirkt sich aus, wenn das betreffende System ihn als Stressor identifiziert, sich von ihm also irritieren lässt.

Wir sehen also, dass mit den bestehenden Begriffen (Stressoren, Ressourcen, Risiko- und Schutzfaktoren) oft nicht auf den ersten Blick zu erkennen ist, ob es sich nun um *proaktiv* irritierende (oder im Sprachgebrauch von Maturana⁷⁶: perturbierende) Faktoren handelt – Faktoren also, die das System als Anlass zu einer Informationsverarbeitung und Strukturanpassung nimmt – oder ob es sich um *reaktiv* protektive Faktoren handelt: Faktoren, welche beeinflussen, ob und in welchem Ausmass diese Irritation erfolgt. Stressoren (resp. Risikofaktoren) sind per definitionem proaktive Faktoren, da sie die Genese/Förderung von Krankheiten aktiv beeinflussen, obgleich es letztlich immer das betroffene System ist, welches Einfluss bestimmt. Passivrauchen ist insofern ein proaktiv irritierender Faktor (ein pathogener Stressor) als es die statistische Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Krankheiten wie Lungenkrebs oder Herzkreislaufprobleme nachgewiesenermassen erhöht. Reaktiv protektive Faktoren (z.B. rauchfreie Restaurants) beeinflussen die Schädigungswahrscheinlichkeit eines pathogenen Faktors, indem sie die Bedingungen der Möglichkeit einer Gefährdung beeinflussen; sie sind selbst aber nicht salutogen. Alleine dadurch, dass ich in rauchfreien Restaurants speise, bessert sich meine Gesundheit nicht; es wird lediglich eine Verschlechterung verhindert (aber auch nur, wenn ich sonst in verrauchten Restaurants speise und nicht im Freien oder in der rauchfreien Wohnung). Das Gleiche gilt bei allen andern pathogenen Faktoren – etwa beim Rauschtrinken („binge-drinking“), das die Wahrscheinlichkeit für zahlreiche Pathologien oder sonstige zu verhindernde Probleme (Vergiftungen, Alkoholsucht, Autounfälle, häusliche Gewalt etc.) direkt erhöht, während die reaktiven Faktoren nur einen indirekten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit der Problembildung haben: Ein external locus of control (Rotter 1975)⁷⁷ oder eine tiefe Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura 1997) alleine erhöhen die Wahrscheinlichkeit dieser Pathologien nicht, aber sie machen wahrscheinlicher, dass es zur Beteiligung an Trinkwettbewerben kommt, als wenn Jugendlichen überzeugt sind, dass sie sich gegen den Gruppendruck durchsetzen können, wenn sie nicht mittrinken wollen.⁷⁸ Als letztes können wir ein Beispiel

⁷⁶ Maturana/Varela (1987)

⁷⁷ Gemeint ist die Erwartung, dass das eigene Handeln vornehmlich von aussen gesteuert wird. Demgegenüber steht der internal locus of control – die Überzeugung, dass man mit dem eigenen Handeln in seiner sozialen Umwelt viel erreichen kann.

⁷⁸ Dazu kommt natürlich, dass es auch viele Jugendliche gibt, die von sich aus an solchen Trinkgelagen teilnehmen *wollen* und sich gar nicht gegen Druck von aussen durchsetzen müssen – es sei denn gegen den Erwartungsdruck der Eltern oder von Lehrkräften. Es ist dann zu vermuten, dass eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung in

aufnehmen, das Uhl (2002) aufführt: Ist ein geringes Körpergewicht ein Risikofaktor in Hinblick auf Verkehrsunfälle infolge von Alkoholkonsum? Wir würden als zu verhinderndes Problem (anders als Uhl) nicht das Führen eines Fahrzeugs in alkoholisiertem Zustand identifizieren, sondern die Unfälle, die aus diesem Verhalten entstehen. Anders formuliert: Autofahren in angetrunkenem Zustand ist einer der bedeutendsten Risikofaktoren für Verkehrsunfälle und demnach der Punkt, an dem die Prävention ansetzt. Das Trinken von Alkohol wiederum ist per definitionem der einzige Auslösefaktor für Trunkenheit verkehrrechtlichen Sinn, wobei die Menge des Alkohols das Ausmass der Trunkenheit bestimmt. Das Körpergewicht hingegen ist für sich kein Risikofaktor, sondern eine moderierende Variable in Hinblick auf die Menge des getrunkenen Alkohols und seinen Einfluss auf die Alkoholkonzentration im Blut – in unserer Terminologie also ein Schutzfaktor. Ein tiefes Körpergewicht zu haben, macht einen bekanntlich allein nicht betrunken.

3.7 DIE SYSTEMREFERENZ VON KRANKHEIT/GESUNDHEIT, SYMPTOMEN, RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN

Die bisherigen Ausführungen haben erkennen lassen, dass wir die Konzepte von Gesundheit und Krankheit auf den Körper und die Psyche beschränken. Die Ebene der Sozialsysteme kommt erst bei den Symptomen ins Spiel, was insofern Sinn macht, als sich viele psychische, aber auch körperliche Probleme erst im sozialen Kontakt manifestieren. Eine ‚geistige Behinderung‘ ist eine soziale Konstruktion eines Phänomens, das für die behinderte Person kein Problem sein muss, ja das sie – je nach Schwere der Behinderung – nicht einmal als Behinderung (von Nicht-Behinderung) unterscheiden kann, da die neuro-physiologischen Voraussetzungen für eine entsprechende kognitive Unterscheidungsleistung nicht gegeben sind. Manifest wird die ‚Behinderung‘ erst in der Kommunikation, nicht zuletzt, weil sich diese durch die ‚nicht-normalen‘ (das heisst: nicht erwartbaren) Umweltvoraussetzungen in Psyche und Körper zu Anpassungsleistungen genötigt sieht, die sie als hinderlich einstuft.⁷⁹ Natürlich ist es möglich, von sozialen Pathologien zu sprechen – etwa bei Konflikten oder Gewaltakten, die ja immer auch einen kommunikativen Aspekt (resp. einen Aspekt von

diesem Fall die Jugendlichen auch dabei unterstützt, diesem Erwartungsdruck zu widerstehen und erst recht beim Trinkgelage mitzumachen.

⁷⁹ Vgl. hierzu die alltagsnahe Studie von Fuchs (2002) und die umfassende Arbeit zu einer Systemtheorie der Behinderung von Wetzel (2004), der sich vor allem damit auseinandersetzt, wie Organisationen mit Behinderung umgehen.

Kommunikationslosigkeit) beinhalten. Wie weiter oben⁸⁰ gezeigt, legt die systemtheoretische Trennung von Sozialem, Körpern und psychischen Systemen nahe, auf einen solchen Sprachgebrauch zu verzichten – auch um die Begriffe Gesundheit und Krankheit nicht noch weiter mit Komplexität anzureichern und um die mit der Unterscheidung ‚krank/gesund‘ verbundenen Wertungen aus der Beschreibung von Gesellschaftsformen herauszuhalten. Ein weiteres Argument für diesen Verzicht: Alle ‚sozialen Pathologien‘ entfalten ihre krank machenden Wirkungen erst in den gekoppelten körperlichen und psychischen Systemen. Sie bewirken Stress, Angst und weitere an Wahrnehmung und emotionale Bewertung geknüpfte psychische Prozesse, und sie schädigen Körper durch Gewalt oder dadurch, dass sie dazu beitragen, dass die Erfüllung körperlicher Grundbedürfnisse nicht mehr ausreichend gewährleistet ist – dann etwa, wenn durch einen bewaffneten Konflikt eine Hungersnot ausbricht. Die Kommunikation selbst hat keinen Hunger und sie kann auch nicht verletzt werden – im Gegenteil: das Konflikt und Protest zugrunde liegende ‚Nein‘ der Sprache verunmöglicht Kommunikation nicht, sondern erweitert ihren Möglichkeitsspielraum (Luhmann 1997: 222f.), was sich ja auch an der kommunikationsgenerierenden Wirkung von Protest und Konflikt zeigt – so bedrohlich diese Kommunikationsformen für psychische oder andere soziale Beobachter auch sein mögen.

Es hat sich in unseren Ausführungen also mehrfach gezeigt, dass nicht nur psychische und körperliche Krankheiten (und Gesundheit) für die Kommunikation relevant werden können, sondern dass auch die kommunikativen Prozesse die Entwicklung von Krankheit und Gesundheit als Umweltfaktoren beeinflussen können. Es ist ein grosses Verdienst der WHO-Definition von Gesundheit von 1948, dass sie die Dimension des Sozialen einbezieht. Kommunikation kann pathogen sein, wenn die Psyche (und über die Psyche vielleicht auch der Körper) kommunikative Prozesse als negative Stressoren beobachtet und mit Anpassungsleistungen reagiert, die als ‚krank‘ bezeichnet werden. Andererseits erweist sich die Bestimmung von sozialen salutogenen Faktoren – angesichts der schwierigen Fassbarkeit von Gesundheit wenig überraschend – erneut als schwierig. Aktive Förderung der Gesundheit bleibt damit auf wenige (hypothetische⁸¹) psy-

⁸⁰ Vgl. dazu Kap. 3.4.

⁸¹ Bengel et al. (1999: 46) kommen bei ihrer Analyse des Salutogenese-Modells von Antonovsky zum Schluss, dass der Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und körperlicher Gesundheit bisher nur postuliert, aber nicht nachgewiesen ist. Hierfür seien weitere Studien mit einem angemessenen Forschungsdesign notwendig. Die Studie von Duetz et al. (2002: 95) zeigt, dass das Kohärenzgefühl (wie in andern Studien) am stärksten mit der individuellen Identifikation von psychischen Symptomen korreliert,

chische Faktoren wie das Kohärenzgefühl oder Wohlbefinden beschränkt. Ein gutes ‚Betriebsklima‘ würden wir demnach wie soziale Unterstützung nicht als proaktiv irritierenden (salutogenen) Faktor bezeichnen, sondern als reaktiven Faktor. Das gute ‚Klima‘ macht nicht selbst gesund, aber es trägt als protektiver Faktor dazu bei, dass weniger pathogene Umweltereignisse (wie z.B. die hohe Arbeitsbelastung) auftreten, dass deren Wirkung für das Individuum nicht so gross ist (wovon wiederum die Organisation profitiert) oder dass die gesundheitseinschränkende Wirkung von Krankheiten bei Einzelpersonen nicht so stark ausfallen. Dabei kann die protektive Wirkung (wie immer) objektivierend in der Form statistischer Wahrscheinlichkeiten gemessen werden; es ist aber letztlich erneut das System, in welchem sich Krankheit und Gesundheit entwickeln, welches die Modalisierungswirkung aus seiner Perspektive festlegt. So ist z.B. anzunehmen, dass ein schlechtes Betriebsklima die Gesundheit von Systemen nicht nur verschlechtert, sondern bei einzelnen Systemen keine oder gar eine gesundheitsförderliche Wirkung hat. Wenn etwa eine ‚mobbende‘ Person beobachtet, dass ihre Aktivitäten kommunikativ und in der psychischen Umwelt Wirkung entfalten und dass sie als Person von andern Personen in diesen Aktivitäten unterstützt oder zumindest nicht gehindert wird, dann ist es durchaus möglich, dass einzelnen Komponenten des Kohärenzgefühls und damit das Gesundheitsempfinden dieses Individuums dadurch gefördert werden.⁸²

Wenn wir die unterschiedlichen Dimensionen beobachten, in denen sich proaktiv irritierende und reaktiv protektive Faktoren (Risiko- und Schutzfaktoren) manifestieren (als solche beobachtet werden), dann müssen wir zur physischen, psychischen und sozialen noch die physikalisch-materielle Dimension hinzurechnen. Schlechte Luft, verunreinigtes Wasser, ungesunde oder fehlende Nahrungsmittel, Lärm etc. sind Umweltfaktoren, die in den psychischen und körperlichen Systemen erwiesenermassen zu unerwünschten Anpassungsprozessen (Krankheiten) führen können. Zudem gibt es auch protektive Faktoren (wie Fahrradhelme, Lärmschutzvorrichtungen, Luftfilter, Präservative etc.), die weder psychische noch kommunikative,

wobei nicht klar sei, ob das so sei, weil das Kohärenzgefühl die psychische Befindlichkeit beeinflusse oder weil es selbst ein Aspekt der psychischen Befindlichkeit sei.

⁸² Wir sprechen hier von einer psychischen Beobachtung kommunikativer Prozesse, also von einer Konstruktion. Operativ gesehen hat die ‚mobbende‘ Person natürlich keine Möglichkeit, in den Kommunikationsprozess einzugreifen. Vielmehr bestimmt die Kommunikation durch ihre Anschlüsse selbst, ob sie Kommunikation als ‚Mobbing‘ auslagert und ‚mobbende‘ von ‚gemobbten‘ Personen unterscheidet und die entsprechenden Erwartungen an diese Personen auswirft.

sondern materielle Qualität haben⁸³. Wir unterscheiden demnach für die vier Dimensionen, die wir bis jetzt erarbeitet haben, folgende Systemreferenzen:

- Konzepte von Gesundheit und Krankheit: physisch, psychisch
- Symptome von Gesundheit und Krankheit: physisch, psychisch, sozial
- Proaktiv irritierende Faktoren (Risikofaktoren, potentiell pathogene Stressoren): physisch, psychisch, sozial und physikalisch-materiell
- Reaktiv protektive Faktoren (Schutzfaktoren, Ressourcen): physisch, psychisch, sozial und physikalisch-materiell

3.8 VERSUCHE ZUR BEEINFLUSSUNG DES KONTINUUMS VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT: BEHANDLUNG, PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Wir haben in der Einleitung darauf hingewiesen, dass es nicht nur eine immer grössere Anzahl von professionellen und semi-professionellen Versuchen gibt, mit welchen die Positionierung von Menschen im Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum positiv (also in Richtung Gesundheit) beeinflusst werden soll, sondern auch, dass die Unterscheidung dieser Versuche und Disziplinen nicht immer ganz einfach ist (vgl. Hafén 2001). Bevor wir die andernorts⁸⁴ ausführlich vorgenommenen Klärungen dieser Begriffe zusammenfassend darstellen, wollen wir das hier zugrunde liegende Interventionsverständnis kurz erläutern. Dabei möchten wir vorausschicken, dass ‚Intervention‘ hier sehr umfassend definiert wird: Von Intervention ist immer dann die Rede, wenn versucht wird, kommunikativ oder physisch in die Prozesse eines Systems einzugreifen. Wir werden uns in der Folge nicht nur auf die kommunikativen Interventionen beziehen, also auf alle Versuche, psychische und soziale Systeme durch Kommunikation (in der Form von Erziehung, Bildung, Information, Appellen, Befehlen, Motivation, Therapie, Beratung usw.) zu bestimmten Veränderungen zu bewegen, sondern auch auf physische Interventionen wie Operationen, Medikamentenvergabe oder die Platzierung von künstlichen Darmausgängen.

Wir haben gesehen, dass die zu intervenierenden Systeme operativ geschlossen sind. Von der Theorie her gesehen bedeutet dies, dass in ein

⁸³ Dass die Massnahmen, die eine fachgerechte Nutzung dieser materiellen Ressourcen zum Schutz vor pathogenen Stressoren bewirken sollen, psychische und soziale Aspekte berücksichtigen müssen, spielt erst auf der Ebene der Massnahmen zur Prävention und Behandlung eine Rolle, die wir nachfolgend einbeziehen werden.

⁸⁴ Vgl. dazu Hafén (2001, 2003, 2004, 2005).

System streng genommen gar nicht ‚interventiert‘ werden kann, sondern dass es sich stets selber bildet, irritiert, informiert oder motiviert. Kein System kann jenseits seiner Grenzen operieren. Aus diesem Grund können Ärztinnen und Psychologen, Pflegefachkräfte und Sozialarbeiterinnen, Berater und Therapeutinnen die erwünschten Veränderungen in den zu verändernden Systemen nie direkt-kausal erreichen.⁸⁵ Vielmehr müssen sie sich darauf beschränken, Kommunikationssysteme in der Umwelt dieser Systeme zu initiieren – Beratungsgespräche, Therapiektionen, Konsultationen – und zu hoffen, dass die Systeme diese Kommunikationen als Anlass zu Veränderung nehmen. Das kann der Fall sein. Wenn dem nicht so wäre, müssten wir auf alle Interventionsversuche verzichten, und professionelles Handeln zeichnet sich gerade dadurch aus, dass alles unternommen wird, um die Intervention möglichst erfolgreich zu gestalten.⁸⁶ Andererseits handelt es sich bei jedem ‚Erfolg‘ einer Intervention um eine Zuschreibung durch einen Beobachter, der zahlreiche andere mögliche Einflussfaktoren ausblenden muss, um die eigenen Interventionsversuche als Ursache für die Veränderung plausibel zu machen. Ob die Depression des Patienten aufgrund der Gesprächstherapie durch die Psychologin oder aufgrund anderer Faktoren resp. im Zusammenspiel dieser Faktoren mit der Therapie verschwunden ist, wird sich nie mit Bestimmtheit sagen lassen. Da die Konstruktionen von Erfolg und Wirkung systemrelativ sind, können sie (z.B. bei der Therapeutin, dem Patienten oder seiner Familie) auch unterschiedlich ausfallen. Andere Systeme können die Dinge anders sehen, und das ist auch beim Interventionserfolg nicht anders. Sicher ist beim oben erwähnten Beispiel nur, dass die ‚Heilung‘ systemintern erfolgt ist, dass sich der Patient also streng genommen in jedem Fall selbst geheilt hat.

Doch richten wir uns den unterschiedlichen Interventionsformen zu und schauen dabei zuerst auf die Differenz von Prävention und Behandlung (Hafen 2003, 2005: 241ff.) – eine Differenz, die bei weitem nicht immer so

⁸⁵ Eine Ausnahme bilden alle Interventionen, die auf eine Zerstörung von Systemen herauslaufen. Die operative Entfernung eines entzündeten Blinddarms wäre in diesem Sinn ein direkt-kausaler Eingriff, ebenso das Herausschneiden eines Krebsgeschwürs. Beim zweiten Beispiel ist jedoch nicht gesagt, ob mit der Entfernung des Geschwürs auch die Krankheit besiegt ist.

⁸⁶ Methoden, Gesprächstechniken oder Didaktik wären dann Mittel, die zur Erhöhung der Erfolgswahrscheinlichkeit in Anspruch genommen werden. Gerade in der Medizin ist eine immer grössere Sensibilität für die Wichtigkeit der Kommunikation zwischen den Ärztinnen/Ärzten und den Patienten und Patientinnen festzustellen – ein Faktor, dessen Rolle für einen erfolgreichen Heilungsprozess lange massiv unterschätzt wurde (Mitscherlich 1969d: 71f.) und dem in den Ausbildungsgängen offenbar heute mehr Bedeutung zugemessen wird.

klar ist, wie sie auf den ersten Blick erscheint; die Begriffe ‚Sekundär-‘ und ‚Tertiärprävention‘ (Caplan 1964) resp. ‚indizierte‘ Prävention (Gordon 1987) stehen als Beleg dafür. Prävention und Behandlung können analog zu Gesundheit und Krankheit als zwei Seiten *einer* Unterscheidung und demnach als sich wechselseitig ergänzend gesehen werden. So wie es keine Krankheit ohne Gesundheit (absolute Krankheit) und keine absolute Gesundheit gibt, so gibt es – das ist die These – auch keine Behandlung ohne präventive Aspekte und keine Prävention, die nicht gleichzeitig behandelnd operiert. Der erste Teil dieser These lässt sich relativ einfach plausibilisieren: Selbst eine eindeutig behandelnde Massnahme wie die operative Entfernung eines Lungentumors hat präventive Funktionen – sei es die Verhinderung von Metastasenbildung, sei es die Vermeidung des Krebsodes der Patientin.

Schauen wir uns die Form der Behandlung an, so können wir feststellen, dass die Behandlung bestrebt ist, einen gegenwärtigen unerwünschten Zustand (eine Krankheit, eine Verletzung, Sucht, Gewalt etc.) durch ihre Massnahmen so zu bearbeiten, dass er verschwindet oder sich zumindest nicht verschlimmert. Einer negativ bewerteten Gegenwart wird also eine positiv(er) bewertete Zukunft gegenüber gestellt, die es durch die Massnahmen zu erreichen gilt.⁸⁷ Bei der Prävention sieht diese Ausgangslage komplexer aus: Da hier bereits die Gegenwart positiv beurteilt wird (noch keine Sucht, Krankheit, Verletzung etc. vorhanden), ergibt sich die paradoxe Situation, dass die Prävention mit ihren Massnahmen einen gegenwärtigen Zustand so verändert, dass er so bleibt wie er ist, dass die Probleme also auch in Zukunft nicht auftreten. Wenn man schaut, wie die Prävention diese grundlegende Paradoxie auflöst, trifft man auf die behandelnden Aspekte der Prävention: Da die Prävention (wie die Behandlung auch) immer nur gegenwärtig operieren und nicht in die Zukunft ausgreifen kann, hat sie keine andere Möglichkeit, als proaktive pathogene Einflussfaktoren (Risikofaktoren) für die zu verhindernden Probleme direkt zu reduzieren resp. zu versuchen, diese Einflussfaktoren durch Stärkung reaktiv protektiver Faktoren (Schutzfaktoren) indirekt zu beeinflussen. So rücken Risikofaktoren wie Zigarettenwerbung oder ein hoher Gruppendruck beim Rauchen und Defizite an Schutzfaktoren wie eine unzureichende Selbstwirk-

⁸⁷ Beim Fall, dass die Behandlung lediglich ein Stagnieren der Krankheit resp. eine Verlangsamung der Verschlimmerung erreicht, sieht die Zukunft (zumindest aus Sicht der Behandelnden) ebenfalls besser aus als ohne Behandlung; sonst würde man ja nicht behandeln. Es sei denn, andere Aspekte spielen eine Rolle, wie z.B. die Amortisation der kostspieligen medizinischen Infrastruktur oder der Wunsch nach einer möglichst hohen Bettenauslastung.

samkeitserwartung oder mangelndes Kohärenzgefühl in den Fokus der Prävention. In andern Worten: Prävention ist auf der funktionalen Ebene immer pathogenetisch ausgerichtet, denn sie kann die Verhinderung der zur Diskussion stehenden Probleme nicht anders erreichen als durch die Beseitigung oder die Abschwächung von Risikofaktoren oder durch die Stärkung von Schutzfaktoren, die nicht in ausreichendem Mass vorhanden sind. Und es ist die Vielfalt der Einflussfaktoren bei komplexen Krankheiten oder Problemen wie Sucht, welche Prävention zu einer so komplexen Aufgabe macht. Oft ist die Zahl der Einflussfaktoren auf ein Problem so gross, dass die Wirkung der Massnahmen vor allem langfristig kaum gemessen werden kann, da immer nur einige wenige der zahlreichen Einflussfaktoren bearbeitet werden können.

Prävention und Behandlung unterscheiden sich also primär in Hinblick auf das zur Diskussion stehende Problem: Ist das Problem (Sucht, Krankheit, Gewalt etc.) bei den Zielpersonen manifest vorhanden, wäre von Behandlung zu sprechen, wobei die präventiven Aspekte der Behandlung immer mit zu berücksichtigen sind (Tertiärprävention). Sind die Probleme bei den Zielpersonen noch nicht aufgetreten, ändert sich die Ausgangslage grundlegend, denn in diesem Fall besteht kein individueller Bezug zu diesen Problemen, die in der Zukunft mit einer gewissen statistischen Wahrscheinlichkeit auftreten werden. Bei wem sich die Probleme manifestieren werden, ist zumindest unsicher; selbst eine Definition von Risikogruppen bringt nur eine sehr ungenaue statistisch gesicherte Vorstellung davon, wer eher gefährdet ist und wer weniger. Da die präventiven Massnahmen keinen direkten Problembezug herstellen können, sind sie wie erwähnt auf die Bearbeitung von Risiko- und Schutzfaktoren eingeschränkt (Primärprävention; universelle, selektive Prävention nach Gordon 1987). Die systematische Beobachtung von Anzeichen der zu verhindernden Probleme und die Einleitung von Behandlungsmassnahmen schliesslich wird durch die Früherkennung gewährleistet – ein Zugang, der von der Form her der übrigen Diagnostik entspricht, der durch das frühe Einsetzen der Behandlung aber zur Verhinderung einer Chronifizierung des Problems beitragen kann (Sekundärprävention; indizierte Prävention).

Lenkt man den Blick auf die Gesundheitsförderung, dann stellt sich die Frage, ob diese Disziplin grundsätzlich anders operiert (vgl. dazu Hafén 2004, 2005: 275ff., 2006b). In der Praxis wird ja bisweilen argumentiert, dass die Prävention immer bestimmte Probleme zu verhindern trachte, während die Gesundheitsförderung in erster Linie die Ressourcen der Zielpersonen fördere und ihre unmittelbare Lebenswelt zu Veränderungen anrege, welche der Gesundheit der einzelnen Menschen förderlich sind. In der Regel wird nicht berücksichtigt, dass bei dieser Argumentation zwei

ganz unterschiedliche Aspekte vermerkt werden: Aspekte der *Funktion* und Aspekte der *Methodik*. Auf der Ebene der Funktion lässt sich in Anschluss an die bisherigen Ausführungen sagen, dass die Gesundheitsförderung die Förderung der Gesundheit nur dadurch erreichen kann, dass sie Faktoren zu verhindern sucht, welche die Gesundheit vermindern: Krankheiten, Sucht, soziale Probleme wie Gewalt, Armut etc. Eine direkte Förderung oder gar Genese der Gesundheit ist schwierig erreichbar oder belegbar, da die Gesundheit nicht fassbar ist. Wie bei der Prävention wird sie indirekt angestrebt – über die Verminderung von Risikofaktoren oder die Stärkung von Schutzfaktoren. Da die Gesundheitsförderung mit ihrem Konzept der Salutogenese einem empirisch nicht bestimmbareren Gesundheitsbegriff folgt, kann sie sich erlauben, die gesundheitsmindernden Faktoren, die sie beseitigen oder verhindern will, in ihrer Argumentation in den Hintergrund zu stellen.

Ein Projekt wie ‚Bewegung im Park‘, das sich an im Büro arbeitende Personen richtet, blendet seine funktionalen Aspekte in der Regel aus. Natürlich wissen die Initiatorinnen und Initiatoren des Projekts, dass Bewegungsarmut Folgen wie Haltungsschäden oder Herz-Kreislaufkrankungen mit sich bringt, welche die Gesundheit beeinträchtigen; doch es ist *methodisch* sinnvoll, das Gesundheitsförderungsprojekt nicht als Herz-Kreislaufkrankheits-Präventionsprojekt zu anbieten, denn wer wollte an einem solchen Projekt in diesem Setting schon mitmachen.

Wenn es auf der funktionalen Ebene zwischen der Prävention und der Gesundheitsförderung kaum Unterschiede gibt, wie steht es dann mit der Methodik? Kann sich die Prävention erlauben, darauf zu verzichten, die Ressourcen ihrer Zielpersonen zu aktivieren und eine Semantik zu pflegen, die dem Publikum nicht auf Anhieb die Lust am Mitmachen vergällt? Ein Blick auf die Vielfalt präventiver Aktivitäten zeigt, dass dem (natürlich) nicht so ist. Man kann sogar argumentieren, dass nicht einmal vornehmlich behandelnde Fachpersonen wie Sozialarbeiter oder Psychotherapeutinnen darauf verzichten können, immer auch die Ressourcen ihrer Zielpersonen und andere reaktiv protektive Faktoren (Schutzfaktoren) zu aktivieren und den Blick dabei nicht nur auf das halbleere, sondern auch ausreichend auf das halbvolle Glas zu richten. Es bietet sich dabei an, deutlich zwischen vorhandenen und nicht vorhandenen Widerstandsressourcen (Coping-Ressourcen) und sonstigen Ressourcen zu unterscheiden. Im Rahmen von präventiven und gesundheitsförderlichen Aktivitäten geht es oft darum, nicht ausreichend vorhandene Schutzfaktoren zu stärken, also das Kohärenzgefühl zu verbessern, die Selbstwirksamkeitserwartung zu erhöhen oder die soziale Unterstützung einer Person zu verbessern. Wir sprechen also von der Behebung von Ressourcen-Defiziten. Davon zu unterscheiden

ist die Nutzung von Ressourcen, die bereits in ausreichendem Mass vorhanden sind und für die Erreichung der Zwischenziele (Abbau von Risikofaktoren, Ausbau von Schutzfaktoren) resp. des Hauptziels (Verhinderung von Krankheit, Gewalt etc und damit: Förderung der Gesundheit) genutzt werden können. Das ist wie gesagt in der Behandlung nicht anders. So kann in einer Drogentherapie das Organisationstalent oder die gute Eloquenz einer ehemals drogenkranken Person dazu genutzt werden, die berufliche Situation zu stabilisieren und so die Gefahr für einen Rückfall zu verkleinern.

Die formale und funktionale Ähnlichkeit von Prävention und Gesundheitsförderung gilt auch für andere Disziplinen, die auf die Verhinderung von Problemen, resp. (über diesen Umweg) auf die Förderung von Gesundheit ausgerichtet sind wie die Präventivmedizin oder die Wellness (Hertel 1992). Es ist daher davon auszugehen, dass die Abgrenzungsversuche zwischen den einzelnen Disziplinen (insbesondere zwischen Prävention und Gesundheitsförderung) nicht primär inhaltlich begründet sind, sondern vor allem zur Stärkung der eigenen Identität als ‚Gesundheitsförderungs-‘ oder ‚Präventionsfachleute‘ (oder -fachstellen) eingesetzt werden. Das ist legitim, sollte aber einen fachlich-inhaltlichen Diskurs, der zu einer Klärung der Gemeinsamkeiten und Differenzen der Disziplinen beiträgt, nicht verhindern (Hafen 2004).

3.9 EINE (RE-)DEFINIERUNG VON ‚GESUNDHEIT‘

Wenn wir die bisherigen Ausführungen zusammenfassen, dann können wir festhalten, dass wir keinen Zugang zur Gesundheit und Krankheit haben ausser über die Beobachtung von Symptomen. Die Rede von Gesundheit oder Krankheit ist in diesem Sinn immer von der Beobachtungsperspektive abhängig. Diese Perspektive kann einerseits (bei der psychischen Beobachtung) subjektivierend-individuell oder aber (z.B. bei der Beobachtung im Kontext von Medizin und Wissenschaft) objektivierend-sozial ausfallen, wobei sich die beiden Perspektiven zwar wechselseitig beeinflussen, aber trotzdem grundsätzlich unterschiedlich ausfallen. Dazu kommt, dass es zwischen unterschiedlichen sozialen (z.B. familiären, betrieblichen und medizinischen) und erst recht zwischen den unzähligen individuellen Beobachtungen von Gesundheit und Krankheit zu zusätzlichen Differenzen kommt – Differenzen, die sich auch darauf auswirken, wie mit Gesundheit und vor allem mit Krankheit umgegangen wird. Für unsere Ausführungen ist von Bedeutung, dass die Konzepte für die unterschiedlichen Krankheiten und ihre Symptome und Einflussfaktoren viel enger eingeschränkt und empirisch deutlicher fassbar sind als ein Gesundheitskonzept, das sich hauptsächlich über die Abwesenheit all dieser Krankheiten definieren lässt

und entsprechend (indirekt) von zahllosen Faktoren beeinflusst wird, nämlich allen Faktoren, welche das Auftreten unterschiedlicher Krankheiten und Verletzungen begünstigen (Risikofaktoren) oder unwahrscheinlicher machen (Schutzfaktoren).

Die individuelle Beobachtung der Gesundheit über Symptome wie Wohlbefinden erlaubt die Integration genuin positiver Merkmale wie Vitalität oder Leistungsfähigkeit; sie definiert sich aber – das zeigen die Befunde zu individuellen Gesundheitskonzepten – ebenfalls weit gehend über die Abwesenheit von psychischen und körperlichen Krankheiten resp. proaktiv irritierenden Faktoren, welche diese Krankheiten wahrscheinlicher machen.⁸⁸ Dazu kommt, dass in der Regel kaum bestimmbar ist, wie Symptome von Gesundheit und Symptome von Krankheit zusammenwirken.

Auch bei der Beobachtung der Faktoren, die (als Risikofaktoren) proaktiv zur Generierung von Krankheiten beitragen oder die (als Schutzfaktoren) die Wirkung der Risikofaktoren einschränken, rückt demnach nie die Gesundheit direkt ins Blickfeld, sondern Krankheiten, die durch Verminderung der Risikofaktoren resp. durch eine Verbesserung der Schutzfaktoren unwahrscheinlicher gemacht werden. Gelingt dies, ist die Prävention resp. die ‚Gesundheitsförderung‘ also erfolgreich, verschiebt sich die Positionierung Gesundheits-/Krankheitskontinuum nicht weg von Krankheit in Richtung Gesundheit, sondern bleibt, wo sie ist. Eine *direkte* Förderung der Gesundheit ist nicht möglich, weil es für die Gesundheit keine eigentlich positiv bestimmbaren Merkmale gibt, sondern nur individuell definierbare Konstrukte wie Wohlbefinden. Aber auch um individuelles Wohlbefinden zu bestimmen, müsste man definieren können, was Wohlbefinden ist. Das wiederum ist unterscheidungstheoretisch gesehen wie bei der Gesundheit nur möglich über die andere Seite der Unterscheidung, also über Phänomene des Nicht-Wohlbefindens oder des Unwohlseins – und hierfür spielen Krankheiten wiederum nicht die alleinige, aber doch eine wichtige Rolle.

Risiko- und Schutzfaktoren schliesslich sind auf Grund der bisherigen Überlegungen nicht einfach umkehrbar – dergestalt, dass ein nicht vorhan-

⁸⁸ Das kann man auch bei vergleichbaren Phänomenen wie Wohlbefinden oder Glück so sehen – so wie Freud und Schopenhauer, die Glück als Abwesenheit von Unglück definieren (Rattner 1993: 65). Die Frage wäre dann, ob es nicht auch so etwas wie das ausgeschlossene Dritte gäbe: die Beobachtung eines Zustandes, der sich weder durch Wohlbefinden, noch durch Unwohlsein auszeichnet, weder durch Glück, noch durch Unglück. Eine solche Beobachtung, die meiner Meinung nach durchaus plausibel ist, deutet darauf hin, dass es positive Merkmale für Wohlbefinden oder Glück geben müsste – beschrieben etwa im Flow-Konzept von Csikszentmihalyi (1999). Wie schwierig es ist, Wohlbefinden (und auch Glück) mit Gesundheit einfach gleichzusetzen, haben wir gesehen.

dener Schutzfaktor zu einem Risikofaktor würde und ein nicht vorhandener Risikofaktor zu einem Schutzfaktor: Risikofaktoren werden hier als proaktiv pathogen beschrieben, während Schutzfaktoren als reaktiv krankheitsverhindernd (protektiv) gesehen werden. Fehlt der Schutz, dann können pathogene Faktoren ungehindert wirken. Sind jedoch keine solchen Faktoren vorhanden, wirkt sich der fehlende Schutz nicht proaktiv pathogen aus. Genau so wenig wird ein nicht vorhandener Risikofaktor zu einem Schutzfaktor: Wenn elterlicher Alkoholmissbrauch als Risikofaktor für Alkoholismus gesehen wird, dann wird man nicht vor andern Risikofaktoren geschützt, wenn die eigenen Eltern keine Alkoholiker waren. Wichtig für unsere Ausführungen ist, dass weder fehlende Risikofaktoren noch vorhandene Schutzfaktoren im eigentlichen Sinn 'salutogen' sind. Vielmehr wird die Gesundheit (resp. die Positionierung auf dem Gesundheits-/Krankheitskontinuum) immer durch das Ausbleiben oder Auftreten von Krankheiten beeinflusst. Von *Salutogenese* kann ohnehin nicht die Rede sein, da ‚Gesundheit‘ immer schon besteht und über die Verhinderung von Krankheit lediglich erhalten, aber nicht generiert wird. Streng genommen ist in diesem Sinn lediglich die erfolgreiche *Behandlung* einer Krankheit oder einer Verletzung ‚gesundheitsförderlich‘, da nur sie die Positionierung im Kontinuum in Richtung Gesundheit verschiebt. Die daraus abzuleitende These lautet, dass nicht nur die Behandlung und die Prävention, sondern auch die Gesundheitsförderung oder die ‚Wellness‘ immer *pathogenetisch* ausgerichtet sind. Antonovskys Aufforderung, nicht nur zu schauen, was uns krank macht (pathogenetische Perspektive), sondern auch darauf, was uns gesund erhält (salutogenetische Perspektive), unterscheidet sich in nichts von einem Risiko- und Schutzfaktorenkonzept wie es in der Präventivmedizin, der Gesundheitserziehung oder in der Prävention schon immer gebräuchlich war. So ist in Nordindien die Trennung von Abwasser und Trinkwasser durch bauliche Massnahmen als Schutz vor Krankheiten in Siedlungen schon vor 4000 Jahren systematisch betrieben worden (Rosen 1958: 25) und der Stärkung der körperlichen Widerstandsfähigkeit gegen pathogene Faktoren durch Gymnastik und gesunde Ernährung kommt in den antiken und mittelalterlichen Gesundheitslehren eine zentrale Bedeutung zu. Auch die bisweilen anzutreffende Formulierung „Welche Faktoren bedingen Gesundheit?“ (Trojan 1996: 10) ändert nichts an diesem Befund, weil diese Bedingtheit von Gesundheit nicht direkt, sondern über die Verhinderung von Krankheit erfolgt. Dazu kommt, dass auch eine Förderung des Kohärenzgefühls oder der Selbstwirksamkeitserwartung immer davon ausgeht, dass diese Faktoren nicht ausreichend vorhanden sind, und

sich damit an einem Defizit orientiert.⁸⁹ Zuzustimmen ist immerhin der Einschätzung von Siegrist et al. (1998: 5), dass Antonovsky die Frage danach, was Menschen trotz belastender Lebensumstände gesund erhält, konsequenter verfolgt hat als andere.

Wenn die Salutogenese nichts anderes ist, als ein pathogenetisch orientiertes Beobachtungskonzept, das konsequent (um nicht zu sagen: krampfhaft) versucht, die Gesundheitsseite der Unterscheidung ‚krank/gesund‘ anzupfeilen, und dabei zwangsläufig scheitert, weil sie immer nur an Krankheiten oder an Faktoren ansetzen kann, die Krankheiten wahrscheinlicher machen (Risikofaktoren) resp. vor Krankheiten schützen (Schutzfaktoren)⁹⁰, gibt die Salutogenese-Bewegung dann nicht etwas vor, was sie nicht halten kann? – Wir werden uns dieser Frage im abschliessenden Kapitel zuwenden und dabei sehen, was die Salutogenese ausser einer gewissen Begriffsverwirrung zur Verbesserung der allgemeinen Gesundheit beigetragen hat und welche Auswirkungen ihre semantische Unsauberkeit (Gesundheit aktiv generieren zu können) auf den Diskurs im Gesundheitssystem hat. Zuvor wollen wir jedoch auf der Basis der bisherigen Ausführungen versuchen, eine weitere (systemtheoretisch inspirierte) Definition von ‚Gesundheit‘ zu erarbeiten:

Der Begriff ‚Gesundheit‘ bezeichnet die subjektivierend psychische und objektivierend soziale Beobachtung von Symptomen der Gesundheit/Nicht-Gesundheit anhand von Unterscheidungen wie Abwesenheit/Anwesenheit von Krankheiten, Wohlbefinden/Unwohlsein oder Vitalität/Antriebslosigkeit. ‚Gesundheit‘ bezeichnet damit keinen absoluten Zustand, sondern die sich laufend verändernde Positionierung eines Menschen auf dem Gesundheits-/Krankheitskontinuum, wobei zwischen physischer und psychischer Gesundheit zu unterscheiden ist. Die Positionierung auf dem Kontinuum wird beeinflusst durch Krankheiten, durch proaktiv pathogene Faktoren (Risikofaktoren) und durch reaktiv protektive Faktoren (Schutzfaktoren), welche die pathogene Wirkung der Risikofaktoren vermindern. Die Risiko- und Schutzfaktoren können als physische, psychische, soziale und physikalisch-materielle Faktoren unterschieden werden. Da Gesundheit als Phä-

⁸⁹ Davon zu unterscheiden ist das *methodische* Mittel, bestehende Ressourcen für die Erreichung der Ziele in Anspruch zu nehmen, genau so wie bestehende Gesundheit als Ressource zur Erreichung individueller Ziele gesehen werden kann.

⁹⁰ Dieses Scheitern ist bei jedem Gesundheitsförderungskonzept, das sich an der Salutogenese orientiert, leicht erkennbar, denn spätestens nach dem ersten Abschnitt geht es um krankheitsfördernde Faktoren wie Stress oder um Massnahmen wie gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung, die vor Krankheiten schützen, die mit ungesunder Ernährung und mangelnder Bewegung wahrscheinlicher werden.

nomen empirisch nicht fassbar ist, kann sie immer nur indirekt gefördert resp. erhalten werden: durch Behandlung von Krankheiten oder durch die Verhinderung (Prävention) dieser Krankheiten über die Reduktion von Risikofaktoren und den Ausbau von Schutzfaktoren.

Einzelnen dargestellt lauten die Aspekte folgendermassen:

- Gesundheit und Krankheit sind beobachterabhängige Konstrukte.
- Die Beobachtung von Gesundheit und Krankheit erfolgt ausschliesslich anhand von Symptomen.
- Gesundheit und Krankheit sind demnach für sich nicht empirisch fassbar.
- Sie entsprechen Konzepten, mit welchen die Symptome erklärt werden.
- Der Begriff ‚Gesundheit‘ bezeichnet keinen absoluten Zustand, sondern die sich laufend verändernde Positionierung eines Menschen auf dem Gesundheits-/Krankheitskontinuum.
- Es ist zwischen physischer und psychischer Gesundheit/Krankheit zu unterscheiden.
- Die Positionierung auf dem Kontinuum wird primär durch das Vorhandensein/die Abwesenheit von physischen und psychischen Krankheiten bestimmt.
- Das Auftreten dieser Krankheiten wird beeinflusst durch proaktiv pathogene Faktoren (Risikofaktoren) und reaktiv protektive Faktoren (Schutzfaktoren), welche die pathogene Wirkung der Risikofaktoren beschränken.
- Die Risiko- und Schutzfaktoren können in physische, psychische, soziale und physikalisch-materielle Faktoren unterteilt werden.
- Streng genommen kann die Gesundheit nur durch die Behandlung von Krankheiten *gefördert* werden, da nur eine erfolgreiche Behandlung die Positionierung des Individuums auf dem Kontinuum in Richtung Gesundheit verschiebt.
- Durch die Bekämpfung der Risikofaktoren und die Förderung der Schutzfaktoren wird die Chance für das Auftreten neuer Krankheiten verringert und die Positionierung auf dem Kontinuum erhalten.

4. Salutogenese und Pathogenese im Gesundheitssystem

Die Schlussfolgerung aufgrund der bisherigen Ausführungen fällt eindeutig aus: Das Konzept der Salutogenese gibt vor, die Gesundheit könnte direkt gefördert, ja erschaffen werden – ohne den Umweg über die Behandlung von Krankheiten und die Reduktion von Risikofaktoren, welche das Auftreten von Krankheiten begünstigen. Auch bei der Thematisierung von Schutzfaktoren, welche den Einfluss der Risikofaktoren begrenzen, wird der Krankheitsbezug insofern ausgeblendet, als diese Schutzfaktoren als ‚Ressourcen‘ bezeichnet werden und nicht deklariert wird, dass bei allen Massnahmen zur Förderung der Schutzfaktoren, ein *Defizit* dieser Faktoren diagnostiziert wird, welches die Vulnerabilität der Menschen gegenüber den Risikofaktoren erhöht. Das Salutogenese-Konzept ist nicht wirklich überzeugend, weil es auf die *Genese* von Gesundheit setzt, obwohl die Gesundheit (als Einheit von Gesundheit und Krankheit) von der Zeugung bis zum Tod Teil des Lebens ist und nicht eigens erschaffen wird. Es ist nicht überzeugend, weil es die andere Seite der Gesundheit, die Nicht-Gesundheit nicht mitbeobachtet, obwohl Antonovskys Metapher des Kontinuums von Gesundheit und Krankheit impliziert, dass Gesundheit und Krankheit nicht isoliert betrachtet werden können. Und das Salutogenese-Konzept ist nicht überzeugend, weil es vorgibt, für die ‚salutogenetischen‘ Interventionen vollständig andere Ansatzpunkte zu nutzen als die Konzepte, die eine ‚pathogenetische‘ Argumentationslinie verfolgen, obwohl auch bei der salutogenetisch argumentierenden Gesundheitsförderung (zwangsläufig) von Phänomenen der Nicht-Gesundheit die Rede ist (sein muss) und von Faktoren, welche diese Phänomene begünstigen (Risikofaktoren) resp. unwahrscheinlicher machen (Schutzfaktoren).

Diese unterscheidungstheoretisch wenig zwingende Argumentationslinie der Salutogenese hat ihre Spuren hinterlassen. Sie hat bei den Vertretern und Vertreterinnen des salutogenetischen Ansatzes zu einer regelrechten ‚Problempathie‘ geführt und damit zu einer Unmenge von argumentativen und semantischen Verrenkungen, die notwendig werden, weil auch die Salutogenese für die Förderung der Gesundheit die präziser bestimmbare Krankheitsseite des Gesundheitsbegriffs (resp. die krankheitsbezogenen Schutz- und Risikofaktorenkonzepte) immer einbeziehen muss, dabei aber das Problem hat, dass sie diese Seite eigentlich ausblenden sollte (resp. möchte). Diese semantische Konzeption der Salutogenese hat damit zu einer Abgrenzung von pathogenetischen Zugängen geführt, die bestenfalls strategisch und methodisch, aber nicht inhaltlich zu begründen ist. Dadurch

sind – und das ist sicher der am schwersten wiegende Punkt – Aspekte der Kritik an der naturwissenschaftlich geprägten Schulmedizin mit ihren Prinzipien des Reduktionismus und der ‚mechanistischen Verknüpfung‘ (Siegrist 1996) von Krankheiten und physischen Krankheitsursachen in den Hintergrund gedrängt worden, die von zentraler Bedeutung sind und die an die Kritik philosophischer, psychosomatischer, sozialpsychologischer und ganz allgemein: weniger reduktionistischer Konzepte von Gesundheit und Krankheit anschliessen. In andern Worten: Die salutogenetisch argumentierenden Fachleute scheinen nicht zu realisieren, dass es ihnen gar nicht um die pathogenetische Ausrichtung der Schulmedizin geht (gehen kann!), sondern um die Reduzierung auf innerkörperliche Zusammenhänge und naturwissenschaftlich-medizinische Beobachtungsmethoden. Antonovsky war Medizinsoziologe und er hat, wenn er die pathogenetische Zugangsweise der Salutogenese auch nicht klar erkannt hat, die Bedeutung von Krankheiten und krank machenden Faktoren für die Medizin nie abgestritten. Er hat lediglich dazu aufgerufen, Schutzfaktorenkonzepten mehr Aufmerksamkeit zu schenken, dabei aber nicht beachtet, dass auch die Schulmedizin immer danach fragt, wie der Mensch vor Krankheiten geschützt werden kann. Die beiden Perspektiven sind nicht „komplementär“ wie Antonovsky (1997: 30) schreibt; sie ergänzen sich nicht gegenseitig, sondern sie bedingen sich direkt. Sie ‚sind‘ das Gleiche – aus unterschiedlicher Perspektive.⁹¹ So wie Salutogenese sich immer an Krankheiten und pathogenen Faktoren orientieren *muss*, so orientiert sich auch die Pathogenese immer an der Erhaltung resp. Wiedererreichung von Gesundheit und bezieht dabei Faktoren ein, welche die Gefahr des Auftretens von gesundheitsmindernden Krankheiten einschränken – vielleicht nicht ausreichend bei der Erforschung der Ätiologie von Krankheiten⁹² (Antonovsky 1997: 29), aber sicher bei der Planung von Massnahmen im Kontext der Präventivmedizin. Selbst die Feststellung, dass gewisse statistisch verifizierte Risikofaktoren oder sogar schwere Krankheiten die Gesundheitswahrnehmung bei einzelnen Individuen mittel- oder langfristig positiv beeinflussen können, referiert immer auf Schutz- und Risikofaktoren, die gefördert resp.

⁹¹ Demnach kann es mit dem ‚Paradigmenwechsel‘ von einer pathogenetischen zu einer salutogenetischen Perspektive nicht so weit her sein, wie dies in der Fachliteratur bisweilen konstatiert wird. Vgl. dazu Franzkowiak/Sabo (1993: 11).

⁹² Als Lehre der Krankheitsursachen konzentriert sich die Ätiologie auf die Faktoren, die wir als proaktiv irritierende pathogene Faktoren bezeichnet haben. Antonovsky fordert auf, in der Geschichte eines Menschen nicht nur nach diesen Faktoren zu suchen, sondern auch nach den reaktiv protektiven Faktoren. Das wird wie gezeigt bereits in den traditionellen Gesundheitskonzepten, aber auch in der Schulmedizin des 19. Jahrhunderts gemacht.

verringert werden – dergestalt, dass ein Krebspatient (oder Stephen Hawking) über ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl verfügt (Schutzfaktor), welches ihn Kraft aus der Diagnose gewinnen lässt, oder dass andere Risikofaktoren (wie Stress oder Beziehungsprobleme) durch die Krankheitsdiagnose abgebaut werden können.

Man darf annehmen, dass die theoretisch und empirisch nicht haltbare salutogenetische Argumentationslinie der Gesundheitsförderung in der Nachfolge Antonovskys die Abgrenzungstendenz von Seiten der Schulmedizin gegenüber umfassenderen Gesundheitskonzepten eher begünstigt als reduziert hat. Wie stark diese Abgrenzung noch ist, wäre im Detail zu prüfen. Sicher kann festgestellt werden, dass immer mehr Ärztinnen und Ärzte in ihrer Behandlungstätigkeit und in der Präventivmedizin psychischen und sozialen Einflussfaktoren Beachtung schenken und ihre Massnahmen entsprechend anpassen. Zudem ist ein gewisser Reduktionismus angesichts der Komplexität gewisser Krankheiten und ihrer proaktiv irritierenden und reaktiv protektiven Bezugsgrössen (Risiko- und Schutzfaktoren) nicht zu umgehen. Andererseits wissen wir heute, dass die starke Einschränkung des Blickwinkels in den letzten Jahrhunderten in der westlichen Medizin wohl grosse medizinische Fortschritte ermöglicht hat, aber dabei auch Nebenwirkungen wie die Stigmatisierung von Krankheit, die Deautonomisierung der Patienten und Patientinnen, massive ungünstige Nebenwirkungen von Behandlungen⁹³ und Impfungen und explodierende Gesundheitskosten mit sich gebracht hat. In diesem Sinn ist es nahe liegend, dass die Schulmedizin von der Gesundheitsförderung in Hinblick auf ihr Ziel – die Erhaltung/Förderung der allgemeinen Gesundheit – genau so viel lernen kann, wie die Gesundheitsförderung von der Schulmedizin. Das

⁹³ So Barach/Small (2000) fassen die Situation für die USA folgendermassen zusammen: Für das Jahr 2000 sei in den USA mit knapp 100'000 Toten zu rechnen, deren Tod bei einer korrekten Behandlung nicht aufgetreten wäre. Dazu kämen behandlungsbedingte Verletzungen mit einem Gesamtvolumen von 9 Milliarden Dollar pro Jahr. Das seien mehr Tote und Verletzte pro Jahr als bei Autounfällen, Flugzeugabstürzen, Suiziden, Stürzen, Vergiftungen und Ertrinken zusammen auftreten. Klar ist, dass sich Prävention von solchen Behandlungsfehlern (medical mishaps) in jedem Fall lohnen, dass diese Prävention, aber enorme Anstrengungen verlangt und dabei diverse Barrieren überwinden muss (Amalberti et al. 2005). Amalberti/Leape zeigen weiter, dass die Chance, im Rahmen einer Spitalbehandlung wegen eines belegbaren Fehlers zu sterben kleiner als 1:1000 ist. Die Riskanz, sich in Spitalpflege zu begeben, ist demnach leicht höher als beim Bungee-Jumping und gleich hoch wie beim Bergsteigen. Mit einer nachgewiesenen Inzidenz von 10000 von spitalbezogenen Todesfällen, sind die volkswirtschaftlichen Kosten jedoch nicht zu vergleichen. Zum Vergleich: Beim Autofahren ist das Risiko einer tödlichen Verletzung deutlich kleiner als 1:10000 (<http://www.healthyoptions.co.nz/leape.pdf>; Download, 25.9.2006).

macht die Abgrenzungsdiskussionen zwischen den Disziplinen umso bedauerlicher, denn um eine synergetische Wirkung der bestehenden Ressourcen in Schulmedizin und Gesundheitsförderung zu erreichen, braucht es keine Abgrenzung, sondern wechselseitige Offenheit und Kooperation.

In diesem Sinn möchten wir diesen Text mit einigen Ausführungen zu einer Konzeption des Gesundheitssystems abschliessen, das auf eine größere Diffusion zwischen dem Subsystem der Medizin und den übrigen Massnahmen und Disziplinen wie Prävention, Gesundheitsförderung, Public Health oder Wellness ausgerichtet ist. Wir tun dies anhand von Unterscheidungen, deren Gewichtung in den Disziplinen der pathogenetisch orientierten Schulmedizin und der salutogenetisch argumentierenden Gesundheitsförderung unterschiedlich ausfällt.

4.1 VON DER REDUKTION ZUM AUSBAU VON KOMPLEXITÄT – DIE GRENZE ZWISCHEN WÜNSCHBAREM UND MACHBAREM

Wir haben gesehen, dass die Reduktion der Gesundheit auf körperliche Gesundheit zusammen mit der Formulierung von klaren (mechanistischen) Kausalbeziehungen zwischen körperlichen Krankheiten und pathogenen physikalisch-materiellen Faktoren (wie verschmutztem Wasser) hauptsächlich ein Produkt der Aufklärung ist. Zwar werden schon in der Gesundheitslehre des antiken Griechenland (Hippokrates, Galen) Kausalzusammenhänge zwischen physikalisch-materiellen Faktoren und Gesundheit resp. Krankheit hergestellt⁹⁴, doch ist die Gesundheit dort in ein untrennbares Zusammenspiel, kosmischer, spiritueller, psychischer, physischer und sozialer Prozesse eingebunden. Das ändert sich erst in der Moderne – zusammen mit der Autonomisierung von Wissenschaft und Medizin mit ihrem positivistischen, naturwissenschaftlich geprägten Gesundheitsverständnis. Dieses ist auf eine starke Reduktion von Komplexität angewiesen, um Zusammenhänge von Krankheiten und krankheitsbegünstigenden Faktoren auf der biologisch-physikalischen Ebene empirisch belegen zu können. Im 20. Jahrhundert entwickeln sich zahlreiche theoretisch und empirisch mehr oder weniger gut abgesicherte nicht so reduktionistische Modelle, die neben den physischen und physikalisch-materiellen auch psychische, spirituelle und soziale Einflussfaktoren (Risiko- und Schutzfaktoren) einbeziehen: die Lebensreformbewegung, die Tiefenpsychologie in der Linie Freuds, die anthropologische Medizin mit ihrer Gestaltskreis-

⁹⁴ Nach Rosen (1958: 33) ist Hippokrates' Werk ‚On Airs, Waters an Places‘ (Über die Luft, das Wasser und die Ortslage) das erste Werk, welches systematisch Annahmen über kausale Beziehungen zwischen Umweltfaktoren und Krankheiten formuliert.

lehre (von Weizsäcker 1953), die Philosophie (Gadamer etc.), das Regelkreismodell von Jakob von Uexküll und das daran anschliessende Modell von Thure von Uexküll (2003), weitere Modelle der psychosomatischen Medizin (Mitscherlich etc.), die Sozialpsychologie, die soziologisch inspirierten Gesundheits-/Krankheitskonzepte (Parsons 1965, Luhmann 1990, Sennett 1988, Badura 1996, Hurrelmann 1988, 1999 etc.), die systemische Familientherapie (Minuchin 1993, Selvini-Palazzoli, Schiepek 1999 etc.), die Stresstheorien (Seyle 1991, Antonovsky 1998, Pearlin 1987 etc.), das Pro-ceed/Preceed-Modell von Green (2005), die Gesundheitsförderung unter der Ägide der WHO, die verhältnis-orientierte Suchtprävention usw. usf. Dabei findet diese Entwicklung auch Nachhall in der Schulmedizin, wo bisweilen die Notwendigkeit betont wird, Gesundheit und Krankheit als ‚bio-psycho-soziale‘ Phänomene zu bezeichnen (so etwa Engel 1977).

Wir haben zum Abschluss des letzten Kapitels gezeigt, wie viele Dimensionen und Perspektiven berücksichtigt werden müssen, um sich der Komplexität anzunähern, die eine umfassende Sicht auf die Gesundheit und Krankheit bedingt: Zuerst müssen die Krankheitskonzepte anhand der Krankheitssymptome und der daran anschliessenden Erklärungen spezifiziert werden; dann müssen proaktiv pathogene Faktoren (Risikofaktoren) in der physischen, psychischen, sozialen und physikalisch-materiellen Umwelt identifiziert und ihr Einflussgrad auf das Auftreten einer Krankheit erhoben werden; alsdann geht es darum, reaktiv protektive Faktoren auf den gleichen vier Systemebenen zu bestimmen und ihre schützende Wirkung zu erfassen; weiter müsste auch das Zusammenwirken all dieser Krankheiten, Risiko- und Schutzfaktoren erhoben werden (Straus/Höfer 2002: 126) – etwas das, wie die einschlägigen Beispiele aus der Krebs- (Grossarth-Maticek, 1999) oder der Suchtforschung (etwa Gorman/Derzon 2002⁹⁵) zeigen, selbst bei der Beschränkung auf eine Handvoll Faktoren mit einem enormen Aufwand verbunden ist –, und schliesslich ist zu beachten, dass wir es auf jeder Ebene mit operativ geschlossenen Systemen zu tun haben, die immer nur eine ausschnittsweise Beobachtung (von Kommunikationen, psychischen oder neuro-biologischen Prozessen) ermöglichen und die sich auch selbst nicht anders erfassen können als über die Operation der Beobachtung. Noch viel nachhaltiger als bei allen Diagnoseformen wirkt

⁹⁵ Anders als Grossarth-Maticek haben diese Autoren keine prospektive Studie zum Zusammenwirken unterschiedlicher Faktoren durchgeführt. Solche Studien gibt es meines Wissens im Suchtbereich nicht, obwohl sie dringend nötig wären. Aber schon ihre Metaanalyse zu einigen Einflussfaktoren auf übermässigen Marihuana-Gebrauch vermittelt eine Vorstellung von der Komplexität, die man zu erwarten hat, wenn man den Blick auf mehrere Einflussfaktoren gleichzeitig richtet.

sich die operative Geschlossenheit der Systeme bei den Interventionsversuchen aus. Genau so wie die Systeme selbst bestimmen, ob und wie sie sich durch Risikofaktoren irritieren lassen, so hängt die Wirkung von präventiven oder behandelnden Massnahmen immer von der Art der Informationsverarbeitung im System ab. Diese kann wie gezeigt sehr unterschiedlich ausfallen. Was dem einen hilft, verschlimmert bei einer andern die Symptome oder führt zu Nebenwirkungen, die schlimmer sind als die zu behandelnde Krankheit. Um die Behandlung und die Prävention von spezifischen Krankheiten erfolgreicher gestalten zu können, brauchen wir für die Entwicklung von Krankheitskonzepten und für die exaktere Diagnose von Symptomen Modelle und Messverfahren, die ein enormes Mass an Komplexität abzarbeiten in der Lage sind. Und für die präventiven und behandelnden Massnahmen brauchen wir Interventionskonzepte, die der Komplexität der Verhältnisse angemessen sind.

In Hinblick auf die Differenz von Aufbau und Reduktion von Komplexität lässt sich nach den bisherigen Ausführungen sagen, dass ein Aufbau von Komplexität (z.B. der Einbezug von sozialen und psychischen Einflussfaktoren bei der Erklärung, der Behandlung und der Prävention bestimmter physischer Krankheiten) unabdingbar ist. Andererseits sollte man nicht der Verlockung verfallen, die Folgen zu unterschätzen, die sich ergeben, wenn die Perspektive dergestalt erweitert wird. Wenn man einen Slogan wie ‚Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert‘ (WHO) vor allem als ‚Abwesenheit von Krankheit für alle im 21. Jahrhundert‘ interpretiert (was nahe liegt), dann heisst das, dass sämtliche Krankheiten und Verletzungen, welche die Gesundheit beeinträchtigen, sämtliche Risikofaktoren, welche diese Krankheiten und Verletzungen wahrscheinlicher machen und sämtliche Schutzfaktoren, welche den Einfluss dieser Risikofaktoren beeinflussen auf allen Systemebenen analysiert und reduziert (Krankheiten, Risikofaktoren) resp. gefördert (Schutzfaktoren) werden müssten. Es ist klar, dass die WHO mit einem solchen Slogan Gesundheit als ‚Menschenrecht‘ propagiert, um internationale Anstrengungen zur Verbesserung der Gesundheit in allen Regionen zu fördern. Sie weiss auch, dass nur schon eine minimale durchschnittliche Verschiebung auf dem Gesundheits-/Krankheitskontinuum in Richtung Gesundheit für die gesamte Weltbevölkerung immenser Anstrengungen bedarf. Jede Perspektivenerweiterung birgt immer auch die Gefahr in sich, dass sie zu Formen der Beliebigkeit führt, wie sie insbesondere bei Prävention und Gesundheitsförderung, aber auch bei vielen Behandlungen zu beobachten sind. Das Entwicklungspotenzial beim Aufbau und der Abarbeitung von Komplexität im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit ist unerschöpflich. Selbst wenn es gelingen sollte, ein Computermodell zu entwickeln, das sämtliche Einflussfaktoren auf eine Krankheit

erfassen und ihr Zusammenspiel errechnen kann (Kickbusch 1992), müssen die erhobenen statistischen Werte immer noch in Bezug zur aktuellen Situation gesetzt werden, in der die Massnahmen implementiert werden soll. Die Differenz von Wünschbarem und Machbarem wird in jedem Fall zur Leitdifferenz aller Massnahmen im Gesundheitssystem – sei es in der Planung, der Umsetzung, der Verankerung oder der Evaluation.

4.2 VON DER BEHANDLUNG ZUR PRÄVENTION – EINE AUFGABE FÜR DIE GESUNDHEITSPOLITIK

Wie wir gesehen haben, setzt die Behandlung von Krankheit und Verletzungen in der Gegenwart an, kann sich dabei an diagnostizierten Symptomen orientieren und richtet sich an Personen mit einem konkreten Problembezug. Auch wenn die Behandlung nicht nur als Symptombekämpfung konzipiert ist, sondern (vermutete) Ursachen für das Problem (z.B. eine ‚zerrüttete‘ Ehe bei einem Alkoholiker) einbezieht, so muss sie im Vergleich zur Prävention (und zur Gesundheitsförderung) doch einiges weniger an Komplexität abarbeiten. Da die Prävention Probleme fokussiert, die in der Zukunft lauern, und die Zukunft unerreichbar ist, muss sie sich damit begnügen zu versuchen, in der Gegenwart pathogene Faktoren (Risikofaktoren) zu beseitigen und Schutzfaktoren zu stärken. Die Zahl dieser Faktoren ist bei vielen Krankheiten gross, bei einigen fast unüberschaubar. Dazu kommt, dass viele Risikofaktoren (und Schutzfaktoren) nicht direkt bearbeitet werden können, sondern dass bei Faktoren angesetzt werden muss, die für die Prävalenz der Risikofaktoren oder das Fehlen von Schutzfaktoren verantwortlich sind. So nützt es wenig, die Selbstwirksamkeitserwartung von Schülern und Schülerinnen im Rahmen einer Präventionswoche zu verbessern, wenn das Vertrauen in die eigenen Einflussmöglichkeiten im schulischen oder im familiären Alltag systematisch torpediert wird. Angesichts der Vielfalt möglicher Einflussfaktoren und der weit gehenden Unkenntnis ihrer Zielpersonen (in Hinblick auf das zu verhindernde Problem) sind die Prävention und die Gesundheitsförderung im Vergleich zur Behandlung mit einer Explosion von Komplexität konfrontiert – Komplexität verstanden als die Konstruktion eines Beobachters, der die Zahl von Einflussgrössen und Relationen erhöht, die er beobachtet. Diese Komplexität ist es, die auch die Wirkungsmessung in Prävention und Gesundheitsförderung so schwierig macht – ein Umstand, der die Gefahr der Beliebigkeit der präventiven/gesundheitsfördernden Massnahmen weiter erhöht.

Trotzdem gibt es auch Argumente dafür, bei vielen Krankheiten/Verletzungen das nach wie vor riesige Übergewicht behandelnder Massnah-

men zu Gunsten präventiver Massnahmen zu reduzieren.⁹⁶ Zuerst ist zu erwähnen, dass die Wirkungsmessung von behandelnden Massnahmen oft auch nicht einfach ist – insbesondere, wenn man bei der Evaluation die nicht beabsichtigten Nebenwirkungen (z.B. medikamentöser Therapien oder operativer Eingriffe) berücksichtigt. In dieser Hinsicht hat die reduktionistische und mechanistische Zugangsweise der schulmedizinischen Behandlung immer wieder schwer wiegende *gesundheitsmindernde* Folgen, die in der Evaluation der Massnahmen nicht auftauchen, für die Betroffenen aber beachtliche Konsequenzen haben und die Behandlungskosten weiter in die Höhe treiben. Wirkungen sind (wie immer) Konstruktionen eines Beobachters, der ganz bestimmte Aspekte berücksichtigt, viele andere ausblendet, gewisse Veränderungen eines Zustandes bestimmten Interventionsversuchen zuschreibt und andere Veränderungen und Einflussfaktoren ignoriert. Phänomene wie Medikamentenabhängigkeit, chronische Schmerzen nach einer Operation oder psychische Probleme nach Fehldiagnosen von Krankheiten wie Krebs weisen darauf hin, dass die Forderung umfassender Gesundheitslehren an die Schulmedizin, ihre Beobachtungsperspektive auf psychische und soziale Aspekte zu erweitern, durchaus berechtigt sind. Dazu kommt natürlich, dass die Effektivität (und vermutlich auch die Effizienz) vieler behandelnder Massnahmen erhöht werden kann, wenn auch soziale und psychische Einflussfaktoren auf eine Krankheit in die Behandlung einbezogen werden. Dabei muss, wie bei Prävention und Gesundheitsförderung, der ideale Weg zwischen Wünsch- und Machbarem gesucht werden, damit der Aufwand der behandelnden Massnahmen nicht übermässig wird. Bei vielen Krankheiten ist in dieser Hinsicht durchaus denkbar, dass die bislang favorisierte körperbezogene Behandlung zugunsten anderer (psychologischer, setting-orientierter) Massnahmen reduziert wird.

Weiter können präventive Massnahmen zur Verhinderung von Krankheiten im Vergleich zur Behandlung durchaus kosten-effektiv sein. So rechnet Kickbusch (1993) vor, dass ein Programm zur Verhinderung von Bluthochdruck mit \$ 30 000 gleichviel koste wie die Behandlung *eines*

⁹⁶ Wir widersprechen damit Luhmann (1990: 192), der nicht glaubt, dass sich Vorbeugung in grossem Stil durchsetzen wird. Zum einen liesse sich „krankenbildspezifische Prävention“ organisatorisch nicht umsetzen, selbst wenn das Wissen dazu ausreichte, was bei weitem nicht immer der Fall sei. Zum andern würde medizinisch orientierte Krankheitsprävention auch die Differenzierung der Funktionssysteme betreffen und sich von da her als unpraktikabel erweisen. (In Hinblick auf den letzten Argumentationspunkt stellt sich dann die Frage, wie Massnahmen gestaltet sein müssen, die andere Funktionssysteme oder z.B. auch Organisationen nachhaltig betreffen, wie dies etwa beim ‚Betrieblichen Gesundheitsmanagement‘ der Fall ist. Vgl. dazu Hafén 2006c.)

Patienten mit Bluthochdruck während eines Jahres. Angesichts der Kostenexplosion in einem Gesundheitswesen, das nach wie vor hauptsächlich auf Behandlung setzt⁹⁷, ist die Forderung nach Prävention auch aus Kostengründen plausibel, weil die Behandlungs- und Folgekosten von vielen Krankheiten weit kostspieliger sind als Massnahmen zu ihrer Verhinderung. Andererseits muss die Prävention ihre Kosteneffektivität in vielen Bereichen erst noch unter Beweis stellen. Gerade bei komplexen Phänomenen wie Sucht kann die Kosteneffektivität von präventiven Massnahmen nicht einfach vorausgesetzt werden – auch nicht im Vergleich zur Behandlung (Caulkins et al. 1999), zu gesetzlichen Massnahmen oder zu Kurzinterventionen im Bereich der Frühbehandlung (Alcohol & Public Policy Group, 2003: 1347, Rey-Riek et al. 2003). Andererseits sollte auch beachtet werden, dass es nicht nur schwierig ist, die Kosten-Effektivität der Prävention (und ihre allgemeine Wirkung) zu messen, sondern auch ihre Nicht-Wirkung. Angesichts der Vielzahl an Einflussfaktoren bei vielen Krankheiten sind solche Wirkungs- und Effizienzmessungen oft aus methodologischen Gründen nicht möglich oder ist zumindest enorm voraussetzungsreich.⁹⁸

Es steht demnach ausser Frage, dass sich neue Probleme bei der Beurteilung des Einflusses von Risiko- und Schutzfaktoren und bei Wirkungsmessung von Massnahmen ergeben, wenn Krankheiten nicht als isolierte Prozesse auf physischer oder psychischer Ebene betrachtet werden. Das ist freilich kein Grund, auf eine solche Ausweitung zu verzichten, denn was nützt eine erfolgreiche Messung kleinräumiger Wirkungen, wenn dabei Aspekte ausgeblendet werden, die für den gesamten Gesundheitszustand wichtiger sind als die erfolgreich bewältigte Krankheit. Entscheidend ist – sowohl für die Behandlung als auch für die Prävention – dass erstens der Zusammenhang von Krankheiten und vermuteten Einflussfaktoren (Risiko- und Schutzfaktoren) besser belegt wird, als dies in vielen Fällen geschieht, und dass zweitens die Anstrengungen verstärkt werden herauszufinden, ob die Interventionen auf die Einflussfaktoren auch eine Wirkung (und wenn möglich: eine langfristige) zeigen. Wenn also die Selbstwirksamkeitserwartung oder innere Kontrollüberzeugungen als relevanter Schutzfaktor vor einer möglichen Sucht erachtet werden (Petraitis et al. 1995), dann braucht es Parameter, anhand derer sich das Ausmass dieser Faktoren vor und nach den Interventionen messen lässt.

⁹⁷ Dass dem nicht unbedingt so sein muss, zeigt das chinesische Gesundheitssystem, das weit mehr auf die Prävention von Krankheiten ausgerichtet ist.

⁹⁸ Vgl. für die Suchtprävention u.a. Uhl (1998, 2000) oder Chatterji et al. (2001).

Sicher ist, dass die Kosteneffektivität sowohl von präventiven als auch von behandelnden Massnahmen ein entscheidender Faktor für die Implementierung von professionellen Aktivitäten sein wird. Und hier wird sich auch die mit immer teureren Technologien und medikamentösen Therapien operierende Schulmedizin die Frage nach Kosten und Nutzen in weit stärkerem Umfang gefallen lassen müssen, als dies heute der Fall ist. Selbstverständlich kann es nicht darum gehen, die kurative Medizin einfach durch eine präventive zu ersetzen – insbesondere in einer Zeit, in der Prävention und Gesundheitsförderung in vielen Fällen zwar mit viel Engagement und Kreativität, aber mit wenig wissenschaftlicher Fundierung und einem hohen Mass an Beliebigkeit operieren. Trotzdem sollte die Tendenz in Richtung mehr Prävention laufen, und es ist zu vermuten, dass eine Verlangsamung oder gar eine Umkehr der Kostensteigerung im Gesundheitswesen nur mit einem massiven Ausbau der präventiven Massnahmen erreicht werden kann. Zentral ist, dass die Gesundheitsbehörden bei der Planung von Massnahmen und der Vergabe von Geldern die Differenz von Prävention und Behandlung immer im Auge behalten. Nur so kann vermieden werden, dass die Wirkung von Massnahmen ausbleibt oder sogar kontraproduktive Gesamtwirkungen erzeugt werden, weil durch den Ausbau der Behandlung die Gelder im Präventionsbereich reduziert werden (Kickbusch 1992, Evans/Stoddart 1990). Die Gesundheitsförderung in der Folge der Ottawa-Charta (WHO 1986) hat die Bedeutung der politischen Rahmenbedingungen für die Gesundheit der Menschen immer wieder mit Nachdruck betont. Sie hat damit auch eine erhebliche Resonanz gehabt. Die Bedeutung, die der Behandlung in den meisten Gesundheitssystemen immer noch zugewiesen wird und die den Grossteil der öffentlichen Gelder im Gesundheitswesen verschlingt, zeigt, wie wichtig es ist, diese politischen Bemühungen weiter zu verstärken. Eine Trendwende hin zu einem mehr auf Prävention ausgerichteten Gesundheitssystem ist nur über eine kohärente und nachhaltige Gesundheitspolitik zu erreichen, und diese sieht sich mit den gleichen Problemen wie alle Geldgeber im Präventionsbereich konfrontiert: Sie muss in der Gegenwart Gelder investieren, die beim Erfolg der Massnahmen irgendwann in der Zukunft wieder eingespart werden.⁹⁹ Die beschränkte Zeitdauer politischer Wahlperioden wirkt die-

⁹⁹ Dabei geht es nicht nur darum, ‚mehr‘ Prävention zu machen, sondern genau zu schauen, welche Formen sich eignen und welche eher weniger. Wir kennen die Euphorie für Impfkampagnen gegen viele körperliche Krankheiten, wissen aber noch sehr wenig darüber, wie sich Impfungen (etwa gegen Kinderkrankheiten) resp. ihr ‚Erfolg‘ (das Ausbleiben dieser Krankheiten) auf den Gesundheitszustand im allgemeinen auswirkt – wie z.B. das Immunsystem insgesamt mit diesen Interventionsversuchen

sem Ansinnen entgegen. Es ist gut verständlich, dass sich die Politik unter dem Druck der knappen Staatsfinanzen tendenziell eher der Behandlung gegenwärtiger Probleme annimmt, als der Verhinderung zukünftiger – auch wenn diese Strategie langfristig Kosten einsparen würde. Trotzdem ist anzunehmen (oder zumindest zu hoffen), dass der steigende Kostendruck eine längerfristig ausgerichtete Gesundheitspolitik wahrscheinlicher macht.

4.3 VON DER EXPERTENTÄTIGKEIT ZUM LAIENTUM – PARTIZIPATION UND AUTONOMISIERUNG ALS GRUNDLE- GENDE STRATEGIEN

Wie wir gesehen haben, kritisieren die Vertreter und Vertreterinnen umfassender Gesundheitskonzepte, dass die naturwissenschaftliche Medizin die Krankheit aus dem Alltag der Menschen isoliert habe. Betrachtet man Gesundheit und Krankheit nicht getrennt, sondern als sich wechselseitig bedingend, als Kontinuum, dann wird schnell klar, welche Entfremdungsprozesse Kranke im heutigen Gesundheitssystem durchmachen. Ist man einmal dem diagnostischen Blick des Medizinsystems ausgesetzt, gibt es kaum noch ein Entrinnen. Die technischen Diagnosemöglichkeiten sind mittlerweile so weit entwickelt, dass Defekte vom Moment der Zeugung bis zum Lebensende in immer grösserem Ausmass eruiert werden können. Das Medizinsystem kommuniziert über Befunde (Fuchs), und es ist im Sinne seiner Selbsterhaltung genuin an neuen Befunden und den daran anschliessenden Behandlungsoptionen interessiert. ‚Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert‘ wäre für das Medizinsystem und die mit ihm gekoppelten Systeme (Organisationen, Fachpersonal etc.) eine veritable Katastrophe. Daher zu vermuten, dass die selbständige Einschränkung seiner Operationen (Befunde) nicht im Interesse des Systems liegen kann. Das rückt erneut die Gesundheitspolitik ins Zentrum des Interesses. Nur sie hat die Möglichkeit, dieser Tendenz zur Selbstverstärkung des Medizinsystems Einhalt zu gebieten resp. eine Verlagerung der Massnahmen auf die kostengünstigere Prävention zu erreichen.¹⁰⁰

Prävention und Gesundheitsförderung sind auch darum anzustreben, weil sie darauf ausgerichtet sind, dem Individuum einen Teil der Verfügbarkeit über die Gesundheit von Psyche und Körper wieder zurück zu

umgeht. Auch hier sind wirksame Kosten/Nutzen-Analysen erst möglich, wenn auch mögliche Nebenwirkungen flächendeckender Impfkampagnen einberechnet werden.

¹⁰⁰ Dabei gilt die oben vertretende These der operativen Geschlossenheit der zu beeinflussenden Systeme natürlich auch hier – mit dem Resultat, dass staatspolitische Bemühungen zur Reduktion von Gesundheitskosten ins Leere laufen oder gar einen kontraproduktiven Effekt haben können.

geben. Wir haben gesehen, dass die Befähigung (enabling) der Zielpersonen, die Kontrolle über ihre Gesundheit durch aktive Beeinflussung von Risiko- und Schutzfaktoren zu erhöhen, eine zentrale Strategie der Gesundheitsförderung ist – eine Strategie, die auch in der Prävention oder sogar in mehrheitlich behandelnden Tätigkeiten wie der Sozialarbeit (Hilfe zur Selbsthilfe) mit Nachdruck verfolgt wird. Es bleibt zu hoffen, dass sich diese Tendenz im Zuge der Gewichtsverlagerung von Behandlung zu Prävention und Gesundheitsförderung auch im Gesundheitssystem durchsetzen wird. Wenn Krankheiten in einen grösseren Zusammenhang gestellt und z.B. als Botschaften verstanden werden, welchen Sinn macht es dann, die Krankheiten und mit ihnen die Kranken zu isolieren? Einfach nur die Symptome zu beseitigen, ohne die verschiedenen Einflussfaktoren anzugehen, wird in der Regel keine nachhaltige Gesundung bewirken. Selbstverständlich geht es nicht darum, dass die Möglichkeiten der kurativen Medizin nicht mehr genutzt werden. Es geht auch nicht darum, auf einen Krebsbefund allein mit einer Verhaltenstherapie zu reagieren oder die Ehefrau des Patienten in eine Paartherapie einzubinden. Die Aufforderung, die mit einer multiperspektivischen, interdisziplinären Sicht auf Gesundheit und Krankheit einher geht, lautet lediglich, auch in der Behandlung den Blick vermehrt auf die Funktion von Krankheiten und auf unterschiedliche Einflussfaktoren bei den Patienten und Patientinnen selbst und in ihrer sozialen Umwelt zu richten und die Massnahmen entsprechend anzupassen. Es geht nicht zuletzt um eine Frage der gesellschaftlichen Bewertung von Gesundheit und Krankheit – eine Frage, die von Antonovsky selbst und der ‚salutogenetisch‘ ausgerichteten Gesundheitsförderung weit gehend ausgeblendet wird (vgl. auch Schneider 2002: 39).

Vielleicht würde eine andere Bewertung von Krankheiten auch dazu führen, dass die Notwendigkeit von zusätzlichen Diagnosen, vielen Operationen und medikamentösen Therapien kritischer als bisher hinterfragt wird und andere Massnahmen in Betracht gezogen werden. Man darf sich jedoch angesichts des Umstandes, dass medizinische Kommunikation und die damit verbundenen nicht-kommunikativen Behandlungstätigkeiten im Kontext von Organisationen (Spitälern, Kliniken etc.) stattfinden, keine Illusionen machen. Auch Organisationen sind selbstorganisierende Systeme, die vor allem an ihrer Selbsterhaltung interessiert sind. So lange diese Selbsterhaltung immer noch (oder immer stärker) an ökonomischen Erfolg gebunden ist, bestehen nur wenige Anreize dafür, weniger kostspielige Massnahmen zu ergreifen, wenn die Rentabilität kosten-intensiver Massnahmen viel höher ist. Will man die Kosten des Gesundheitssystems wirklich in den Griff bekommen und gleichzeitig eine angemessene Grundversorgung der gesamten Bevölkerung gewährleisten, dann müssen für die

medizinische Grundversorgung andere Finanzierungsmodelle (vielleicht sogar eine Verstaatlichung) als die rein marktwirtschaftlichen gesucht werden. Nur dann wird es gelingen, umfassende und effektive Massnahmen zu verfügen und nicht diejenigen, die für die Organisation (die auch eine private Arztpraxis sein kann) den grössten Kostennutzen bringen. Nur so wird es z.B. möglich sein, der (relativ zeitintensiven) *Kommunikation* zwischen dem medizinischen Personal und den Patientinnen und Patienten die Bedeutung zuzumessen, die ihr für die Heilung aber auch im Rahmen von Prävention und Früherkennung zu Teil werden sollte.

Es ist anzunehmen, dass eine Abschwächung des Profitmechanismus bei den Behandlungsmassnahmen es dem medizinischen Personal (insbesondere den Ärzten und Ärztinnen) auch einfacher macht, die Verfügungsgewalt über die eigene Gesundheit in einem grösseren Mass an die Klientel abzutreten, als dies gegenwärtig der Fall ist. Um Qualitätseinbussen zu vermeiden, ist es unverzichtbar, dass die Minimierung des Wettbewerbs und des Profits auf die *Anwendung* der Behandlungsmassnahmen und ihrer Instrumente und Medikamente limitiert wird und sich nicht auf die *Forschung* und *Entwicklung* erstreckt. Diese müssten zumindest teilweise von den eingesparten Geldmitteln profitieren, wobei gesichert sein muss, dass die Forschung und Entwicklung nicht nur im Bereich der kurativen Schulmedizin gefördert wird, sondern auch bei ergänzenden („alternativen“) Behandlungsmodellen und bei Prävention und Gesundheitsförderung. Weiter kann die Re-Integration der Vorsorge und Behandlung von Krankheiten in den Privatbereich auch dadurch gefördert werden, dass häusliche Pflege und gesundheitsfördernde Massnahmen finanziell unterstützt und professionell begleitet werden. Es ist durchaus vorstellbar, dass das Fachpersonal im Gesundheitssystem in Zukunft in wachsendem Umfang eine *Coaching-Funktion* übernimmt, in deren Rahmen die Individuen, Familien oder andere Systeme (wie Schulen oder Betriebe) dabei begleitet werden, wie sie selbst Gesundheit wiederherstellen oder die Bedingungen für Gesundheit schaffen können. Diese teilweise Verlagerung von einer Experten- zu einer Prozessbegleitungsrolle, wie sie in Prävention und Gesundheitsförderung, in der Organisationsberatung und in der systemischen Psychotherapie schon seit langem üblich ist, könnte entscheidend zur Autonomisierung der Klientel und ihrer Bezugssysteme in Hinblick auf die Ermöglichung von Gesundheit beitragen und damit auch Kosteneinsparungen ermöglichen.

4.4 VOM INDIVIDUUM ZUM SOZIALSYSTEM – DIE STEIGENDE BEDEUTUNG DES SETTING-ANSATZES

Wir haben gesehen, dass eine umfassende Konzeption von Gesundheit, die psychische, physische, soziale und physikalisch-materielle Einflussfaktoren

auf die Entstehung von Krankheiten berücksichtigt, das Interventionsspektrum von Prävention und Behandlung beträchtlich erhöht. Die Bedeutung der Kommunikation bei diesen Interventionen ist überragend. Zwar ist es möglich, den Körper physikalisch-materiell zu irritieren (durch Impfungen, Operationen oder Medikamentenvergabe), aber selbst diese Massnahmen müssen kommunikativ vorbereitet werden, so wie auch alle Versuche, Befunde von Krankheiten und Gesundheit zu erstellen. Nun gibt es zwei unterschiedliche Zugänge, um diese Kommunikation zu organisieren – Zugänge, die in der Prävention mit der Unterscheidung von Verhaltens- und Verhältnisprävention (oder individueller vs. Setting-Ansatz) beschrieben werden. Selbstverständlich könnte diese Unterscheidung auch für die Behandlung formuliert werden. Setting-orientierte Massnahmen suchen die Ursachen für eine Krankheit nicht bei den Individuen, sondern in deren Lebenswelt – etwa wenn im Winter Verkehrsbeschränkungen eingeführt werden, um die den hohen Schadstoffgehalt in der Luft zu verringern, der bei Kindern und älteren Menschen zu Atemwegserkrankungen führt. Wir wollen uns in der Folge jedoch an die Prävention und die Gesundheitsförderung halten, da hier die Diskussion um individuums- oder setting-orientierte Ansätze seit vielen Jahren mit Nachdruck geführt wird (vgl. etwa Bauch 2002, der ebenfalls systemtheoretisch argumentiert).¹⁰¹

Bei der Unterscheidung von Verhaltens- und Verhältnisprävention geht es also um die Frage, ob sich die präventiven Aktivitäten direkt an die Personen richten, bei denen ein bestimmtes Problem (wie Krankheit, Sucht oder Gewalt) verhindert werden soll, oder ob mit den Massnahmen versucht wird, soziale Systeme so zu verändern, dass sie für die Leute eine gesundheitsförderlichere Umwelt darstellen. Dabei ist zu beachten, dass es derzeit etwa sieben Milliarden mikrodiverse (individuell strukturierte¹⁰²) psychische Systeme gibt, die aber unter sich nicht mehr sinnvoll klassifiziert werden können – nicht zuletzt auch deshalb, weil ihre neurobiologische Umwelt praktisch identisch ist. Im Gegensatz dazu lassen sich die sozialen Systeme klassifizieren. Für die Verhältnisprävention ist es dann entscheidend, sich möglichst gut auf die strukturellen Besonderheiten einzelner Systemtypen einzustellen. Verhältnisprävention (resp. der Setting-Ansatz) soll nicht einfach in eine „allgemeine Lebensweltgestaltung

¹⁰¹ Wir orientieren uns in diesem Kapitel mehrheitlich an der umfassenden Analyse in Hafén (2005: 469-508).

¹⁰² Angesichts der Rede von der ‚individuellen‘ Strukturierung von psychischen Systemen soll nicht vergessen werden, dass psychische Systeme immer auf soziale Informationsanlässe angewiesen sind und dass ihre Strukturierung in grossem Umfang (wenn auch nicht ausschliesslich) durch Sprache geprägt wird.

überdehnt“ werden (Bauch, 2002: 70), sondern präzise formuliert sein. Das setzt voraus, dass die unterschiedlichen sozialen Systeme theoretisch sorgfältig beschrieben werden – und zwar nicht nur formale Organisationen, sondern auch andere Systemtypen (wie etwa Peer-Groups oder Familien), die für die Prävention und die Behandlung von Bedeutung sind.

Auffallend ist, dass die Unterscheidung Verhaltensprävention/Verhältnisprävention nicht sauber definiert ist. Die Bedeutung des Begriffs ‚Verhaltensprävention‘ ist einfacher nachzuvollziehen als jene von ‚Verhältnisprävention‘. ‚Verhaltensprävention‘ drückt aus, dass mit den präventiven Massnahmen versucht wird, bei bestimmten Individuen (der Zielgruppe) gewisse Verhaltensweisen wie Rauchen, Gewalt oder Suizid zu verhindern. Nicht erfasst werden von diesem Begriff langfristige körperliche und/oder psychische Prozesse wie Aids, Krebs, Sucht oder Depressionen, obwohl sich Verhaltensprävention natürlich auch auf diese Phänomene bezieht. Der Präventionsbegriff bezieht sich demnach bei ‚Verhaltensprävention‘ wirklich auf die Probleme, die verhindert werden sollen, also auf die Präventions- und nicht auf die Behandlungsseite. Wie immer wird die präventive Wirkung dadurch zu erzeugen versucht, dass Risikofaktoren abgebaut und Schutzfaktoren gefördert werden.¹⁰³ Anders liegt der Fall bei der Verhältnisprävention. Wenn im Rahmen eines Gewaltpräventionsprogramms der Schulhof umgestaltet wird und gemeinsame Aktivitäten von Schulklassen mit jüngeren und älteren Kindern veranstaltet werden, dann geht es nicht um die *Prävention* von ‚Verhältnissen‘, sondern um die (behandelnde) Veränderung dieser Verhältnisse. Es werden also strukturelle Aspekte unterschieden und bezeichnet, denen ein Einfluss auf das Auftreten resp. Nicht-Auftreten von Gewalt zugeschrieben wird. In andern Worten: Es geht um soziale Risiko- und Schutzfaktoren. ‚Strukturell‘ sind diese Aspekte insofern, als sie aus der Sicht der Beobachter Möglichkeitsspielräume eröffnen, die auch das Auftreten von Gewalt beeinflussen. Noch näher an der Theorie formuliert: Beobachter (z.B. Lehrkräfte oder Präventionsfachpersonen) unterscheiden-und-bezeichnen (beobachten) bestimmte Verhaltensweisen als ‚Gewalt‘ und setzen sie mit bestimmten Möglichkeitsspielräumen in Verbindung.¹⁰⁴ So formulieren sie die Vermutung, dass das

¹⁰³ In der Tat geht es bei der Verhaltensprävention in erster Linie um Schutzfaktoren-Defizite (wie z.B. eine unzureichende Selbstwirksamkeitserwartung), da die meisten Risikofaktoren (wie Gruppendruck) sozialer oder physikalisch-materieller Natur sind. Ein spezifischer psychischer Risikofaktor, der abgebaut werden könnte, wäre eine hohe Risikobereitschaft.

¹⁰⁴ Um Missverständnisse zu vermeiden, sei hier wieder einmal darauf hingewiesen, dass es sich bei diesen Beobachtern um ‚Personen‘ handelt, also um Kommunikationsstrukturen und nicht um Menschen oder Individuen. Ihre Beobachtungen erhalten ja

Rumschubsen und Plagen der jüngeren Schüler und Schülerinnen durch die Älteren dadurch wahrscheinlicher (erwartbarer) gemacht wird, dass sich die Kinder immer nur als Gleichaltrige kennen lernen. Damit wird eine (Mit-)Ursache für die beobachteten Gewaltanwendungen und damit die Bedingung von Interventionsmöglichkeiten wie den oben beschriebenen Gemeinschaftsaktivitäten markiert. ‚Verhältnisprävention‘ ist in diesem Sinn weniger Verhältnisprävention als Verhältnisbehandlung; ‚Prävention‘ ist sie nur im Hinblick auf das Problem, das mit dieser Ursachenbehandlung vermieden werden soll (Gewalt der Grösseren gegenüber den Kleineren) resp. auf Folgeprobleme wie Verletzungen, Depressionen oder schlechte Schulleistungen.

Die Unterscheidung von Verhaltens- und Verhältnisprävention ist weiter auch darum irreführend, weil sie nicht erlaubt, funktionale Faktoren (Verhinderung von Problemen, Behandlung von Ursachen) sauber von den methodischen und theoretischen Aspekten zu trennen. Natürlich sind psychische Systeme als relevante Umwelt auch in der Verhältnisprävention von Bedeutung. Wenn z.B. im Rahmen eines Projektes versucht wird, in einem Spital ein Gesundheitsförderungsprojekt durchzuführen, dann spielen die psychischen Systeme (die psychische Umwelt) der Personen im Projektsystem (Projektleitung, Ärzte und Ärztinnen, Pflegepersonal, Spitalleitung etc.) genauso eine Rolle, wie jene der übrigen Mitarbeitenden und der Patientinnen und Patienten im Spital. In andern Worten: Unter der Bedingung von konditionierter Koproduktion¹⁰⁵ von sozialen und psychischen Systemen beeinflussen sich die beiden Systemebenen als je relevante Umwelt laufend wechselseitig.

Die Frage, ob Verhältnisprävention wirkungsvoller ist als Verhaltensprävention, ist zumindest so lange müssig, bis empirische Studien zur mittel- und langfristigen Wirkung von setting-orientierten Präventionsmassnahmen vorliegen. Das ist derzeit noch nicht der Fall. Aus theoretischer Sicht bieten es sich durchaus an, Prävention und Gesundheitsförderung an soziale Systeme zu richten, weil diese eine relevante Umwelt für alle Personen darstellen, die in diese Systeme inkludiert sind. Allerdings ist dabei sauber zu unterscheiden zwischen Massnahmen, welche primär auf

auch immer nur als Kommunikationen Bedeutung und nicht über die psychischen Prozesse, die im Modus konditionierter Koproduktion zeitgleich und/oder zeitverschoben mitlaufen.

¹⁰⁵ Der Begriff ‚konditionierte Koproduktion‘ beschreibt den Umstand, dass psychische und soziale Prozesse parallel aber strukturell eigenständig operieren und wechselseitig relevante Umwelten füreinander darstellen. In andern Worten: Psychische und soziale Prozesse beeinflussen sich wechselseitig, aber sie bestimmen sich nicht.

eine Veränderung der Systemstrukturen ausgerichtet sind, und Massnahmen, welche die Strukturen eines sozialen Systems nutzen, um Verhaltensprävention zu betreiben. Wenn also die Kommunikationswege in einem Betrieb transparenter gemacht oder auf Führungsebene Massnahmen zum Stressmanagement implementiert werden, sprechen wir von Verhältnisprävention; wenn jedoch in einem Betrieb die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen dafür sensibilisiert werden, wie sie ihre Work-Life-Balance verbessern können, richten sich die Massnahmen an die Individuen, bei denen Lernprozesse bewirkt werden sollen.

Systeme wie Schulen oder Organisationen, die Erwerbsarbeit anbieten, sind in diesem Hinblick für präventive Massnahmen geradezu prädestiniert – insbesondere auch, weil Organisationen mit ihrer Kommunikationsform der Entscheidung und ihrem schriftlichen Gedächtnis (vgl. Luhmann 2000) Massnahmen besser kontrollierbar machen, was die Chance auf nachhaltige Wirkung erhöht. Oder wie es Baecker (2003: 61) ausdrückt: „Wer aus welchen Gründen auch immer in der Gesellschaft etwas verändern will, muss dazu auf der Ebene der Organisation ansetzen. Es genügt nicht, darüber zu reden, so viel Zustimmung man auch ernten mag. Und es genügt auch nicht, farbige Utopien zu entwerfen, die eine neue Gesellschaft beschwören, und die dazu passende Gesellschaftskritik vorzutragen, die die bestehende Gesellschaft in das Licht des Unerträglichen rückt.“

4.5 VOM MEDIZINSYSTEM ZU EINEM UMFASSENDEN GESUNDHEITSSYSTEM

Im Rahmen der bisherigen Ausführungen war bisweilen vom ‚Gesundheitssystem‘ und dann wieder vom ‚Medizinsystem‘ resp. dem ‚System der Krankenbehandlung‘ (Bauch 2000) die Rede. Das Gesundheitssystem wird in diesem Text – anders als bei Luhmann (1990) – nicht mit dem Medizinsystem gleichgesetzt, sondern als umfassendes Funktionssystem gesehen, dessen Funktion die Ermöglichung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit ist. Das bedeutet, dass sich das System nicht nur über Krankheitsbefunde reproduziert und mit diesen Befunden behandelnde Massnahmen auslöst, sondern dass es sich auch um die Verhinderung von Krankheiten bemüht, indem es (als Prävention, Präventivmedizin, Gesundheitsförderung, Wellness etc.) Risikofaktoren beseitigt und Schutzfaktoren stärkt. Das Konzept eines umfassenden Gesundheitssystems würde demnach von der Theorie her gesehen ermöglichen, zwei Subsysteme zu beschreiben, die sich im Gesundheitssystem ausdifferenzieren: das Medizinsystem (System der Krankheitsbehandlung¹⁰⁶) und das Präventionssystem

¹⁰⁶ Dazu kommen wie mehrfach erwähnt die Verletzungen.

(System der Krankheitsverhinderung). Träfen die weiter oben skizzierten Veränderungen ein, die mit einem erweiterten Gesundheitsverständnis in Verbindung stehen, würde dies zu einer erhöhten Diffusion dieser beiden Subsysteme führen – dergestalt, dass sich Behandlung vermehrt um Aspekte der Prävention kümmert und die Prävention auch Behandlungsaufgaben übernimmt. Die Erfahrungen in der Suchtarbeit zeigen, dass diese Diffusion nie vollständig erfolgen wird – es wird immer Behandlungs- und Präventionsspezialistinnen und -spezialisten brauchen –, dass die beiden Systeme und gekoppelten Disziplinen aber in einem zunehmenden Mass auf Kooperation und wechselseitige Unterstützung angewiesen sind. Das Gesundheitssystem wird in diesem Sinn vermehrt zu einem interdisziplinären Handlungsfeld, wie es die Gesundheitswissenschaften propagieren – mit einer Tendenz zur abnehmenden Bedeutung (und Reputation) der behandelnden Ärzte und Ärztinnen und einer zunehmenden Bedeutung und Anerkennung anderer Professionen (vgl. auch Bauch 1996: Kap. 5/6).¹⁰⁷ Es ist keine Frage, dass die Ärzteschaft diese Veränderungen nicht widerstandslos erdulden wird. Zu hart hat sie für ihre privilegierte Stellung kämpfen müssen, zu gross ist die Verschmelzung von personaler Identität mit dem Beruf und zu hoch ihr Organisationsgrad (Bauch 1996: 127ff.).¹⁰⁸

Dazu kommt wie erwähnt, dass die Organisationen des Behandlungssystems (Krankenhäuser, Arztpraxen etc.) immer auch ökonomische Gesichtspunkte berücksichtigen müssen.¹⁰⁹ Das bedeutet, dass diese Organisationen immer mindestens zwei Linien der ‚Rationalität‘ folgen: der medizinischen Rationalität, welche die nach der besten Behandlung (und Nicht-Behandlung!) sucht und die ökonomische Rationalität, die Spitalbetten belegen und teure Diagnosegeräte amortisieren muss. Die Auseinandersetzung mit diesem immer wieder auftretenden Widerspruch erfordert Strategien der ‚Mogelei‘ (Baecker 2006). Mit diesen Mogeleien soll erreicht werden, dass die Patienten und Patientinnen das Gefühl entwickeln, die nach professionellen Gesichtspunkten bestmögliche Behandlung erhalten zu haben, ohne dass dabei die ökonomischen Interessen der Organisation

¹⁰⁷ Zur Bedeutung der Professionen bei der Ausdifferenzierung von Funktionssystemen vgl. Stichweh (2000)

¹⁰⁸ Die in der Schweiz (2005 und 2006) geführten Diskussionen darüber, welche Leistungen die Krankenkassen zahlen müssen und welche nicht, zeigt deutlich, dass die Ärzteschaft alles dafür einsetzt, um die politischen Entscheidungsprozesse in ihrem Sinn zu beeinflussen. Mit einigem Erfolg, denn Wirksamkeitsbelege und die entsprechenden Kontrollen werden seither für die so genannte ‚Alternativmedizin‘ und für psychotherapeutische und psychologische Leistungen gefordert, nicht aber für die behandelnde Medizin.

¹⁰⁹ Vgl. zu diesem Gedanken auch Vogd (2004).

zu kurz kommen. Solange die Organisationen des Medizinsystems sich im ökonomischen Wettbewerb behaupten müssen, ist es illusorisch zu verlangen, dass die professionellen Zwecke den ökonomischen konsequent vorgezogen werden. Baecker (a.a.o.) plädiert in diesem Sinn zwar nicht für eine „Kontinuität der Täuschung“, aber doch „für einen behutsamen Umgang mit den Notwendigkeiten des Latenzschutzes sozialer Praktiken und der Gemütszustände aller Beteiligten“.

Es ist aber doch anzunehmen, dass der Druck von aussen mit der Zeit gross genug sein wird, um diese Widerstände zu überwinden. Der Kostendruck und der damit verbundene politische Druck werden entscheidend dazu beitragen. Spätestens wenn sich die Versuche zur Eindämmung der Kostenexplosion auf ethisch umstrittene Massnahmen (wie die Einschränkung lebensverlängernder Massnahmen bei alten Menschen, die keine Aussicht auf Gesundung haben) ausweiten, wird der Druck auf die Politik steigen, die Bedingungen (gesetzliche Rahmenbedingungen, finanzielle Mittel) für eine finanzierbare, qualitativ hoch stehende Gesundheitsfürsorge für alle zu schaffen – ein Ziel, das wohl nur durch eine deutliche Verlagerung der Massnahmen von Behandlung auf Prävention und Gesundheitsförderung erreichbar sein wird.

Es bleibt zu hoffen, dass die Präventionsfachleute ihren immer wieder bekräftigten Anspruch, ihre Zielpersonen aktiv an den Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen zu beteiligen (Partizipation) und diese Massnahmen auf die Selbstbefähigung dieser Personen (Empowerment) auszurichten, auch im Falle wachsender Reputation aufrecht erhalten werden. Zumindest von der Theorie her steht angesichts der operativen Geschlossenheit sozialer und psychischer Systeme die Notwendigkeit von Partizipation ohnehin ausser Frage, wobei darauf zu achten ist, dass der Begriff ‚Partizipation‘ nicht nur zu einer Metapher verkommt, die Beteiligung verspricht, aber diese Beteiligung auf gelegentliche Konsultationen beschränkt und nicht auf Entscheidungsprozesse erweitert (Hafen, 2005: 560ff.) – gerade wenn es darum geht, im Sinne der Verhältnisprävention in sozialen Systemen nachhaltige Veränderungen zu Gunsten der Gesundheit zu erreichen.

Doch wenden wir uns dem binären Code eines solchen, Prävention und Behandlung umfassenden Gesundheitssystems zu. Binäre Codes sind Einrichtungen (Strukturen), die dem System erlauben, Kommunikationen danach zu unterscheiden, ob sie dem System zugerechnet werden können und damit im System zu Anschlüssen führen oder nicht (vgl. Fuchs 2001: 159ff.). So geht es im Wirtschaftssystem ausschliesslich um Zahlungen oder relevante Nichtzahlungen, d.h. Schulden (Code ‚Zahlung/Nichtzahlung‘). Luhmanns Codevorschlag für das Gesundheitssystem (das im

Grossen und Ganzen dem entspricht, was wir hier als Medizinsystem bezeichnen), ist ‚Krankheit/Gesundheit‘, wobei es nach Luhmann (1990) eine Besonderheit des Systems ist, dass der positive Wert ‚Gesundheit‘ hier lediglich den Reflexionswert und Krankheit den eigentlichen Designationswert darstellt. In andern Worten: Das Medizinsystem reproduziert sich aus der Sicht Luhmanns über Befunde von Krankheiten und nicht über Befunde von Gesundheit. Die hier ausgeführten Überlegungen zeigen, dass die in Ansätzen erkennbare und dringend notwendige Erweiterung der medizinischen Perspektive auf präventive/gesundheitsförderliche Aspekte auch den zweiten Code-Wert, die Gesundheit, vermehrt ins Spiel bringt – und dies, obwohl es keine eindeutigen, positiven Merkmale für Gesundheit gibt. Personen werden daher nicht nur über Befunde von Krankheitssymptomen in das System inkludiert, sondern auch über Befunde von noch nicht manifesten, aber zukünftig möglichen Krankheiten. Da diese Befunde eine Zukunftsperspektive einführen, die Prävention aber nicht in die Zukunft ausgreifen kann, ist sie darauf angewiesen, zusätzlich Befunde von Einflussfaktoren zu erstellen, welche die zu verhindernden Krankheiten wahrscheinlicher machen. Erst jetzt wird es möglich, in der Gegenwart auf die Verhinderung zukünftiger Krankheiten hinzuwirken – nämlich dadurch dass Risikofaktoren verringert resp. Schutzfaktoren gestärkt werden.

Durch die vermehrte Aktivierung des Gesundheitswerts der Unterscheidung ‚krank/gesund‘ wird die Inklusionsfähigkeit von Personen, welche durch den binären Code reguliert wird, auf praktisch alle Menschen erhöht. Wer das System der Krankenbehandlung nicht schon wegen einer bestehenden Krankheit in Anspruch nimmt, wird über die Massnahmen der Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung in das umfassende Gesundheitssystem inkludiert. In andern Worten: Das Gesundheitssystem reproduziert sich nicht nur über die Behandlung, sondern auch über die Prävention, die sich zu einem Katalysator (auch von Organisationsbildungen im Kontext des Gesundheitssystems) entwickeln wird, wenn es ihr gelingt, ihren Nutzen (und insbesondere: ihre Kosteneffektivität) zu belegen. Gerade aus ökonomischen Überlegungen liegt in dieser Chance auch eine Gefahr: Wenn die Prävention unter der Vorgabe, Kosten eindämmen zu wollen, selber mehr Kosten produziert, muss die Kosteneffektivität zum entscheidenden Implementierungsfaktor werden, um darüber zu bestimmen, in welchem Mass bei einem Phänomen auf präventive oder auf behandelnde Massnahmen gesetzt werden soll.

Unser Vorschlag in Hinblick auf die binäre Codierung des Gesundheitssystems lautet demnach, den Code ‚Krankheit/Gesundheit‘, den Luhmann (1990: 192) für das System der Krankenbehandlung vorschlägt, auf das gesamte Gesundheitssystem zu übertragen und durch die Zweitcodierung ,

Behandlung/Prävention' zu ergänzen (vgl. Abb. 1).¹¹⁰ Anders formuliert: Im Gesundheitssystem geht es immer darum, die Positionierung von Menschen auf dem Gesundheits-/Krankheitskontinuum in Richtung Gesundheit zu verschieben, indem Krankheiten behandelt und durch Verminderung von Risikofaktoren resp. Förderung von Schutzfaktoren verhindert werden. Nochmals anders formuliert: Das Gesundheitssystem reproduziert sich über Diagnosen (Befunde) von Krankheiten und krankheitsrelevanten Einflussfaktoren – Diagnosen, die darauf ausgerichtet sind, behandelnde und präventive Massnahmen zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit einzuleiten.¹¹¹

Krankheit	Gesundheit
Nicht-mehr/Noch-nicht Gesundheit	Nicht-mehr/Noch-nicht Krankheit
Behandlung	Prävention
Befunde von Krankheitssymptomen	Befunde von krankheitsrelevanten Einflussfaktoren

Abb. 1: Die Doppelcodierung des Gesundheitssystems ‚Krankheit/Gesundheit‘ und ‚Behandlung/Prävention‘.

Wichtig ist, dass Befunde/Diagnosen Formen von *Kommunikation* darstellen – nur so lässt sich die systemtheoretische These aufrecht erhalten, dass es sich beim Gesundheitssystem (wie beim Wirtschaftssystem, der Politik oder der Wissenschaft) um ein *gesellschaftliches* Funktionssystem handelt,

¹¹⁰ Bauch (umfassend 1996: Kap. 4 und zusammenfassend 2000: 8ff.) argumentiert, dass der Code ‚krank/gesund‘ zu scharf selektiere, um das weite, durch chronisch-degenerative Krankheiten bedingte Übergangsfeld zwischen Krankheit zu Gesundheit als Interventionsfeld des Gesundheitssystems sichern zu können. Er schlägt vor, den Code ‚krank/gesund‘ für das Subsystem der Krankenbehandlung zu reservieren und für das umfassende Gesundheitssystem den Code ‚lebensförderlich/lebenshinderlich‘ zu nutzen. Obwohl dieser Code die prozessuale Komponente mehr betont als ‚gesund/krank‘ sehen wir keine Notwendigkeit, vom Code ‚gesund/krank‘ abzuweichen, da mit der Definition von Gesundheit als Einheit von Gesundheit und Krankheit ein Übergangsbereich zwischen Gesundheit und Krankheit wegfällt, weil jeder Krankheitszustand (auch bei einer Akutkrankheit) Elemente der Gesundheit umfasst und es eine absolute Gesundheit nicht gibt. Dazu kommt, dass Gesundheit wie erwähnt als Kontinuum, d.h. als Prozess der Beobachtung von Symptomen angesehen wird.

¹¹¹ Weil das Gesundheitssystem seinen Designationswert auch bei einem Einbezug von präventiven und gesundheitsförderlichen Massnahmen beibehält, da durch die Massnahmen *immer* Krankheiten verhindert werden sollen, übernehmen wir Luhmanns (und Fuchs') formale Darstellung der Unterscheidung mit dem Designationswert ‚Krankheit‘ auf der linken und dem Reflexionswert ‚Gesundheit‘ auf der rechten Seite: ‚Krankheit/Gesundheit‘ resp. ‚krank/gesund‘.

denn Gesellschaft wird ausschliesslich kommunikativ (sozial) realisiert (Luhmann 1997). Das bedeutet, dass viele präventive Handlungen (wie etwa gesunde Ernährung oder ein leichtes Ausdauertraining) und Behandlungsmassnahmen (wie eine Blinddarmoperation) *nicht* zum Gesundheitssystem ‚gehören‘, sondern in dessen physikalisch-materieller Umwelt realisiert werden. Alle Kommunikation im Gesundheitssystem ist also darauf ausgerichtet, solche Aktivitäten möglichst effizient realisieren zu lassen, ohne dass die Kommunikation in ihre physische oder psychische Umwelt ausgreifen könnte. Wiederum haben wir es mit Verhältnissen der strukturellen Kopplung und konditionierten Koproduktion zu tun.¹¹² Dass wir trotzdem von einem ‚Subsystem Krankenbehandlung‘ und nicht von einem ‚System der Krankheitsbefunde‘ sprechen, hat mit der eingeschränkten Anschlussfähigkeit zu tun, die zu erwarten ist, wenn man einen solchen Begriff einführt.

Mit der Doppelcodierung ‚Krankheit/Gesundheit‘ und ‚Behandlung/Prävention‘ wird nicht nur die Inklusionsfähigkeit der Gesamtbevölkerung erreicht¹¹³; die Doppelcodierung fördert auch die Inklusionsfähigkeit unterschiedlicher Professionen und sich professionalisierender Disziplinen (wie Prävention und Gesundheitsförderung) im Gesundheitssystem und damit die Interdisziplinarität, die notwendig ist, um der Komplexität zu begegnen, wenn man Gesundheit als bio-psycho-öko-soziales Phänomen konzipiert. Auch wenn man nicht nur von einer Ausdifferenzierung eines Subsystems der Krankenbehandlung im Gesundheitssystem ausgeht, sondern von der Ausdifferenzierung eines Präventionssystems¹¹⁴, welches alle Kommunikationen umschliesst, die auf die Verhinderung von Krankheiten und Verletzungen ausgerichtet sind (also auch Massnahmen der Gesundheitsförde-

¹¹² Gerade bei einer Blinddarmoperation ist diese strukturelle Kopplung von Kommunikation und körperbezogenen Verhaltensweisen wie dem Schnitt mit dem Skalpell offensichtlich.

¹¹³ Wir erinnern uns an den WHO-Slogan der ‚Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert‘.

¹¹⁴ Hier stellt sich die Frage, wie andere präventive Aktivitäten (z.B. im Rechtssystem oder im System der Sozialen Hilfe) mit dieser hypostasierten operationalen Schliessung eines Präventionssystems umgehen. Die früher (u.a. Hafén 2005: 233ff.) geäusserte These war, dass Prävention ein spezifisches Kommunikationsschema ist, das in den Systemen Gesundheit, Recht und Soziale Hilfe regelmässig aktualisiert wird, aber auch in andern Systemen (in der Politik z.B. mit der Metapher des ‚Präventivkrieges‘) genutzt wird. Diese These schliesst nicht aus, dass es innerhalb eines dieser Funktionssysteme zu einer operationalen Schliessung eines Präventionssystems kommen kann, wenn die Bedeutung der Prävention steigt und die Organisationsbildung zunimmt. Der allumfassende Gesundheitsbegriff erlaubt dann ohnehin, Kriminalität und Abhängigkeit von Sozialhilfe als potentiell pathogene Faktoren zu bezeichnen und sie in die präventiven Aktivitäten des Gesundheitssystems einzubeziehen.

rung, der Wellness, der Präventivmedizin etc), ist zu beachten, dass keine absolute Trennung von Prävention und Behandlung erfolgt. Wir haben gesehen, dass auch die Behandlung immer präventive Aspekte umfasst und präventive Massnahmen zumindest ins Auge fassen muss, und dass auch die Prävention die Augen vor bestehenden Problemen nicht schliessen kann – ganz abgesehen davon, dass sie selbst ja auch ‚behandelnd‘ wirkt, indem sie Risikofaktoren und Schutzfaktorendefizite beseitigt. Diese Repräsentanz der andern Seite der Unterscheidung im eigenen Präferenzbereich, die unterscheidungstheoretisch durch das Re-entry der Unterscheidung in die bezeichnete Seite erklärt wird, wäre ein theoretisches Argument für eine enge strukturelle Kopplung der beiden Subsysteme, die durch Kooperation und Koordination der entsprechenden Professionen gefördert werden kann.¹¹⁵ Die beiden Subsysteme des Gesundheitssystems können schliesslich noch weiter differenziert werden in professionelle und nicht professionalisierte Unterbereiche (vgl. Abb. 2). Das erlaubt, sowohl bei der Prävention als auch bei der Behandlung die immensen Leistungen zu berücksichtigen, die von privater Seite erbracht werden, einschliesslich von Selbstbehandlungen und präventivem Handeln im Alltag (Baecker 2006).



Abb. 2: Das Gesundheitssystem als Einheit von Präventionssystem und System der Krankenbehandlung

¹¹⁵ Gerade in der Suchtarbeit setzt sich (zumindest in der Schweiz) immer mehr das Bewusstsein durch, wie wichtig diese Zusammenarbeit von Suchtprävention und Suchtberatung resp. Suchttherapie ist. Der Früherkennung kommt dann als Übergangsbereich von Prävention zu Behandlung für diese Kooperation eine entscheidende Bedeutung zu.

Ein Unterschied zwischen dem professionellen und dem nicht professionalisierten Bereich des Gesundheitssystems besteht dann darin, dass sich ersterer vor allem in Organisationsform realisiert, während der sich zweite vornehmlich in familiären und nachbarschaftlichen Kontexten reproduziert. Dabei ist zu beachten, dass weder die Organisationen (z.B. Spitäler) noch die Familien ‚Teil‘ des Gesundheitssystems sind. Vielmehr führen die gleichen Kommunikationen und Handlungen zu Anschlüssen in beiden Systemen, also sowohl im Funktionssystem als auch in den Organisationen, Familien oder Nachbarschaftssystemen.¹¹⁶ Organisationen (und Familien) sind in diesem Sinn nicht deckungsgleich mit dem Gesundheitssystem, sondern strukturell gekoppelt, wobei strukturelle Kopplungen auch noch zu andern Funktionssystemen bestehen – etwa zur Wirtschaft, wenn die Kosten für die präventiven oder behandelnden Massnahmen abgeglichen werden.¹¹⁷

Für die weitere Formbestimmung des gesellschaftlichen Funktionssystems ‚Gesundheit‘ lässt sich an Fuchs (2006: 27f.) anschliessen, der dem Gesundheitssystem neben dem binären Code ‚Krankheit/Gesundheit‘ das symbolisch generalisierte Kommunikationsmedium ‚Krankheit‘ zuschreibt. Symbolisch generalisierte Kommunikationsmedien (vgl. auch Luhmann 1997: 316ff.) sind Selektionsverstärker, welche die Wahrscheinlichkeit der Übernahme von Sinnofferten erhöhen. Geld in der Wirtschaft ist ein Beispiel für ein solches ‚Verwahrscheinlichungsmedium‘, welches das Angebot und die Nachfrage von Produkten und Dienstleistungen dadurch verstärkt, dass die Produkte und Dienstleistungen nicht direkt getauscht werden, sondern ein Medium zur Verfügung steht, welches sich nur am Preis des Tauschgegenstandes orientiert und aufgrund dieser Hochabstraktion den Erwerb aller Produkte und Dienstleistungen ermöglicht, die für das verfügbare Geld zu haben sind. Ähnlich bei der Macht in der Politik: Die Durchsetzung von politischen Entscheidungen ist nur dann wirklich er-

¹¹⁶ Einmal mehr ist daran zu erinnern, dass die Systemtheorie nicht von einer real-realen ‚Existenz‘ von Systemen ausgeht, die empirisch erfassbar wäre. Diese reale Realität kann wie gesagt nicht abgebildet, sondern nur in winzigen Ausschnitten rekonstruiert werden. Systemtheorie ist (wie jede Theorie) eine Heuristik, welche die Unterscheidungen und Bezeichnungen (also die Beobachtungen) ordnet, mit welcher diese Rekonstruktion erfolgt. Um diese Heuristik in Gang zu setzen, müssen leitende Grundannahmen in die Welt gesetzt werden. Bei Luhmann (1994: 30) lautet diese Grundannahme: „Die folgenden Überlegungen gehen davon aus, dass es Systeme gibt.“ Auf diesem Satz baut die ganze Theorie auf: Man schaut, was herauskommt, wenn davon ausgeht, dass die Welt systemisch geordnet ist.

¹¹⁷ Vgl. zu diesem Verhältnis von Organisation und Funktionssystemen an den Beispielen der Bildung und der Sozialen Arbeit Hafén (2005b).

wartbar, wenn Sanktionsmittel zur Verfügung stehen, um die Durchsetzung bei Widerstand wahrscheinlicher zu machen. In andern Worten: Macht reduziert die Wahrscheinlichkeit von Nein-Anschlüssen und bedient sich dabei in letzter Konsequenz der Androhung von physischer Gewalt (vgl. dazu Luhmann 1988).

Die These, dass die Rede von bestehenden und zukünftigen Krankheiten in der Form von Befunden und Ursachendiagnosen Anschlusskommunikationen resp. -handlungen im Gesundheitssystem und in den Systemen in seiner Umwelt wahrscheinlicher macht, ist durchaus plausibel. Wie schwierig ist es doch, sich den Befunden und Behandlungsratschlägen zu entziehen, wenn man einmal als ‚Patient‘ oder ‚Patientin‘ in das System der Krankenbehandlung inkludiert ist. Natürlich kann man eine Behandlung verweigern, aber nur, wenn man bereit ist, die mit der Weigerung verbundene Risikolast zu tragen. Je mehr Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten die Medizin und die Wissenschaft entdecken (konstruieren), desto vielfältiger werden die damit verbundenen Risikopotentiale. Ähnlich bei der Prävention: Natürlich kann man weiter rauchen, sich ‚ungesund‘ ernähren, sich ungenügend bewegen oder keine Sicherheitsgurten tragen, aber auch hier muss man das Risiko der erhöhten Wahrscheinlichkeit von Krankheiten oder Verletzungen selbst tragen, resp. behördlich verfügte Sanktionen und finanzielle Konsequenzen in Kauf nehmen, wenn man sich nicht ‚präventiv‘ verhält.¹¹⁸

Doch wenden wir uns zwei weiteren Merkmalen von Funktionssystemen zu: der Kontingenzformel und dem symbiotischen Mechanismus. Kontingenzformeln sind nach Fuchs (2006: 32f.) Nicht-Negierbarkeiten im System, die nicht verhandelbar sind, weil sie den Code absichern. Fuchs schlägt ‚Gesundheit‘ selbst als Kontingenzwert des Gesundheitssystems vor¹¹⁹ – denn es ist zumindest in der professionalisierten Behandlung und

¹¹⁸ Es ist offensichtlich, wie virulent in diesem Zusammenhang die ‚ethische‘ Diskussion um individuelle Freiheit und paternalistische Bevormundung ist. Diese Virulenz verstärkt sich in dem Masse, in dem finanzielle Überlegungen eine Rolle spielen – etwa wenn bei Frauen über 40 im Frühstadium der Schwangerschaft eine pränatale Diagnostik von Erbkrankheiten beim Fötus vorgeschrieben wird und die Krankenkasse die Behandlungskosten nicht mehr übernimmt, wenn man sich trotz einer diagnostizierten Erbkrankheit (z.B. eines Down-Syndroms) dafür entscheidet, das Kind auf die Welt zu bringen. (So weit sind wir glücklicherweise noch nicht; angesichts der explodierenden Kosten im Gesundheitswesen ist es aber nicht sicher, wie lange solche ethischen Grenzen noch bestehen.)

¹¹⁹ Nach Fuchs (2006: 33) erklärt der Umstand, dass die Kontingenzformel ‚Gesundheit‘ im binären Code ‚Krankheit/Gesundheit‘ selbst auftaucht, die fehlende Reflexionstheorie des Medizinsystems. Gesundheit dürfe selbst nicht begrifflich fixiert werden, weil sie dann negierbar würde.

Prävention unbestreitbar (im System nicht anders kommunizierbar), dass alle Kommunikationen und Massnahmen auf die Förderung und Erhaltung von Gesundheit ausgerichtet sind – und nicht etwa darauf: Geld zu verdienen oder weitere Krankheit (in der Form von Nebenwirkungen) oder gar den Tod zu bewirken.¹²⁰ Der Tod wiederum kann nach Fuchs (2006: 34f.) als symbiotischer Mechanismus verstanden werden – als Krisenmechanismus, der einsetzt, wenn die Motivationsleistung des Kommunikationsmediums ‚Krankheit‘ nicht mehr greift. Die Drohung mit dem Tod ist für das Gesundheitssystem daher ein Katalysator, der nur bei denen versagt, für die der Tod keinen Schrecken mehr birgt. Damit rückt der Tod für das Gesundheitssystem in eine Doppelrolle: Auf der einen Seite fördert er die Kommunikation im System und die daran anschliessenden Handlungen; auf der andern Seite symbolisiert er die Einstellung aller Bemühungen um Gesundheit und Krankheit und gefährdet damit den Weiterbetrieb des Systems. Seine Verhinderung wird damit für das System zum ultimativen Präventionsziel – sowohl im Präventionssystem als auch im System der Krankenbehandlung.

Bei alledem erinnern wir an die an Fuchs und Luhmann orientierten Ausführungen zur Funktion des Gesundheitssystems, das die Bemühungen um die Gesunderhaltung von Körpern und die Verlängerung des Lebens in der Moderne nur darum so aktiv (um nicht zu sagen: masslos) voran treibt, weil der Körper in einer hyperkomplexen, polykontexturalen Gesellschaft und der damit verbundenen Fragmentierung der sozialen Adressen zu einer Art Einheitsgarant für die Menschen wird – dies in einer Zeit, wo der vorgängige Sicherheitsgarant ‚Individualität‘ immer mehr an Überzeugungskraft verliert, weil die Menschen durch die unterschiedlichen Kontexte immer mehr zu Dividuen (Fuchs) werden. Diese gesamtgesellschaftliche Funktion, die mit der Tabuisierung des Todes einher geht und diese Tabuisierung weiter verstärkt, treibt die Reproduktion des Gesundheitssystems vorwärts – unterstützt durch die Selbsterhaltungstendenzen der gekoppelten Organisationen und (es wurde mehrfach erwähnt) durch die Kopplungen zum Wirtschaftssystem, zu dessen Reproduktion das Gesundheitssystem einen immer grösseren Beitrag leistet. Dieser mehrfach abgestützten Dynamik einen Teil ihrer Energie zu nehmen, wird die grosse Herausforderung sein, wenn man der Kostensteigerung im Gesundheitswesen Einhalt

¹²⁰ Gerade darum fällt die Diskussion um die Sterbehilfe so schwer. Alle Bemühungen, Menschen aktiv bei ihrem ‚Austritt‘ aus dem Gesundheits-/Krankheitskontinuum in den Tod (der weder gesund noch krank ist) zu unterstützen, können nur mit Referenz auf Gesundheit (Verhinderung von unnötigem Leiden, welches die Gesundheit noch weiter einschränkt) begründet werden.

gebieten will. Wenn im gleichen Zug noch die durchschnittliche Positionierung der (Welt-)Bevölkerung auf dem Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum in Richtung Gesundheit verschoben werden soll, dann kann dies wie mehrfach erwähnt wohl nur über einen massiven Ausbau der präventiven Aktivitäten und durch Qualitätssteigerungen auf allen Ebenen erreicht werden.

5. Zusammenfassung

Was haben wir gesehen bei unserer Annäherung an den schwer fassbaren Begriff der Gesundheit? Zuerst hat ein historischer Rückblick gezeigt, dass das mechanistisch-reduktionistische Gesundheitskonzept der modernen europäischen Kurativmedizin eine Erfindung der Moderne ist. Seit der europäischen Antike gibt es Gesundheitstheorien, die bei weitem nicht nur körperliche Aspekte der Gesundheit und physikalisch-materielle Einflussfaktoren berücksichtigen, sondern auch psychische und soziale Aspekte. Das gilt noch stärker für asiatische (indische, chinesische) Gesundheitskonzepte, die diese Tradition eines umfassenden Gesundheitsverständnisses noch heute so stark pflegen, dass auch die Medizin ganz anders (weit präventiver) ausgerichtet ist. In Europa gibt es seit dem 20. Jahrhundert wieder verstärkte Versuche, dieses naturwissenschaftlich-positivistisch geprägte Gesundheitsverständnis um die psychische und die soziale Komponente zu erweitern – etwa durch die psychosomatisch orientierte Medizin, die WHO mit ihrem umfassenden Gesundheitskonzept oder die sich ausdifferenzierenden interdisziplinären Gesundheitswissenschaften.

Es wurde deutlich, auf welche Komplexität man sich einlässt, wenn man Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von körperlichen Krankheiten beschränkt, sondern auch psychische Krankheiten in die Überlegungen einbezieht und alle physischen, psychischen, sozialen und physikalisch-materiellen Faktoren beachtet, welche eine pathogene Wirkung haben oder das Individuum vor dieser pathogenen Wirkung schützen. Noch schwieriger wird eine eindeutige Bestimmung von Gesundheit, wenn man bedenkt, dass Gesundheit und Krankheit nicht nur durch die Wissenschaft und die Medizin, sondern auch durch jedes Individuum beobachtet (konstruiert) werden, wobei die objektivierende soziale Beobachtung die individuellen Beobachtungen beeinflusst, aber nicht bestimmt. Will man Gesundheit und Krankheit möglichst exakt bestimmen, wird man nicht umhin kommen, immer beide Perspektiven zu berücksichtigen und dabei die unterschiedlichen Konstruktionsleistungen auf den beiden Ebenen (der Individuen und der verschiedenen sozialen Systeme) einzubeziehen.

Wir haben in der Folge mit den Mitteln der soziologischen Systemtheorie nach Niklas Luhmann eine Re-Definierung des Gesundheitsbegriffs versucht. Dabei haben wir Gesundheit zuerst als Einheit der Differenz von Gesundheit und Krankheit definiert. Das bedeutet, dass es eine absolute Gesundheit genau so wenig gibt, wie absolute Krankheit; vielmehr ergänzen sich die beiden Aspekte immer wechselseitig, was sich mit Antonovskys Bild des Gesundheits-/Krankheits-Kontinuums gut illustrieren

lässt. Wir haben auch gesehen, dass weder Gesundheit noch Krankheiten als solche beobachtet werden können. Vielmehr orientieren sich die psychische als auch die soziale Beobachtung von Gesundheit und Krankheit an Symptomen resp. an der Erzählung von Symptomen. Da es keine klar bestimmbar positiven Symptome für Gesundheit gibt, bleibt die Abwesenheit von Krankheit eines der zentralen Merkmale für die Beobachtung von Gesundheit.

Basierend auf der Erkenntnis, dass die Phänomenologie der Gesundheit auch aus systemtheoretischer Perspektive eine ‚Phänomenologie des Unscheinbaren‘ (Boss) ist, haben wir mit unserer Kritik am Konzept der Salutogenese angesetzt, die sich immer mit Nachdruck von der pathologischen Ausrichtung der Schulmedizin abzugrenzen versucht. Wir haben argumentiert, dass die Kritik am pathogenetischen Blick des traditionellen, naturwissenschaftlich geprägten medizinischen Modells theoretisch nicht begründbar ist. Wir können die Gesundheit nicht ernsthaft fördern, wenn wir nicht auf die pathogenen Faktoren schauen, vor denen uns die Schutzfaktoren schützen sollen, und wenn wir nicht die Krankheiten exakt bestimmen, die durch die pathogenen Faktoren wahrscheinlicher gemacht werden. Zudem arbeitet auch die Schulmedizin mit Schutzfaktoren, z.B. über die Stimulierung des Immunsystems, das ein zentraler Schutzfaktor der physischen Gesundheit ist. Von diesen *funktionalen* Aspekten ist die (ebenfalls wichtige) *methodische* Überlegung zu unterscheiden, dass man sich sowohl in der Prävention als auch in der Behandlung an bestehenden Ressourcen orientieren muss, wenn man die angestrebten Ziele (Heilung, Verhinderung von Krankheit und Verletzung) erreichen will.

Es ist davon auszugehen, dass die Fixierung der salutogenetisch orientierten Gesundheitsförderung auf Gesundheit und ihr krampfhaftes Ausblenden von Krankheiten und pathogenen Stressoren die eigentliche Kritik an der Schulmedizin erschwert – die Kritik an der Limitierung der Beobachtung und Behandlung auf inner-physische Vorgänge. Gesundheit ist ein bio-psycho-öko-soziales Phänomen, was nichts anderes heisst, als dass pathogene Stressoren auf allen diesen Ebenen vorkommen können und dass das Individuum auf all diesen Ebenen Schutzfaktoren aktivieren kann, um sich gegen diese Stressoren zu schützen. Die Schulmedizin ist nicht übermässig pathogen, sie ist zu einfach konzipiert, zu reduktionistisch im eigentlichen Sinn. Auch das wiederum ist kein Mangel an sich, sondern eine evolutionäre Notwendigkeit. Allein die körperlichen Vorgänge sind so komplex, dass eine wissenschaftliche Medizin ihren Handlungsbereich einschränken musste, um erfolgreich zu sein und diese Erfolge empirisch auch belegen zu können. Mittlerweile ist aber bekannt, dass die Medizin ihr Blickfeld erweitern muss. Gerade die Gesundheitswissenschaften und die

Gesundheitsförderung haben viel zur Erkenntnis beigetragen, dass nicht nur biologische, sondern auch psychische und soziale Faktoren die Gesundheit beeinflussen. Ist schon allein die auf den Körper fixierte Medizin hoch komplex, so potenziert sich diese Komplexität, wenn alle diese Faktoren – für sich und in Wechselwirkung untereinander – in die Überlegungen mit einbezogen und entsprechende, an diesen Einflussfaktoren ansetzende behandelnde und präventive Massnahmen durchgeführt werden sollen.

Das Feld für ein umfassendes Verständnis von Gesundheit und ein auf dieses Verständnis ausgerichtetes Gesundheitssystem ist bereit. Um es zu wirkungsvoll zu bestellen, sind Interdisziplinarität, Kooperation, Koordination und Nachhaltigkeit unabdingbar. Wenn die beteiligten Disziplinen ihr Wissen und ihr Können zusammen tun und wenn sie durch eine nachhaltige, präventiv argumentierende Gesundheitspolitik gestützt werden, kann ein grosser Schritt gemacht werden – weg von einer körperfixierten kurativen Medizin hin zu einer umfassenden Gesundheitswissenschaft, die neben einer menschenwürdigen Behandlung auch alle Möglichkeiten der Gesundheitsfürsorge ausschöpft, ohne den Heilsversprechen zu verfallen, die mit Begriffen wie Prävention und Gesundheitsförderung oft verbunden sind. Nur so – das wäre die abschliessende These – wird es gelingen, die Gesundheit der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern, und nur so wird es möglich sein, die seit Jahrzehnten explodierenden Kosten im Gesundheitswesen in einem Mass im Zaume zu halten, dass Gesundheit nicht zu einem Luxusgut wird, das sich nur noch eine Minderheit leisten kann.

6. Literatur

- Alcohol & Public Policy Group (Hrsg.) (2003):** Alcohol: No Ordinary Commodity. A summary of the book. In: *Addiction* 98: 1343-1350
- Amalberti, René; Auroy, Yves; Berwick, Don; Barach, Paul (2005):** Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care. In: *Annals of Internal Medicine*, Vol. 142, No. 9: 756-764
- Amann, Gabriele; Wipplinger, Rudolf (Hrsg.) (1998):** Gesundheitsförderung. Ein multi-dimensionales Tätigkeitsfeld. Tübingen
- Antonovsky, Aaron (1997):** Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erw. hrsg. von Alexa Franke. Tübingen
- Ariès, Philippe (2002):** Geschichte des Todes. München
- Badura, Bernhard (1996):** Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. 2. Auflage. Weinheim
- Baecker, Dirk (1999):** Profit und Management. In: ders.: *Organisation als System*. Frankfurt a.M.: 237-264
- Baecker, Dirk (2003):** Was tut ein Berater in einem selbstorganisierenden System? In: ders., 2003: *Organisation und Management*. Frankfurt
- Baecker, Dirk (2005):** Die Reform der Gesellschaft. In: Corsi, Giancarlo; Esposito, Elena (Hrsg.): *Reform und Innovation in einer instabilen Gesellschaft*. Stuttgart: 61-78
- Baecker, Dirk (2006):** Zur Krankenbehandlung ins Krankenhaus. Ms. Witten/Herdecke (erscheint in: Irmhild Saake, Werner Vogd (Hrsg.), *Moderne Mythen der Medizin: Studien zu Problemen der organisierten Medizin*.)
- Bandura, Albert (1997):** Self-efficacy. The exercise of control. New York
- Barach, Paul; Small, Stephen S. (2000):** Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. In: *British Medical Journal*, Vol. 320: 759-763
- Basaglia, Franca O. (1985):** Gesundheit, Krankheit. Das Elend der Medizin. Frankfurt
- Bateson, Gregory, 1972:** Steps to an Ecology of Mind. San Francisco
- Bauch, Jost (1996):** Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft. Weinheim/München
- Bauch, Jost (1996b):** Lässt sich das Gesundheitswesen politisch steuern? Die Gesundheitsreform aus systemtheoretischer Sicht. In: Sozial-

wissenschaften und Berufspraxis 3 (1996): 242-247 (auch publiziert in Bauch 2004: 42-47)

Bauch, Jost (2000): Selbst- und Fremdbeschreibung des Gesundheitswesens. Anmerkungen zu einem „absonderlichen“ Sozialsystem. In: De Berg, Henk; Schmidt, Johannes (Hrsg.): Rezeption und Reflexion. Zur Resonanz der System-Theorie Niklas Luhmanns ausserhalb der Soziologie. Frankfurt: 387-410 (auch publiziert in Bauch 2006: 1-19)

Bauch, Jost (2002): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: Prävention 3 (2002): 67-70

Bauch, Jost (2004): Krankheit und Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion. Gesundheits- und medizinsoziologische Schriften 1979-2003

Bauch, Jost (Hrsg.) (2006): Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens. Konstanz

Bauch, Jost (2006b): Die gute und gesunde Gesellschaft. Die Selbstbeschreibung der Gesellschaft durch ein Funktionssystem. In: ders. (Hrsg.): Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens. Konstanz: 65-82

Bauch, Jost; Bartsch, Norbert (2003): Gesundheitsförderung als Zukunftsaufgabe – Zur Ortsbestimmung von Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: Prävention 1/2003: 3-6

Becker, Peter (1998): Die Salutogenesetheorie von Antonovsky: Eine wirklich neue, empirisch abgesicherte, zukunftsweisende Perspektive? In: Margraf, Jürgen; Siegrist, Johannes, Neumer, Simon (Hrsg.): Gesundheits- oder Krankheitstheorie. Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. Berlin/Heidelberg/New York

Bengel, Jürgen; Stittmatter, Regine; Willmann, Gerhard, 1999: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln

Bloch, Ernst (1959): Das Prinzip Hoffnung. Frankfurt am Main

Boss, Medard (1999): Grundriss der Medizin und der Psychologie. Ansätze zu einer phänomenologischen Psychologie, Pathologie und Therapie und zu einer daseinsgemässen Präventiv-Medizin. 3. Auflage. Bern/Toronto/Göttingen/Seattle

Bünder, Peter (2002): Geld oder Liebe? Verheissungen und Täuschungen der Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit. Münster

Caplan, Gerald (1964): Principles of preventive psychiatry. New York/London

Caulkins, Jonathan P.; Rydell, Peter C.; Sohler Everingham, Susan M.; Chiesa, James R.; Bushway, Shawn (1999): An Ounce of Prevention, A Pound of Uncertainty: The Cost-Effectiveness of

School-Based Drug Prevention Programs. RAND-publication MR-923-RWJ, Santa Monica

- Caulkins, Jonathan P.; Pacula, Rosalie; Paddock, Susan; Chiesa, James R. (2002):** School-Based Drug Prevention: What Kind of Drug Use Does It Prevent? RAND-publication MR-1459-RWJ, Santa Monica
- Chatterji, Pinka; M. Caffray, Christine; Snow Jones, Alison; Lillie-Blanton, Marsha; Werthamer, Lisa (2001):** Applying Cost Analysis Methods to School-Based Prevention Programs. In: *Prevention Science*, Vol. 2, No. 1: 45-55
- Cohen, Sheldon; Syme S. Leonard (Hrsg.) (1985):** Social Support and Health. New York
- Cramer, Manfred (1992):** Prävention angesichts ökologischer Bedrohungen. In: Paulus, Peter (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis*. Köln: 109-118
- Csikszentmihalyi, Mihaly (1999):** Flow. Das Geheimnis des Glücks. Stuttgart
- Dörner, Klaus (2002):** Gesundheitssystem. In der Fortschrittsfalle. In: *Deutsches Ärzteblatt* 2002; 99: C 1970-1974 [Heft 38]
- Dubos, René J. (1965):** Man adapting. New Haven (Conn.) ; London
- Duetz, Margreet; Abel, Thomas; Siegenthaler, Franziska; Niemann, Steffen (2002):** Zur Operationalisierung des Gesundheitsbegriffs in empirischen Studien zum Kohärenzgefühl. In: Wydler, Hans; Kolip, Petra; Abel, Thomas (Hrsg.): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. 2. Auflage. Weinheim/München: 85-98
- Durkheim, Emile (1973):** Der Selbstmord. Dt. von Sebastian und Hanne Herkommer. Luchterhand, Neuwied/Berlin
- Eickhoff, Catarina (2000):** Schutz oder Risiko? Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern. Eine Studie von Catarina Eickhoff und Jürgen Zinnecker im Auftrag der BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln
- EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Hrsg.) (1998):** Evaluating Drug Prevention in the European Union. EMCDDA Scientific Monograph Series No. 2, Luxembourg
- Emlein, Günther (1998):** Von Mythen, Medizinerinnen und Moral. Ein Gang durch die Geschichte der Sucht. In: ders.; Schwertl, Walter; Staubach, Maria L.; Zwingmann Elke (Hrsg.): *Sucht in systemischer Perspektive. Theorie – Forschung – Praxis*. Göttingen: 43-64
- Engel, George L. (1977):** The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. In: *Science* 196:129-136

- Evans, R.; Stoddart, G. (1990):** Producing health, consuming health care. *Social Science and Medicine*, 31: 1347-1364
- Faltermaier, Toni; Kühnlein, I.; Burda-Vierig, M. (1998):** Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Weinheim
- Flick, Uwe (1997):** Gesundheitsvorstellungen im Alltag: Forschungsansätze und ihre Bedeutung für Psychologie und Gesundheitswissenschaften. In: Haisch, Jochen; Weitkunat, Rolf; Kessler, Manfred (Hrsg.), 1997: *Public Health und Gesundheitspsychologie*. Bern: 191-200
- Foucault, Michel (1969):** Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt a.M.
- Foucault, Michel (1976):** Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt a.M./Berlin/Wien
- Foucault, Michel (1977):** *Psychologie und Geisteskrankheit*. 5. Auflage. Frankfurt a.M.
- Franzkowiak, Peter; Sabo, Peter (Hrsg.) (1993):** Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Mainz
- Fuchs, Peter (1997):** Adressabilität als Grundbegriff der soziologischen Systemtheorie. In: *Soziale Systeme* 3 (1997) Heft 1: 57-79
- Fuchs, Peter (1998):** Das Unbewusste in Psychoanalyse und Systemtheorie. Die Herrschaft der Verlautbarung und die Erreichbarkeit des Bewusstseins. Frankfurt am Main
- Fuchs, Peter (1999):** *Intervention und Erfahrung*. Frankfurt a. M.
- Fuchs, Peter (2001):** Die Metapher des Systems. Studie zur allgemein leitenden Frage, wie sich der Tanz vom Tänzer unterscheiden lasse. Weilerswist
- Fuchs, Peter (2002):** Behinderung und Soziale Systeme, Anmerkungen zu einem schier unlösbaren Problem, in: *Das gepfefferte Ferkel - Online Journal für systemisches Denken und Handeln*", Mai 2002. <http://www.ibs-networld.de/altesferkel/fuchs-behinderungen.shtml>
- Fuchs, Peter (2003):** Der Eigen-Sinn des Bewusstseins. Die Person, die Psyche, die Signatur. Bielefeld
- Fuchs, Peter (2004):** Der Sinn der Beobachtung. Begriffliche Untersuchungen. Weilerswist
- Fuchs, Peter (2004b):** Wer hat wozu und wieso überhaupt Gefühle? In: *Soziale Systeme* 10, H.1., 2004: 89-110
- Fuchs, Peter (2005):** Die Psyche, Studien zur Innenwelt der Aussenwelt der Innenwelt, Weilerswist

- Fuchs, Peter (2006):** Das Gesundheitssystem ist niemals verschnupft. In: Bauch, Jost (Hrsg.): Gesundheit als System. Systemtheoretische Betrachtungen des Gesundheitswesens. Konstanz: 21-38
- Fuchs, Peter (2006b):** Prävention - Zur Mythologie und Realität einer paradoxen Zuvorkommenheit. Ms. Erscheint in: Saake, Irmhild; Vogd, Werner (Hrsg.): Mythen der Medizin. Frankfurt
- Fuchs, Peter (2006c):** Die Beratung in der Medizin. Kernkompetenz? Schamanismus? Oder wie oder was? In: Notfall & Hausarztmedizin 2006; 32: 350–351
- Gadamer, Hans-Georg (1993):** Über die Verborgenheit der Gesundheit. In: ders.: Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. Frankfurt a.M.: 133-148
- Gehlen, Arnold (1986):** Urmensch und Spätkultur. Philosophische Ergebnisse und Aussagen. Wiesbaden
- Giddens, Anthony (1990):** The Consequences of Modernity. Cambridge
- Gordon, Robert (1987):** An Operational Classification of Disease Prevention. In: Sternbert, Jane A.; Silverman, Morton M. (Hrsg.): Preventing Mental Disorders: A Research Perspective. Washington, DC: 20–26
- Gorman, Dennis M.; Derzon, James H. (2002):** Behavioral traits and marijuana use and abuse. A meta-analysis of longitudinal studies. In: Addictive Behaviors 27 (2002): 193-206
- Green, Lawrence W.; Kreuter, Marshall W., (2005):** Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. 4th edition. New York
- Greiner, Birgitt A. (1998):** Der Gesundheitsbegriff. In: Bamberg, Eva; Ducki, Antje; Metz, Anna-Marie (Hrsg.): Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Göttingen: 39-55
- Grossarth-Maticsek, Ronald (1999):** Systemische Epidemiologie und präventive Verhaltensmedizin chronischer Erkrankungen. Strategien zur Aufrechterhaltung der Gesundheit. Berlin/New York
- Gutscher, Heinz; Hornung, Rainer; Flury-Kleubler, Peter (1998):** Das Transaktionspotentialmodell: Eine Brücke zwischen salutogenetischer und pathogenetischer Sichtweise. In: Margraf, Jürgen; Siegrist, Johannes, Neumer, Simon (Hrsg.): Gesundheits- oder Krankheitstheorie. Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. Berlin/Heidelberg/ New York
- Gutzwiller, Felix; Jeanneret, Olivier (Hrsg.) (1999):** Sozial- und Präventivmedizin, Public Health. 2. Aufl. Göttingen/Toronto/Seattle
- Hafen, Martin (2001):** Die Begrifflichkeit in der Prävention – Verwirrung auf allen Ebenen. In: Abhängigkeiten – Forschung und Praxis der

Prävention und Behandlung. 1/2001: 33-49

- Hafen, Martin (2003):** Was unterscheidet Prävention von Behandlung? In: Abhängigkeiten – Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung. 2/03: 21-33
- Hafen, Martin (2004):** Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung. In: Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung. Heft 1, 2004, 27. Jahrgang: 8-11
- Hafen, Martin (2004b):** Luhmann in der Sozialen Arbeit oder: Wie kann die soziologische Systemtheorie für die professionelle Praxis genutzt werden? In: Mäder, Ueli; Daub, Claus-Heinrich (Hrsg.): Soziale Arbeit: Beiträge zu Theorie und Praxis. Basel: 203-231
- Hafen, Martin (2005):** Systemische Prävention – Grundlagen für eine Theorie präventiver Massnahmen. Heidelberg
- Hafen, Martin (2005b):** Soziale Arbeit in der Schule zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Ein theorie-geleiteter Blick auf ein professionelles Praxisfeld im Umbruch. Luzern
- Hafen, Martin (2006):** Rauchen als Aspekt der Gruppenidentität. Systemtheoretische Überlegungen zu einem kaum beachteten Aspekt. Erscheint in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung
- Hafen, Martin (2006b):** Wirkt Offene Jugendarbeit präventiv/gesundheitsförderlich? In: In: InfoAnimation No. 8, 05/2006: 2-6
- Hafen, Martin (2006c):** Betriebliches Gesundheitsmanagement - eine komplexe Aufgabe. In: SuchtMagazin 4/2006: 3-15
- Hancock, Trevor (1985):** The mandala of health: a model of the human ecosystem. In: Family Community Health. 1985 Nov;8(3):1-10
- Haug, Christoph V. (1991):** Gesundheitsbildung im Wandel. Bad Heilbrunn
- Heidegger, Martin (1972):** Sein und Zeit. Zwölfte, unver. Auflage. Tübingen
- Hejl, Peter M. (1993):** Soziale Konstruktion von Wirklichkeit. In: Merten, Klaus; Schmidt, Siegfried J.; Weischenberg, Siegfried (Hrsg.): Die Wirklichkeit der Medien. Eine Einführung in die Kommunikationswissenschaft. Opladen: 43-59
- Hertel, Lutz (1992):** Wellness und Gesundheitsförderung in den USA: Begriffsklärung, Entwicklungen und Realisierungen im betrieblichen Bereich. In: Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung (1992) 4: 36-48
- Höfer, Renate (2002):** Kohärenzgefühl und Identitätsentwicklung. In: Wydler, Hans; Kolip, Petra; Abel, Thomas (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. 2. Auflage. Weinheim/München:

- Hörmann, Georg (1987):** Laienkonzepte von Gesundheit und Krankheit. In: Laaser, Ulrich; Sassen, Gerhard; Murza, Gerhard; Sabo, Peter (Hrsg.), 1987: Prävention und Gesundheitserziehung. Berlin/Heidelberg: 21-33
- Hörning, Martin (2002):** Grundlagen der Sozialmedizin – Gesundheit, Krankheit, Behinderung, Public Health. Kap. 1 in: Schwarzer, Wolfgang: Lehrbuch der Sozialmedizin für Sozialarbeit, Sozial- und Heilpädagogik. 4., verb. und überarb. Aufl. Dortmund: 13-30
- Hurrelmann, Klaus (1988):** Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Grundlagen-texte Soziologie. München
- Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) (1999):** Gesundheitswissenschaften. Berlin/Heidelberg/New York
- Hurrelmann, Klaus; Franzkowiak, Peter (1993):** Gesundheit. In: Franzkowiak, Peter; Sabo, Peter (Hrsg.): Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagen-texte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Mainz: 52-55
- Hurrelmann, Klaus; Leppin, Anja (2001):** Moderne Gesundheitskommunikation – eine Einführung. In: diess. (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation: Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: 9-21
- Kaltenborn, Karl-Heinz (2001):** Medizin- und gesundheitsrelevanter Wissenstransfer durch Medien. In: Hurrelmann, Klaus; Leppin, Anja (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation: Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: 36-69
- Keupp, Heiner (2000):** Gesundheitsförderung als Ermutigung zum aufrechten Gang. Eine salutogenetische Perspektive. In: Sting, Stephan; Zurhorst, Günter (Hrsg.) (2000): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim/München: 15-40
- Kickbusch, Ilona (1992):** Plädoyer für ein neues Denken über Gesundheit: Muster – Chaos – Kontext: Neue Handlungsansätze in der Gesundheitsförderung. In: Paulus, Peter (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln: 23-33
- Kickbusch, Ilona (1993):** Vorwort zu Pelikan, J.M.; Demmer, H.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim/München
- Kobasa, Suzanne (1982):** The hardy personality: toward a social psychology of stress and health. In: Sanders, Glenn S.; Suls, Jerry (Hrsg.):

Social psychology of health and illness. Hillsdale: 3-32

- Kopfsgruter, Konstantin (2006):** Gesundheit in der Weltgesellschaft. Von der Globalisierung eines Funktionssystems. In: Bauch, Jost (2006) (Hrsg.): Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens. Konstanz: 101-119
- Labisch, Alfons (1992):** Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt/New York
- Leriche, René (1936):** De la Santé à la Maladie ; La Douleur dans les Maladies ; Où va la Médecine ? In: Encyclopédie française, Band VI
- Luhmann, Niklas (1988):** Macht. 2. durchgesehene Auflage. Stuttgart
- Luhmann, Niklas (1990):** Der medizinische Code. In: ders.: Soziologische Aufklärung 5 – Konstruktivistische Perspektiven. Opladen: 183-195
- Luhmann, Niklas (1991):** Soziologie des Risikos. Berlin/New York
- Luhmann, Niklas (1994):** Soziale Systeme - Grundriss einer allgemeinen Theorie. 5. Aufl., Frankfurt am Main
- Luhmann, Niklas (1994b):** Die Wissenschaft der Gesellschaft. 2. Aufl. Frankfurt am Main
- Luhmann, Niklas (1995):** Inklusion und Exklusion. In: ders.: Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch. Opladen: 237-264
- Luhmann, Niklas (1997):** Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main
- Luhmann, Niklas (1998):** Was ist Kommunikation? In: Simon, Fritz B. (Hrsg.): Lebende Systeme. Wirklichkeitskonstruktionen in der systemischen Therapie. 2. Auflage. Frankfurt am Main: 19-31
- Luhmann, Niklas (2000):** Organisation und Entscheidung. Opladen/Wiesbaden
- Luhmann, Niklas (2002):** Das Erziehungssystem der Gesellschaft. Herausgegeben von Dieter Lenzen. Frankfurt am Main
- Margraf, Jürgen; Siegrist, Johannes, Neumer, Simon (Hrsg.) (1998):** Gesundheits- oder Krankheitstheorie. Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. Berlin/Heidelberg/New York
- Maturana, Humberto R.; Varela, Francisco J. (1987):** Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Bern/ München/Wien
- Meier-Magistretti, Claudia (2004):** Wirkungsqualität in der Suchtprävention: eine Synthese praktischer und wissenschaftlicher Erkenntnisse. Inauguraldissertation der Philosophisch historischen Fakultät der Universität Bern. Bern (Selbstverlag)

- Meschke, Laurie L.; Patterson, Joän M., 2003:** Resiliency as a Theoretical Basis for Substance Abuse Prevention. In: *The Journal of Primary Prevention*, Vol. 23, No. 4, Summer 2003: 483-514
- Milz, Helmut (1995):** Persönliche Gesundheit in ökosozialer Verantwortung. In: Göpel, Eberhard; Schneider-Wohlfahrt, Ursula (Hrsg.): *Provokationen zur Gesundheit. Beiträge zu einem reflexiven Verständnis von Gesundheit und Krankheit*. 2. Auflage. Frankfurt a.M.: 519-535
- Minuchin, Salvador (1993):** Familie - Die Kraft der positiven Bindung. Hilfe und Heilung durch Familientherapie. München
- Mitscherlich, Alexander (1969):** Über etablierte Unfreiheiten im Denken der unbewussten Freiheit. In: ders.: *Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin I*. 5. Auflage. Frankfurt a.M.: 100-136
- Mitscherlich, Alexander (1969b):** Die Krankheiten der Gesellschaft und die psychosomatische Medizin. In: ders.: *Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin I*. 5. Auflage. Frankfurt a.M.: 11-34
- Mitscherlich, Alexander (1969c):** Über die Vielschichtigkeit sozialer Einflüsse auf die Entstehung und Behandlung von Psychosen und Neurosen. In: ders.: *Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin I*. 5. Auflage. Frankfurt a.M.: 74-99
- Mitscherlich, Alexander (1969d):** Die psychosomatische und die konventionelle Medizin. In: ders.: *Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin I*. 5. Auflage. Frankfurt a.M.: 53-73
- Mitscherlich, Alexander (1969):** Die Krankheit der Medizin. Zur Soziologie des ärztlichen Berufes. In: ders.: *Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin I*. 5. Auflage. Frankfurt a.M.: 35-52
- Naidoo, Jennie; Wills, Jane (2003):** Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Hrsg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA. Köln
- Nassehi, Armin (1997):** Kommunikation verstehen – Einige Überlegungen zur empirischen Anwendbarkeit einer systemtheoretisch informierten Hermeneutik. In: Sutter, Tilmann (Hrsg.): *Beobachtung verstehen, Verstehen beobachten*. Opladen: 134-163
- Nietzsche, Friedrich (1901):** *Der Wille zur Macht*. Leipzig
- Orlando, Maria; Ellickson, Phyllis L.; Jinnett, Kimberley J. (2001):** The temporal relationship between emotional distress and cigarette smoking during adolescence and young adulthood. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Volume 69 (6): 959
- Parsons, Talcott (1965):** *Struktur und Funktion der modernen Medizin*.

In: Probleme der Medizinsoziologie. Sonderheft 3 der „Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie“. 3. Auflage. Opladen/Wiesbaden: 10-57

- Pearlin, Leonhard I. (1982):** The social contexts of stress. In.: Goldberger, Leo; Breznitz, Shlomo (Hrsg.): Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects. New York: 367-379
- Petratis, John; Flay, Brian R.; Miller, Todd Q. (1995):** Reviewing Theories of Adolescent Substance Use: Organizing Pieces in the Puzzle. In: Psychological Bulletin, 1995, Vol. 117, No. 1: 67-86
- Pflanz, Manfred (1973):** Allgemeine Epidemiologie. Stuttgart
- Proust, Marcel (1932):** Le côté de Guermantes. Bd. I. Paris
- Pühse, Uwe; Illi, Urs (1999):** Bewegung und Sport im Lebensraum Schule. Schorndorf
- Rattner, Josef (1993):** Krankheit, Gesundheit und der Arzt. Medizinische Anthropologie auf tiefenpsychologischer Grundlage. München
- Rey-Riek, Simone; Güttinger, Franziska; Rehm, Jürgen (2003):** Lohnt sich betriebliche Suchtprävention? Zu Effektivität und Effizienz betrieblicher Alkoholprävention. In: Suchttherapie 2003, 4: 12-17
- Robertz-Grossmann, Beate (2004):** Gesundheit als gesellschaftlicher Hyperkonsens – eine institutionensoziologische Analyse nach Arnold Gehlen. Konstanz
- Rosen, George (1958):** A History of Public Health. New York
- Rotter, Julian B. (1975):** Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43: 56-67
- Schäfer, Hans (1963):** Die Medizin in unserer Zeit. München
- Schiepek, Günter (1999):** Die Grundlagen der systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung. Göttingen
- Schipperges, Heinrich (1985):** Stellenwert der Gesundheit und Wertewandel. In: Kroker, Eduard (Hrsg.): Gesundheit, des Menschen höchstes Gut? Königsteiner Forum: Stadt Königstein: 3-25
- Schmidt, Siegfried J. (1994):** Die Wirklichkeit des Beobachters. In: Merten, Klaus; Schmidt, Siegfried J.; Weischenberg, Siegfried (Hrsg.): Die Wirklichkeit der Medien. Eine Einführung in die Kommunikationswissenschaft. Opladen: 3-19
- Schneider, Christa M. (2002):** Philosophische Überlegungen zu Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese. In: Wydler, Hans; Kolip, Petra; Abel, Thomas (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. 2. Auflage. Weinheim/München: 21-41
- Schneider, Silvia (1998):** Wie die Eltern, so das Kind? Protektive und

- pathogene Faktoren bei der Entwicklung von Angsterkrankungen. In: Margraf, Jürgen; Siegrist, Johannes, Neumer, Simon (Hrsg.): Gesundheits- oder Krankheitstheorie. Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. Berlin/Heidelberg/New York
- Schwarzer, Ralf (1995):** Entwicklungskrisen durch Selbstregulation meistern. In: Edelstein, Wolfgang (Hrsg.), 1995: Entwicklungskrisen kompetent meistern – Der Beitrag der Selbstwirksamkeitstheorie von Albert Bandura zum pädagogischen Handeln. Heidelberg: 25-34
- Selvini-Palazzoli, Mara (1992):** Die psychotischen Spiele in der Familie. Stuttgart
- Sennett, Richard (1998):** Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin
- Seyle, Hans (1991):** Stress beherrscht unser Leben. München
- Siegrist, Johannes (1996):** Soziale Krisen und Gesundheit: eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Göttingen
- Simon, Fritz B. (1993):** Die andere Seite der Krankheit. In: Baecker, Dirk (Hrsg.): Probleme der Form. Frankfurt a.M.: 266-289
- Simon, Fritz B. (2001):** Die andere Seite der Gesundheit. 2. Auflage. Heidelberg
- Spencer Brown, George (1997):** Laws of Form – Gesetze der Form. Lübeck
- Spode, Hasso (1994):** Die Entstehung der Suchtgesellschaft. In: Traverse 1994/1. Zürich: 23-37
- Stichweh, Rudolf, 2000:** Professionen im System der modernen Gesellschaft. In: Merten, Roland (Hrsg.), 2000: Systemtheorie Sozialer Arbeit. Neue Ansätze und veränderte Perspektiven. Opladen: 29-38
- Stierlin, Helm; Grossarth-Maticek, Ronald (1998):** Krebsrisiken – Überlebenschancen. Wie Körper, Seele und soziale Umwelt zusammenwirken. Heidelberg
- Sting, Stephan (2000):** Gesundheit als Aufgabenfeld sozialer Bildung. In: Sting, Stephan; Zurhorst, Günter (Hrsg.) (2000): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim/München: 55-68
- Straus, Florian; Höfer, Renate (2002):** Kohärenzgefühl, soziale Ressourcen und Gesundheit. In: Wydler, Hans; Kolip, Petra; Abel, Thomas (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. 2. Auflage. Weinheim/München: 115-128
- Tanner, Jakob (1993):** Von Genuss- und Heilmitteln zu „Rauschgiften“. In: Sozialarbeit Nr. 1/1993: 3-9

- Teegen, Frauke (1992):** Ganzheitliche Gesundheit. Der sanfte Umgang mit uns selbst. Reinbek bei Hamburg
- Trojan, Alf (1996):** Gesundheitsförderung gestern, heute und in Zukunft. Grundlagen, Ziele, Umsetzungsformen. Hamburg (Manuskript; Bezugsquelle: Radix Gesundheitsförderung, Bibliothek und Dokumentation, Zürich, Nr. B 9434)
- Uhl, Alfred (1998):** Evaluation of Primary Prevention in the Field of Illicit Drugs. Definitions – Concepts – Problems. Results of an International Consensus Study within the COST-A6 Action of the European Union. In: ders.; Springer, Alfred (Hrsg.), 1998: COST A6. Evaluation Research in Regard to Primary Prevention of Drug Abuse. Brüssel: 139-236
- Uhl, Alfred (2000):** The Limits of Evaluation. In: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA (Hrsg.), 1998: Evaluation – A Key Tool for Improving Drug Prevention. EMCDDA Scientific Monograph Series No. 5, Lisbon
- Uhl, Alfred (2002):** Schutzfaktoren und Risikofaktoren in der Suchtprophylaxe. In: Röhrle, Bernd (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Band II DGVVT, Tübingen: 261-283
- Udris, Ivars; Rimann, Martin (2002):** Das Kohärenzgefühl: Gesundheitressource oder Gesundheit selbst? In: Wydler, Hans; Kolip, Petra; Abel, Thomas (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. 2. Auflage. Weinheim/München: 129-147
- Uexküll, Thure von (2003):** Psychosomatische Medizin. München
- Vogd, Werner (2004):** Ärztliche Entscheidungsfindung im Krankenhaus bei komplexer Fallproblematik im Spannungsfeld von Patienteninteressen und administrativ organisatorischen Bedingungen. Zeitschrift für Soziologie, 33 (1): 26-47.
- Vogd, Werner (2005):** Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften. Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung. In: Soziale Systeme. Heft 2/2005
- Waller, Heiko (2002):** Gesundheitswissenschaft: eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health. 3. überarb. und erw. Auflage. Stuttgart
- Walter, Esther; Abel, Thomas; Niemann, Steffen (2002):** Gesundheit als Kontinuum: Eine explorative Analyse zu den Determinanten von Minder-, Normal- und Hochgesundheit. In: Wydler, Hans; Kolip, Petra; Abel, Thomas (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. 2. Auflage. Weinheim/München: 99-113
- Weil, Andrew (1988):** Heilung und Selbstheilung. Weinheim

- Welbrink, Andrea; Franke, Alexa (2002):** Zwischen Genuss und Sucht – das Salutogenesemodell in der Suchtforschung. In: Wydler, Hans; Kolip, Petra; Abel, Thomas (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. 2. Auflage. Weinheim/München: 43-55
- Wezsäcker, Viktor von (1947):** Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. 3. Auflage. Stuttgart/New York
- Wetzel, Ralf (2004):** Eine Widerspenstige und keine Zähmung. Systemtheoretische Beiträge zu einer Theorie der Behinderung. Heidelberg
- Wittgenstein, Ludwig (2003):** Philosophische Untersuchungen. Frankfurt a.M.
- World Health Organization WHO (1948):** Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948
- World Health Organization WHO, 1986:** Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa
- World Health Organization WHO, 1998:** Health Promotion Glossary. Geneva
- Wydler, Hans; Kolip, Petra; Abel, Thomas (Hrsg.) (2002):** Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. 2. Auflage. Weinheim/München

Gesundheit ist ein zentrales Thema unserer Zeit. Aber was ist eigentlich Gesundheit? Ist sie etwas positiv Bestimmbares oder ist sie nur die andere Seite der Krankheit? Eine allgemein anerkannte Definition von Gesundheit gibt es nicht.

Das Buch setzt sich mit diesem Defizit an begrifflicher Tiefenschärfe auseinander, erarbeitet eine Definition von Gesundheit und Krankheit und dekonstruiert einige wenig trennscharfe Unterscheidungen wie „Prävention/Gesundheitsförderung“ oder „Salutogenese/Pathogenese“. Ausgehend davon bietet es Ansätze zu einer systemtheoretischen Beschreibung des Gesundheitssystems als Einheit von Präventions- und Behandlungssystem und zieht aus dieser Analyse den Schluss, dass die ständig steigenden Kosten im Gesundheitswesen nur mit einer nachhaltigen Umstellung von kurativer auf präventive Medizin in den Griff zu bekommen sind.

„Für Fachkräfte im Gesundheitswesen und benachbarten Disziplinen bietet das Buch spannende Anregungen zur Auseinandersetzung mit zentralen Grundannahmen und theoretischen Konstrukten. Impulse zum Weiterdenken sind es, die für mich den Reiz dieses Buches ausmachen.“
Dr. Ursel Winkler (Systema, 1/2008)

Martin Hafen, Dr., Sozialarbeiter HFS und promovierter Soziologe, Professor an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, Co-Leiter des Master of Advanced Studies in Prävention und Gesundheitsförderung (www.hslu.ch/masp). Themenschwerpunkte: Gesundheitssoziologie, Präventionstheorie, Theorie der Sozialen Arbeit in der Schule, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Soziologische Systemtheorie, Diskurs zwischen Theorie und Praxis.
Homepage: www.fen.ch

www.carl-auer.de

www.systemische-forschung.de

Dritte Auflage

ISBN 978-3-89670-380-4



9 783896 703804