

Ein postmoderner Blick auf Public Health

Marina Bäddeker & Thomas Hehlmann

»Denn alle Wissenschaften sind miteinander verbunden und leisten sich gegenseitig Hilfe, wie die Teile eines Ganzen, von denen ein jedes seine Arbeit leistet, nicht nur um seiner selbst, sondern auch um der anderen willen, [...]«

(Roger Bacon 2020)

Ein postmoderner Blick auf die Gesundheitswissenschaften¹ ist unweigerlich mit einer Kritik verbunden, die von besonderem Wert für die Disziplin sein kann. Um die postmoderne Kritik des 20. Jahrhunderts an der sogenannten Moderne und diesen besonderen Wert besser resp. die damit verbundene Chance für die Disziplin verstehen zu können, lohnt der Blick auf einen Abschnitt des Spätmittelalters: Als Roger Bacon (ca. 1214 bis ca. 1292) im Jahr 1267 sein Verständnis von einer interdisziplinären Zusammenarbeit der unterschiedlichen Wissenschaftsbereiche verfasste, herrschte in Europa Endzeitstimmung. In den 150 Jahren zuvor hatten bereits die ersten fünf Kreuzzüge stattgefunden und weitere folgten. Zugleich ist es eine Zeit, in der sich die Katholische Kirche einer fortwährend schärfer vorgetragenen Kritik der sogenannten *Bettelorden* gegenüber sah: Sie klagten eine durch die Kirchenoberen verursachte extreme Form der sozialen Ungleichheit an, die weitreichende gesundheitliche Folgen für einen Großteil der Bevölkerung nach sich zog. In ganz Europa wurden die ersten Universitäten gegründet

1 Gesundheitswissenschaften und Public Health werden synonym verwendet.

und die Intellektuellen der Zeit etablierten sich in den Städten als eine eigene Standesorganisation (Rüegg 1993; Le Goff 1994).

Dieser postmoderne Blick lohnt sich aus mehreren Gründen: Zum einen hatte der Prozess der Christianisierung seit dem fünften Jahrhundert Vorstellungen von Krankheit und Tod entstehen lassen, deren Argumentationsketten alle mehr oder weniger darauf hinausliefen, dass die Kranken Gott in irgendeiner Weise nicht gerecht geworden waren. Und zu dieser Vorstellung eines vermeintlich *verfehlten* Lebens sorgte die Kirche zusätzlich dafür, dass die Menschen durch die herbeigeredete Vision eines qualvollen Lebens im sogenannten *Jenseits* bereits im Diesseits unter teilweise extremen emotionalen Stress gerieten. Die Fachwelt findet heute deutliche Worte für diese Art von emotionalem oder auch spirituellem Missbrauch, der in der Rückschau alle Anzeichen von verbaler Gewalt aufweist, bis hin zur Tatsache, dass das Nicht-Nachsprechen des christlichen Glaubensbekenntnisses mit dem Tod bestraft wurde.

Auf der anderen Seite lohnt sich der Blick auf diese Phase des Spätmittelalters auch deshalb, da auf der intellektuellen Ebene Kämpfe tobten (Flasch 2011b), die in der Folge die dominante theologische Argumentationslehre der katholischen Kirche – die sogenannte Scholastik – durch ein nicht unwesentliches sprachphilosophisches Detail zu Fall brachte. Dieses wahrnehmungsskeptische und sprachphilosophische Detail einer Lehre von Worten und Zeichen, die durch Menschen stets *vereinbart*, immer nur aus pragmatischen Gründen und mangels besseren Wissens *für sinnvoll erachtet* werden und die zugleich mit dem, was sie in der Realität *bezeichnen* wollen, gar nichts gemein haben, gilt als das theoretische Modell des »modernen Weges« (*via moderna*) der damaligen Zeit. Dieses Modell hatte in den folgenden Jahrhunderten für die Entwicklung der naturwissenschaftlichen Theorien und sozialen Praxen des gesellschaftlichen Zusammenlebens kaum Bedeutung mehr. Zu verlockend waren die Erfolge der Naturwissenschaften und später der technischen Neuerungen. Das Zeitalter also, das nach dem Ende des Mittelalters ein eher positivistisches Wissenschaftsverständnis favorisierte und dass sich seit dem *die Moderne* nannte, ist – so wird es Bruno Latour fast neunhundert Jahre später formulieren – im Grunde nie modern gewesen (Latour 2017). Erst die in Frankreich in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts aufkommende Kritik an der Moderne – hier vor allem im Rückblick auf die menschenverachtenden Gräueltaten des 20. Jahrhunderts – führte dazu, dass wahrnehmungskritische und konstruktivistische Denkmodelle ganz allmählich wieder ihren Einzug in die wissenschaftlichen Debatten der Zeit fanden. Um es aber vorwegzunehmen: in den Gesundheitswissenschaft-

ten haben bislang weder Neo-Skeptizismus, noch Sprachphilosophie, noch genealogische oder gar praxeologische und diskurskritische Ansätze ihren Platz gefunden (s. u.).

Was aber hat dieses moderne Denken des *via moderna* am Ende des Mittelalters ausgemacht? Für Kurt Flasch ist das Ende des Mittelalters, das diese neue Denkweise herbeigeführt hatte, unmittelbar mit dem Pariser Gelehrten Petrus Abaelard (1079–1142) verbunden, denn seine kritische philosophische Arbeit schlug offenbar »eine neue Seite in der Geschichte der Philosophie und der europäischen Kultur auf« (Flasch 2011b: 128). Er wagte es als einer der ersten Gelehrten darüber zu spekulieren, dass die biblischen Texte zum einen wohl keine Augenzeugenberichte sein können und – was nicht weniger ketzerisch wirkte – sie unter Umständen sogar manipuliert sein könnten (Flasch 2011a: 243). Zudem ermutigte Abaelard seine Studierenden, die Texte eigenständig zu interpretieren und zu reflektieren: Die Studierenden sollten als selbstbewusst denkende *Subjekte* in der damaligen intellektuellen Welt einen eigenen Standpunkt einnehmen können und nicht länger jene alten Lehrmeinungen wiederholen, die andere vor ihnen sehr autoritär als die einzig rezipierbaren Lehrmeinungen verabredet hatten. Für diese Einleitung noch wichtiger ist die Bedeutung, die Abaelard der Sprache zukommen lässt, denn sie war für Abaelard von Menschen *gemacht* und konnte »die reale Welt ebenso verdecken, wie erschließen« (Flasch 2011b: 134).

Eine weitere Referenz zum Thema nimmt der bereits zitierte Roger Bacon ein: Der in England aufgewachsene Bacon studierte in Oxford, lehrte hundert Jahre nach Abaelard in Paris und war stark an einer grundlegenden Neuordnung der Lehrpläne der Universitäten interessiert. Vor allem aber wollte er die zu dem Zeitpunkt übermächtige Dominanz der katholischen Lehrmeinungen innerhalb der Theologie brechen, indem er vorschlug, weitere akademische Disziplinen der Theologie als notwendige Ergänzung an die Seite zu stellen. Seine Reformpläne sahen vor, dass an den Universitäten nicht nur Musik und Philosophie gelehrt werden sollten, sondern auch Mathematik, Geografie, Astronomie, Optik – und auch die alten Sprachen sollten Einzug in den Lehrplan finden (Bacon 2017, 2020). Bacon ging davon aus, dass alle Wissenschaften miteinander verbunden sind, sich gegenseitig unterstützen, ergänzen und letztendlich darauf ausgerichtet sein sollten, nicht nur Antworten auf moralische Fragen geben zu können, sondern direkt dem Heil der Menschen, ihrer Tugend und ihrer Glückseligkeit zu dienen. Bacon favorisierte ein Wissenschaftsverständnis, das sich sowohl auf eigene, selbst erlebte als auch auf untereinander diskutierte Erfahrungen berufen sollte und das vor allem das

Experiment als Beweis für die Wissenschaften zulassen sollte. Seine allumfassende interdisziplinär ausgerichtete Vorstellung von Wissenschaft sollte sich aber auch mit den zwischenmenschlichen Beziehungen beschäftigen und die Wissenschaft sollte dem Körper und der Seele ebenso dienen, wie der Gesellschaft als Ganzes (Bacon 2020: LV).

Bacon warf dem Stand der damaligen gelehrten Elite Europas vor, ein nur schwach ausgeprägtes Interesse am wissenschaftlichen Denken und zugleich wenig Interesse am Wohlergehen der Menschheit zu haben. Das aber sollte seiner Meinung nach das Ziel der Wissenschaft sein: das Wohlergehen der Menschen. Damit knüpfte Roger Bacon an eine bereits bestehende, äußerst kritische Grundhaltung der damaligen Zeit an, die unschwellig als eine erste Phase der »Aufklärung im Mittelalter« seit längerem präsent war (Flasch 1989). Bacon kann sein »szientistischer Optimismus« (Bacon 2020: LX) vorgeworfen werden und auch, dass er letztendlich die grundsätzliche Vormachtstellung der christlichen Glaubenslehre nie wirklich in Frage stellte. Doch sollte hier nicht vergessen werden, dass sowohl Abaelard als auch Bacon – und mit ihnen viele weitere Gelehrte*innen und Kritiker*innen der damaligen Zeit – nicht nur mit Kirchenbann und Exkommunikation bedroht wurden, sondern wegen ihrer kritischen Haltungen gegenüber der Kirche um ihr Leben fürchten mussten. Denn in diesen wenigen Jahrhunderten des Späten Mittelalters änderte sich in Rede und Gegenrede der Tonfall innerhalb der intellektuellen Debatten auf eine bis dahin ungewohnte und dramatische Art und Weise. Gleichzeitig drängte über die arabische Welt in Spanien nicht nur eine wesentlich modernere und wirkungsvollere medizinische Ausbildung nach Europa. Auch die Schriften des Aristoteles, mit ihrer entschiedenen Zurückweisung der jenseitigen Ideen Platons, auf die sich die katholische Lehre bis dahin stützte, erreichten vom islamischen Teil Spaniens kommend die philosophischen Debatten an den Universitäten.

Roger Bacons wissenschaftlicher Versuch einer Neuordnung geriet über dreihundert Jahre in Vergessenheit und jener wahrnehmungskritische Zweifel, der zudem die Sprache als »die Welt konstituierend« betrachtete, erreichte die Universitäten Europas erst wieder im 18. Jahrhundert als einen wirklich ernstzunehmenden und rezipierbaren Diskurs. Die Theologie hatte zwar ihre Vormachtstellung für die Welterklärung an den Universitäten verloren, diese Leerstelle wurde aber schnell von dem positivistischen Selbstverständnis der Naturwissenschaften eingenommen, die erfolgreich thematisierten, »was die Welt in ihrem Innersten zusammenhält« (Goethe 1808: 34). Jedweden metaphysischen Überbau galt es zu misstrauen und aus allen Modellen, die sich die

Wissenschaften für ihre Welterklärung zurechtlegten, zu beseitigen, denn die Welt musste zuerst »entzaubert« (Weber 1922: 547) werden, um sie anschließend industriell auszubeuten.

Erst die unhygienischen Lebens- und Arbeitsbedingungen in England zu Beginn des 19. Jahrhunderts führten als gesellschaftliche Protestbewegung des sogenannten *Sanitary Movement* zusammen mit dem *Sanitary Report* (Chadwick 1842) zu einem Bewusstsein, dass die wirtschaftlichen Erfolge der Industrialisierung in England offensichtlich auf Kosten der Gesundheit der Bevölkerung gingen. Gesetzliche Regelungen, wie das in Preußen von Frank (1784) erarbeitete *System einer vollständigen medizinischen Polizey*, gab es in Europa zwar schon, doch führten die in England sowohl öffentlich als auch innerhalb von Wissenschaft und Parlament ausgetragenen Proteste zu einer jetzt vom Staat getragenen und gesetzlich abgesicherten Regelung einer *öffentlichen Gesundheit* als Staatsangelegenheit. Zudem wurde in ganz Europa die Frage der *sozialen Ungleichheit* zunehmend als eine Frage der *gesundheitlichen Ungleichheit* diskutiert. So entwickelt sich in der Zeit zwischen 1875 und 1925 in Europa ein starkes wissenschaftliches Interesse an diesem Zusammenhang von sozialer Lebenslage und Sterblichkeit. Sehr schnell wurde diese Thematik zu einer der Gründungsthemen von Public Health überhaupt (Mosse & Tugendreich 1913). Allerdings gehört bedauerlicherweise genau diese Problematik der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit auch hundert Jahre später – trotz aller bedrückenden Evidenz (Wilkinson & Marmot 2004) – weltweit immer noch zu jenem ungelösten gesellschaftlichen Problem, das von Public Health eher wissenschaftlich *verwaltet* wird, als dass Konzepte zur Eindämmung des Phänomens entwickelt werden. Und zu einer »schwere Anklage gegen [...] die Gesellschaft«, wie sie damals noch von Mosse und Tugendreich (1913: 21) wegen dieser sehr bedrückenden Datenlage geführt wurde, kann sich in den Gesundheitswissenschaften der Gegenwart bislang nicht durchgerungen werden. Dafür hatten sich die in den Gesundheitswissenschaften entwickelten Präventionsbemühungen leider oft sogar als *Verstärkerin* des Problems herausgestellt (Bauer 2005). Und bisweilen wurden die sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten durch eine nur schwer nachvollziehbare Versimplifizierung dieses Sachverhalts sogar dem Verhalten der betroffenen Menschen allein zugeschrieben.

Die Gesundheitswissenschaften – so die hier vorgetragenen These – stecken derzeit in Bezug auf die selbstgesetzten Ziele (s. u.), in einer tiefen, nur schwer auszumachenden Krise. Und diese Krise hängt unmittelbar mit der Krise einer Moderne zusammen, die sich nur »modern« nennt, es aber nie war. Dafür fehlt es den Gesundheitswissenschaften ebenso wie der Gesellschaft, in

der sie agiert, an jenem Mut zum *Aushalten einer Ambivalenz*, die – so ungewöhnlich es auch klingen mag – dazu in der Lage sein könnte, »die scheinbar fixierte und erstarrte Welt wieder in Bewegung [zu bringen]« und die uns daran erinnert, »dass die Welt [immer auch] anders sein könnte, als sie ist« (Bauman 2000: 29).

Die Krise der Gesundheitswissenschaften

Wenn die Gesundheitswissenschaften in ihrem gegenwärtigen Erscheinungsbild von der Krise der Moderne eingeholt werden und ihre relative Erfolgslosigkeit – in Bezug auf das selbst ernannte Ziel eines bezahlbaren und gerecht verteilten *Mehr an Gesundheit und Wohlergehen* – so offensichtlich geworden ist, dann hatte sich diese Krise bereits lange vor der Corona-Pandemie abgezeichnet. Einige Gründe für diese Krise liegen in der Binnenstruktur des Fachs selbst und sollen im Folgenden anhand der *Theorielosigkeit von Public Health* und der *mangelnden Interdisziplinarität* beschrieben werden.

Die Theorielosigkeit von Public Health

Gesundheitswissenschaften sind, entgegengesetzt zum Namen, keine Wissenschaften der Gesundheit. Und so wie sich das Gesundheitssystem auch nicht mit Gesundheit, sondern mit Krankheit beschäftigt und Gesundheit hier lediglich als Ziel ihrer Wiederherstellung auftaucht, so geht es in den Gesundheitswissenschaften vornehmlich um Krankheit, ihre Bekämpfung und um ihre bestmögliche Verhinderung. Das liegt vor allem daran, dass es für die Medizin, als alles dominierende Disziplin der Gesundheitswissenschaften, im Falle der einmal festgestellten Gesundheit, keine Anschlusshandlungen mehr gibt:

»Die Gesundheit gibt nichts zu tun, sie reflektiert allenfalls das, was fehlt, wenn jemand krank ist. Entsprechend gibt es viele Krankheiten und nur eine Gesundheit. Die Krankheitsterminologien wachsen mit der Medizin, und der Begriff der Gesundheit wird zugleich problematisch und inhaltsleer.« (Luhmann 2005: 179)

Krankheit ist daher in allen Gesellschaften auch *die* erzählenswerte Sensation, die uns dazu ermutigt, von ihr wie von »Abenteuern [und] mutigen Schlach-

ten [zu erzählen], aus denen wir heldenhaft hervorgehen« (Hehlmann 2021: 270). Gesundheit dagegen scheint keinen erzählerischen Eigenwert zu besitzen und wird erst durch ihre Abwesenheit zum Thema. Versuchen wir dennoch von Gesundheit zu sprechen, so werden diese Geschichten »früher oder später von Krankheitserzählungen derart »unterlaufen« als ob Gesundheit als eigenständiger Begriff ohne Krankheitsbezug gar nicht gedacht und erzählt werden [könne]« (Hehlmann 2018: 365). Und so kommt unsere Gesundheit eher wie ein »Leben im Schweigen der Organe« (Leriche 1936: 16) vor. Daher fragt sich der von der Public Health-Szene in Deutschland fast unbeachtet gebliebene französische Mediziner und Philosoph Georges Canguilhem bereits in den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts:

»Wie kommt es, daß niemand je darauf gekommen ist, [...] daß man sich nie gefragt hat, ob die Gesundheit nicht die Wahrheit des Körpers ist.« (Canguilhem 2004: 54)

Canguilhems Nachdenken über die gesellschaftlich verabredeten Konstruktionen dessen, was wir für *pathologisch* und was wir für *normal* erachten (Canguilhem 2013 [1943]), hätte für Public Health ein Start in eine Debatte über eine theoretische Fundierung des Fachs sein können. Denn Canguilhem hatte das mechanistische und biologistische Weltbild der Medizin schon lange vor Gorge Engel (1977) und seiner Forderung nach einem biopsychosozialen Modell für die Medizin kritisiert. Charakteristisch für die Kritik Canguilhems war von Beginn an, dass er mit zeichentheoretischen und wahrnehmungskritischen Argumenten auf eine generelle Unbestimmbarkeit des Lebendigen verwies. Für Canguilhem – und später auch für seinen Schüler Michael Foucault – war eine das Leben beschreibende Wissenschaft auch dazu verpflichtet, das Zustandekommens ihrer eigenen Theorien im Lichte der Möglichkeiten und Grenzen menschlicher Erkenntnis zu diskutieren. Die fehlende Theorieentwicklung in den Gesundheitswissenschaften mag auch damit zusammenhängen, dass in der Medizin selbst, die Entwicklung einer ihrer Praxis zugrundeliegenden Theorie problematisch ist:

»Medizinische Lehrbücher verzichten gewöhnlich auf eine theoretische Einführung. Sie kommen gleich zur Sache. [...] So entsteht der Eindruck, das Problem einer Theorie der Medizin würde entweder gar nicht existieren oder habe mit der Sache, die medizinische Lehrbücher vermitteln, nichts zu tun.« (Uexküll & Wesiack 1998: 13)

Wie Canguilhem sind Uexküll & Wesiack ebenfalls stark an einer erkenntnis-kritischen und semiotischen Begründung einer Theorie der Medizin interessiert und verweisen auf die besondere Bedeutung, die eine »Lehre von den Beziehungen« (Uexküll & Wesiack 1998: 44) der Menschen untereinander für die Medizin haben könnte.

Und so kommen Hurrelmann et al. (2012) in ihrer Einleitung im *Handbuch Gesundheitswissenschaften* nicht umhin festzustellen, dass Public Health bislang in Deutschland keine allgemein akzeptierte theoriegeleitete Konzeptionalisierung besitzt und nicht einmal eine eigenständige Interventionsmethodik vorlegen kann. Ein Jahrzehnt zuvor warfen Weitkunat et al. (1997) den Gesundheitswissenschaften sogar vor, dass sich »das Fach Public Health [...] teilweise in einem vorwissenschaftlichen Stadium [befindet]« (Weitkunat et al. 1997: 16). Dieses Defizit mag – jedenfalls in Deutschland – dem Umstand geschuldet sein, dass sich Public Health nach seiner akademischen Wiedereinführung im Jahr 1989 mehr Problemen gegenüber sah als die Disziplin zu dem Zeitpunkt zu lösen imstande war. Doch als Peter-Ernst Schnabel 26 Jahre später dieses Defizit aufholen wollte und an seine Kolleg*innen eine *Einladung zur Theoriearbeit in den Gesundheitswissenschaften* (Schnabel 2015) aussprach, gab es in Deutschland kaum Interesse daran, dieser Einladung nachzukommen. Eine Theorie zu verfassen konnte Peter-Ernst Schnabel selbst nicht mehr nachkommen und wir verdanken es Uwe H. Bittlingmayer, dass wir an Peter-Ernst Schnabels erneutem Versuch einer Theoriearbeit in seinem posthum erschienenen Werk teilhaben können (Schnabel 2022).

Innerhalb der Gesundheitswissenschaften scheint diese Theorielosigkeit allerdings kein Problem darzustellen, was damit begründet werden kann, dass in den einzelnen Disziplinen, wie z. B. der Soziologie, Ökonomie, Psychologie oder Biologie eigene Theoriegebäude und Methoden bereits vorhanden sind. Zu fragen bleibt, wozu die Wissenschaftslandschaft Public Health benötigt, wenn sich auch andere akademische Disziplinen der »Sorge um die öffentliche Gesundheit« gleichermaßen gut von ihrem jeweils fachspezifischen Standpunkt aus annehmen können. Die ausgewiesenen etablierten Bindestrich-Disziplinen, wie die Gesundheits-Ökonomie, die Gesundheits-Psychologie oder die Gesundheits-Soziologie, zeugen von solch einem ausgewiesenen starken wissenschaftlichen Engagement auf dem Gebiet. In dem Zusammenhang ist eine fehlende Theorie der Gesundheitswissenschaften sogar für die eigene Disziplin vorteilhaft, denn es muss nicht noch unter Beweis gestellt werden, inwieweit spezifische theoretische Konstrukte, Fragen und Methoden der

Gesundheitswissenschaften oder darüber hinaus, die der anderen Disziplinen zusätzlich durchdacht werden müssen.

In einer Stellungnahme der Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina et al. (2015) zum gegenwärtigen Stand von Public Health in Deutschland ist zu lesen, dass »Public Health [...] mehr [ist] als Medizin« (ebd.: 13). Das ist ein Eingeständnis in den Umstand der dominierenden Stellung, welche die Medizin innerhalb der Gesundheitswissenschaften immer noch hat. Dennoch hätte hier auch stehen müssen: Public Health ist mehr als Soziologie, mehr als Psychologie oder mehr als Ökonomie. Nur wenn es dann tatsächlich ein *Mehr* sein soll, stellt sich die Frage: *Was genau ist dieses »Mehr« innerhalb der Gesundheitswissenschaften?* Die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina schreibt außerdem, dass sich alle Disziplinen und Teilbereiche von Public Health ein grundlegendes Merkmal teilen: »Sie brauchen eine solide Faktenlage für fundierte Entscheidungen« (ebd: 13). Davon, dass die Gesundheitswissenschaften in Deutschland ein Vierteljahrhundert nach ihrer akademischen Wiedereinführung zuerst noch eine fundierte handlungsleitende Theorie benötigen, die sich kritisch und interdisziplinär vor allem mit dem Zustandekommen, dem »Doing« dieser Fakten auseinandersetzen sollte, ist in der Stellungnahme nichts zu lesen. Hier wird übersehen, dass dieses auf Fakten basierte, fundierte Entscheiden eines jener Probleme der Modernen ist, das sich – so wichtig diese Fakten auch sind und auch weiterhin dringend benötigt werden – eher durch das vorschnelle Schließen von Kontingenz auszeichnet als dass über jenes komplexe Entscheidungsgeflecht nachgedacht wird, das diese Fakten so und nicht anders hervorgebracht hat. Auffällig ist, dass sich auch in den Gesundheitswissenschaften eine herbeigeredete Metapher ausgebreitet hat, die sich bereits innerhalb der Medizin als sehr wirksam erwiesen hat und mit der das vorschnelle Schließen von Kontingenz abgesichert wird: Es ist der pathogenetische Blick auf das Leben als ein einziger *Notfall*, in dem stets unter Zeitdruck – wenn nicht sofort, dann aber stets präventiv gehandelt werden müsse – so als ob das Leben akut auf dem Spiel steht. Das Leben ist sicher eines, das stets in der einen oder anderen Weise auf dem Spiel zu stehen scheint, nur eben nicht als ein permanent herbeigeredeter medizinischer Notfall. In dieser Überbetonung der Kontingenzschließung, mit ihrem starken Drang zur Normativität, sieht der Soziologie Andreas Reckwitz eines der Kennzeichen der Moderne, der jede Form des Einübens von Kontingenzöffnungen ebenso wie des Aushaltens von Ambivalenz abhanden gekommen ist (Reckwitz 2021: 72ff.).

Und so zeigt sich das gegenwärtige Erscheinungsbild von Public Health in Deutschland aktuell als eine theoriearme Multidisziplin, in der das Public Health-Label genutzt werden kann, wann immer es passend erscheint, aber eigentlich die eigenen fachlichen Vorlieben im Vordergrund stehen. Schnabel (2015: 20) hatte bereits in seiner ersten »Einladung« (s.o.) bemängelt, dass vor allem besonders kritische Public Health-Themen aus Angst vor negativen Kommentaren aus den eigenen Disziplinen eher vermieden werden. Diese Form einer eher multi- als interdisziplinären Zusammenarbeit wird auch in der Selbstbeschreibung der Deutschen Gesellschaft für Public Health e. V. (DGPH) deutlich: dort ist von einer »notwendigen interdisziplinären Zusammenarbeit« zu lesen. Später im Text wird dann nur noch von einer »lebendige[n] und produktive[n] Kooperation zwischen unterschiedlichen Disziplinen« gesprochen, »insbesondere zwischen den Sozial- bzw. Geisteswissenschaften und der Medizin« (DGPH 2012: o. S.). Ein Eingeständnis.

Eine ernstgemeinte *inter*-disziplinäre Zusammenarbeit müsste als Ergebnis stets auf eine theoriefundierte Praxis verweisen können, die auf der einen Seite einen völlig neuen Charakter innehat und die so innerhalb der jeweiligen Einzeldisziplin – ob mit oder ohne »Bindestrich-Ambitionen« – nicht selbstständig hätte hervorgebracht werden können. Auf der anderen Seite müsste sie im Prozess dieses Hervorbringens jene disziplineigenen *Blinden Flecken* diskutieren, die diese Disziplin in ihrer traditionellen Denkweise bislang daran gehindert hatten, derart neu und innovativ zu denken. Solch ein Vorhaben kann erst dann gelingen, wenn sich Public Health als »konsequent systemkritische, einheitlich argumentierende und sich ihrer selbst sichere Instanz« etabliert hat (Schnabel & Wolters 2011: 121).

Es wird schnell deutlich, dass die von Schnabel & Wolters geforderten »kongenialen Veränderungen im Gesundheitssystem« (ebd.: 121) nicht ohne eine kritische Auseinandersetzung mit den Gründungstheorien und Definitionen von Public Health zu haben sind. Dabei müsste eine Reflexion über das gegenwärtige und das vergangene »Doing« von Public Health vornehmliches Ziel solch einer Theoriearbeit sein. Hierzu sind sowohl kritische diskursanalytische und genealogische Arbeiten für die einzelnen Teildisziplinen von Public Health erforderlich als auch eine wissensarchäologische Arbeit zur Entstehung von Public Health. Auffällig für die Gesundheitswissenschaften ist, dass es in Deutschland so gut wie keine historischen Arbeiten über die Entstehung von Public Health gibt. Die umfangreiche geschichtswissenschaftliche Arbeit von Axel Flügel (2012) bietet hier eine Ausnahme. Und selbst die Beschäftigung mit dem Thema Public Health während des Nationalsozialismus lässt sich –

abgesehen von den Arbeiten von Johanna Bleker (Bleker 1994, 2018) – auf ein einziges Werk von Baader und Peter (2023) reduzieren. Für diese Vorhaben musste allerdings Unterstützung aus der Geschichtswissenschaft und der Medizin-Geschichte für die Gesundheitswissenschaften geboten werden.

Was ist eigentlich die ursprüngliche Gründungsidee von Public Health, auf die sich das Fach bislang bezieht? Für den angloamerikanischen Sprachraum hat diese Frage zuletzt John Coggon (2023) gestellt und er kommt zu dem Schluss, dass die wenigen Definitionen, die für Public Health vorliegen, für sich allein genommen wenig sinnvoll erscheinen, da sie im Grunde immer erst erklärt werden müssten. So hatte sich Coggon einige Jahre zuvor selbst daran gemacht z. B. die Bedeutungskarriere des Wortes »Public« in der Wortkombination Public Health nachzuzeichnen (Coggon 2012). Coggon plädiert stark dafür, sich die bekannten Definitionen von Public Health erneut vorzunehmen, um sie dann in einer breiten Öffentlichkeit zu diskutieren. Auffällig ist, dass viele der zeitgenössischen Definitionen zwar auf die folgende Definition von Winslow aus dem Jahre 1920 zurückgehen, seitdem aber nur wenig substantielle Veränderungen vorgenommen wurden.

»Public Health ist die Wissenschaft und die Kunst Krankheit zu verhindern, das Leben zu verlängern und die körperliche Gesundheit und Leistungsfähigkeit durch organisierte gemeinschaftliche Bemühungen um die Hygiene der Umwelt, die Kontrolle gegenseitiger Ansteckungen, die Erziehung des Einzelnen in den Grundsätzen der persönlichen Hygiene, die Organisation von medizinischen und pflegerischen Diensten für die Früherkennung und vorbeugende Behandlungen von Krankheiten und die Entwicklung von sozialen Mechanismen, die jedem Einzelnen in der Gemeinschaft einen für die Erhaltung der Gesundheit angemessenen Lebensstandard sichern.« (Winslow 1920: 30)

Weitere Passagen aus der Arbeit von Winslow, in denen er sein Vorhaben noch näher erläutert, wurden im Verlauf der nächsten 100 Jahre nicht weiter zitiert. So hatte Winslow mit der Entwicklung von »sozialen Mechanismen« durchaus das Ziel, die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit zu fokussieren und zu beseitigen. An anderer Stelle hält Winslow ein starkes Plädoyer für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb von Public Health, indem er festhält, dass Public Health-Arbeiter*innen und Mediziner*innen für den Erfolg ihrer Arbeit aufeinander angewiesen sind, denn

»[d]er weitsichtige Arzt ist gleichermaßen bestrebt, seine Wissenschaft mit dem Public Health Programmen zu verknüpfen, weil er erkennt, dass die Medizin niemals ihr volles Leistungspotential erreichen kann, wenn sie nicht durch eine wirksame professionelle und soziale Koordination wirklich präventiv tätig wird.« (Winslow 1920: 28)

Was sich hier nur als »soziale Maschinerie« oder »soziale Koordination« verklausuliert erkennen lässt, sollte nach Winslow auf eine stärkere Berücksichtigung der Sozialwissenschaften innerhalb der Medizin hinauslaufen (Roelcke 2016). Dieses sich gegenseitige, interdisziplinäre Vernetzen im Bereich der Gesundheitsversorgung hatte vor Winslow bereits der U.S.-amerikanische Mediziner Richard Clarke Cabot beschrieben, indem er fordert, dass »ein Arzt [...] von der Sozialarbeit ebenso [etwas] verstehen [sollte] wie von dem spirituellen und mentalen Leben seiner Patienten« (Cabot 1914: 93f.). Und lange vor George Engels Forderung nach einem biopsychosozialen Modell für die Medizin (Engel 1977) wurde diese Idee im geistigen Umfeld der Medizin in den USA der 1930er Jahre als eine dringende Aufgabe formuliert:

»Wie können wir in Anbetracht der Tatsache, dass unser Wissen über die sozialen und psychischen Faktoren des menschlichen Verhaltens begrenzt ist – und diese Spezialgebiete müssen weiter vorangebracht werden – das Konzept des Individuums als psycho-biologische Einheit innerhalb eines sozialen Umfelds in die Medizin zurückbringen [...]?« (Winternitz 1930: 42)

Zur selben Zeit arbeiteten eine Reihe von Mediziner*innen in den USA an dem Aufbau eines »Institutes of Human Relations« (Hutchins 1929), denn sie verstanden Medizin als eine soziale Wissenschaft, für die die zwischenmenschlichen Beziehungen Gegenstand der medizinischen Wissenschaft sein sollten. Selbst der Biologe und Chemiker Lawrence J. Henderson wagte 1935 eine erste soziologische Betrachtung des Verhältnisses zwischen Ärzt*innen und ihren Patient*innen, indem er mit systemtheoretischen Vokabular feststellte: »Der Arzt und der Patient bilden zusammen ein soziales System« (Henderson 1935: 820). Henderson forderte die Health Professionals der damaligen Zeit dazu auf, unbedingt darauf hören, was die Patient*innen ihnen zu erzählen versuchen. Sie sollten aber auch genau auf das hören, was die Patient*innen versuchen, ihnen nicht zu erzählen und auf das, was sie ihnen u. U. gar nicht erzählen können (ebd. S. 822). Und ein Jahrzehnt nachdem dieser mutige Diskurs innerhalb der U.S.-amerikanischen Medizin aus innen- und außenpolitischen

Gründen bereits wieder zurückgedrängt worden war, prägte der Medizinhistoriker Sigerist (1946) den bemerkenswerten Satz: »Dass Medizin eine soziale Wissenschaft ist, klingt wie eine Binsenweisheit, kann aber nicht oft genug wiederholt werden, weil wir in der medizinischen Ausbildung immer noch so tun, als sei die Medizin eine Naturwissenschaft und nichts anderes« (Sigerist 1946: 127).

Hier vollzog sich in den USA – wenn auch nur auf wenige Jahrzehnte beschränkt – ein Bruch im traditionellen Selbstverständnis der Medizin. Diese Veränderungen, durch die eine elaboriertere Theorie von Public Health hätte entstehen können, wurden erst durch den zweiten Weltkrieg zu Fall gebracht. Interessant ist dabei, dass es diesen *Bruch* in Ansätzen auch in Deutschland gegeben hatte und heute als »Krise der Medizin« in der Weimarer Republik bezeichnet wird (Geiger 2010; Roelcke 2016). Während in der Sozialhygiene – als Vorläuferin der Gesundheitswissenschaften – der interdisziplinäre Charakter des Unterfangens betont wurde (Mosse & Tugendreich 1913) und dementsprechend eher Interesse an einer praktischen Lösung der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit bestand, vollzog sich innerhalb der Medizin eine Krise: hier wurde einerseits das Verhältnis von Mensch und Medizin zu den Naturwissenschaften kritisch hinterfragt und andererseits wurde das Fehlen jedweder erkenntnistheoretischer Debatte innerhalb der Medizin kritisiert.

Die Kritik an den Naturwissenschaften, die den Menschen als Ganzes mit ihren reduktionistischen und positivistischen Vorstellungen von Wissenschaft nach Meinung der Kritiker*innen nicht hatte einholen können, hat in ganz Europa eine lange Tradition. So kritisiert Goethe bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts die Physik Isaak Newtons als eine »unheilbare empiristische Verwirrung der Welt« (Goethe 1907: 89) und bezeichnet an anderer Stelle die Absonderung des »Experiments vom Menschen« als »das größte Unheil der neuen Physik« (Goethe 1873: 98). Noch deutlicher trägt der polnische Mikrobiologe Ludwik Fleck (1896–1961) seine Kritik vor, indem er jede naturwissenschaftliche Erkenntnis grundsätzlich von der ärztlichen Erkenntnis trennen will (Fleck 2011 [1927]). Für ihn sind die Naturwissenschaften auf der Suche nach dem »Regelhaften«. Dies kann auf die Beschäftigung mit Krankheit schon deshalb nicht zutreffen, weil Krankheit stets in mannigfaltigen und unüberschaubaren Abweichungen von solch einer Regel auftritt: »Es gibt keine genaue Grenze zwischen dem, was gesund ist, und dem, was krank ist, und nirgends trifft man wirklich ein zweites Mal auf dasselbe Krankheitsbild« (Fleck 2011 [1927]: 41). Aus heutiger Sicht kann Flecks erkenntnis- und wahrnehmungskritische Position als *konstruktivistisch* bezeichnet werden. Derartige Vorstellungen auf

den Bereich der Medizin zu übertragen, war zu dem damaligen Zeitpunkt einmalig und muss als eine der mutigsten Pionierarbeiten bezeichnet werden, die in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts aus der Medizin heraus gewagt wurden. Für Fleck besaß »jedes denkende Individuum [...] als Mitglied irgendeiner Gesellschaft seine eigene Wirklichkeit, in der und nach der es lebt« (Fleck 1929: 426). Und diese Wirklichkeiten konnten sich seiner Meinung nach durchaus widersprechen: eine grundlegend konstruktivistische Haltung. Berühmtheit erlangte Fleck durch sein 1935 erschienenes Werk *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache* (Fleck 1980 [1935]), in dem er beschreibt, dass alle wissenschaftliche Erkenntnis als ein sozial hervorgebrachtes und damit gemeinschaftlich vereinbartes Phänomen zu verstehen ist. Dem entsprechend war »das Wissen [...] zu allen Zeiten für die Ansichten jeweiliger Teilnehmer systemfähig, bewiesen, anwendbar, evident. Alle fremden Systeme waren für sie widersprechend, unbewiesen, nicht anwendbar, phantastisch oder mystisch« (Fleck 1980 [1935]: 34). Die Grenzen unserer starren Denkmodelle sind – so Fleck weiter – von Menschen durch die Sprache hervorgebrachte Grenzen.

Außerhalb der Medizin ist diese Art der Verbindung von Erkenntnistheorie und Wissenschaft zur damaligen Zeit weit verbreitet. So waren für den Hamburger Philosophen Ernst Cassirer die Kunst, der Mythos und die wissenschaftliche Erkenntnis nichts anderes als sprachlich vereinbarte Zeichensysteme, durch die wir sehr komplexe, relationale und damit auch kontingente »natürliche Symbolik« immer nur aus einem bestimmten Blickwinkel betrachten (Cassirer 1983, S. 175). Und selbst der dänische Physiker Nils Bohr geht 1931 davon aus, dass »wir [...] im Allgemeinen darauf gefasst sein [müssen], dass eine allseitige Beleuchtung eines und desselben Gegenstandes verschiedene Gesichtspunkte verlangen kann, die eine eindeutige Beschreibung verhindern« (Bohr 1931: 63). Noch deutlicher formuliert es der französische Philosoph Henri Bergson in seinem 1921 auf Deutsch erschienen Werk *Schöpferische Entwicklung*:

»Damit ist gesagt, daß Erkenntnistheorie und Lebenstheorie etwas Untrennbares sind. Eine von keiner Erkenntnistheorie begleitete Lebenstheorie ist genötigt, die ihr vom Verstand zur Verfügung gestellten Begriffe fertig hinzunehmen: wohl oder übel muss sie die Tatsachen in schon vorhandene Rahmen sperren, die sie für endgültig hält; wodurch sie zu einem bequemen, einem der positiven Wissenschaft vielleicht sogar notwendigen Symbolismus gelangt, nicht aber zur unmittelbaren Anschauung ihres Gegenstandes.« (Bergson 2021 [1921]: 5)

Zu dieser wechselseitigen Beziehung zwischen Erkenntnistheorie und Wissenschaft äußert sich 1949, ähnlich wie Bergson, auch Albert Einstein, für ihn waren beide »voneinander [...] abhängig. Erkenntnistheorie ohne Kontakt zur Wissenschaft wird zu einem leeren Schema. Wissenschaft ohne Erkenntnistheorie ist – sofern sie überhaupt denkbar ist – primitiv und verworren« (Einstein 1949: 683). In solch einem verworrenen Zustand befinden sich derzeit sowohl die Medizin als auch die Gesundheitswissenschaften und mit ihnen viele andere akademische Disziplinen, die das Zustandekommen ihrer Wissensbestände nicht danach befragen, ob und wie ihr wissenschaftliches Wissen erkenntnistheoretisch überhaupt möglich sein kann. Es hilft dabei ggf. die Rückbesinnung auf eine Bemerkung von Thomas Kuhn, der zu berichten weiß, dass »[v]or allem in Zeiten anerkannter Krisen [...] sich Wissenschaftler der philosophischen Analyse zugewandt [haben], um die Rätsel ihres Fachgebiets zu entschlüsseln« (Kuhn 1970: 88). Allerdings zählt die Philosophie bislang nicht zu jenem exklusiven Fächerkanon der Gesundheitswissenschaften (s. Abb. 1), zu dem bislang nur wenige auserwählte akademische Disziplinen gehören (dürfen).

Der Kanon der Quellen, der für eine Definition von Public Health bisher genutzt wird, erschöpft sich nach wie vor auf die Internetseite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Nowak et al. 2022), die Arbeit von Winslow (1920) oder die von Acheson (1988). Danach wird noch die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1946) zitiert und eventuell die erweiterte Definition von Gesundheit in der Ottawa Charta (WHO 1986). Es fehlt also ein inter- und vor allem transdisziplinärer Blick auf Public Health.

Die mangelnde Inter- und Transdisziplinarität von Public Health

Peter-Ernst Schnabel hatte bereits formuliert, dass sich die Gesundheitswissenschaften als ein loser Zusammenschluss von Einzeldisziplinen verstehen, einer Multidisziplin, die Gesundheit als ihren gemeinsamen Gegenstand behauptet (Schnabel 2022: IX) und in der derzeit weder interdisziplinär noch transdisziplinär zusammengearbeitet wird. Gerade für eine transdisziplinäre Zusammenarbeit müsste die Universität allerdings *verlassen* werden und das traditionell zu ihren Gunsten asymmetrisch angelegte Verteilungskonstrukt von institutioneller Macht mit Menschen außerhalb der Universität für ihre anstehenden Forschungsvorhaben partizipativ teilen (Wright 2012).

In den Gesundheitswissenschaften geht es nicht nur um irgendeine Form von Interdisziplinarität, sondern gleich um die Überwindung eines traditionell in den Wissenschaften am stärksten verwurzelten Gegensatzes zwischen den Natur- und den Geisteswissenschaften (DGPH 2012). Da beide eigene Theorien und Vorstellungen vom Risiko des menschlichen Lebens entwickelt und ganz eigene Traditionen im Umgang mit Bestimmtheit auf der einen und der Bearbeitung von Kontingenz auf der anderen Seite haben, sieht Petre Roman hier eine noch größere Dringlichkeit zur Interdisziplinarität:

»Zwischen der Zone der Gewissheit, die über jeden Zweifel erhaben ist, und der Zone der unbegreiflichen Ungewissheit, deren Quellen nichts als Zufälle sind, müssen wir solide Ergebnisse aus einer großen Interdisziplinarität nutzen.« (Roman 2022: 148)

Das Ziel solch einer großen Interdisziplinarität ist für Petre Roman (2023) »die Suche nach einem integrativen Kern, der die Masse an neuem und altem Material aus Wissenschaft, Kunst und menschlicher Tätigkeit, die täglich auf dem globalen Markt eintrifft und als wahr angesehen wird, ordnet und ihr einen Sinn gibt« (Roman 2023: 32). Und die Zukunft einer Verbindung von Erkenntnistheorie und Wissenschaft, wie sie u. a. von Fleck, Bergson und Einstein eingefordert wurde, kann sich für Jean Piaget (1967) nur in einer »spezialisierten interdisziplinären Forschung« und weniger auf dem Gebiet der »isolierten spekulativen Reflexion« (Piaget 1967: 12) ergeben. Für das Gebiet der Gesundheitswissenschaften war solch ein interdisziplinärer Ansatz bereits im Gründungsdokument von Winslow (1920) enthalten (s. o.). Und noch im Jahresbericht des *Medical Officers* des britischen Gesundheitsministeriums von 1937 wurde von einer umfangreichen Einbindung von weiteren Berufen in das Unterfangen der Sorge und Fürsorge um die öffentliche Gesundheit berichtet:

»Die Fähigkeiten und Erfahrungen des Arztes, des Chirurgen, der Geburtshelferin, des Epidemiologen, des Architekten, des Ingenieurs, des Juristen, des Statistikers, des Soziologen, des Tierarztes und des Verwaltungsbeamten bilden alle zusammen Public Health als Wissenschaft.« (Brand 1965: 307)

Auch in der Einleitung der Übersichtsarbeit *Das Public Health Buch* (Schwartz et al. 2000) steht zumindest im Geleitwort von Asvall (2000), dass es für den Erfolg von Public Health wichtig ist, »daß [...] auch andere Berufsgruppen –

wie z.B. Lehrer, Architekten, Ingenieure, Wirtschaftswissenschaftler, Sozialarbeiter, Journalisten etc. – angeregt werden [sollten], mit Public Health zusammenzuarbeiten« (Asvall 2000: VIII f.). Weder im Public Health-Buch aus dem Jahr 2000 noch in späteren Ausgaben ist von solchen, die Gesundheitswissenschaften öffnenden Ambitionen etwas zu lesen. Und auch in den ersten Ausgaben des *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (Hurrelmann & Laaser 1998; Hurrelmann & Razum 2012) sind keine Hinweise auf eine derartige Öffnung für andere akademische Disziplinen und Berufsgruppen zu finden. Erst in der jüngsten Ausgabe, in dem die Herausgeber*innen einen »Neustart« versprechen, wird in der Einleitung festgehalten, dass das interdisziplinäre Projekt noch nicht ganz gelungen sei (Razum & Kolip 2020: 35) und eine Öffnung für die Bereiche Rechtswissenschaften und Ethik durchaus als sinnvoll erachtet wird. Sogar der Bereich der Tiermedizin wird hier sehr vorsichtig erwähnt – wenn auch nur in einem pathogenetischen Zusammenhang mit dem Problem der Antibiotika-Resistenzen. Das ist umso erstaunlicher, da in den One Health-Konzeptionen, die bereits seit mehr als einem Jahrzehnt existieren, davon ausgegangen wird, »dass die Gesundheit von Menschen, Haus- und Wildtieren, Pflanzen und der weiteren Umwelt [...] eng miteinander verbunden und voneinander abhängig sind« (WHO 2023). Im Handbuch Gesundheitswissenschaften selbst fehlen Abschnitte, die sich explizit mit der Einbindung der Tiermedizin, Sozialarbeit, Kriminologie, Sexualwissenschaft oder Hebammenwissenschaft in die Gesundheitswissenschaften beschäftigen – um nur einige wenige zu nennen –, obgleich bei den hier genannten Disziplinen ein Gesundheitsbezug mehr als offensichtlich ist.

Wenn aber in den Angelegenheiten des menschlichen Lebens selbst und insbesondere dann, wenn wir uns vornehmen, uns in Sachen Gesundheit und Wohlergehen nicht nur zu *sorgen*, sondern auch *Fürsorge tragen* zu wollen, wenn in diesem Kontext deutlich wird, dass »alles mit allem zusammenhängt und als aufeinander bezogen« (Latour 2021) gedacht werden muss, dann benötigen wird dringend das Know how aller Berufsgruppen und akademischen Disziplinen, dann wird in der Tat *alles nützlich*. Dafür benötigen wir allerdings ein ambitionierteres Verständnis von diesen besonderen, relationalen Wechselwirkungen, die uns – und die uns umgebende soziale und dingliche Welt – auf unbeschreibliche Weise *uns selbst sein lassen*, in einem tiefen Bewusstsein darüber, dass wir allen Anderen gegenüber zur selben Zeit stets in einem geradezu existenziellen Sinne *nützlich* sein werden. In diesem Verständnis gibt es kein zeitliches Vor- oder Nacheinander mehr, kein gegenseitiges Aufrechnen,

sondern immer nur eine im umfassenden Sinne existentielle gegenseitige Abhängigkeit:

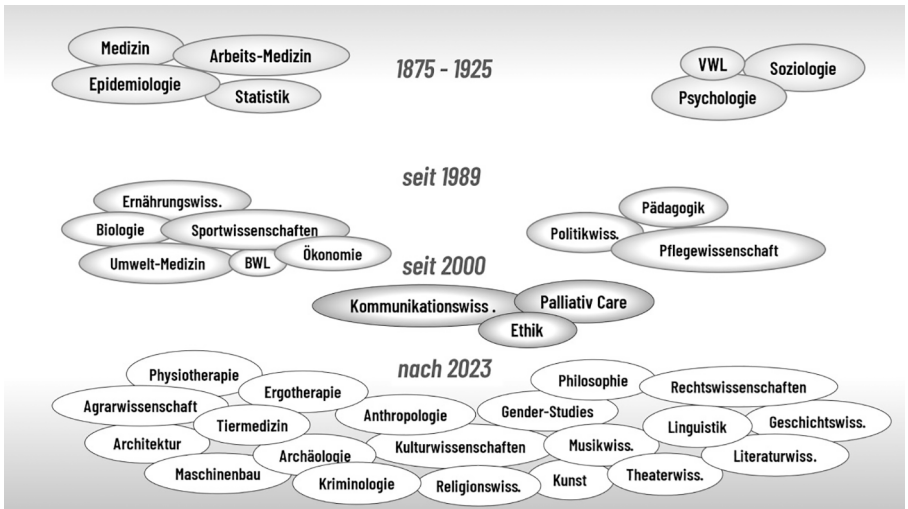
»[...] alles ist also so sehr *an sich*, als es *für ein Anderes* ist; oder alles ist *nützlich*.« (Hegel 2023: 415)

In einem neuen postmodernen Verständnis von Public Health müsste in einem ersten Schritt die Grenze jener Disziplinen *aufgeweicht* werden oder bestenfalls ganz verschwinden, die sich bislang unter dem Dach des traditionellen Fächerkanons aus der Zeit zwischen 1989 und 2023 versammeln durften (s. Abb. 1), um den Prozess der Inklusion weiterer Disziplinen voranzutreiben.

Die bisher starr gezogene Grenze, die um dieses bescheidene Ensemble von Einzeldisziplinen künstlich als Vereinbarung herbeigeredet wurde, ist nicht nur eine unnötige Beschränkung des Blickwinkels, sondern behindert die 1986 von der WHO eingeforderte gesamtgesellschaftlich getragene Sorge um die Gesundheit einer Bevölkerung. Mit diesem Sammelband soll ein Beitrag zu einer Vision von Gesundheit geleistet werden, die nicht zuerst an Krankheit denkt, sondern vor allem in der Lage ist, alle Aspekte des menschlichen Lebens einzuschließen, um gemeinschaftlich darüber nachzudenken, wie sich »Kontingenzen erleben, ertragen und bearbeiten« lässt (Schmidt & Zurstiege 2007: 21).

Dazu benötigt Public Health aber eine definitorische Außengrenze, die als eine Grenze verstanden wird, die ebenso zu proliferieren vermag, wie sie zum Überschreiten einlädt und die ihren Grenzverlauf ständig, ganz im wissenschaftlichen Sinn, mit einen vorläufigen *Verfallsdatum* versieht, sodass diese Vorläufigkeit immer zugleich auch das Selbstverständnis des Fachs ausmacht. Eine Grenze, die lediglich gezogen wird, um ihrem Einschluss alleinige Gültigkeit zu verschaffen, übersieht, dass sich dieser Einschluss nicht durch diese gezogene Grenze, sondern in umfassenderem Maße durch das definiert, was sie beharrlich versucht durch diese Grenzziehung auszuschließen. Um es mit Heidegger zu sagen: »[d]ie Grenze [ist] nicht das, wobei etwas aufhört [...] die Grenze ist jenes, von wo etwas sein Wesen beginnt« (Heidegger 1967: 29).

Abbildung 1: Die Entwicklung des Public Health-Fächerkanons in der Gründungszeit (1875–1925), der Neueinführung 1989 und der Entwicklung nach 2000 (eigene Darstellung).



Mit diesem Sammelband soll ein erster Schritt aus den Gesundheitswissenschaften herausgewagt werden, um diese Grenze für andere akademische Disziplinen durchlässiger zu machen und diese danach zu befragen, wie sie sich an diesem gesamtgesellschaftlichen Projekt eines *Mehr* an Gesundheit und Wohlbefinden für alle Menschen beteiligen können. Dabei kann es sich nur um eine erste Perspektive handeln, der weitere folgen müssen. Und u. U. lässt sich so das Problem des beschriebenen Theoriedefizits der Gesundheitswissenschaften im Verlauf dieser Öffnung begleichen. Dafür wurden Wissenschaftler*innen aus unterschiedlichen akademischen Disziplinen angefragt und gebeten, sich erstmals dieses gesundheitswissenschaftlichen Themas anzunehmen und so einen Beitrag zur gesamtgesellschaftlich getragenen Sorge um die Gesundheit der Bevölkerung zu leisten. Diese transdisziplinäre Perspektive umfasst in diesem vorliegenden Sammelband folgende Disziplinen: Literaturwissenschaften, Anthropologie, Musikphysiologie und Musizierendenmedizin, Baubiologie, Philosophie, Designforschung, Umwelt- und Architekturpsychologie, Linguistik, Theaterwissenschaft, Archäoanthropologie, Innenarchitektur, Health Humanities, Architektur, Populärmusikforschung, Ägyptologie und Geschichtswissenschaft. Eine Erweiterung dieser Perspektiven ist obligatorisch und wünschenswert.

Die sogenannte Moderne ist mit der Vorstellung hausieren gegangen, dass die Welt der Natur und die des Subjekts säuberlich voneinander getrennt werden müssten. Für Bruno Latour sind aber diejenigen modern, »die auf extreme und zu weilen wunderbare Art und Weise Politik, Wissenschaft, Technik und Recht miteinander vermischen, sie zu einem eigenen Reich vereinen« (Latour 2021: o. S.). Für Latour »müssen wir Mythologie, Wissenschaft und Politik nicht mehr voneinander trennen, denn das lässt die Kosmologie, in der wir leben nicht zu« (ebd. o. S.). Gehen wir es also an.

Literatur

- Acheson, D. (Hg.) (1988). Public health in England. The report of the committee of inquiry into the future development of the public health function. London: Her Majesty's Stationery Officer.
- Asvall, J.E. (2000). Geleitwort. In: F.W. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist (Hg.), Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen (S. VIII-IX). München: Urban & Fischer.
- Baader, G. & Peter, J. (Hg.) (2023). Public Health, Eugenik und Rassenhygiene in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus. Gesundheit und Krankheit als Vision der Volksgemeinschaft Frankfurt: Mabuse Verlag.
- Bacon, R. (2017). Opus maius. Teile I, II und VI. Brief an Papst Clemens IV. Brief über die geheimen Werke der Natur und der Kunst. Übersetzt von Nikolaus Egel und Katharina Molnar. Mit einer Einleitung und Anmerkungen herausgegeben von Nikolaus Egel. Hamburg: Felix Meiner Verlag.
- Bacon, R. (2020). Opus tertium. Edition und Übersetzung, mit einer Einleitung und Anmerkungen herausgegeben von Nikolaus Engel. Lateinisch – Deutsch. Hamburg: Felix Meiner Verlag.
- Bauer, U. (2005). Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Bauman, Z. (2000). Vom Nutzen der Soziologie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bergson, H. (2021 [1921]). Schöpferische Entwicklung: Eugen Diederichs.
- Bleker, J. (1994). Der Mythos vom unpolitischen Arzt. Historische Überlegungen zum Unterschied zwischen politischer Abstinenz und Toleranz. In: H.-H. Abholz, D. Borgers, H. Klosterhuis, H. Kühn, U. Lenhard, R. Rosenbrock, F. Schafstedde, U. Schangen & N. Wolf (Hg.), Jahrbuch für Kritische Medizin Band 22. Rationalitäten in der Medizin (S. 164–186). Hamburg: Argument-Verlag.

- Bleker, J. (2018). Die Deutschen Hygieniker und der Nationalsozialismus. *Hyg Med*, 43(7/8), S. D74–D78.
- Bohr, N. (1931). *Atomtheorie und Naturbeschreibung*. Berlin: Springer.
- Brand, J.L. (1965). *Doctors and the State: The British Medical Profession and Government Action in Public Health, 1870–1912*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Cabot, R.C. (1914). *Social service and the art of healing*. New York: Moffat, Yard and Company.
- Canguilhem, G. (2004). *Gesundheit – eine Frage der Philosophie*. Berlin: Merve Verlag.
- Canguilhem, G. (2013 [1943]). *Das Normale und das Pathologische*. Berlin: August Verlag.
- Chadwick, E. (1842). *1842 Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*. London: House of Commons Sessional Paper.
- Coggon, J. (2012). *What Makes Health Public? A Critical Evaluation of Moral, Legal, and Political Claims in Public Health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Coggon, J. (2023). *What is public health?* London: Faculty of Public Health.
- Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V., DGPH (2012). *Situation und Perspektiven von Public Health in Deutschland – Forschung und Lehre. Positionspapier der DGPH vom 13.09.2012*. Verfügbar unter: <https://www.dgms.de/assets/pdf/NKStellungnahmeDGMS.pdf> [14.11.2024].
- Einstein, A. (1949). *Remarks to the Essays Appearing in this collective Volume*. In: P.A. Schilpp (Hg.), *Albert Einstein: Philosopher-Scientist* (S. 663–688). Evanston: Library of Living Philosophers Inc.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), S. 129–136.
- Flasch, K. (1989). *Aufklärung im Mittelalter? Die Verurteilung von 1277: Das Dokument des Bischofs von Paris*. Mainz: Dieterich'sche Verlagsbuchhandlung.
- Flasch, K. (2011a). *Das philosophische Denken im Mittelalter. Von Augustin bis Machiavelli*. Stuttgart: Reclam.
- Flasch, K. (2011b). *Kampfplätze der Philosophie. Große Kontroversen von Augustin bis Voltaire*. Frankfurt a. M.: Vittorio Klostermann.
- Fleck, L. (1929). Zur Krise der »Wirklichkeit«. *Naturwissenschaften*, 17(23), S. 425–430.

- Fleck, L. (1980 [1935]). Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Fleck, L. (2011 [1927]). Über einige spezifische Merkmale des ärztlichen Denkens. In: S. Werner & C. Zittel (Hg.), Denkstile und Tatsachen. Gesammelte Schriften und Zeugnisse (S. 41–51). Berlin: Suhrkamp.
- Flügel, A. (2012). Public Health und Geschichte. Historischer Kontext, politische und soziale Implikationen der öffentlichen Gesundheitspflege im 19. Jahrhundert. Weinheim: Beltz Juventa.
- Frank, J.P. (1784). System einer vollständigen medizinischen Polizey. Erster Band. Zwote, verbesserte Auflage. Mannheim: Schwan.
- Geiger, K. (2010). »Krise« — zwischen Schlüsselbegriff und Schlagwort. Zum Diskurs über eine »Krise der Medizin« in der Weimarer Republik/»Crisis« — oscillating between keyword and buzzword. On the discourse about a »crisis of medicine« in the Weimar Republic. *Medizinhistorisches Journal*, 45(3/4), S. 368–410.
- Goethe, J.W.v. (1808). Faust – Der Tragödie erster Teil. Tübingen: Cotta.
- Goethe, J.W.v. (1873). Goethes Werke. Mit erläuternden Einleitungen. Zwanzigster Band. Sprüche und Prosa. Ethisches. Berlin: Grote'sche Verlagsbuchhandlung.
- Goethe, J.W.v. (1907). Maximen und Reflexionen. Nach den Handschriften des Goethe-Schiller Archivs. Herausgegeben von Max Hecker. Weimar: Verlag der Goethe-Gesellschaft.
- Hegel, G.W.F. (2023). Phänomenologie des Geistes. Werke 3. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Hehlmann, T. (2018). Kommunikation und Gesundheit. Grundlagen einer Theorie der Gesundheitskommunikation. Wiesbaden: Springer VS.
- Hehlmann, T. (2021). Interpersonale Gesundheitskommunikation in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: M. Tiemann & M. Mohokum (Hg.), Prävention und Gesundheitsförderung (S. 263–283). Berlin: Springer.
- Heidegger, M. (1967). Bauen Wohnen Denken. In: M. Heidegger (Hg.), Vorträge und Aufsätze (S. 19–36). Frankfurt: Klostermann Vittorio.
- Henderson, L.J. (1935). Physician and Patient as a Social System. *New England Journal of Medicine*, 212(18), S. 819–823.
- Hurrelmann, K. & Laaser, U. (Hg.) (1998). Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. (2012). Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland. In: K. Hurrelmann &

- O. Razum (Hg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften (S. 15–51). Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K. & Razum, O. (Hg.) (2012). Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Beltz.
- Hutchins, R.M. (1929). An Institute of Human Relations. *American Journal of Sociology*, 35(2), S. 187–193.
- Kuhn, T. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*. Vol. I and II. Foundations of the Unity of Science. Volume II Number 2. Chicago: University of Chicago Press.
- Latour, B. (2017). Wir sind nie modern gewesen. Versuch einer symmetrischen Anthropologie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Latour, B. (2021). Im Gespräch mit Bruno Latour. Deutsche TV-Premiere: 30.05.2022 (arte). Verfügbar unter: [https://www.arte.tv/de/videos/RC-022018/im-gespraech-mit-bruno-latour/\[15.05.2024\]](https://www.arte.tv/de/videos/RC-022018/im-gespraech-mit-bruno-latour/[15.05.2024]).
- Le Goff, J. (1994). Die Intellektuellen im Mittelalter. München: dtv/Klett-Cotta.
- Leriche, R. (1936). Introduction générale; De la Santé à la Maladie: La douleur dans les maladies; Où va la médecine? In: Société Nouvelle de l'Encyclopédie Française (Hg.), *Encyclopédie Française* Band VI (S. 1–6). Paris: Larousse.
- Luhmann, N. (2005). Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistischer Perspektiven. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Mosse, M. & Tugendreich, G. (Hg.) (1913). Krankheit und soziale Lage. München: J.F. Lehmanns Verlag.
- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften & Union der deutschen Akademien der Wissenschaften (Hg.) (2015). Public Health in Deutschland. Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen. Stellungnahme vom Juni 2015. Köthen: Druckhaus Köthen.
- Nowak, A.C., Kolip, P. & Razum, O. (2022). Gesundheitswissenschaften/Public Health. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i061-2.0> [25.05.2024].
- Piaget, J. (Hg.) (1967). Logique et connaissance scientifique. Volume Encyclopédie de la Pléiade. Paris: Gallimard.
- Razum, O. & Kolip, P. (2020). Gesundheitswissenschaften: eine Einführung. In: O. Razum & P. Kolip (Hg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 7. Auflage (S. 19–43). Weinheim: Beltz Juventa.

- Reckwitz, A. (2021). Gesellschaftstheorie als Werkzeug. In: A. Reckwitz & H. Rosa (Hg.), *Spätmoderne in der Krise: Was leistet die Gesellschaftstheorie?* (S. 23–150). Berlin: Suhrkamp.
- Roelcke, V. (2016). »Krise der Medizin« – Modelle der Reform. *Psychotherapeut*, 61(3), S. 237–242.
- Roman, P. (2022). We Live Under the Permanent Conviviality of Norms and Chance–Understanding It Is Key to Building More Resilient Complex Systems. *International Journal of Philosophy*, 10(4), S. 147–152.
- Roman, P. (2023). Interdisciplinarity as a Tool to the Understanding of Global Behavior Under Uncertainty in Science and Society. *International Journal of Philosophy*, 11(2), S. 32–45.
- Rüegg, W. (Hg.) (1993). *Geschichte der Universitäten in Europa*. Band I Mittelalter. München: C. H. Beck.
- Schmidt, S.J. & Zurstiege, G. (2007). *Kommunikationswissenschaft. Systematik und Ziele*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Schnabel, P.-E. (2015). *Einladung zur Theoriearbeit in den Gesundheitswissenschaften: Wege, Anschlussstellen, Kompatibilitäten* Weinheim: Beltz Juventa.
- Schnabel, P.-E. (2022). *Soziopsychosomatische Gesundheit, robuste Demokratie, Suffizienzökonomie und das »glückliche« Leben. Über ein wechselseitiges Verhältnis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schnabel, P.-E. & Wolters, P. (2011). 16 Jahre Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. In: T. Schott & C. Hornberg (Hg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland. Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft* (S. 105–126). Wiesbaden: VS Verlag.
- Schwartz, F.W., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H. & Siegrist, J. (Hg.) (2000). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München: Urban & Fischer.
- Sigerist, H.E. (1946). *The University at the Crossroads* New York: Henry Schumann.
- Uexküll, T.v. & Wesiack, W. (1998). Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Model. In: R.H. Adler, J.M. Herrmann, K. Köhle, O.W. Schonecke, T.v. Uexküll & W. Wesiack (Hg.), *Psychosomatische Medizin* (S. 13–52). München: Urban & Schwarzenberg.
- Weber, M. (1922). *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*. Tübingen: J.C.B. Mohr.

- Weitkunat, R., Haisch, J. & Kessler, M. (Hg.) (1997). *Public Health und Gesundheitspsychologie*. Bern: Huber.
- World Health Organisation, WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*. New York: World Health Organization.
- Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, WHO (Hg.) (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Erste Internationale Konferenz über Gesundheitsförderung*, Ottawa, Kanada, 17.–21. November 1986. WHO-autorisierte Übersetzung: Hildebrandt & Kickbusch. Genf: WHO Regionalbüro für Europa.
- World Health Organisation, WHO (2023). *The One Health Definition and Principles Developed by OHHLEP. Translations*. Verfügbar unter: <https://www.who.int/groups/one-health-high-level-expert-panel> [12.07.2023].
- Wilkinson, R.G. & Marmot, M. (2004). *Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten*, 2. Auflage. Kopenhagen: WHO.
- Winslow, C.E.A. (1920). *The Untitled Fields of Public Health*. *Science*, 51(1306), S. 23–33.
- Winternitz, M.C. (1930). *Medicine as a Social Science*. In: L.D. White (Hg.), *The New Social Science* (S. 40–45). Chicago: University of Chicago University Press.
- Wright, M.T. (2012). *Partizipation in der Praxis: die Herausforderung einer kritisch reflektierten Professionalität*. In: R. Rosenbrock & S. Hartung (Hg.), *Handbuch Partizipation und Gesundheit* (S. 91–101). Bern: Huber.

