

## Public Health und die Frage nach dem 'richtigen' Gesundheitsverständnis

Thönnessen, Joachim

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Thönnessen, J. (1997). Public Health und die Frage nach dem 'richtigen' Gesundheitsverständnis.

*Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 20(3), 206-217. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-36658>

### Nutzungsbedingungen:

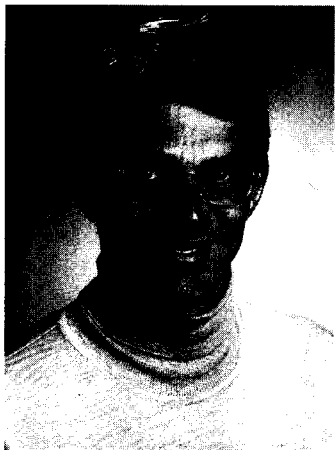
*Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.*

*Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.*

### Terms of use:

*This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.*

*By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.*



## Public Health und die Frage nach dem 'richtigen' Gesundheitsverständnis

*Joachim Thönnessen*

### 1 Einleitung

Verschiedene gesundheitsrelevante Wissenschaftsbereiche haben in jüngerer Zeit ein positives Gesundheitsverständnis übernommen. Gerade auf dem Gebiet von Public Health hat sich ein solches Verständnis inzwischen weitgehend durchgesetzt. Einige Publikationen erheben jedoch Zweifel am Nutzen einer solchen ausschließlich positiven Begriffsbestimmung. Aus soziologischer Sicht argumentieren sie, daß Macht, Herrschaft und partikulare Interessen weitgehend ausgeklammert würden. Beispielsweise wird gefragt, ob eine positiv definierte Gesundheit in der heutigen Zeit nicht als ein 'moralischer Imperativ' verstanden werden müsse, der sich in politischen Zielsetzungen und öffentlichen Strategien ausdrückt (Lupton 1995). Gesellschaftskritisch wird zudem vermutet, daß ein ausschließlich positives Gesundheitsverständnis in einer „quasi-pathogenen“ Gesellschaftsstruktur einen „stets anpassungswilligen Leistungstyp mit marktgerechter Idealnorm“ (Kunzendorff 1993) anspreche.

Anhand einer Diskussion aktueller Literatur wird im folgenden argumentiert, daß das im Rahmen von Public Health verwandte positive Gesundheitsverständnis, das grundsätzlich auf Verhaltensänderungen abzielt, in einer Überforderung durch die Verhaltens- und Verantwortungszumutungen eines etablierten 'Gesundheitsdiskurses' oder/und in einem ideologischen Affekt gegen staatlich-verordnete Regulierung resultieren kann. Abschließend wird in Anlehnung an Fox (1993) ein alternatives Gesundheitsverständnis vorgestellt, welches die im Gesundheitsdiskurs enthaltenen Botschaften -

beispielsweise hinsichtlich einer „Regulierung des Körpers“ - explizit thematisiert und darüber hinausgeht.

## 2 Gesundheitsbegriffe und Public Health

Seit der im Jahre 1946 in die Konstitution der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgenommenen Definition von Gesundheit als „ein Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ wurden in der Soziologie verschiedene alternative Gesundheitsdefinitionen entwickelt. Die zwei wohl bekanntesten Definitionen sind die von Talcott Parsons und Aaron Antonovsky.

Schon zu einem relativ frühen Zeitpunkt leistete Talcott Parsons<sup>1</sup> einen Beitrag zum Thema Gesundheitsbegriffe. Gesundheit - was immer sie außerdem sein mag - wird von Parsons (1951) als Fähigkeit des Individuums zur effektiven Erfüllung sozialer Rollen und der den Rollenerwartungen entsprechend organisierten Aufgaben verstanden. Die 'enorme' Anstrengung Amerikas zur Verbesserung der Gesundheit betrachtete Parsons vor allem im Rahmen der Leistungswerte und der (demokratischen) Legitimierung der Leistungschancen. Er fragte also nach dem Nutzen von Gesundheit für eine Gesellschaft. Krankheit und Gesundheit als soziologische Begriffe bezeichnen für Parsons demnach die funktionalen Voraussetzungen sozialer Systeme. Er hebt zudem hervor, daß Systeme, wie die Ärzteschaft, das Individuum auf allen Ebenen transzendieren.

Der israelische Soziologe Antonovsky (1979; 1987) hat sich Zeit seines Lebens mit Gesundheitsfragen beschäftigt. Beispielsweise versuchte er anhand einer Untersuchung jüdischer Überlebender der Konzentrationslager in Nazi-Deutschland die Frage zu klären, warum Menschen trotz mannigfacher physischer und psychischer Belastungen (Stressoren) gesund bleiben. Antonovsky fand eine Reihe von Widerstandsressourcen („Generalized Resistance Resources“), zu denen materieller Wohlstand, Wissen und Coping-Fähigkeiten, hohes Selbstwertgefühl und unterstützende soziale Beziehungen gehören. Diese Merkmale sind nach Antonovsky notsächlich, aber nicht entscheidend. Von allergrößter Bedeutung ist das sog. Kohärenzgefühl („Sense of Coherence“), welches sich aus drei Elementen zusammensetzt (Fähigkeit zum Verständnis der inneren und äußeren Welt; Handlungs- und Bewältigungsfähigkeit und Sinnhaftigkeit der voraussehbaren Entwicklung und des eigenen Tuns) und welches für die Modifizierung und Koordinierung der Widerstandsressourcen sorgt.

---

<sup>1</sup> In der Zeit zwischen 1951 und seinem Todesjahr 1978 hat Parsons sich in verschiedenen Beiträgen immer wieder mit der Gesundheitsthematik beschäftigt und damit (auch für Public Health) wesentliche Standpunkte formuliert.

Das weiten Teilen der Public-Health-Bewegung zugrundeliegende positive Verständnis<sup>2</sup> von Gesundheit unterscheidet sich von diesen beiden Definitionen in mindestens einem wesentlichen Punkt. Betont werden weder die - wie bei Parsons - gesellschaftserhaltenden noch die - wie bei Antonovsky - real-vorhandenen subjektiven Ressourcen von Gesundheit. Stattdessen wird ein Idealzustand vorgestellt, der Verhaltensänderungen einschl. des Appells an Modifikationen von außen- und innergerichteten 'Deuten' betont. Gesundheit wird beispielsweise als Prozeß verstanden, der 'nur möglich ist, wenn ein Individuum flexibel und zielgerichtet den jeweils optimal erreichbaren Zustand der Koordination von inneren und äußeren Anforderungen bewältigt, dabei eine zufriedenstellende Kontinuität des Selbsterlebens (der Identität) sichert und eine persönliche Selbstverwirklichung in Abstimmung mit und in Rücksichtnahme auf Interaktionspartner ermöglicht'.

Im Bereich von Public Health besteht allerdings nicht nur **eine** allgemeingültige Gesundheitsdefinition. Insgesamt können die positiven psychologischen und soziologischen Begriffsbestimmungen unterschieden werden nach Definitionen, die Gesundheit verstehen a) in Anlehnung an die nach wie vor aktuelle WHO-Definition als psychisches und körperliches Wohlbefinden (welches sich anhand verschiedener Indikatorenbereiche messen läßt; vgl. Blaxter 1993); b) unter Berücksichtigung einer empirischen Persönlichkeitsforschung und tiefenpsychologischer Theorien als 'seelische Gesundheit' (die in dem Maße vorhanden ist, wie es jemandem gelingt, mit externen Anforderungen wie Rollenverpflichtungen und internen Anforderungen wie Schmerzen oder psychischen Bedürfnissen zur eigenen Zufriedenheit umgehen zu können); und c) auf soziodemographische Faktoren bezogene Konzepte, die Gesundheit in kausalem Zusammenhang mit Faktoren wie Bildung, Lebensbedingungen, Lebensweisen und körperbezogenen Variablen wie Widerstandskraft analysieren (Noack 1993). Die Betonung der Notwendigkeit von Verhaltensimplikationen ist entsprechend abhängig vom Ausmaß der angenommenen Beeinflussbarkeit der als maßgeblich für den jeweiligen Gesundheitszustand erachteten Phänomene.

In diesem Zusammenhang sei auf einen weiteren Aspekt verwiesen. Die Frage nach einer adäquaten Gesundheitsdefinition ist im Zusammenhang mit dem Prozeß der 'rapiden Aneignung von Public Health durch die Medizin' zu sehen (Kühn, Rosenbrock 1994, S. 44ff). Die Diskussion bewegt sich nicht um das 'richtige' positive Gesundheitsverständnis, sondern um die Frage, ob eine 'negative' Gesundheitsdefinition nicht doch die 'bessere', weil in Anbetracht der Erfordernisse des gewaltigen, schwerfälligen und mächtigen medizinischen Apparates 'effektivere', sei.

---

<sup>2</sup> Diese Begriffsbezeichnung wird benutzt, um die Abgrenzung zu den 'negativen', d.h. Gesundheit als 'Abwesenheit von Krankheit' definierenden Ansätzen der Bio-Medizin deutlich zu machen.

Dabei kann ein zunehmendes Spannungsverhältnis festgestellt werden. Einerseits wirkt die 'negative' biomedizinische Definition in der Vorherrschaft der auf individuelle Patienten bezogenen, technisch-pharmakologischen Biomedizin. Sie macht sich u.a. im vergleichsweise großen Umfang der medizinischen Prävention und Gesundheitsförderung, beispielsweise von Impfungen, Früherkennung, Vorsorge und medikamentöser Behandlung von Risikofaktoren bemerkbar (Abholz 1994).

Andererseits hat die zunehmende Institutionalisierung von Public Health in der Bundesrepublik mit dazu beigetragen, daß neben den vielfältigen Möglichkeiten der Einwirkung auf Gefahren und Risiken Initiativen verstärkt an Bedeutung erhalten, die sozial vermittelte individuelle Ressourcen positiv im Sinne des Konzepts der Gesundheitsförderung betonen (Hass, Lehmann 1996; Laaser, Lemke-Goliasch 1994; Münch 1996). Unter Weiterentwicklung älterer Ansätze der Partizipation und der Diskussion des Verhältnisses von Verhaltens- und Verhältnisprävention (Thönnessen 1985) zielen diese Initiativen darauf ab, „Zielgruppen in den Stand zu versetzen, ihre Gesundheit als ihr eigenes (individuelles und kollektives) Interesse zu erkennen und zu verfolgen“ (Rosenbrock et al., 1994, S. 11).

Die zunehmende Verbreitung positiver Gesundheitsdefinitionen verweist auf mindestens drei problematische Bereiche: a) auf die diesen Definitionen impliziten Anforderungen an Verhaltensmodifikationen, b) auf die sich darauf beziehenden Vorwürfe mangelnden 'Erfolgs' gegen Institutionen im Gesundheitsbereich, die beispielsweise die Zahl der RaucherInnen deutlicher reduzieren sollten als dies tatsächlich der Fall ist, und c) auf die steigende Unentschlossenheit auf Seiten von Individuen, möglichst 'compliant' (d. h. sich gemäß den Vorstellungen und Maßgaben der traditionellen Medizin zu verhalten) zu sein oder aber aktiv für die eigene Gesundheit einzutreten (was weit über die Maßgaben der Biomedizin hinausreicht, z. B. wenn Gesundheit als kollektives Interesse erkannt und verfolgt wird).

Damit stellt sich die Frage, inwiefern das negative oder/und das positive Gesundheitsverständnis Anforderungen an Individuen impliziert, die diese im Rahmen ihrer Lebensbedingungen umsetzen können. Bevor diese Frage beantwortet werden kann, wird dargestellt, wie unsere Lebensbedingungen von etwas, was als 'Gesundheitsdiskurs' bezeichnet werden könnte, zu einem nicht unerheblichen Anteil geprägt sind.

### **3 Der Gesundheitsdiskurs**

Vieles spricht dafür, daß es in unserer Gesellschaft einen 'Gesundheitsdiskurs' gibt (Bauch 1996; Thönnessen 1997). Ein solcher Diskurs bedeutet, daß Individuen ihre Alltagswahrnehmung bzw. ihr alltägliches Handeln u.a. nach den Themen ausrichten, die sie als subjektiv relevant in dem jeweiligen Zusammenhang erleben/deuten.

Der Beginn des Gesundheitsdiskurses kann etwa auf die Mitte der 70'er Jahre gelegt werden (Lupton 1995). In dieser Zeit wurde die Effektivität der Medizin massiv in Frage gestellt und deren soziale Kosten betont (McKeown 1976; Illich 1977). Das Aufbegehren gegen die als 'allmächtig' empfundenen Gesundheitsautoritäten resultierte u.a. im Entstehen lokaler und überregionaler Gesundheitsinitiativen ('Gesundheitsläden', 'Gesundheitstage'). 'Gesundheit als Diskurs' bedeutete für alle diejenigen, die sich von diesem Diskurs angesprochen fühlten, die Suche nach vornehmlich politischen Möglichkeiten, sich gegen die als bedrohlich empfundene Verbindung von Regierungs- und privatwirtschaftlichen Interessen zu widersetzen. Der Gesundheitsdiskurs stand im engen Zusammenhang mit dem Ökologie- und Umweltdiskurs (Hajer 1995), z.B. im Bereich der Anti-Atomkraft-Bewegung.

In der Folgezeit hat sich der Gesundheitsdiskurs 'individualisiert' und 'somatisiert'. Er ist heute ein 'Imperativ' (Lupton 1995), der vor allem am Körper ansetzt. 'Gesundheit' wird nicht nur erfahren, sondern zur Schau getragen. Ein braungebrannter, jugendlicher, schlanker Körper ist zum Synonym für Gesundheit geworden. Es wird angenommen, daß körperliche Stärke und geistig-moralische Disziplin auf diese Weise im wahrsten Sinne des Wortes 'anschaulich' dargestellt werden können.

Gesundheit heute gehört immer mehr in den Verantwortungsbereich des Individuums. Eine ganze Reihe von Erwartungen werden an die eigene Gesundheit gerichtet: Wir erwarten, uns wohl zu fühlen, ohne Schmerz und Behinderung zu sein, lange Zeit nach dem mittleren Lebensalter zu leben; wir erwarten das Überleben der Geburt und der Kindheit unserer Kinder und vieles andere. Für die Mehrzahl werden diese Erwartungen in der Tat in Erfüllung gehen, was uns dazu bringt, sie umso stärker in der Praxis erleben zu wollen.

Gleichzeitig macht sich eine zunehmende Desillusionierung breit hinsichtlich der biomedizinischen und der Möglichkeiten in der alltäglichen Lebenswelt, 'mehr' Gesundheit zu erreichen. Um die komplexen Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung zu sichern, reichen die Möglichkeiten von Gesundheitsversorgung und der kommerziellen Angebote in den meisten Fällen nicht aus. Es ist insofern eine zunehmende Diskrepanz zwischen subjektiven Gesundheitserwartungen und den Möglichkeiten, diese Erwartungen zu erfüllen, festzustellen.

Die Tatsache, daß die Einzelnen dazu aufgefordert sind, Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen, gehört zu den wichtigsten Bestandteilen des aktuellen Gesundheitsdiskurses. Sie hat zu einem verstärkten Druck auf die Individuen geführt, Verhaltensweisen und Einstellungen in ihren Alltag einzufügen, die als 'gesundheitsgerecht' gelten. Dies führt nicht notwendigerweise zu 'mehr' Gesundheit. Auch ein anderer Effekt ist denkbar: Alles mögliche wird versucht, um Gesundheit herbeizuführen - jedoch ohne (sichtbaren?) Erfolg.

Weder die negative Begriffsbestimmung von Gesundheit in der Medizin noch die positiven Begriffsbestimmungen von Gesundheit im Bereich von Public Health eignen sich dazu, diese Situation adäquat aufzufangen. Während die biomedizinische Definition die subjektiven Gesundheitserwartungen von Individuen weitgehend vernachlässigt (es wurde gezeigt, wie 'groß' diese inzwischen geworden sind), ignorieren die positiv-idealistischen Gesundheitsdefinitionen die realen Lebensumstände und -möglichkeiten von Individuen weitgehend.

Zu den ignorierten Bereichen gehört beispielsweise, daß gesundheitliches Risikoverhalten - so Beier, Horn et. al (1980, S. 69) in einer Studie über Widerstände gegen Gesundheitsaufklärung - „eine unter anderen möglichen Formen sozial akzeptierter und zugleich mit persönlichem Sinn unterlegter Konfliktlösungsmuster“ darstellt. Eine unerwünschte, aber deshalb nicht weniger reale Wirkung von Versuchen der Verhaltensbeeinflussung - so Kühn, Rosenbrock (1994, S. 37) in einer zusammenfassenden Darstellung von Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften - besteht in „einem zusätzlichen Verlust an Selbstbewußtsein bis hin zu Schuldgefühlen bei der großen Mehrzahl der Angesprochenen“. Realistischerweise ist davon auszugehen, daß die große Mehrzahl der Bevölkerung aufgrund ihrer Lebensumstände und/oder persönlicher Vorlieben/Abneigungen nicht dazu in der Lage ist bzw. sich nicht dazu in der Lage sieht, die Voraussetzungen zur Verwirklichung der beschriebenen Idealzustände in ihr Leben zu integrieren.

Der Fortschritt, der durch die Verwirklichung und Verbreitung eines positiven Gesundheitsverständnisses im Bereich von Public Health und auch in manchen Bereichen der traditionellen Medizin erreicht worden ist, darf nicht ignoriert werden. Jedoch ist davon auszugehen, daß ein alternatives Gesundheitsverständnis einige der mit den positiven Gesundheitsbegriffen verbundenen Probleme abschwächen kann.

#### **4 Das Konzept der 'Arche-Gesundheit'**

Nicholas J. Fox stellt in seinem Buch 'Postmodernism, Sociology and Health' (Fox 1993) eine 'postmoderne soziale Theorie von Gesundheit' vor. Seine Argumentation erfolgt in zwei Schritten. Ausgehend von den konstruktivistischen Auffassungen, daß 'Krankheit nie nur Krankheit' sein kann, sondern immer mit bestimmten Bedeutungen beladen wird (Sontag 1984), daß die menschliche Kultur in der Sprache konstituiert ist und daß nichts außerhalb von Sprache gewußt werden kann, zeigt Fox zunächst, daß Krankheit und Gesundheit als Zustände, die uns intensiv beschäftigen, immer 'erklärt' werden müssen. Sie gehen ein in die Sprache und werden konstituiert durch die Sprache - unabhängig davon, ob sie eine eigenständige Realität haben oder nicht.

Fox behandelt in diesem ersten Schritt seiner Argumentation die „politics of health-talk or illness-talk“ (Fox 1993, S.6). Er beschäftigt sich mit Fragen bezüglich der

Etablierung von Wissen über Gesundheit und Krankheit, wie beispielsweise: Wie beanspruchen Diskurse über Gesundheit und Krankheit, gleich, ob sie nun aus dem medizinischen, aus dem Public-Health, aus dem alternativen oder dem Laienbereich kommen - Authentizität und Autorität, und wie geschieht es, daß wir bereit sind, ihr Wissen über den 'eigentlichen' Charakter von Gesundheit und Krankheit zu übernehmen?

Das Einnehmen einer solchen Position impliziert eine gewisse Reflexivität hinsichtlich der Etablierung von Behauptungen, die für sich in Anspruch nehmen, 'wahr' zu sein. Unsere Vorstellungen von der Faktizität von Gesundheit und Krankheit werden in der konstruktivistischen Theorie in Frage gestellt. Gesundheit und Krankheit gelten als 'hochumkämpfte, fragmentierte und fluktuierende Kämpfe für den Körper' (Fox 1993, S. 43) und gegen dessen Regulation (Turner 1994/1992).

Im zweiten Schritt seiner Argumentation thematisiert Fox die 'implizite Bedeutung' von Gesundheit, die er als 'postmoderne soziale Theorie von Gesundheit' bezeichnet. Er geht davon aus, daß die einheitlichen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit in der postmodernen Theorie durch etwas fragmentiertes und unbestimmtes abgelöst werden. Diese Unbestimmtheit nennt Fox (1993, S. 137ff) 'Arche-Gesundheit'. Er betont den dynamischen Aspekt dieses Konzeptes, wenn er 'Arche-Gesundheit' als 'das Werden des Organismus' beschreibt.

'Arche-Gesundheit' beinhaltet - ähnlich wie die von Fox in seinem ersten Argumentations-schritt dargestellte konstruktivistische Auffassung von Gesundheit - einen gewissen Skeptizismus gegenüber allen geläufigen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Aber 'Arche-Gesundheit' bedeutet weitaus mehr.

Fox beruft sich bei der Beschreibung dieses 'mehr' auf Nietzsche, sowie auf Deleuze, Derrida und Foucault, die von Nietzsche's Gedanken stark beeinflusst wurden. Er hebt zwei Punkte hervor, mit denen er verdeutlicht, daß seine Vorstellungen von Gesundheit im Zusammenhang mit Politik und Ethik stehen und die 'Notwendigkeit einer unterschiedlichen Einstellung' (Fox 1993, S. 119) zu diesen Bereichen implizieren. Unter Berufung auf Stephen White (White 1991) schlägt er vor, daß Ethik und Politik der postmodernen sozialen Theorie durch die innere Haltung eines 'leidvollen Entzückt-seins' ('the mood of grieving delight') vermittelt sein sollen. Mit Nietzsche argumentiert er, daß die Implikationen des Konzepts der 'ewigen Wiederkehr' unser Denken und Handeln bestimmen sollten ('was immer Du willst, wolle es so, daß Du seine ewige Wiederkehr willst').

'Arche-Gesundheit' bedeutet in diesem Kontext Widerstand gegen Diskurs und Beherrschung und die 'Verantwortung zum Anderssein'. 'Arche-Gesundheit' ist keine vorausgehende oder privilegierte Art von Gesundheit, sondern ein Zustand, der sich gegen



Definitionen widersetzt und dem keine Identität innewohnt, sondern Unterschiedlichkeit (différance)<sup>3</sup>.

Anstatt mit Gesundheit oder ihrer Abwesenheit bleibt mann/frau nur mit Unterschiedlichkeit zurück. Dies ist, was Fox als Arche-Gesundheit bezeichnet. Es geht ihm um 'Gegenwart', die - als unmittelbares Wissen - ein Indikator für Authentizität, der Erfahrung von Realität oder 'einfach' der Möglichkeit ist, die 'Wahrheit' über jemanden oder etwas zu sagen.

Fox' Diskussionen der Haltung des 'leidvollen Entzückt-seins' und der Ethik der unendlichen Wiederkehr begründen eine sehr unterschiedliche Konzeption menschlichen Potentials (oder von dessen Versagen) - er ersetzt mit ihnen die diskursiv konstruierten Bezeichnungen 'Gesundheit' und 'Krankheit', die sich in unseren Körper und unser Selbst 'einschreiben'. 'Arche-Gesundheit' ist das, was sich weigert, diskursiv zu sein; es ist die individuelle Verantwortung zum Anderssein, die als Ziel die Ermöglichung persönlichen 'Werdens' zum Inhalt hat (Fox 1993, S.140).

## 5 Konklusion

Der aktuelle Gesundheitsdiskurs ist nicht mehr wie in seiner Anfangszeit Mitte der 70' er Jahre von der Suche nach Widerstandsmöglichkeiten gegen (vermeintlich gesundheits-schädigende) Aktivitäten von Regierung und Privatwirtschaft geprägt. Potentiell gesundheits-schädigende Quellen sucht das Individuum heute weitgehend im eigenen Körper (und setzt auch dort mit der 'Therapie' an). Für diese 'Selbstsorge' stehen die verschiedensten Hilfsmittel und -quellen zur Verfügung. Mit zunehmendem Angebot an gesundheits-erhaltenden Mitteln und Techniken macht sich jedoch Unsicherheit breit hinsichtlich der 'effektivsten' gesundheitsrelevanten Methoden, was sich beispielsweise daran erkennen

---

<sup>3</sup> Das auf Derrida zurückgehende Konzept der Unterschiedlichkeit (différance) umschreibt die in der Sprache verwurzelte fundamentale Unentscheidbarkeit bzw. die 'Schlüpfrigkeit' von Bedeutungen, die auftritt, sobald versucht wird, ein Konzept zu verstehen. Während wir das Reale in der Sprache repräsentieren wollen, bleiben wir doch zurück mit einer Annäherung an die Realität, auch wenn wir noch so sehr versuchen, diese 'realer' zu machen. Derrida argumentiert, daß die Anerkennung von différance uns dazu zwingt, jeglichen Existentialismus oder Fundamentalismus bei unserer Suche nach dem Realen zu verbannen. Stattdessen sollten wir uns darauf konzentrieren, die 'Bewegungen von Unterschiedlichkeit' zu beobachten, die die Welt konstituieren (in seiner Konsequenz läuft dieses Konzept darauf hinaus, ein unvermitteltes Wissen über die Welt zu erlangen - ein Thema, welches die Philosophie seit Sokrates beschäftigt).

läßt, wie Menschen sich über ihre Sorge um die eigene Gesundheit äußern und welche Arten von gesundheitsfördernden Aktivitäten sie ausüben (Blaxter 1993).

Dem aktuellen Gesundheitsdiskurs liegt die Annahme zugrunde, daß das Ziel in individueller Verhaltensänderung bestehe und darin, daß Einstellungen hierbei prägenden Charakter haben. Konkret bedeutet dies, daß davon ausgegangen wird, daß Gesundheitsverhalten manipuliert werden kann und soll, weil es das Resultat von Wissen und Einstellungen ist und weil spezifische Verhaltensweisen helfen können, 'Gesundheit zu vermehren'. Es hat sich eine Handlungshierarchie konstituiert, in der gesundheitliche Selbstsorge an der Spitze und das 'Sicherheitsnetz' der Gesundheitsversorgungseinrichtungen am Ende steht (Lupton 1995, S. 53).

Problematisch ist diese Entwicklung deshalb, weil das Erreichen 'guter' Gesundheit zu einem Ziel wurde, statt ein Mittel zu sein. Der Gesundheitsdiskurs in seiner aktuellen Ausprägung legt nachdrücklich Wert darauf, daß „gute“ Gesundheit in der Verantwortung des Einzelnen liegt. Damit trennt er Gesundheit vom Individuum: 'Gesundheit wird so konstruiert, als ob das Individuum sie 'in sich' trägt, und ein Potential ist, welches 'nur' durch 'Arbeit' an verschiedenen Verhaltensweisen und Einstellungen, von denen angenommen wird, daß sie der Gesundheit zuträglich sind, befreit werden muß' (Lupton 1995, S. 70)

Auf diese Weise kann eine Person zum „Opfer“ ihrer schlechten Gesundheit werden und ist gleichzeitig die Einheit, die für diesen Zustand verantwortlich ist. Dies birgt die Gefahr des 'victim-blaming' und der Überlastung von Individuen, da sie für etwas verantwortlich gemacht werden, für das sie nur teilweise verantwortlich sind. Als Problem kommt hinzu, daß die gestiegene Kapazität, uns selbst und die Welt um uns herum zu manipulieren, dazu geführt hat, daß ein akzeptabler Gesundheitszustand immer häufiger zu einer gewohnheitsmäßigen Erwartung und zu einem Routine-Recht wird - und zwar als Forderung, welche alle Individuen legitimerweise an die entsprechenden Institutionen richten können. In Anbetracht des gegenwärtigen Krankheitspanoramas und der am Individuum ansetzenden Medizin ist davon auszugehen, daß diese Forderungen nicht erfüllt werden können.

Ein gewisser Skeptizismus hinsichtlich der geläufigen Gesundheitsdefinitionen sollte helfen, diese Problematik zu relativieren. Eine solche Haltung wird in Fox' (1993) alternativem Gesundheitsverständnis ('Arche-Gesundheit'), welches sich durch Unbestimmtheit und Nicht-Festlegen-Wollen auf eine bestimmte Definition kennzeichnet, deutlich. Die Fox'sche Bestimmung ist allerdings kein Gesundheitsverständnis im 'wissenschaftlichen' Sinne, was beispielsweise daran zu bemerken ist, daß es durch den Wunsch, sich 'weiterzuentwickeln' und durch den 'Mut zum Anderssein' - sehr allgemeinen Begriffen, die auf den ersten Blick nicht unbedingt etwas mit den geläufigen Verständnissen von Gesundheit zu tun haben - gekennzeichnet ist.

Das Fox'sche Verständnis beinhaltet eine Kritik an der Soziologie allgemein. Diese hat den Menschen - ausgehend von der Annahme einer überragenden Bedeutung seiner

Fähigkeit, zu rationalisieren und Kontrolle über seine Umwelt zu erreichen - als Konstrukteur 'des Sozialen' in den Mittelpunkt gestellt. Dabei ging sie davon aus, daß soziologisches Wissen das Produkt der Reflexivität des menschlichen Geistes ist - und deshalb wahr sein muß. Weite Teile der Soziologie haben jedoch übersehen, daß die Vermittlung des Wissens über die Welt durch die menschlichen Beobachter nicht transparent ist. Aus diesem Grunde sollte die Soziologie stets einen kritischen Abstand zu ihren Produktionen und zu sich selbst als einer Disziplin einnehmen, die von sich behauptet, authentisches Wissen über das Soziale zu vermitteln. Denn Wissen ist weder transkulturell noch transhistorisch, sondern nur kontextuell anwendbar.

Krankheit und Gesundheit beispielsweise sind Konstrukte und erhalten ihre Authentizität über Diskurse, die Autorität für sich beanspruchen. Fox' Ziel ist es, die Ansprüche und Konsequenzen, die mit den Ansätzen der Soziologie (und der Medizin) verbunden sind, Gesundheit und Krankheit zu definieren, zu relativieren. Seine Bezugnahme auf die 'impliziten Bedeutungen' eines 'postdiskursiven' Gesundheitsverständnisses reicht über die diskursiven Gesundheitsbotschaften hinaus und hat Konsequenzen für die Medizin und für Public Health.

Sowohl die traditionelle Biomedizin als auch Public Health könnten durch Berücksichtigung von 'Arche-Gesundheit' profitieren. Erstgenannte deshalb, weil sie den Individuen etwas an der Verantwortung und Selbstbestimmtheit zurückgeben könnte, welche sie ihnen in den letzten Jahrzehnten weitgehend entrissen hat. Letztgenannte, weil sie helfen könnte, die Individuen von der Verantwortung zu entlasten, die ein weitgehend in den Bereich individueller Verantwortung fallendes Gesundheitsverständnis und -verhalten mit sich bringt.

#### Literatur:

- Abholz, Heinz-Harald, 1994: Grenzen medizinischer Prävention. In: Rolf Rosenbrock; Hagen Kühn; Barbara Maria Köhler (Hrsg.), Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitserziehung. Berlin, S. 54-82.
- Antonovsky, Aaron, 1979: Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. San Francisco.
- Antonovsky, Aaron, 1987: Unravelling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay-Well. San Francisco.
- Bauch, Jost, 1996: Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft. Weinheim, München.
- Beier, Christel; Horn, Klaus; Kraft-Krumm, Doris, 1980: Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn - Zur Methode einer Studie über Widerstand gegen Gesundheitsaufklärung. In: Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Köln, S. 59-100.
- Blaxter, Mildred, 1993: Health and Lifestyles. London.

- Fox, Nicholas J., 1993: *Postmodernism, Sociology and Health*. Buckingham/Philadelphia.
- Gerhardt, Uta, 1991: Rollentheorie und gesundheitsbezogene Interaktion in der Medizinsoziologie Talcott Parsons. In: Gerhardt, Uta: *Gesellschaft und Gesundheit*. Frankfurt/M, S. 162-202.
- Hajer, Maarten A., 1995: Ökologie und Technik - Modernisierungstheorie zwischen Normalisierung und realistischer Utopie. In: Sahner, Heinz/Schwendtner, Stefan (Hrsg.), *Gesellschaften im Umbruch; 27. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Soziologie*. Opladen, S. 791-794.
- Hass, Wolfgang; Lehmann, Frank F, 1996: Schulung von KrankenkassenmitarbeiterInnen zur Gesundheitsförderung im Rahmen des § 20 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V). In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 3, S. 248-259.
- Illich, I, 1975: *Medical Nemesis*. London.
- Kunzendorff, Eberhard, 1993: Konzeptionelle Zugänge zu einer positiven Bestimmung des Begriffs Gesundheit. In: Gawatz, R.; Novak, P. (Hrsg.). *Soziale Konstruktionen von Gesundheit. Wissenschaftliche und alltagspraktische Konzepte*. Ulm, S. 61-71.
- Laaser, Ulrich; Lemke-Goliasch, Peter, 1994: *Gesundheitsförderung in der Großstadt. Interventionspraxis und Evaluation zur Herz-Kreislauf-Prävention in der Gemeindestudie Stuttgart*. Weinheim, München.
- Lupton, Deborah, 1995: *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*. London, Thousand Oaks, New Delhi.
- McKeown, Thomas, 1976: *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* Oxford.
- Münch, Eckhard, 1996: Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Evaluation von Gesundheitszirkeln als Instrumente der Arbeits- und Organisationsgestaltung. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 4, S. 318-334.
- Noack, Horst, 1993: *Gesundheit: Medizinische, psychologische und soziologische Konzepte*. In: Gawatz, R.; Novak, P. (Hrsg.), *Soziale Konstruktionen von Gesundheit. Wissenschaftliche und alltagspraktische Konzepte*. Ulm, S. 13-32.
- Parsons, Talcott, 1951: *The Social System*. New York.
- Rosenbrock, Rolf; Kühn, Hagen; Köhler, Barbara Maria, 1994: *Präventionspolitik: Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung*. In: dies., Berlin, S. 11-26.
- Thönnessen, Joachim, 1985: *Konzeptionen der Gesundheitserziehung*. Diplom-Arbeit; Fak. für Soziologie der Universität Bielefeld.
- Thönnessen, Joachim, 1997: *Der Gesundheitsdiskurs. Eine strukturierte Literaturskizze aus Sicht einer Soziologie des Körpers; paper 14*, Institut für Soziologie der RWTH Aachen.
- Turner, Bryan S., 1994/1992: *Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology*. London, New York.
- White, Stephen, 1991: *Political Theory and Postmodernism*. Cambridge.

**Dr. Joachim Thönnessen**  
**Institut für Soziologie**  
**der RWTH Aachen**  
**52056 Aachen**  
**Tel.: 0241-80-6220**  
**Fax: 0241-8888-160**  
**E-Mail: [institut@soziologie.rwth-aachen.de](mailto:institut@soziologie.rwth-aachen.de)**

*Joachim Thönnessen*, Dr. biol. hom., Dipl. Soz., M.A. (Philosophie), geb. 1959, Studium der Soziologie und Philosophie in Bielefeld, Groningen und London. Tätigkeiten in Forschung und Lehre in der Abteilung für Medizin-Soziologie, Universitätsklinikum Giessen (7/87-11/91), bei der Vorbereitung des Public-Health-Studienganges an der TU Berlin (11/91-4/92), in der Sozialberichterstattung und Betreuung von Modellvorhaben im medizinisch-pflegerischen Bereich, Institut für Gerontologie, Dortmund (5/92-12/93) und in Forschung und Lehre am Institut für Soziologie der RWTH Aachen (seit 3/94). Arbeitsschwerpunkte: Medizin-/ Gesundheitssoziologie; Soziologie des Körpers; Methoden der empirischen Sozialforschung.