

B. DIE AUFWERTUNG VON GESUNDHEIT: DYNAMIK UND FOLGEN

Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes.

BUNDESÄRZTEORDNUNG § 1, ABS. 1, SATZ 1

Das in die klassischen Zielen der Medizin gefasste *therapeutische Paradigma* ist konzeptionell um das Begriffspaar Krankheit/Gesundheit angelegt. Die zentrale Bestimmung und Zielsetzung der Behandlung von Krankheit in Form von präventiven und therapeutischen Maßnahmen hat darin ihr komplementäres Gegenstück in der Erhaltung und Förderung der Gesundheit. Der Ursprung dieser begrifflichen Konstruktion liegt in der unauflöslichen Verschränkung der bezeichneten Gegenstandsbereiche und Zustände. So wie Menschen nicht *nur krank* oder *nur gesund* sind, sondern vielmehr lediglich in einer bestimmten Hinsicht bzw. bezogen auf bestimmte Organe, Körperfunktionen oder psychische Eigenschaften erkrankt sind, also immer krank und gesund zugleich sind (freilich in variierenden Gewichtungen und Bezogenheiten der beiden Befindlichkeitskategorien), genauso fließend ist das Wechselverhältnis auf begrifflicher Ebene. Somit verweisen der Gesundheits- und Krankheitsbegriff notwendig und direkt aufeinander. In diesem Sinne ergibt sich aus den explizit krankheitsbezogen formulierten Zielen der Medizin automatisch ihre implizite gesundheitliche Fassung. Die Heilung einer Krankheit geht unweigerlich mit der Wiederherstellung der Gesundheit einher bzw. kann in dieser bestehen; und die Erhaltung der Gesundheit befördert immer auch die Verhütung von Krankheit. Dabei gilt insbesondere, was Dietrich von Engelhardt treffend zum Ausdruck bringt: „Gesundheit und Krankheit sind vor allem Prozesse, zeigen jeweils ein Spektrum; Krankheit entsteht aus Gesundheit, ebenso Gesundheit aus Krankheit.“⁵³ Demnach wäre es verfehlt, die beiden Begriffe als starre Bezeichnungen von Kategorien zu verstehen, die objektiv bestimmbare Zustände bezeichnen, welche sich zudem gegenseitig ausschließen.

B.1 Wandel des Gesundheitsverständnisses in der Medizin

Nachdem das Bewusstsein der engen Verschränkung von Gesundheit und Krankheit das Denken und Handeln der Medizin viele Jahrhunderte der Mensch-

53 Engelhardt (1989), S. 412.

heitsgeschichte hindurch in unterschiedlichen Ausprägungen bestimmt hatte, verschoben sich mit dem Aufkommen der positivistischen Naturwissenschaften gegen Ende des 18. Jahrhunderts nach und nach die Gewichtungen für die orientierende Zielsetzung der Medizin.⁵⁴ Nicht zuletzt unter dem Eindruck und Nachwirken der dualistischen Philosophie Descartes', die den Grundstein für ein stark mechanistisches Naturverständnis und Menschenbild gelegt hatte, das dann La Mettrie mit seiner Vorstellung vom Menschen bzw. den menschlichen Körper als einer physikalischen Gesetzen gehorchenden Maschine zuspitzte, konnte sich ein Denken etablieren, das Gesundheit als reibungsloses Funktionieren und Krankheit primär als kausal wirkende Störung einer Mechanik auffasste. Diesem Denken gemäß waren Krankheiten als identifizierbare Einheiten eindeutig auffindbar und eliminierbar. So erinnert Klaus Bergdolt daran,

„dass die Kunst der gesunden Lebensführung infolge des naturwissenschaftlichen Paradigmenwechsels der europäischen Medizin zur Mitte des 19. Jahrhunderts ihre traditionelle Bedeutung einbüßte. Fast über Nacht wurde die Gesundheit damals zu einer technischen Größe degradiert.“⁵⁵

Bis in das 20. Jahrhundert hinein dominierte ein biomedizinisch-naturwissenschaftliches Krankheitsverständnis sowie die Vorstellung einer entsprechend ausgerichteten Praxis der Krankheitsbekämpfung die ärztliche Tätigkeit. Vor allem durch die nosologische Benennung und Einteilung der unterschiedlichen Erscheinungsformen menschlichen Krankheitsgeschehens nach standardisierten und verallgemeinerbaren Kriterien, durch die dabei stark naturwissenschaftlich geprägte Herangehensweise, ein klassifikatorisch ausgeklügeltes Register sämtlicher Krankheitseinheiten zu erstellen, um individuelle und mehr oder weniger vage Befunde, Symptome und Beschwerdebilder eindeutigen Krankheitstypen unterscheiden und damit präzise zuordnen zu können, durch diese Konzentration auf das differenzierte Erkennen und Benennen als Voraussetzung für nachhaltige Heilerfolge und beachtliche Fortschritte in der Therapieentwicklung lag das Hauptaugenmerk der Medizin darauf, Krankheiten zu behandeln. Die seit der Antike stets auch an der Erhaltung der Gesundheit interessierte Heilkunst, die ih-

54 Vgl. hierzu ebd. und Seidler/Leven (2003), S. 179ff. Kritisch sieht Ivan Illich diesen Prozess getrieben von der zeitgenössischen „Hoffnung, auch der Medizin jene elegante Vollkommenheit verleihen zu können, die Kopernikus der Astronomie gegeben hatte“, indem „Krankheiten durch den Arzt-Systematiker isoliert und nach Kategorien geordnet werden“ sollten. Illich (1995), S. 115.

55 Bergdolt (1999), S. 15f.

rer entsprechenden Zuständigkeit mit Konzepten der Hygiene und Diätetik nachzukommen versuchte, entwickelte sich im Zeichen der expandierenden Naturerforschung und -beherrschung durch die exakten Wissenschaften der Neuzeit hin zu einer auf die Beseitigung von Störungen konzentrierten kurativen ‚Reparaturmedizin‘. Erst mit dem vergangenen Jahrhundert, vor allem in dessen zweiter Hälfte, erfolgte eine Akzentverschiebung innerhalb des Verständnisses von Gesundheit und Krankheit zugunsten einer stärkeren Beachtung von Gesundheit als direkt anzustrebendem Ziel der Medizin. Der negativistische Krankheitsbegriff als Ausdruck einer „naturwissenschaftliche[n] Verengung des medizinischen Blicks“⁵⁶ und die daraus abgeleitete, weithin vorherrschende Maxime der Krankheitsbekämpfung wurden ergänzt durch eine Wiederbelebung des längere Zeit in den Hintergrund getretenen, nun wiederentdeckten Bewusstseins von Gesundheit als positiver Qualität.

B.1 (a) Gesundheitsorientierung und Prävention

Als Resultat eines konzeptuellen Ergänzungsprozesses des auf den Krankheitsbegriff fokussierten und an Krankheitsbehandlung ausgerichteten ärztlichen Denkens und Handelns sieht sich die Medizin der Gegenwart „verstärkt vor die Aufgabe gestellt, nicht nur Krankheit zu überwinden, sondern ebenso Gesundheit zu erhalten“⁵⁷. Als einer auf wissenschaftlichen Erkenntnissen aufbauenden Praxis rückt damit für die Medizin die Frage nach den Bedingungen von Gesundheit in den Mittelpunkt. Die pathogenetische Konzeption in der Medizin, die sich mit den verursachenden Faktoren und Wirkmechanismen von Krankheiten befasst, weicht mehr und mehr einer salutogenetischen Konzeptuierung, die nach den Bedingungen für das Ent- und Bestehen von Gesundheit fragt.⁵⁸ In der Folge des sich vollziehenden Wandels von einer primär kurativ ausgerichteten Heilkunst und nachsorgenden Reparaturmedizin, die sich in erster Linie an der negativen Leitgröße der Krankheit (und deren Bekämpfung) orientiert, hin zu einer Medizin, die an der positiven Zielgröße der Gesundheit (in Form ihrer Wiederherstellung, Erhaltung und Stärkung) ausgerichtet ist, entsteht das Para-

56 Badura/Feuerstein (2007), S. 409.

57 Engelhardt (1989), S. 408.

58 Zu dem Paradigmenwechsel der Krankheits- zur Gesundheitsforschung siehe Antonsky (1997); Maoz (1998); Bengel et al. (2001). Zu den soziologischen Wurzeln dieser Perspektivenverschiebung, die bis zu den Kultur- und Zivilisationstheorien von Marx, Freud, Elias und Durkheim zurückzuverfolgen sind, siehe Badura/Feuerstein (2007), S. 398ff.

digma einer präventiven und gesundheitsfördernden Vorsorgemedizin – das *präventive Paradigma*.

Dass diese Entwicklung weder in ihren Vorlaufbedingungen noch in ihren Auswirkungen auf die medizinische Wissenschaft oder Krankheitslehre beschränkt bleibt, hat mit den vielschichtigen Verflechtungen zu tun, in denen der Begriff der Gesundheit in die soziale, politische, ökonomische und gesellschaftliche Lebenswelt hineinwirkt. Dietrich von Engelhardt bringt dies auf das Motiv von *Gesundheit als Idee*:

„Die Geschichte des Gesundheitsbegriffs ist die Geschichte einer Idee; diese Idee steht immer in einem Zusammenhang mit der medizinischen Praxis und der soziokulturellen Wirklichkeit, mit der Gesundheitspolitik und Gesundheitserziehung eines Landes oder einer Epoche.“⁵⁹

Damit kommt neben der anthropologischen Relevanz, die ein grundlegender Wandel des Verständnisses von Gesundheit als Zeichen einer veränderten Sicht des Menschen auf sich und sein Wesen, seine Körperlichkeit und sein Selbst-Verhältnis bedeutet, nicht nur die Perspektivenverschiebung innerhalb der Medizin, sondern auch die gesamtgesellschaftliche Ausstrahlung des salutogenetischen Denkens in den Blick. Den ideellen Ausgangspunkt bildet dabei ein Gesundheitsverständnis, das sich nicht damit begnügt, Gesundheit als die Abwesenheit von Krankheit zu verstehen: „Gesundheit ist ein Gegenbegriff zur Krankheit, ist aber zugleich mehr als bloß das Fehlen von Krankheit.“⁶⁰ Für die Medizin ergibt sich daraus als Konsequenz, dass das Ziel des Gesundheitserhalts nun nicht allein mit der Beseitigung von Krankheit zu erreichen ist, sondern es vielmehr eigener Anstrengungen bedarf, den Zustand der Gesundheit direkt hervorzubringen – ein Bemühen, dessen Berechtigung und Dringlichkeit weiter verstärkt werden, je mehr der Wert und die Bedeutung, die der Gesundheit zukommen, wachsen. Für die das 19. und 20. Jahrhundert durchziehende kulturhistorische Entwicklungsgeschichte, deren Resultate die gegenwärtige Situation bestimmen, lässt sich mit dem Medizinsoziologen Alfons Labisch ebendiese Dynamik feststellen:

„Die Bedeutung von Gesundheit nimmt indes immer weiter zu. [...] Gesundheit wird als voraussehbare körperliche und vor allem psychomenteale Leistungsfähigkeit zu einem all-

59 Engelhardt (2000), S. 113. Vgl. zur Herausbildung und Metamorphose eines „Gesundheitsimperativs“ auch Mazumdar (2004), S. 18f.

60 Engelhardt (1989), S. 411.

gemein gültigen Austauschmittel. Gesundheit erlaubt wie Geld oder fachliche Qualifikation den reibungslosen Verkehr zwischen den verschiedenartigen Lebenskreisen einer nachindustriellen Gesellschaft.“⁶¹

Die Wandlung des Gesundheitsverständnisses, das nun immer mehr „von neuen und *positiven* Werten aufgeladen“⁶² ist, bleibt nicht ohne Folgen für den Einfluss und Stellenwert, den die Medizin innerhalb des gesamtgesellschaftlichen Umfelds gewinnt. Der Mensch, der sein Leben ganz der eigenen Gesundheit, ihrem Schutz und Erhalt widmet, der nicht nur die ihn umgebenden Lebensverhältnisse und Umweltfaktoren unter gesundheitlichen Aspekten wahrnimmt, sondern auch seine Entscheidungen und Handlungen an salutogenen Einsichten ausrichtet, verkörpert einen spezifisch modernen Menschentypus. Labisch hat für diese Figur die anthropologische Formel vom „*Homo hygienicus*“ geprägt, um damit der umfassenden Reichweite dieses grundlegenden Wandels gerecht zu werden, die den Menschen entwirft als „Individuum, das vor allen anderen Werten Gesundheit als oberstes Lebensziel ansieht und sein Leben daher medizinisch-wissenschaftlichen Prinzipien unterwirft“⁶³.

Für die Realität und Durchschlagskraft dieser Entwicklung ist es bezeichnend, dass die verstärkte Fokussierung auf Gesundheit aus unterschiedlichen Gründen auch jenseits der Medizin Zustimmung findet und propagiert wird. Aus der Perspektive der Markt- und Trendforschung, deren Bestandsaufnahmen ganz im Gegensatz zu eher skeptischen sozialwissenschaftlichen Analysen mit historischem Bewusstsein – kaum überraschend – weit weniger kritisch, sondern vielmehr deskriptiv-affirmativ ausfällt, erhält der beschriebene Wandel ein rundum positives Gesicht. So heißt es in den 2006 von einer „Zukunftsinstitut GmbH“ veröffentlichten „Gesundheitstrends 2010“ geradezu euphorisch, die (bereits begonnene) Zukunft der Gesellschaft liege im Modell einer „Health-Society als Entwurf einer zukünftigen Gesellschaft, die sich zuallererst über das Streben nach Gesundheit und Wohlfühlen definiert.“⁶⁴

Diese programmatische Prognose-Formel für den Rang, den Gesundheit sowohl für das Individuum als auch die Gesellschaft im 21. Jahrhundert einnehmen wird, steht dabei in einer bemerkenswerten Tradition. So hatte die Weltgesundheitsorganisation WHO im Jahre 1946 eine bis heute sehr einflussreiche und dabei höchst umstrittene Gesundheitsdefinition aufgestellt, die nicht minder um-

61 Labisch (1995), S. 196.

62 Mazumdar (2004), S. 16.

63 Labisch (1992), S. 255.

64 Huesmann et al. (2006), S. 7. Ganz ähnlich auch Kickbusch (2004).

fassend und anspruchsvoll lautet: „Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.“⁶⁵ Zwar ist der hierin zum Ausdruck kommende Gesundheitsbegriff alles andere als streng auf medizinische Belange beschränkt, sondern umfasst sozialpolitische, wirtschaftliche und ökonomische Aspekte sowie indirekt Zielsetzungen für die entsprechenden politischen – nichtmedizinischen – Handlungsfelder, enthält aber gerade in seinem übermäßigen, holistischen Verständnis von Gesundheit genau dasjenige Moment, das in den letzten Jahrzehnten auch innerhalb des medizinischen Bereichs immer bestimmender geworden ist: die Expansion des Gesundheitsbegriffs. Was mit dem Vorzeichenwechsel von einem *ex negativo* über den Krankheitsbegriff definierten Verständnis von Gesundheit hin zu einer positiv bestimm- und erlangbaren Größe begann, ist mittlerweile in eine bemerkenswerte evaluative Aufladung von Gesundheit als dem sprichwörtlichen ‚höchsten Gut‘ übergegangen. Dies hat nun dazu geführt, dass der Begriff der Gesundheit nicht mehr länger als die untrennbare Kehrseite des Begriffs der Krankheit verstanden werden muss, sondern sich von seinem pathologischen Komplementärbegriff gelöst hat.

Dies hat weitere Verschiebungen medizinischer Paradigmen zur Folge. So kann an einem gewissermaßen eigenständig gewordenen Gesundheitsverständnis kann die Idee der Prävention nahtlos anschließen, ist es ihre Aufgabe doch, den regulativen Bezugspunkt medizinisch-kurativen Handelns dauerhaft zu vermeiden. Und da laut Definition und Eigenlogik des Vorbeugeprinzips „Prävention erfolgt, wenn ein Problem noch nicht oder noch nicht im erwartbaren Umfang aufgetreten ist“⁶⁶, entspricht es dem neuen Gesundheitsverständnis, wenn nicht mehr (nur) kranke, sondern zunehmend auch gesunde Personen medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Allerdings werden hier Zweifel laut, ob sich die unablässige präventive Aufmerksamkeit, Selbstbeobachtung und ärztliche Kontrolle tatsächlich nur positiv auf den tatsächlichen Gesundheitszustand und dessen Wahrnehmung durch den Vorsorgeklienten auswirkt, wie Christopher Rommel pointiert: „Der jetzt zum Arzt gehen soll, das ist nicht mehr der Kranke, aber auch nicht der Gesunde, sondern eine neue Gattung: der Noch-Gesunde, der Noch-nicht-Kranke.“⁶⁷ Indem die Medizin sich damit nicht mehr in erster Linie der Krankheitsbehandlung verschreibt, sondern sich auch ausdrücklich für Gesunde zuständig erklärt, löst sich die Idee medizinischer Prävention nach und

65 WHO (1946). Orig.: „Health is the state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence if disease or infirmity.“

66 Dollinger (2006), S. 147 .

67 Rommel (1994), S. 418.

nach von der Orientierung am Krankheitsbegriff, was den Übergang bzw. Umschlag von gesundheitserhaltender Vorsorge zu leistungssteigerndem Enhancement markiert. Wiederum bringt die konsumgläubige Rhetorik der Trendforschung diese Dynamik genau auf den Punkt, wenn es um die wegweisende Bestimmung des Adressatenkreises medizinischer Leistungen und Angebote geht: „Gesundheitskunde ist auch derjenige, der im klassischen Sinne gesund ist, aber durchaus noch mehr Optimierung seiner Fitness vertragen kann.“⁶⁸

B.1 (b) Eigenverantwortung und Individualisierung

Ein weiteres Moment, das sich parallel zur Umdeutung und Positivierung des Gesundheitsbegriffs herausgebildet hat und das auf das Engste mit der Idee der Vorbeugung harmoniert, ist das Konzept der Eigenverantwortung und Individualisierung in der Medizin. Zunächst entspricht ein eigenverantwortliches Verständnis der Patientenrolle dem heutigen „Leitbild einer Verantwortungspartnerschaft zwischen Arzt und Patient“⁶⁹, das das überkommene paternalistische Arztbild mit seinen charakteristischen Mängeln fehlender Einbeziehung und Aufklärung sowie einer Bevormundung des Patienten als normativer Leitwert abgelöst hat. Das Instrument der informierten Zustimmung (*informed consent*) steht dabei für die explizite Berücksichtigung der individuellen Wünsche und Einstellungen des Patienten bei Behandlungsentscheidungen. Angesichts der Emanzipation von der autoritativen Figur des fürsorglich entscheidenden Arztes sowie eines impliziten Drucks zu vorausschauender Prävention ergibt sich nun für den Patienten die Chance und Herausforderung, sein gesundheitliches Schicksal in die eigene Hand zu nehmen und selbst zu bestimmen, welche Schritte zur Erhaltung seiner Gesundheit er ergreifen möchte.⁷⁰

Damit sieht sich die Medizin gewandelten Anforderungen gegenüber, indem sie nicht mehr nur mit hilfsbedürftigen Menschen in Krisensituationen konfrontiert wird, sondern es zunehmend mit dem „Wunsch der Kundenpatienten nach

68 Huesmann et al. (2006), S. 12f.

69 Fischer (2002), S. 48.

70 Dass diese Chance zur eigenmächtigen Gesundheitsformung auch die überaus negativen Züge internalisierten Zwangs annehmen kann, macht Bettina Schmidt mit Blick auf die Verlagerung der Adressierung des Gesundheitsimperativs in gesundheitspolitischer Hinsicht deutlich. So ist in den letzten 20 Jahren eine Verschiebung von einer „Public-Health-orientierten Gesundheitsförderung“ zu einer „Private-Health-orientierten Gesundheitsförderung“ zu beobachten, wodurch „der Weg frei [wird] vom fremdbestimmten Sollen zum selbstdisziplinierten Wollen“. Schmidt (2007), S. 96.

ganzheitlicher Behandlung, Selfness, Selfenhancement⁷¹ zu tun bekommt. Adressat und Abnehmer medizinischer Leistungen ist diesem Paradigma nach das selbstbestimmte, eigenverantwortliche und gesundheitsbewusste Individuum, das als Manager der eigenen Lebensrisiken fungiert. Bei allem Zugewinn an persönlicher Freiheit und Entscheidungshoheit wird allerdings gleichzeitig und unweigerlich der Druck erhöht, bei der Realisierung der gesundheitlichen Selbstverantwortung möglichst erfolgreich zu sein und keine Fehler zu machen. Dabei ist zudem, was die Kompetenz zum gesundheitlichen Selbstmanagement angeht, eine bezeichnende Ambivalenz im Zuge dieser Ermächtigungsbewegung zu konstatieren. Denn das Individuum, das gesundheitliche Selbstverantwortung realisieren will, ist hierfür weiterhin angewiesen auf die Fachkompetenz des Mediziners. Der so bei aller Selbstbestimmung hilfsbedürftige Kunde entspricht damit dem Profil der zeittypischen Figur des Klienten, der professionelle Beratung in Anspruch nimmt, um das zu erreichen, was aus eigener Kraft und individuellem Sachverstand nicht gelingt. Diese Verschränkung des Widersprüchlichen, die gewissermaßen in der Figur von ‚Angewiesenheit durch Unabhängigkeit‘ auftritt, entspricht der Eigenlogik von Beratung, worauf Stefanie Duttweiler aufmerksam macht: „Beratung erweist sich als durch und durch ambivalent: Wirksam wird sie durch die Gleichzeitigkeit von Selbstbestimmung und der Abhängigkeit von Experten(wissen).“⁷²

Paradoxerweise ist es die Ermächtigung, Kontrolle und Unabhängigkeit des eigenen Selbst, die nur mit Hilfe anderer erlangt werden kann. Für die Arzt-Patient-Beziehung ergeben sich daraus weitere Verschiebungen im Zeichen einer Stärkung der Selbstverantwortung und Aktivierung des Patienten. Symptomatisch findet der Trend zum Berater-Arzt, der den autonomen Patienten in seinem selbstbestimmten Gesundheits-Programm unterstützt, seinen schulmedizinischen Niederschlag in einer rezenten Initiative Schweizer Hausärzte, die „Gesundheitscoaching“ als wegweisendes Schlüsselkonzept für die Mitwirkung des (Haus-) Arztes an präventiver Gesundheitsförderung skizzieren:

„Der Patient erhält die Hauptrolle. Er entwickelt aktiv sein eigenes Gesundheitsprojekt und setzt es eigenständig um, wobei er sich die individuell nötige Unterstützung in Zusammenarbeit mit dem Arzt holt, statt in der passiven Rolle des zu Behandelnden zu verbleiben. Das Gesundheitscoaching macht gleichzeitig den Arzt zum Coach des Patienten. [...] Arzt und Patient arbeiten zusammen im Team“⁷³.

71 Huesmann et al. (2006), S. 21.

72 Duttweiler (2004), S. 26.

73 Grüninger et al. (2009), S. 1729.

Hieran zeichnen sich sehr deutlich die neuen Kräfteverhältnisse ab, unter denen ärztliches Handeln künftig mehr und mehr abläuft. Im Mittelpunkt medizinischer Praxis stehen nicht mehr (nur) Patienten, die, in Not geraten und auf Hilfe angewiesen, den Arzt aufsuchen, dem sie sich in ihrer Bedürftigkeit anvertrauen, sondern zunehmend Menschen, die ein ‚eigenes Gesundheitsprojekt‘ verfolgen und sich dabei fachkundigen Rat und Unterstützung bei dem dafür qualifizierten Mediziner holen, welcher als Mitglied des ‚Projektteams‘ zum Erfolg beitragen soll, indem er „beim Patienten dessen Gesundheitskompetenzen [und] Ressourcen“⁷⁴ mobilisiert.

Für das *Zukunftsinstitut* liegt die gesundheitliche Beratung durch den zum Medizin-Coach stilisierten Arzt dabei voll im „Selfness-Trend“, was so viel heißen soll wie „ein aktives Sich-selbst-Kennenlernen, die bewusste Steuerungsgewalt über Körper, Geist und Psyche (wieder)zu erlangen“⁷⁵. Da diese Eigen-Verfügung notwendigerweise unverwechselbar persönlich verläuft, müssen auch die darauf exakt abgestimmten Behandlungs- bzw. Präventionsschritte ganz auf die persönlichen Eigenheiten zugeschnitten sein, wozu die Erstellung eines individuellen Gesundheitsprofils nötig ist, das in hohem Maße die jeweilige Person in ihren spezifischen Lebensumständen und gesundheitsrelevanten Faktoren erfasst. Damit schließt die Logik eigenverantwortlicher Vorbeugung nahtlos an die Tendenz zur Individualisierung der Behandlung im Sinne einer „Maßschneidung auf die Gegebenheiten und Präferenzen einzelner Personen“⁷⁶ an.

B.1 (c) Lebensstilmedizin in der Gesundheitsgesellschaft

Die Betonung eigenverantwortlicher Prävention, die nicht nur auf die Besonderheiten der persönlichen Lebensführung zugeschnitten ist, sondern die nahezu sämtliche Bereiche der menschlichen Existenz unter gesundheitlichen Aspekten umfasst, kommt in der relativ jungen Spezialdisziplin der so genannten „Lebensstilmedizin“⁷⁷ zum Ausdruck. Hierbei steht die Erkenntnis im Zentrum, dass viele Erkrankungen und Beschwerden – allen voran die klassischen Zivilisationskrankheiten – direkt mit den alltäglichen Lebensumständen und gewohnten Verhaltensweisen korrelieren bzw. entscheidend durch diese verursacht werden. Als medizinisch-praktische Konsequenz ergibt sich daraus die Erkenntnis, dass

74 Ebd..

75 Huesmann et al. (2006), S. 19. Dabei muss nach Einschätzung der Trendforscher in Zukunft „das Recht gewährleistet sein, die eigene Gesundheit nach individuellen Maßstäben zu pflegen und sicherzustellen.“ Ebd.

76 Hüsing et al. (2008), S. 30.

77 Haber (2007).

im Sinne einer umfassenden Gesundheitserhaltung der schleichenden Entstehung der verschiedensten Erkrankungen am effektivsten mit einer Änderung der Lebensführung (Essgewohnheiten, körperliche Bewegung etc.) vorgebeugt werden kann. Da es aber unter den anti-direktiven Vorzeichen des ‚Postpaternalismus‘ nicht zu den Aufgaben des Arztes gehört (abgesehen von lebensbedrohlichen Ausnahmefällen, etwa in der Notfallmedizin), direkt in die Lebensführung des Einzelnen einzugreifen, um diese nach präventivmedizinischen Gesichtspunkten zu korrigieren, ergeben sich nun auch deutliche Veränderungen innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung. So hat es der ‚Lebensstilmediziner‘ „weniger mit medizinischen als mit pädagogisch-psychologischen Problemen zu tun“⁷⁸. Dazu gehört, dass der Arzt seinem Patienten – bzw. Präventionsklienten – die Notwendigkeit der Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung aller gesundheitsrelevanter Faktoren seines Berufs- und Privatlebens verdeutlichen muss. Gelingt dies, so der Medizin- und Gesundheitssoziologe Hagen Kühn, „dann können mit dem Lebensstilkonzept die Handlungsgrenzen der Individualmedizin bis weit in das Freizeitverhalten symptomloser Menschen hinein vorgeschoben werden“⁷⁹.

Die (präventiv-)medizinische Zuständigkeit erstreckt sich nicht nur in zeitlich synchroner Weise, von den alltäglichen Arbeitsbedingungen bis hin zum Freizeitverhalten, die Notwendigkeit gesundheitlicher Wachsamkeit und Kontrolle nimmt auch eine diachrone Dimension an. Da der Mensch sein Leben lang potenziell von Krankheit und Verletzungen bedroht ist, impliziert auch die Idee der medizinischen Selbstsorge und gesundheitlichen Eigenverantwortung eine virtuell-prophylaktische Dimension der Permanenz. Der Psychiater Christopher Rommel sieht in der Tendenz zu einer ausgreifenden Gesundheitskontrolle und dem unanzweifelbaren Gebot der Gesundheitsspassung des Lebens in all seinen Bezügen eine Grenze überschritten: „Hiermit ist also der Wendepunkt einer verabsolutierten Ganzheitlichkeit in eine Form des Totalitarismus angezeigt.“⁸⁰ Das so kritisch eingeschätzte Moment der Expansion liegt dabei in der Eigenlogik der Unternehmung. Gerade da Prävention – vorbeugend – auf zukünftige Zustände gerichtet ist, die im Idealfall gar nicht eintreten sollen, „haftet dem Verantwortungsimperativ etwas Unabschließbares an“⁸¹. Konsequenterweise

78 Ebd., S. 9.

79 Kühn (1993), S. 12.

80 Rommel (1994), S. 419.

81 Lemke (2007), S. 40. Markus Pawelzik erkennt analog zur Individualprävention in der umfassenden Intention der Public-Health-Idee einen lebenslänglichen Anspruch: „Der Wohlfahrtsstaat sorgt sich um unsere Gesundheit gleichsam von die Wiege bis zur Bahre.“ Pawelzik (2009), S. 279.

Prävention, die möglichst effektive und umfassende Wirkung zeigen soll, bleibt nicht mehr auf die Vermeidung bestimmter Krankheiten auf der Grundlage persönlicher Risikoprofile beschränkt. Vielmehr geht es um die direkte ‚Herstellung‘ von Gesundheit. Dabei kommt das spezifisch Unstatische, das der Gesundheit eignet, dem Projekt der Dauerprävention entgegen, denn „Gesundheit ist kein einmal erreichter Zustand, sondern muss ständig auf neue erworben werden“⁸². Dazu passt, dass analog zur zieloffenen Präventions- und Verantwortungslogik auch das Konzept der Beratung, welche ebenfalls immer mehr Raum im ärztlichen Betätigungsfeld einnimmt, prinzipiell auf Dauer gestellt ist. Rat und Hilfestellung bei Fragen der Lebensführung und Selbstgestaltung werden in aller Regel gesucht, um beste Ergebnisse zu erzielen – doch „da das Optimum nie eintreten kann, ist Beratung immer angezeigt“⁸³.

An der umfassenden Bedeutung von Gesundheit für das alltägliche Leben wird eine weitere Tendenz deutlich, die mit einem sich verändernden Gesundheitsverständnis einhergeht. Indem Gesundheit immer wichtiger für ein gutes Leben und den eigenen Selbstwert geworden ist, ist es auch unerlässlich, den angestrebten Zustand, ist er erreicht, für andere sichtbar zu machen und zu zeigen. So funktioniert mit Herbert Will Gesundheit heute auch als „Botschaft nach außen, die der Ästhetik der Waren entspricht: Ich bin gesund, ich bin leistungsfähig, ich kann arbeiten und genießen.“⁸⁴ Die am fitten und leistungsfähigen Körper sichtbare Gesundheit erhält den Charakter einer beachtlichen Leistung, die, da sie ja eigenverantwortlich und selbstbestimmt erbracht worden ist, den Rang ihres ‚Trägers‘ unmissverständlich erhöht. Damit findet sich eine Medizin, die Gesundheitsförderung und -steigerung zu ihren wichtigsten Kompetenzfeldern erklärt, an einer Schlüsselstellung in einem sozioökonomischen Umfeld wieder, für das Gesundheit, Wohlbefinden und Fitness als „Insignien erfolgreicher Lebensführung“⁸⁵ dienen.

82 So ein Wellnessratgeber aus dem Jahr 1986, zitiert nach Mazumdar (2004), S. 17.

83 Duttweiler (2004), S. 42. Wie gut Anti-Aging als Beratungs-Medizin damit zur gegenwärtigen Hochkonjunktur von Prävention passt, zeigen Projekte, die den präventiven Ansatz auch in der alltäglichen Hausarztpraxis etablieren wollen und dies als „Gesundheitscoaching“ bezeichnen. Siehe Grüninger et al. (2009).

84 Will (1988), S. 58.

85 Schmidt (2007), S. 98. Siehe dort auch zum Einfluss gesellschaftlicher Determinanten dieser Funktion von Gesundheit: „Der Körper wird in der Leistungsgesellschaft zum Schaukasten des eigenen Erfolgs, und Gesundheit als Seinszustand der Selbstoptimierung wird zum Erkennungsmerkmal der Eliten und zum Distinktionsinstru-

In diesem Zusammenhang muss noch angemerkt werden, dass Lebensstilmedizin nicht mit ‚Lifestyle-Medizin‘ identisch ist. Zwar bestehen hier einige Gemeinsamkeiten, doch während Lebensstilmedizin das präventive Potenzial sämtlicher Aspekte der individuellen Lebensführung auslotet, richtet sich Lifestyle-Medizin in erster Linie auf die Verschränkung von Medizin und Wellness mit Eventcharakter (von so genannten ‚Botox-Partys‘ bis hin zu kosmetischen Eingriffen, die in Luxushotels oder in Verbindung mit aufwendigen Urlaubsreisen durchgeführt werden). Damit ist ‚Lifestyle-Medizin‘ dann auch eher als ‚Erlebniskultur-Medizin‘ zu übersetzen.⁸⁶ Nicht selten steht dabei die Vermarktung und der Konsum der entsprechenden Gesundheitsprodukte im Vordergrund, ganz wie es der ‚Zukunftstrend‘ verlangt, wonach Gesundheit künftig in erster Linie „unter Lifestylegesichtspunkten konsumiert wird“⁸⁷.

B.1 (d) Kommerzialisierung und Dienstleistungsparadigma

Der gesamte Bereich der medizinischen Versorgung ist heute ein Sektor der Gesellschaft, der mehr und mehr nach wirtschaftlichen Kriterien strukturiert und an ökonomischen Prinzipien orientiert ist. Permanente Ressourcenknappheit und allgegenwärtige Finanzierungskrisen leisten zudem einem Bedeutungszuwachs von Marktelementen in der Medizin Vorschub.⁸⁸ Dem Strukturwandel des Gesundheitswesens hin zum ökonomisch funktionierenden Marktsystem entsprechen Verschiebungen bei den beteiligten Personen(-gruppen) und ihren Verhaltenseinstellungen.

In einem freien Markt bestimmen Angebot und Nachfrage das Geschehen. Dieses Muster dient nun auch in der Medizin zunehmend als Vorbild, und die Grenzen sowohl zwischen Patienten und Klienten/Kunden als auch zwischen der Arztrolle und der eines Verkäufers werden unklar. So tritt der Arzt immer öfter als Anbieter von medizinischen Dienstleistungen auf, die zwar nur er als kompetenter Experte durchführen kann (und darf), über deren Angemessenheit und Einsatz er aber nicht mehr allein entscheidet. Die ärztliche Urteilskraft und Behandlungsfreiheit wandelt sich zu einer primär beratenden Funktion im Dienste der Meinungsbildung des Kunden, der als selbstbestimmter „Patientensouve-

ment zwischen Masse und Klasse. Wer sich gesund erhält an Körper und Geist, erfüllt die gegenwärtigen Kriterien gesellschaftlicher Passung.“ Ebd., S. 99.

86 Siehe Mühlhausen (2002), S. 14.

87 Huesmann et al. (2006), S. 19.

88 Zur ethischen Diskussion über Gefahren und Grenzen einer Marktorientierung in der Medizin vgl. auch Maio (2008a).

rän“⁸⁹ Wissen und Rat des Mediziners, der entsprechend als „Gesundheits-Consultant“⁹⁰ fungiert, nur mehr als einen Faktor unter anderen im Rahmen seiner freien Entscheidungsfindung berücksichtigt. Dieser wachsenden Dienstleistermentalität auf Seiten der Mediziner entspricht eine erhöhte konsumistische Anspruchshaltung der Kunden-Patienten.

Da angesichts knapper Kassen das Spektrum der solidarisch finanzierten Gesundheitsleistungen begrenzt ist, steigt gleichzeitig die Bereitschaft zu und der Umfang von privaten Investitionen für medizinische Maßnahmen deutlich an. Bezeichnenderweise wird dieser neue und stark expandierende Sektor „Zweiter Gesundheitsmarkt“ genannt, was ein gewisses Maß an Marktförmigkeit des ‚ersten‘, also über Krankenkassenfinanzierung geregelten Gesundheitsbereichs nahe legt.⁹¹ In Deutschland hat diese Entwicklung im umstrittenen Instrument der *Individuellen Gesundheitsleistungen* (IGeL) bereits ihren geregelten Ausdruck gefunden. Diese Selbstzahler-Leistungen sind definiert als „aus ärztlicher Sicht erforderlich oder empfehlenswert, zumindest aber vertretbar und von Patientinnen und Patienten ausdrücklich gewünscht“⁹². Die Grundbedingung, die eine ärztliche Leistung erfüllen muss, ist also nicht mehr eine quasi-objektiv bestimmbare, krankheits- bzw. heilungsbezogene Notwendigkeit, die nach anerkannten medizinischen Kriterien aus einer Diagnose folgt, sondern die explizit formulierte Präferenz und selbstbestimmte Forderung des „Gesundheitskunden“⁹³ genügt. An IGeL wird somit der ideelle Wandlungsprozess grundlegender Werte und Ziele deutlich, in dem sich die moderne Medizin gegenwärtig befindet.⁹⁴

Der Strukturwandel von Gesundheitswesen und Medizin befördert nun auch ein entsprechend ökonomisiertes Verständnis der medizinischen Grundelemente und Akteure. So bleibt es nicht dabei, Ärzte als „Gesundheitsunternehmer“⁹⁵ und ärztliches (Be-)Handeln als Dienstleistung wie jede andere aufzufassen, viele Apologeten der betriebswirtschaftlichen Medizinoptimierung in Zeiten knapper Kassen gehen – ganz der Logik derartiger marktwirtschaftlicher Begrifflichkeiten gemäß – sogar soweit, den Arzt neben seiner Rolle als Dienstleister gleichzeitig auch zum Produzenten zu deklarieren. Doch stellt sich bei dieser Begriff-

89 Huesmann et al. (2006), S. 11.

90 Ebd., S. 22.

91 Siehe Masekowitz (2007), S. 2612.

92 Raspe (2007), S. 25; vgl. auch Windeler (2006).

93 Huesmann et al. (2006), S. 12.

94 Vgl. Maio (2007c); Raspe (2007); Thanner/Nagel (2009).

95 Rixen (2008), S. 133.

lichkeit die grundlegende strukturelle Frage: Was ist das Produkt, das der Arzt ‚herstellt‘ und der Patient konsumiert? Worauf richtet sich die Nachfrage des Konsumenten im Wartezimmer? Für die Vertreter eines konsequenten Dienstleistungsverständnisses der Medizin scheint die Antwort auf diese Fragen eindeutig zu sein. Was der Patient als Kunde von seinem Besuch in der Arztpraxis erwarten kann, was ihm fehlte, bevor er den Fachmann konsultierte und dieser ihm wieder verschaffen soll, ist Gesundheit. Der Arzt als Gesundheitsdienstleister wird demnach als Fachmann aufgefasst, der dem ihn aufsuchenden Klienten das von diesem verlangte Gut Gesundheit liefert.

In dieser Form einer Objektivierung des Behandlungsziels, die nicht mehr länger die Hilfe beim Gesundungsprozess, als vielmehr die Bereitstellung oder gar Herstellung des Gutes „Gesundheit“ beinhaltet, findet das gewandelte Gesundheitsverständnis überaus deutlich seinen praktischen Ausdruck. Neben ohnehin an Profit interessierten Gruppen und Akteuren im Gesundheitssystem wie Pharmafirmen, Wellnessunternehmen oder auch Apothekern, richten zunehmend auch Mediziner selbst ihr Tun auf die sich abzeichnende Entwicklung aus, „dass Gesundheit mit Lust als Ware gekauft und [...] konsumiert“⁹⁶ wird. Hier zeigt sich unverstellt die materialistische Umdeutung, die der Gesundheitsbegriff unter dem Paradigma der Kommerzialisierung erfährt. Wenn es die Gesundheit selbst ist, die von Medizinern angeboten und verkauft wird, dann kann kein Zweifel an der Waren- und Produktförmigkeit dieser Größe bestehen. Zur Plausibilität dieser Auffassung trägt noch der in manchen Bereichen des Gesundheitssektors betriebene enorme technische Aufwand bei, wie Herbert Will beobachtet: „Im medizinisch-industriellen Komplex werden technische Apparaturen produziert, Arztpraxen, Medikamente und medizinisches Know-how, mit denen sich [...] Gesundheit herstellen lässt.“⁹⁷

96 Huesmann et al. (2006), S. 19. Vgl. dort auch unter zahlreichen ähnlich lautenden Formulierungen: „Gesundheit ist ein Milliarden-Euro-Markt. Und Wohlfühlen und Gesundheit wird immer mehr zum Konsumgut und zum Lifestyle-Produkt.“ Ebd., S. 6.

97 Will (1988), S. 62.

B.2 Grenzen des Gesundheitsbegriffs

Gar nicht krank ist auch nicht gesund.

KARL VALENTIN

Eine kritische Bestandsaufnahme des Bedeutungswandels, den der Gesundheitsbegriff in den letzten Jahren und Jahrzehnten durchlaufen hat, kommt somit zu einem zwiespältigen Ergebnis. Zum einen ist die Renaissance des Leitwertes der Gesundheit nicht nur innerhalb des medizinischen Feldes als Initialgröße des salutogenetischen Ansatzes und Zentrum des Paradigmas einer präventiven und gesundheitsfördernden Vorsorgemedizin zu begrüßen. Auch der gesamtgesellschaftliche Mentalitätswandel, der zu einer deutlichen Stärkung des Bewusstseins für Einflussfaktoren, aber auch Einflussmöglichkeiten auf den eigenen Gesundheitszustand geführt hat und durch die Verankerung der Formel ‚*Vorbeugen ist besser als Heilen*‘ auf individueller wie kollektiver Ebene die Bedeutung gesundheitsfördernden und allgemein vorausschauenden Verhaltens betont, muss als Fortschritt gegenüber einer fatalistisch-bedenkenlosen Einstellung zu Determinanten der eigenen psycho-physischen Verfassung betrachtet werden.

Zum anderen aber muss aus einer medizintheoretischen Perspektive der Aufwertungsprozess der „Gesundheitsidee“ (Dietrich von Engelhardt) differenzierter betrachtet werden. Wenn man von einem Verständnis von Medizin ausgeht, demzufolge das Begriffspaar *gesund/krank* bzw. *Gesundheit/Krankheit* das zentrale und unverzichtbare konzeptuelle Fundament jeglicher Begründung und Orientierung ärztlichen Handelns überhaupt darstellt, dann kommt dem Verhältnis dieser beiden unauflöslich verbundenen Begriffe entscheidende Bedeutung für die Bestimmung dessen zu, was als Medizin und ärztliches Handeln bezeichnet werden kann. Während der Krankheitsbegriff, wie Norbert Paul dies treffend herausstellt, die „*legitimatorische Kategorie*“ für die Notwendigkeit und Zulässigkeit medizinischer Eingriffe darstellt, bildet der Gesundheitsbegriff die „zielführende, *teleologische Kategorie*, auf die alles Handeln bezogen wird“⁹⁸. Dieser teleologischen Funktion entspricht auch die Interpretation des Gesundheitsbegriffs, wie sie in den klassischen Zielformulierungen der Medizin enthalten ist (vgl. dazu exemplarisch das Ergebnis des einschlägigen Projektes am *Hastings Center*⁹⁹). Das hier implementierte Gesundheitsverständnis kann der teleologischen Anforderung einer Ausrichtung auf fest umrissene Ziele deswegen gerecht

98 Paul (2006b), S. 132.

99 Callahan et al. (1996), dt. Allert (2002).

werden, weil Gesundheit nicht als eigenes Ziel konzipiert ist, das direkt und unabhängig vom Ziel der Krankheitsbehandlung zu verfolgen wäre. Wesentlich ist hierbei, dass die einschlägigen gesundheitsbezogenen Formulierungen durchweg die *Wiederherstellung* und den Erhalt der Gesundheit als Ziel der Medizin konturieren. Das Ziel der Wiederherstellung ist dabei nichts anderes als die gesundheitsbezogene Formulierung des bedeutungsgleichen Ziels, das auf Krankheit, nämlich deren Behandlung, Bekämpfung, Beseitigung etc. bezogen ist. So bestehen zwei dem Gehalt nach austauschbare Möglichkeiten, das finalistische Konditional medizinischen Erfolgs schematisch zu fassen: medizinisches Handeln hat sein Ziel erreicht, wenn der vormals bestehende, nun geminderte Gesundheitszustand wiederhergestellt worden ist, was nicht mehr und nicht weniger bedeutet, als dass die den Gesundheitszustand einschränkende Erkrankung beseitigt, d.h. geheilt worden ist. Das gesundheitsbezogene Ziel lässt sich nun aber nicht nur problemlos in eine ‚pathologische‘ Formulierung übertragen, ihr Sinn und Gehalt kann gar nicht anders praktikabel erklärt und verstanden werden. Wenn von Wiederherstellung der Gesundheit die Rede ist, ist damit stets und unweigerlich auch Krankheit thematisiert. Daraus wird ersichtlich, wie wesentlich es für die Medizin als begründungsbedürftige, aber vor allem als zielbestimmte Praxis ist, dass ihre teleologisch-legitimierenden Grundbegriffe von Krankheit und Gesundheit untrennbar aufeinander bezogen sind.

Ebenfalls aus der begrifflich-konzeptuellen Konstruktion des *gesund/krank*-Begriffspaars geht hervor, dass eine beträchtliche Lockerung und vor allem eine Auflösung dieser direkten Verbindung nicht ohne weitreichende Konsequenzen für die Begründung und Zielbestimmung der Medizin bleiben kann. Wenn für die praktische Umsetzung des Gesundheitsbegriffs in Form konkreter ärztlicher Handlungspraxis das regulative Gegenüber des Krankheitsbegriffs keine Rolle mehr spielt und, wie es in besonders ausgeprägten Formen der *Allround*-Prävention der Fall ist, allein die Gesundheit medizinischer Bezugs- und Angriffspunkt ist, lösen sich umrissene Zielvorgaben auf und dem medizinischen Behandeln bzw. dem Gesundheits-Handeln sind keine Grenzen durch die eigene begriffliche Grundlegung mehr gesetzt. In der Folge einer derartigen Ablösung des Gesundheits- vom Krankheitsbegriff im Rahmen einer Bestimmung medizinischen Handelns werden Überlegungen und Ziele, die die Grenzen der herkömmlichen Zielbestimmung überschreiten und in den Bereich der Gesundheitsoptimierung und -steigerung, von Verbesserung und Enhancement fallen, nachvollziehbar und sind letztlich sogar folgerichtig. Mit den Worten des Psychiaters Markus Pawelzik bedeutet dies, dass wir uns „dank der sich entwickelnden biomedizinischen Möglichkeiten zukünftig immer stärker an positiven Gesundheits-

begriffen orientieren“¹⁰⁰ werden, was dazu führt, dass „der normativ signifikante Schritt von der Prophylaxe zum Enhancement ein immer kleinerer und bedeutungsloserer werden“¹⁰¹ wird.

Diese Neujustierung des Gesundheitsbegriffs, die streng genommen seiner Ent-Justierung im Sinne der Ablösung von festen Bezugspunkten gleichkommt, provoziert nun einen tiefgreifenden Gestaltwandel, der auf die Vorstellung von Gesundheit als direkt herstellbares und steigerbares Gut zuläuft.

Betrachtet man den Gesundheitsbegriff aus einem philosophischen Blickwinkel, wird allerdings schnell deutlich, dass einige der Motive, die im Zuge der skizzierten salutogenetischen Wende dem Verständnis dessen, was Gesundheit ist, mehr oder minder explizit zugeschrieben werden, einer Gesundheitsdeutung, die auch philosophisch-anthropologische Aspekte mit einbezieht, nicht gerecht werden. Zwei Motive einer reduktionistischen Positivierung des Gesundheitsbegriffs sollen im Folgenden als ‚Gesundheitsirrtümer‘ bezeichnet und mit kritischen Einwänden konfrontiert werden. Zunächst wird die Auffassung von Gesundheit als produzierbarem Gut problematisiert (a.), bevor Positionen, die Gesundheit im Zuge einer übersteigerten Hochschätzung als binär-polaren Gegenbegriff zu Krankheit verstehen, integral-holistische Konzeptionen gegenüber gestellt werden (b.).

B.2 (a) Der Irrtum von der Herstellbarkeit und dem Warencharakter: Gesundheit ist kein Produkt

Unter den Leistungen, die im Gesundheitswesen durch die Medizin erbracht werden, findet sich neben den unterschiedlichen Facetten ärztlichen Handelns – in Form von Untersuchungen, Gesprächen, Diagnose-, Indikations- und Prognostellungen, Beratungsleistungen, Operationen, dem Verordnen von Medikamenten, dem Einsetzen medizintechnischer Produkte wie Prothesen oder Implantaten und vielem mehr – immer öfter auch das Angebot ‚Gesundheit‘. Gesundheit kann demnach offeriert, bestellt, geliefert und nicht selten auch gekauft und direkt (und selbst) bezahlt werden. An kaum einer Neuerung im Gesundheitssystem der letzten Jahre wird der Umgang mit Gesundheit so deutlich ersichtlich wie an der Bezeichnung der so genannten *Individuellen Gesundheitsleistungen* (IGeL).¹⁰² Gesundheit rückt hier in die Sphäre des Konsums, wird zur Ware und zum Produkt. Unumwunden kommt in der IGeL-Rhetorik außerdem eine starke

100 Pawelzik (2009), S. 282.

101 Ebd., S. 281.

102 Vgl. auch oben, S. 174f.

Abhängigkeit des individuellen Gesundheitszustands von der jeweiligen Kaufkraft zum Ausdruck.

An dieser Entwicklung sind mehrere Aspekte bemerkenswert. In theoretischer Hinsicht sticht zunächst die begriffliche Verschiebung ins Auge, die ein derart materialistisches Gesundheitsverständnis propagiert. So sind starke Zweifel hinsichtlich der Frage angezeigt, ob sich Gesundheit als definierte Leistung oder gar als Produkt überhaupt erfassen lässt. Schon der alltägliche Sprachgebrauch und ein intuitives Verständnis legen vielmehr nahe, Gesundheit als einen Zustand zu begreifen, in dem Menschen sich befinden können und dessen Hervorbringung alles andere als direkt und kontrolliert steuerbar ist – eine Auffassung, die wiederum auf eine lange medizinische Tradition zurückblicken kann. Einer alten hippokratischen Weisheit zufolge ist es gerade nicht der Arzt, der eine Krankheit bzw. einen kranken Menschen heilt, sondern die Natur: *medicus curat, natura sanat*. Darin kommt die Dimension der komplexen Bedingtheit von Gesundheit (und Krankheit) zum Ausdruck. Genauso wie für das Entstehen, den Verlauf und die Folgen von Krankheiten Faktoren auf den verschiedenen Ebenen des menschlichen Daseins ausschlaggebend sein können und pathologische Zustände somit biologisch-somatisch, seelisch-psychisch und sozial-kulturell bedingt sein können – und meist von allen Faktoren zugleich, d.h. in Wechselwirkung, bedingt sind –, sind auch für das Ent- und Bestehen von Gesundheit immer mehrere Aspekte gemeinsam vonnöten und verantwortlich. Das Zusammenspiel der Wirkkräfte liegt dabei nie vollständig offen und kann dementsprechend immer nur unvollständig und teilweise, ob vom Arzt oder dem Patienten selbst, beeinflusst werden. Das betrifft vor allem die bewusste Steuerung des Genesungsgeschehens, wie Wilhelm Schmid unter Verweis auf das alte Motiv der natürlichen Heilkraft betont, dabei aber auch die eingeschränkten Möglichkeiten, die dem Menschen zur Verfügung stehen, nicht vergisst:

„Was heilt, ist nicht so sehr der Arzt und nicht die Medizin. Was heilt, sind die Kräfte des Körpers, der Seele und des Denkens eines Menschen selbst, die allenfalls von außen zu stimulieren sind. [...] Selbst wenn eine Krankheit ausschließlich somatisch bedingt sein sollte, so ist damit noch nicht gesagt, dass sie auch somatisch bewältigt werden kann.“¹⁰³

103 Schmid (2005), S. 160f. Dabei rückt Schmid seine Kritik an einem somatisch reduzierten Blick der Medizin in die Nähe der Psychosomatik. So liegt seinem Gesundheitsverständnis „ein integrales Menschenbild vom Menschen als Person zugrunde, bei dem die Aspekte Körper, Seele und Geist nicht isoliert voneinander gesehen werden“. Ebd., S. 161.

Auch für den Philosophen Günter Pöltner gehört zum Wesen der Gesundheit, dass sie nicht durch technisches oder Herstellungshandeln machbar ist. Vor allem ist Gesundheit demnach kein Zweck, über dessen Existenz und Gültigkeit der Mensch allein verfügen kann, sondern ein Ziel, das gewissermaßen im Rahmen einer teleologischen Naturverfassung des Menschen mit diesem selbst immer schon gegeben ist:

„Die Gesundheit unterscheidet sich von sonstigen Zwecken, dass sie nicht ein künstlicher, vom Menschen gesetzter, sondern ein von der Menschennatur *vorgegebener* Zweck ist. Gesundheit lässt sich nicht herstellen, sondern eben nur (im besten Fall) wiederherstellen. [Herv. i.O.]“¹⁰⁴

Damit schließt Pöltner gleichzeitig an die traditionellen Ziele der Medizin an, in denen neben der Krankheitsbehandlung und Leidenslinderung die Wiederherstellung der Gesundheit festgeschrieben ist. In dieser Akzentuierung der restituierenden Aufgabe des Arztes ist außerdem die Möglichkeit des Misslingens enthalten, was auf ein grundlegendes Merkmal der Medizin als praktischer Handlungswissenschaft verweist, die zwar auf die Ergebnisse der exakten Naturwissenschaften zurückgreift, diese jedoch immer auf den konkreten und unverwechselbar individuellen Einzelfall anzuwenden hat. Dass der Arzt den Erfolg seines Tuns nie garantieren kann, sondern nur seine Bereitschaft und Einstellung der unbedingten Hilfe versichern kann, hängt nicht zuletzt an der nicht vollständig erkenn- und determinierbaren Bedingtheit von Gesundheit. Der französische Chirurg René Leriche erfasst mit seiner berühmten Definition diese so ungreifbare wie sensible Dimension der Gesundheit, wenn er von Gesundheit als dem „Leben im Schweigen der Organe“¹⁰⁵ spricht.

Zu den bedeutendsten Philosophen, die das Wesen der Gesundheit erörtert haben, gehört Hans-Georg Gadamer. Er schließt an das von Leriche eingefangene Moment der spezifischen Ungreifbarkeit und beschränkten Machbarkeit von Gesundheit an, wenn er die wesentliche Dimension der Gesundheit als „Wunder einer starken, aber verborgenen Harmonie“¹⁰⁶ bezeichnet und in der Verborgenheit jenes Geheimnis der Gesundheit beschreibt, das sich der vollständigen Kontrolle und medizinischen Manipulation letztlich entzieht. Was Gesundheit aus-

104 Pöltner (2007), S. 198.

105 René Leriche: Introduction générale; De la Santé à la Maladie; La douleur dans les maladies; Où va la médecine?, in: Encyclopédie française, Bd. IV, 1937 IV, S. 16-1, zitiert nach Canguilhem (1977), S. 58.

106 Gadamer (1993b), S. 165.

macht und sie bewirkt, geht demnach weder in einer kausalen Erklärung auf, noch ist der Gesundungsprozess vollständig bestimmbar:

„Es handelt sich nicht um die bloße Übereinstimmung von Ursache und Wirkung, von Eingriff und Erfolg, sondern um eine verborgene Harmonie, um deren Wiedergewinnung es geht, und in der schließlich das Wunder der Rekonvaleszenz und das Geheimnis der Gesundheit liegt. Sie bedeutet Geborgenheit.“¹⁰⁷

Gerade die Gesundheit muss mit Gadamer als integrative Größe verstanden werden, die nicht isoliert betrachtet und gesteigert werden kann, sondern immer Teil eines größeren Ganzen ist, innerhalb dessen sie sich auszeichnet als „natürlicher Gleichgewichtszustand“¹⁰⁸, der durch den Arzt nicht hergestellt, sondern nur wiederhergestellt werden kann. Gadamers vielbeachteter gesundheitsphilosophischer Entwurf findet auch einhellige Zustimmung und Bestätigung aus den Reihen der Medizingeschichte. So stellt Heinrich Schipperges heraus, wie eng der geheimnisvolle Zustand und Balanceakt der verborgenen Gesundheit mit dem Wesen des Menschen selbst verbunden ist: „Daher ist Gesundheit auch nicht zu wünschen, nicht zu machen oder zu reparieren; Gesundheit ist ein Teil unseres Selbst!“¹⁰⁹ Und Klaus Bergdolt bezeichnet Gesundheit ganz gadamerisch als „eine Art Schwerelosigkeit, die niemals erzwungen werden kann“¹¹⁰.

Eine materialistische Auffassung von Gesundheit, die diese als Leistung und Produkt begreift, liegt völlig konträr zu diesen anthropologisch-holistischen Einsichten. Produkte und Güter sind Gegenstand wirtschaftlicher Kalküle, sie werden produziert und hergestellt. In Bezug auf das vermeintlich herstellbare *Produkt Gesundheit* und mit Blick auf gegenwärtige Tendenzen der Erweiterung des medizinischen Einfluss- und Handlungsbereichs ist daran vor allem eine Eigenschaft bezeichnend, die Produkten innewohnt. Als Ergebnis eines Herstellungsprozesses sind Produkte in der Regel vorläufige Endstadien mehr oder weniger langer und gewundener Wege der Entwicklung, Verbesserung und Perfektionierung – gemessen an dem jeweiligen Zweck, für dessen Erfüllung das Produkt instrumentell verwendet werden soll. Vorläufig sind Produkte jedoch immer nur

107 Gadamer (1993c), S. 148.

108 Gadamer (1993a), S. 55. Vgl. ähnlich Jürgen Mittelstraß, der die Behauptung von Horst Baier, ‚Gesundheit sei eine herstellbare, beherrschbare und berechenbare Sache geworden‘ rundum zurückweist: „Das ist sie, nicht nur aus Sicht der kurativen Medizin, mit Sicherheit nicht.“ Mittelstraß (2004), S. 145.

109 Schipperges (1980), S. 26f.

110 Bergdolt (2011), S. 22.

deshalb, weil mit den Möglichkeiten sich weiter entwickelnder Techniken und verfeinerter Produktionsmethoden auch die Produkte selbst weiter verbessert werden können und so noch effizienter, noch passgenauer in der Eignung für ihren Zweck gemacht werden können. Ein Produkt lässt sich in diesem Sinne stets noch steigern und optimieren. Ganz dieser Steigerungslogik verhaftet, fragt sich der naturwissenschaftlich denkende Mediziner, der einem materialistischen Gesundheitsbegriff anhängt und sich das optimale Gesundheitsprodukt, d.h. seine Herstellung, Verbreitung und Anwendung, zum Ziel gesetzt hat, dann auch folgerichtig, weshalb dem Hervorbringen und Produzieren dieses erstrebten Ziels Schranken gesetzt sein sollten. Und so wird ersichtlich, dass und wie aus der Logik des technisch-machbaren Zugriffs und der kompletten Verfügbarkeit, die ein Verständnis von Gesundheit als herstellbarer Ware impliziert, die Konsequenz einer prinzipiell unbeschränkten Gesundheitssteigerung in Form optimierenden Enhancements folgt.

Dass die Idee der Steigerung, die Gesundsein dabei auf die Bedingung der Möglichkeit zur Glücksmaximierung reduziert und als instrumentell einsetzbare Ressource sieht, allerdings unvereinbar mit einem Verständnis von Gesundheit ist, das die anthropologische Dimension dieses Zustands berücksichtigt, hebt Michael Sandel (mit Blick auf die von einigen Utilitaristen behauptete Elternpflicht, gesunde Kinder zu optimieren) hervor:

„Gute Gesundheit, wie guter Charakter, ist ein konstitutives Element menschlichen Gedeihens. Obwohl mehr Gesundheit besser ist als weniger, wenigstens innerhalb einer gewissen Bandbreite, ist sie doch kein Gut, das sich maximieren lässt.“¹¹¹

Ganz in diesem Sinne bringt auch Georges Canguilhem – der Gesundheit übrigens dezidiert zu einer „Frage der Philosophie“¹¹² erklärt hat – angesichts des besonderen Charakters der Verborgenheit von Gesundheit den Irrtum ihrer Maximierung mit einer Analogie auf den Punkt. Canguilhem beschreibt Gesundheit als „Wahrheit des Körpers in der Situation der Betätigung“, und diese Wahrheit als die dem Körper „eigene Verfassung oder existentielle Authentizität“¹¹³. Mit Blick auf die Idee der Optimierung stellt sich hier die Frage: wie ließe sich Authentizität oder gar Wahrheit steigern? Kann es Wahrheit geben, die noch nicht optimal ist, die verbessert werden könnte, ohne gerade ihren Gehalt, den Wahrheitsgehalt zu zerstören, etwa durch Zensur oder Beschönigung? Es ist

111 Sandel (2008), S. 70.

112 Canguilhem (2004a).

113 Canguilhem (2004b), S. 64.

wohl richtig, dass es stets zu wenig Informationen geben kann, ungenügend unklare Auskünfte oder völlig unbefriedigende Unwahrheiten. Aber Unwahrheiten sind eben keine verbesserungsbedürftigen oder suboptimalen Wahrheiten, sondern schlicht unwahr und damit *gar keine* Wahrheiten. In dieser Hinsicht scheint es sich nun ganz ähnlich mit dem Konzept der Gesundheit zu verhalten. Wenn hier von Steigerung und Optimierung die Rede ist, so sind doch eher Leistung und Kraft, Ausdauer und derlei andere messbare Größen gemeint. Freilich leisten solche quantifizier- und objektivierbaren Faktoren ihren Beitrag zum individuellen Gesundheitszustand und zu der Möglichkeit gesund zu sein, sie lassen sich aber keinesfalls gleichsetzen mit Gesundheit, dieser immer wieder ungreifbaren Zustandsdimension menschlicher Existenz, welche sich beileibe nicht auf physiologische Parameter reduzieren lässt. Ludger Honnefelder erteilt demgemäß einem somatisch reduktionistischen Blick auf den Menschen und seine Gesundheit eine Absage und plädiert dafür, auch die sozialen und gesellschaftlichen Komponenten in eine Erörterung des Gesundheitsbegriffs mit einzubeziehen, wenn er hervorhebt, dass

„das Verständnis der Gesundheit aber nicht in der Definition des altersgemäßen Zustands der humanbiologischen Basisfunktionen aufgeht, sondern starke Elemente der individuellen und gruppenspezifischen Selbstdeutung enthält, also zutiefst sozio-kulturell geprägt ist. Gesundheit ist stets auch Resultat der Selbstdeutung des Menschen und des Verständnisses von gelungenem Leben.“¹¹⁴

Insofern ist immer zu bedenken, dass Gesundheit eine hermeneutische Dimension aufweist, die gerade in medizinisch relevanten Belangen, im Umgang mit sowohl akuten Krankheiten als auch chronischen Erkrankungen, von enormen Bedeutung sein kann. Das Vermögen, im Kontext des Eingebundenseins mit anderen zu sich selbst in ein reflexives Verhältnis zu treten, um eine gelassene Haltung auch zu störenden und hemmenden, zu beschwerlichen und pathogenen Elementen des Lebens zu erreichen, stellt demnach eine besondere Form des Gesundseins dar. Giovanni Maio schlägt ganz in diesem Sinne vor, Gesundheit zu verstehen als die

„Fähigkeit, sich als Mensch in seiner Angewiesenheit anzunehmen, so dass nach dieser Vorstellung gerade der Mensch gesund wäre, der befähigt ist, in ein gutes und akzeptierendes Verhältnis zu seinem Kranksein zu treten“¹¹⁵.

114 Honnefelder (2007), S. 20f.

115 Maio (2009b), S. 370.

B.2 (b) Der Irrtum vom Selbstzweck:

Gesundheit ist ungreifbare Verborgenheit

Wie an dem gegenwärtigen Bedeutungswandel hin zu einem positivistischen und materialistischen Gesundheitsbegriff deutlich wird, gerät durch diese Akzentverschiebung der Komplementärbegriff der Krankheit systematisch aus dem Blick. Dem flüchtigen Gleichgewichtszustand, von dem Gadamer in seiner Annäherung an eine Definition von Gesundheit spricht, kommt damit eine wesentliche Stütze abhanden. Denn ebensowenig wie eine brauchbare Zielbestimmung des praktischen Tuns der Medizin auf eine der beiden Hälften des zugrunde liegenden Begriffspaars *Gesundheit/Krankheit* verzichten kann, genauso wenig entspricht ein Gesundheitsverständnis, das Krankheit als der Gesundheit diametral entgegengesetztes Übel auszublenden bemüht ist, der anthropologischen Bedeutung dieser Größen. Auch in dieser Hinsicht spricht vieles für einen holistischen Ansatz. So ist eine Stärke eines ganzheitlichen Modells, dass Gesundheit und Krankheit zwar weiterhin Gegenbegriffe darstellen, jedoch Gegenbegriffe, die sich nicht *per definitionem* ausschließen. Vielmehr ist das Gegenteil der Fall, wie Canguilhem klarstellt: „Bei guter Gesundheit sein heißt: krank werden können und doch davon genesen.“¹¹⁶ Nach dieser Auffassung bedingen sich Krankheit und Gesundheit als anthropologische Grundkategorien gegenseitig und sind als untrennbarer Doppelaspekt des Lebens zu verstehen, dessen zwei Seiten beständig aufeinander verweisen. Und mehr noch, nicht nur hängen Gesundheit und Krankheit somit konstitutiv voneinander ab, als ambivalent-normative Lebensdimensionen können sie sich dabei, was zunächst paradox erscheint, in ihrer Gegensätzlichkeit jeweils mit umfassen. Diese scheinbare Widersprüchlichkeit löst sich auf, wenn man sich mit Wilhelm Schmid klar macht: „Das Gegenteil zu Gesundheit ist nicht Krankheit“, vielmehr kann es „ein Aspekt der Gesundheit sein, krank zu werden, und es krank sein, unter problematischen Bedingungen um jeden Preis gesund zu bleiben“¹¹⁷. Canguilhem geht noch einen Schritt weiter

116 Canguilhem (1977), S. 134.

117 Schmid (2005), S. 155f. Vgl. dazu auch Schmid's anschauliche Beispiele: „Es kann krank machen, immer nur gesund sein zu wollen: Der arbeitswütige Mann, der alle Anzeichen einer Grippe ignoriert und mit Medikamenten niederkämpft, laugt über kurz oder lang seine Körperkräfte völlig aus. Es kann demgegenüber ein Aspekt von Gesundheit sein, krank zu werden: die junge Frau, die sich um Arbeit, Haushalt und Kind zugleich bemüht und all dies nichts weniger als perfekt handhaben will, wird von einem höllischen Rückenschmerz zu Fall gebracht – aber die Krankheit kann ihre Chance sein, die Beziehung zu sich selbst wieder zu gewinnen, die ihr verloren gegangen ist.“ Schmid (2009), S. 450f.

sieht nicht nur in dem Krankseinkönnen, sondern sogar auch in der Fähigkeit des Krankseinwollens ein wichtiges Merkmal des Gesundseins. So ist ihm der Umstand, dass Menschen sich in freier Entscheidung zu kontinuierlichem, gesundheitsschädigendem Verhalten wie Rauchen, regel- und übermäßigem Alkohol- und Drogenkonsum oder hochriskanten Freizeitaktivitäten entschließen können, Beleg für die These, „dass die Möglichkeit, mit der Gesundheit Missbrauch zu treiben, selber Teil der Gesundheit ist“¹¹⁸. Dass demnach also mit den Worten von Franz Vonessen „Krankseinkönnen zur Gesundheit gehört“¹¹⁹, zeigt, wie verfehlt und ‚ungesund‘ eine einseitige und absolute Abwertung von Kranksein und Krankheit sein kann: „Aber um jeden, auch den unvernünftigen Preis gesund sein wollen ist Krankheit.“¹²⁰

Die Umkehrung der Warnung vor einer Dämonisierung von Krankheit gilt natürlich entsprechend, worauf die bekannten und hinlänglich vorgebrachten Einsprüche gegen Körperkult und Gesundheitswahn abzielen. Solche Kritik an einer Überschätzung der Gesundheit setzt ebenfalls bei der Gleichsetzung von Gesundheit mit einer Ware an, mit einem Rohstoff, der als „Schlüsselressource der Zukunft“, zum „Megatrend“, gar zum „Megawert“¹²¹ und schließlich zu einem „Fetisch“¹²² mutiert, auf den sich in der säkularisierten Gesellschaft alles Streben und Verlangen nach transzendenter Sinngebung richtet. Doch wird Gesundheit zum Selbstzweck und obersten Ziel bzw. zum ‚höchsten Gut‘, droht gerade dieses absolut gesetzte Ziel verfehlt zu werden. Mit Volker Gerhardt ist daher daran zu erinnern,

„dass die Gesundheit nicht als Ziel selbstständiger Lebensführung angesehen werden kann, sondern dass sie bei alledem nur als die von uns gewünschte und gewollte Voraussetzung betrachtet werden kann.“¹²³

Angesichts ihrer fragilen Ungreifbarkeit, in der Gesundheit als wichtige und angestrebte, doch nicht unerlässliche Bedingung der Möglichkeit gelingenden Lebens sämtliche Bezüge eines selbstbestimmten Lebens durchzieht, scheint somit die Aufwertung von Gesundheit zum Selbst- und Lebenszweck der sicherste Weg zu sein, ihr ureigenes, konstitutives Wirkprinzip zu zerstören, welches Ga-

118 Canguilhem (1977), S. 135. Vgl. ganz ähnlich Schmid (2005), S. 153f.

119 Vonessen (1971), S. 536.

120 Ebd.

121 Huesmann et al. (2006).

122 Will (1988).

123 Gerhardt (1992), S. 11.