

Äskulap im Wandel

Konzepte von Gesundheit und Krankheit

Nils Löffelbein

Abstract: Regardless of their increasing relevance in contemporary social discourse, binding definitions for crucial concepts such as health and illness are either continuously contested or absent altogether. This paper highlights central concepts of health and illness in the 20th century in order to argue that the ascription of health or illness is subject to constant change. Health and illness are thus historically and culturally complex terms that are interpreted differently by each scientific discipline. They must further be considered as individual phenomena, encompassed by intersubjectively varying perceptions. In recent decades, a development from a biomedical model based on natural sciences to a holistically oriented biopsychosocial model has nonetheless emerged.

Keywords: Health; Illness; Biomedical Model; Biopsychosocial Model

Schlagworte: Gesundheit; Krankheit; Biomedizinisches Modell; Biopsychosoziales Modell

1. Einführung

Wir leben fraglos in einer gesundheitsbesessenen Zeit. Wurde das Thema Gesundheit zu Beginn der 1980er Jahre von der Öffentlichkeit noch kaum wahrgenommen, so ist das Interesse mittlerweile explodiert: Themen der Ernährung, Fitness und Vorsorge erzielen eine enorme öffentliche Aufmerksamkeit und die Medien überbieten sich mit Berichten über schwere, seltene oder auch kuriose Krankheiten – kaum ein Tag vergeht zudem ohne eine aufsehenerregende Studie, die den gesundheits- oder krankheitsfördernden Einfluss bestimmter Nahrungsmittel, Lebensstile und Verhaltensweisen nachzuweisen versucht. Auch in der Politik sind gesundheitsrelevante Themen zu einem herausstechenden Streitpunkt geworden: Pflagenotstand und Gesundheitsreform sind in aller Munde und werden auch von der Öffentlichkeit als zentrale gesellschaftliche Gegenwarts- und Zu-

kunftsfelder wahrgenommen. Und die Public-Health-Bewegung ist mittlerweile zu einer mächtigen und finanzstarken Akteurin im globalen Gesundheitssystem aufgestiegen (Schwarz 2012; Wolff 2010).

Gerade die politischen Diskussionen um Krankenversicherungen, Krankengeld oder Rentenleistungen zeugen jedoch zugleich von einer ökonomischen Verengung der Debatten, bei denen es letztlich ausschließlich um Fragen der Verantwortlichkeit, Finanzierung und Kostensenkung im Gesundheitswesen geht. Zugrunde liegt diesen zumeist ein naturwissenschaftliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit, das auf einer diagnostisch eindeutig feststellbaren Unterscheidung zwischen ›krank‹ und ›gesund‹ basiert. Gesundheit und Krankheit sind demnach primär auf biologische Ursachen zurückzuführen und es ist unsere individuelle Lebensführung, die den Ausschlag dafür gibt, wie lange und wie gesund wir leben (Franke 2012). Zugleich scheint für die meisten Menschen jedoch auch festzustehen, dass Gesundheit einen individuellen Zustand darstellt, den jeder anders empfindet und der stark von der wissenschaftlichen Fachmeinung abweichen kann.

Doch was Gesundheit und Krankheit genau bedeuten, von welchem Verständnis von Gesundheit bzw. Krankheit eigentlich die Rede ist, bleibt zumeist im Dunkeln. Dabei erscheint die Frage nach der Natur von Krankheit zunächst einfacher zu beantworten zu sein als die Definition von Gesundheit: Dem allgemeinen Verständnis nach manifestieren sich Krankheiten als physische oder psychische Störungen, die in Form spezifischer Symptome auftreten. Krankheitsbilder und Krankheitsverläufe gelten zudem als beschreibbar und lassen sich medizinisch kategorisieren. Definitionen von Gesundheit hingegen sind rar: Bezeichnenderweise wird im *Lexikon für Ethik* im Artikel »Gesundheit« auf die Begriffsbestimmung von »Krankheit« verwiesen (Höffe 2008). Doch ist der einfache Umkehrschluss zulässig, Krankheit lediglich als Negativfolie oder Abwesenheit von Gesundheit zu interpretieren?

Unbestritten ist sicherlich, dass Gesundheits- und Krankheitskonzepte im Laufe der Geschichte vielfache Brüche und Wandlungen erfahren haben und auch heute noch erheblichen länderspezifischen und kulturellen Unterschieden unterworfen sind. Es nimmt daher nicht wunder, dass die Frage, wer eigentlich als gesund und wer als krank zu gelten hat, auch in der Gegenwart stark umstritten ist und weltweit, aber auch national, eine Vielzahl heterogener Definitionen und Auffassungen parallel existieren. Wie im Folgenden gezeigt werden soll, liegt die Unmöglichkeit einer verbindlichen Definition jedoch gerade in dem Umstand begründet, dass die Sicht auf Gesundheit und Krankheit stark davon abhängt, ob die Diskussion auf einer medizinischen, psychologischen, juristischen oder soziologischen Ebene geführt wird (Schmidt 1998). Die Forschungs- und Populärliteratur zum Thema Gesundheit/Krankheit füllt mittlerweile Bibliotheken und ist kaum noch zu überblicken (Schramme 2012; Fangerau und Martin 2011, 51-67;

Coggon 2012; Krefßner 2019). Hier sollen deshalb lediglich einige zentrale Ansätze zur Beschreibung und Erklärung von Gesundheit und Krankheit thematisiert und die jeweiligen Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung diskutiert werden. Welche Sichtweise die Agenda einer Gesellschaft bestimmt, ist, so wird argumentiert, demnach immer das Ergebnis eines diskursiven Aushandlungsprozesses der beteiligten Akteure und der jeweils wirksamen Werte, Normen und Wissensbestände. Die zu beobachtende Entwicklung von einem von medizinischen Expert_innen dominierten biologisch-somatischen Modell hin zu biopsychosozialen Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen seit den 1970er Jahren spiegelt dabei sowohl die gesellschaftlichen Liberalisierungstendenzen als auch die zunehmende interdisziplinäre Verschränkung im globalen Wissenschaftsbetrieb.

2. Das biologisch-somatische Krankheitsverständnis und seine Kritiker_innen

Die Frage nach dem Wesen und der Bedeutung von Krankheit und Gesundheit beschäftigt die Menschen bereits seit Tausenden von Jahren und alle klassischen Wissenschaftsdisziplinen wie Jura, Medizin, Philosophie und später die Soziologie haben sich intensiv mit der Thematik beschäftigt (Bergdolt 2004, 16-32). So galten etwa dem römischen Arzt Galen (129 – 199 v. Chr.) und seinen Zeitgenoss_innen Krankheitszustände als ein Phänomen, bei dem das fein austarierte Beziehungsgeflecht zwischen Mensch und kosmischem Ordnungssystem aus dem Gleichgewicht geraten war. Die Menschen der Renaissance waren hingegen überzeugt vom machtvollen Einfluss der Gestirne auf das menschliche Wohlbefinden, während der christliche Glaubenshorizont von der Gewissheit um die göttliche Allmacht für alle körperlichen und seelischen Leiden und Gebrechen bestimmt war: Selbst der/die gute Ärzt_in konnte ohne göttliche Zustimmung keine Heilung erwirken, da Gesundheitsstörungen in der christlichen Tradition immer auch durch menschliche Schuld bedingt waren. Krankheiten galten daher immer auch als das Werk des Teufels und seiner Dämon_innen (Bergdolt 2004 (2), 71-109).

An der Schwelle zur Neuzeit setzte sich im Zuge der Aufklärung schließlich eine biologisch-somatische Sichtweise durch, die durch die Erkenntnisse der Bakteriologie im 19. Jahrhundert neue Einsichten in die Ursachen von Krankheiten ermöglichte und vor allem dank der Erfolge bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten nie da gewesene Möglichkeiten der Therapie schuf (Rothschuh 1978; Steger 2004). Der rein naturwissenschaftliche Erklärungsansatz von Gesundheit und Krankheit besaß zur Zeit seiner Entstehung zweifellos ein hohes Maß an Plausibilität, da sich erstmals ein eindeutiger Zusammenhang von der Ursache und der oftmals tödlichen Wirkung von Infektionskrankheiten nachweisen ließ.

(Berger 2009, 23). Diese Kausalität trug in der Folge maßgeblich dazu bei, dass konkurrierende Theorien sukzessive verdrängt wurden.

Bis heute stellt das sogenannte ›biomedizinische Modell‹ sowohl in der medizinischen Praxis als auch in der gesellschaftlichen Wahrnehmung das einflussreichste Konzept dar. Im Kern leitet es sich aus der Annahme ab, dass jeder Mensch mittels eines diagnostischen Prozesses eindeutig der Kategorie ›gesund‹ oder ›krank‹ zugeordnet werden kann, wobei vor allem biochemische, mechanische oder genetische Erklärungen herangezogen werden, während soziale und psychologische Faktoren kaum Berücksichtigung finden. Krankheit gilt als Abweichung von einem nicht näher spezifizierten gesunden Naturzustand des Organismus, Aufgabe der Medizin ist demnach die Wiederherstellung des gesundheitlichen Normalwerts. Der menschliche Körper wird in diesem Modell im Grunde mit einer Maschine gleichgesetzt, in der alle Funktionsstörungen durch eine genaue Analyse erkannt und somit auch wieder behoben werden können (Bengel, Strittmatter und Willmann 2004, 16) Feststehende Normwerte wie Laborparameter, Blutdruck und Körpergewicht vermitteln einen streng naturwissenschaftlichen Zugang.

Die große Überzeugungskraft des biomedizinischen Modells bis in die Gegenwart gründet sich insbesondere auf der weithin geteilten Gewissheit, für jede Erkrankung eine klar definierbare Ursache identifizieren und mittels einer ebenso eindeutigen Behandlung Heilung oder zumindest Linderung des Leidens herbeiführen zu können. Nicht zuletzt die enormen physikalischen, biochemischen, immunologischen, molekularbiologischen, genetischen und pharmazeutischen Möglichkeiten der heutigen Medizin verstärken den Eindruck einer Allmacht von Diagnostik und Therapie (Seger und Ellis 2017). Die heutige Schulmedizin basiert daher ganz wesentlich auf den Prämissen der Biomedizin; ebenso grundlegend bildet sie die wissenschaftstheoretische Grundlage unseres Gesundheitswesens (Ziegelmann 2013, 149-152). Verschiedentlich wird angenommen, dass das Modell in den Gesundheitswissenschaften und in der medizinischen Versorgungspraxis derzeit sogar noch weiteren Auftrieb erfährt, und zwar sowohl seitens der Wissenschaftler_innen als auch der Politik. So werden in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion dieser Annahme zufolge die Grenzen von Gesundheit und ihrem Gegenstück Krankheit zunehmend enger gezogen. Dies wird insbesondere mit Blick auf die sogenannte ›evidenzbasierte Medizin‹ (EbM) deutlich, die mittlerweile die Grundlage für vielfältige Leitlinien im Umgang mit bestimmten Krankheiten bildet und Eingang in diverse Gesundheitsprogramme gefunden hat (Weßling 2001). Der Leitgedanke der EbM besteht ganz im Sinne des biomedizinischen Modells darin, dass die Behandlung von Patient_innen auf der Basis von empirisch belegter Wirksamkeit getroffen werden soll. Patient_innendaten werden so zu statistischen Variablen aggregiert, die auf Vergleichsbasis checklistenartig abgearbeitet werden – u. a. mit der Konsequenz einer zunehmenden

Bürokratisierung der Behandlungsprozesse. Einer weiteren These folgend wird im Sinne einer ›neoliberalen‹ Gesundheitspolitik ganz gezielt versucht, die Ursachen von Gesundheit und Krankheit zu individualisieren und soziale sowie gesellschaftliche Faktoren als Krankheitsursache zu negieren. Von hier aus sei es dann kein weiter Weg, die Verantwortung für Gesundheit und deren Finanzierung zu einem individuell zu lösenden Problem zu machen (Franke 2012, 125).

Das biomedizinische Modell ist daher bereits seit Jahrzehnten stark in die Kritik geraten: So hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits im Jahr 1946 eine sehr weitreichende Gesundheits-Definition vertreten, die sich erstmals deutlich von einem rein biologisch-somatischen Verständnis distanzierte. Demnach ist »Gesundheit [...] ein Zustand des vollständigen, körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.« (WHO 1946) Gesundheit ist dieser Lesart zufolge also erstens in ihrer psycho-somatischen Ganzheit zu betrachten, beschränkt sich zweitens nicht nur auf den Menschen an sich, sondern ist stets als ein Wechselspiel zwischen Einzelwesen und Umwelt zu verstehen und berücksichtigt drittens auch das individuelle Wohlbefinden. Wengleich die WHO-Klassifizierung nicht nur Befürworter_innen gefunden hat und bis heute von vielen als zu idealistisch und subjektiv bezeichnet wird (Spijk 2011), ist die Kritik am biomedizinischen Gesundheitsverständnis seitdem nicht mehr abgerissen. So wird am traditionellen Modell vor allem die einseitige Ausrichtung auf biologische Faktoren bemängelt, die Konzentration auf die in der Person liegenden Defekte und Dysfunktionen, die nur einen Teil der Krankheitsursachen erfassen könnten. Demzufolge ist das Modell bei der Erklärung zahlreicher Erkrankungen, insbesondere bei psychosomatischen Leiden wie ›Magersucht‹ oder Depressionen erkennbar an seine Grenzen gestoßen (Trabert 2017). Praktiziert werde, so Flatscher und Liem, in der klassischen Schulmedizin vor allem eine reine ›Reparaturmedizin‹ im Sinne der Wiederherstellung einer auf statistischen Mittelwerten basierenden Ordnung (Flatscher und Liem 2012).

Einen weiteren Kritikpunkt besteht darin, dass der medizinische Befund keineswegs deckungsgleich sein muss mit dem subjektiven Befinden der Betroffenen. Ein/Eine Patient_in kann etwa unter Gesundheitsproblemen leiden oder über ein schlechtes Allgemeinbefinden klagen, obgleich sich trotz aufwendiger fachlicher Diagnostik kein oder nur ein unerheblicher Befund ausmachen lässt. Im umgekehrten Fall zeigen empirische Studien auch, dass selbst Menschen mit ernsthaften Leiden, wie etwa einer schweren Tumorerkrankung, in ihrem Gesundheits-erleben nicht unbedingt beeinträchtigt sein müssen, weil sie entweder von ihrer Erkrankung nichts wissen oder sich diese in einem frühen Stadium befindet. Ein weiteres Beispiel sind Bluthochdruck und Diabetes, beides Erkrankungen, die ein hohes Risikopotenzial bergen, im Einzelfall jedoch nicht als Problem oder Einschränkung erlebt werden müssen (Myrtek 1998).

Auch hinsichtlich der Krankheitsbewältigung wird das Konzept von Kritiker_innen als überholt betrachtet: So hat der britische Historiker und Mediziner Thomas McKeown bereits in den 1980er Jahren anhand statistischer Erhebungen die These vertreten, dass für die bedeutendsten Verbesserungen des Gesundheitssystems im 20. Jahrhundert zuvorderst umwelt-, ernährungs- und verhaltensbedingte Gründe verantwortlich zu machen sind und weniger individuelle Therapiemaßnahmen (McKeown 1988). Eine überwiegend somatische, auf das Individuum fokussierte Krankheitssicht versperre den Blick auf externe, außerhalb des Menschen liegende Faktoren – weite Bereiche der Prävention, Verhütung, aber auch der Rehabilitation von Krankheit blieben somit ausgespart. Und auch das wirkmächtigste Argument der traditionellen Biomedizin, die global zu beobachtende Steigerung der Lebenserwartung in den letzten 100 Jahren, wird von einigen Autor_innen eher dem kontinuierlichen Ausbau des Gesundheitswesens und dem sozioökonomischen Wandel zugeschrieben als dem naturwissenschaftlich-medizinischen Fortschritt in der Einzelfall-Behandlung (McKeown 1975, 391-422).

In den autoritätskritischen 1970er Jahren wurde gegen das biomedizinische Paradigma aus systemtheoretischer Sicht schließlich der Einwand vorgebracht – prominent vertreten wurde diese Position etwa von dem amerikanischen Philosophen Ivan Illich – es zementiere die Allmacht der medizinischen Experten im Gesundheitssystem, die durch ihre zentrale Stellung immer neue Krankheiten produzierten und als Folge eine zunehmende Medikalisierung der Gesellschaft forcierten. Diese führe jedoch nicht zu einer Lösung des Problems, sondern zu einer zunehmenden Abhängigkeit jedes/jeder Einzelnen von den Ärzten, die im Gegenzug immer mächtiger würden (Illich 1982). Einen aktuellen Widerhall findet diese Theorie vor allem im virulenten Vorwurf des sogenannten »Disease Mongering«, worunter der Versuch verstanden wird, gesunden Menschen zu suggerieren, dass sie krank sind, oder leicht Erkrankten die Schwere ihres Leidens übertrieben darzustellen. Als Hauptakteur_innen dieser Praxis werden die Pharmaunternehmen ausgemacht, aber auch andere Akteur_innen mit ökonomischen Zielen im Gesundheitssystem. Die Pharmaindustrie hat demnach ein profitorientiertes Interesse daran, für ihre Arzneimittel einen möglichst großen Markt zu schaffen oder diesen zu erweitern. Der Autor und Psychiater Manfred Lütz hat diese gesundheitspolitische Tendenz vor diesem Hintergrund mit dem sarkastischen Ausspruch bedacht: »Gesund ist, wer nicht ausreichend untersucht wurde.« (Payer 1992; Lütz 2007, 35) Als Beispiele werden oft die Wechseljahre des Mannes, die Menopause der Frau oder die unverhältnismäßig häufige Diagnose der Aufmerksamkeitsdefizit-Störung bei Kindern genannt (Moynihan 2002, 886-891).

3. Krankheit, eine soziale Fiktion? – Soziokulturelle Perspektiven

Der wirkmächtigste Widerspruch zum rein somatisch orientierten Modell der Biomedizin kommt seit jeher aus der Soziologie (Hurrelmann und Richter 2013; Wendt 2006). So ist von den Sozialwissenschaften seit den 1970er Jahren zunehmend der Nachweis erbracht worden, dass gerade bei chronischen Erkrankungen externe Faktoren wie Lebensführung, Umwelteinflüsse und Risikoverhalten eine zentrale Rolle für den Gesundheitszustand spielen. Soziologen bestreiten zwar heute (mehrheitlich) keineswegs, dass Krankheit durchaus das Produkt von erblicher Veranlagung und persönlicher Lebensführung sein kann – ein einseitiger Determinismus von der Natur und Biologie über das Individuum zur Gesellschaft wird jedoch abgelehnt. Eine derartige Sichtweise vernachlässigt aus gesundheitssoziologischer Perspektive in sträflicher Weise die gesellschaftlichen Einflussfaktoren, die als Entstehungshintergrund für Gesundheit und Krankheit von tragender Bedeutung sind. Ihre zentrale Aufgabe sieht die Gesundheits-Soziologie deshalb darin, das Bündel aus »politischen, wirtschaftlichen, finanziellen, kulturellen, technischen und ökologischen Determinanten« zu analysieren, das auf das Gesundheitsverhalten jedes Individuums mit einwirkt (Richter und Hurrelmann 2016).

Der Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen und Krankheitsrisiko wurde bereits im 19. Jahrhundert, also lange vor der Etablierung der Soziologie als wissenschaftlicher Disziplin, von Denkern wie dem Philosophen Friedrich Engels und den Sozialmediziner Rudolph Virchow und Salomon Neumann thematisiert. Unter dem Eindruck seines England-Aufenthalts in den 1840er Jahren beschrieb Engels in seinem Erstlingswerk detailliert die negativen Auswirkungen der Industrialisierung auf die arbeitende Bevölkerung, darunter vor allem Kinderarbeit, katastrophale hygienische Bedingungen und die Verarmung breiter Bevölkerungsschichten. Und auch Rudolph Virchow untersuchte in seinen Arbeiten früh die »sozialhygienischen« Effekte der gesellschaftlichen Lebensbedingungen auf die Gesundheit. Virchow und andere Vertreter seines Fachs konnten sich mit ihrem Ansatz einer »sozialen Medizin« jedoch nicht gegen die immer stärker werdenden naturwissenschaftlichen Strömungen innerhalb der Medizin durchsetzen (Schönholz 2013; Wittern-Sterzel 2003, 150-157). Dennoch erwiesen sich die Erkenntnisse über die Kausalität von Industriearbeit, wirtschaftlicher Verelendung und Krankheitsfolgen langfristig als durchaus folgenreich; legislativ schlugen sich diese etwa bei der Einführung der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung – allen voran der gesetzlichen Krankenversicherung – nieder (Manow 1998, 145-166). Aktuelle Theoretiker verstehen das sozio-kulturelle Paradigma hingegen als Ergänzung zum rein biologischen Blick auf den Menschen: Erst beide Sichtweisen zusammen ergeben demnach ein vollständiges Bild von der Entstehung von Gesundheit und Krankheit (Richter und Hurrelmann 2016, 4).

Soziologische Modelle gehen zudem davon aus, dass körperliche und seelische Leiden abhängig vom gesellschaftlichen Kontext unterschiedlich erfahren, therapiert und gedeutet werden. So ist dieser Sichtweise zufolge etwa die Vorstellung, dass eine bipolare Depression in Sibirien Anfang des 21. Jahrhunderts die gleichen Ursachen und Symptome aufweise wie im Kuba des Jahres 1896 und dem Phänomen daher stets mit identischen Behandlungsmethoden zu begegnen sei, ein Trugschluss, da Krankheit immer auch ein Produkt der sozialen und kulturellen Umwelt darstelle (White 2009). Krankheitszustände sind also nicht abzulösen aus ihrem sozialen und historischen Kontext, der die gesellschaftliche Wahrnehmung von dessen Ursachen, des Verlaufs und der Therapie maßgeblich vorstrukturiert (Shelton 2008, 226). Auf die Kulturgebundenheit des Krankheitsbegriffs hatte bereits Michel Foucault in seinem zentralen Werk über Geisteskrankheiten und die bürgerliche Gesellschaft »Wahnsinn und Gesellschaft« aufmerksam gemacht: »Vielleicht spricht man nach einem Jahrhundert mit einem anderen Namen von denselben Krankheiten; aber es handelt sich grundsätzlich nicht um dieselbe Krankheit.« (Foucault 1961, 212)

Die Konzentration auf überindividuelle soziale und kulturelle Strukturen hat der Soziologie freilich immer auch den Vorwurf eingebracht, sie behandle Krankheiten ausschließlich als soziales Konstrukt und bestreite generell, dass Gesundheit in irgendeiner Weise medizinisch definiert und gemessen werden könne (Ayden 2009). Dennoch lässt sich wohl kaum abstreiten, dass zahlreiche Krankheiten tatsächlich in hohem Maß historisch und kulturell gebunden sind. So wird etwa ein niedriger Blutdruck in England auch heutzutage zwar als gesundheitliche Anomalie bewertet, ein Krankheitswert wird dem Phänomen anders als in Deutschland jedoch nicht zugesprochen. Das Blutdruckproblem hat daher bezeichnenderweise als »german disease« Eingang in den englischen Sprachgebrauch gefunden (Scheibler-Meissner 2004, 144). Zudem werden in vielen Ländern Krankheitsbilder medizinisch anerkannt und behandelt, die hier gänzlich unbekannt sind. Zu den historischen und heute fast »vergessenen« Krankheiten gehört hingegen die Homosexualität, die am 15. Dezember 1973 aus der Diagnose-Kompilation der American Psychiatric Association und in der Folge auch sukzessive aus den relevanten Lehrbüchern gestrichen wurde. Bis zu diesem Zeitpunkt war die Homosexualität pathologisiert und als behandlungswürdig eingestuft worden. Zumindest in Westeuropa ist die gleichgeschlechtliche Liebe mittlerweile eine anerkannte Lebensform, die trotz widerstreitender Meinungen mehrheitlich nicht mehr als »krankhaft« eingestuft wird (Franke 2012, 20).

Insgesamt wird aus Sicht der Soziologie Krankheit primär als soziale Abweichung von der Norm aufgefasst, zu deren Behandlung Prozesse der sozialen Kontrolle wirksam werden. In diese Richtung argumentiert vor allem das strukturfunktionalistische Modell, welches in den 1950er Jahren vom US-Amerikaner Talcott Parsons entwickelt wurde und der Medizin eine soziale Kontrollfunktion

unterstellt (Fehmel 2014, 4). Demnach übt das medizinische System ähnlich anderen gesellschaftsstabilisierenden Institutionen wie Kirche oder Verwaltung sozial-kontrollierende Funktionen aus, indem die vom System legitimierten Ärztinnen und Ärzte über soziale Schlüsselfunktionen wie etwa die Arbeitsfähigkeit oder -unfähigkeit entscheiden oder ein bestimmtes Verhalten als gesundheitsgefährdend und damit sozial abweichend kategorisieren. Die Aufgabe der Mediziner_innen besteht dieser Lesart zufolge darin, den kranken Menschen einerseits für seinen Zustand zu entlasten, andererseits aber auch dafür zu sorgen, dass dieser seine ihm zugedachte Rolle in der Gesellschaft nach erfolgter Rekonvaleszenz möglichst bald wieder ausfüllen kann (Parsons 1951). Gesundheit gilt nach Parsons dementsprechend als »Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirksame Erfüllung von Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist« (Parsons 1967, 57-87). Die ›Schutzfunktion‹ der Arzt_innen hat sicherlich nichts von ihrer Aktualität verloren, kritisiert wird der Ansatz allerdings mittlerweile dafür, dass er ganze Bevölkerungsgruppen, die keine ›Leistung‹ erbringen, etwa alte Menschen und Kinder, aus seiner Betrachtung ausschließt und darüber hinaus die steigende Anzahl chronisch Kranker außer Acht lässt, bei denen eine dauerhafte Heilung nicht möglich erscheint.

Im Gegensatz zum strukturfunktionalistischen Modell betont die soziologische Konflikttheorie dagegen den antagonistischen Gegensatz zwischen Individuum und Gesellschaft bei der Krankheitsgenese. Krankheit wird hier als eine gesundheitliche Störung als Folge gesellschaftlicher Strukturen verstanden, demzufolge jeder Mensch für eine gesunde Lebensführung auf ein stabiles Set von Normen, Strukturen und Regeln angewiesen ist. Wird dieses gesellschaftliche Gleichgewicht gestört, ist das individuelle Dasein in der Gemeinschaft unsicher und prekär, so reagiert die/der Einzelne mit Verwirrung, psychischer Störung, Aggression und letztlich mit Krankheit (Bonacker 2008, 12-14).

4. Von Quantität zur Qualität - das biopsychosoziale Modell

Die zunehmende Kritik an dem vorherrschenden biomedizinisch geprägten Blick auf Gesundheit und Krankheit führte in den 1970er Jahren zur Erweiterung des medizinwissenschaftlichen Konzepts zum biopsychosozialen Modell. Dessen Leitidee wurde wesentlich durch die Theorien des amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923 – 1994) beeinflusst, der zu den schärfsten Kritikern einer rein patho-genetischen Betrachtung des Menschen zählte (Steffers und Credner 2015, 4). Nach Antonovsky ist jedes Individuum im Laufe seines Lebens mit einer ganzen Reihe belastender und risikohafter Faktoren konfrontiert, denen allerdings schützende und entlastende Anteile entgegengesetzt werden können (Bengel, Strittmatter und Willmann 2004, 23). Diese Grundgedanken

fürten langfristig zu einer neuen Sichtweise im Gesundheitswesen: Neben der Einbeziehung externer, außerhalb des menschlichen Körpers liegender Faktoren berücksichtigt die biopsychosoziale Medizin daher verstärkt auch die psychische Dimension von Gesundheit und Krankheit. Psychische, soziale und somatische Faktoren werden zu einer ›Körper-Seele-Einheit‹ verbunden. Konkret wird die Gleichzeitigkeit psychologischer und physiologischer Abläufe betont, die ihrerseits unter dem Einfluss sozio-kultureller und ökologischer Makro-Parameter stehen. Die verschiedenen Ebenen existieren jedoch nicht isoliert voneinander, sondern sind miteinander verbunden und beeinflussen sich gegenseitig (Egger 2017).

Die wirklich wegweisende Neuerung des Modells besteht allerdings in der Grundannahme, dass Krankheiten, Leiden und Tod reguläre Phänomene der menschlichen Existenz darstellen und keine schlichte Abweichung von der Normalität. Gesundheit ist demnach als ein ›dynamischer Prozess‹ zu verstehen, der ›immer wieder neu erreicht, wiederhergestellt und aufrechterhalten‹ werden muss (Lippke und Renneberger 2007, 8). Das Ideal des biopsychologischen Gleichgewichtszustands stellt demzufolge nicht den Normalzustand dar, sondern Krankheit und Gesundheit stellen zwei Pole eines gemeinsamen Kontinuums dar, innerhalb dessen die Position der/des Einzelnen jederzeit neu zu bestimmen bleibt (Egger 2005, 3-12). In der biopsychosozialen Medizin geht es daher letztlich vorrangig darum, den Menschen innerhalb des Kontinuums von Gesundheit und Krankheit möglichst nah zum gesunden Pol zu bewegen. Diese Wahrnehmungsverschiebung spiegelt sich auch in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 wider, die Gesundheit ebenfalls nicht mehr als statischen Zustand beschreibt, sondern deren Prozesshaftigkeit und Dynamik betont (Rosenbrock 1998, 12).

Maßgeblich popularisiert wurde das biopsychosoziale Krankheitsmodell 1977 von George Engel, einem amerikanischen Arzt und Psychoanalytiker (Engel 1977, 129-136). Mittlerweile orientieren sich Gesellschaft, Gesetzgebung und Sozialversicherung immer stärker am biopsychosozialen Erklärungsansatz und es ist wohl kein Zufall, dass dem biopsychosozialen Krankheitsmodell gerade in Zeiten einer alternden Gesellschaft eine erhöhte Relevanz zugesprochen wird. So ist ein höheres Lebensalter nachweislich mit dem erhöhten Auftreten verschiedener gesundheitlicher Einschränkungen verbunden, wie etwa dem Nachlassen des Seh- und Hörvermögens, körperlicher Verschleißerscheinungen sowie der Reduktion des persönlichen Wohlbefindens. Dennoch ist das Schwinden der Lebenskraft nicht als ein krankhafter Vorgang zu begreifen, dem es medizinisch entgegenzuwirken gilt – das Ziel besteht lediglich in der Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und der Lebensqualität der Betroffenen (Zank 2000, 44-48).

Insgesamt zeichnet sich das biopsychosoziale Konzept also dadurch aus, dass es wesentliche Elemente der traditionellen Modelle in einem ganzheitlichen und

mehrdimensionalen Ansatz zusammenfasst, nach dem Krankheiten sowohl biologische, psychologische, umweltbedingte und soziale Ursachen haben können. Eine weitere Komponente des biopsychosozialen Paradigmas besteht darin, dass auch die subjektive Dimension von Krankheit und Gesundheit berücksichtigt wird, die persönlichen Erfahrungen und Wahrnehmungen der Patient_innen also einen zentralen Beitrag zu Diagnose, Behandlungserfolg und Versorgung darstellen. Eine direkte Folge einer solchen ›Demokratisierung‹ der Gesundheitsdiskussion ist etwa die Nutzung des stark empirisch geprägten Forschungsfelds der Gesundheitsindikatoren-Forschung, die durch repräsentative Umfragen in der Öffentlichkeit nach dem Gesundheitsverständnis ganzer Bevölkerungsteile fragt oder deren gesundheitlichen Zustand kollektiv zu messen versucht (Spijk 2011, 55). Im Versorgungsalltag führt die neue Paradigmenvielfalt zudem zunehmend dazu, dass ein und derselbe/dieselbe Ärzt_in einerseits einen traditionell-schulmedizinischen Ansatz praktizieren kann, zugleich aber auch über alternative, ganzheitlich orientierte Behandlungsangebote verfügt. So hat sich das althergebrachte Selbstverständnis der medizinischen Wissenschaft als das einer exakten Naturwissenschaft mittlerweile gewandelt: Viele Mediziner_innen verstehen ihre Profession heute nicht mehr als reine »Erkenntniswissenschaft«, sondern als eine »Erfahrungswissenschaft« oder praktische »Handlungswissenschaft«, die sich in immer größerem Maße auf die Wissensbestände der Psychologie, der Ingenieurwissenschaften, der Sozialwissenschaften, der Kommunikationswissenschaften oder der Geisteswissenschaften stützt (Hoppe 2005).

Dennoch hat der neue Ansatz auch zahlreiche Kritiker_innen auf den Plan gerufen, die insbesondere die wissenschaftstheoretische Lückenhaftigkeit des Modells monieren, das in der Tat noch über kein einheitliches Begriffssystem verfügt, um die psychologische mit der physiologischen Dimension von Krankheit zu verbinden (Egger 2015, 64). Mit dem neuen Konzept habe man sich definitorisch vielmehr erneut der ›utopischen‹ WHO-Agenda von 1946 angenähert, insbesondere die propagierte Einheit von ›Körper und Seele‹ sei nichts weiter als eine Worthülle ohne echte Aussagekraft. Denn wie könne ein physisch nicht nachweisbarer Vorgang wie ein Gedanke, so ein Kritikpunkt, Einfluss nehmen auf die stoffliche Materialität des Gehirns, ohne dabei die grundlegende Annahme der Physik von der Erhaltung der Masse und Energie zu umgehen? Widerspruch hat das biopsychosoziale Konzept auch aufgrund der in den Augen seiner Gegner_innen vagen, fließenden und definitorisch kaum mehr greifbaren Krankheitsbestimmung erfahren, auf deren Grundlage immer mehr Menschen als krank bezeichnet werden müssten und als Konsequenz Krankheiten ›erfunden‹ würden. Der vermeintlich positive Gesundheitsbegriff werde so im Grunde in sein Gegenteil verkehrt, da in seinem Namen »alles Gesunde in unseren Lebenswelten in Krankes und damit Behandlungswürdiges« verwandelt würde, so der Psychiater Klaus Dörner. Damit werde das Medizinsystem zwar zur stärksten aller Wirtschaftsbranchen

gemacht, der Nutzen für den Einzelnen bleibe aber fraglich (Dörner 2007, 3). Aus einer politisch diametral entgegengesetzten, sozialstaatskritischen Richtung wird hingegen gefragt, ob eine derart umfassend verstandene »positive Gesundheit« der Bevölkerung nicht unweigerlich zu einer immer expansiveren staatlichen Gesundheitsförderung führen muss (Huster 2015). Da das utopische Ideal eines vollkommenen sozialen, mentalen und physischen Wohlbefindens jedes/jeder Einzelnen wohl kaum je erreichbar sein wird, sind demnach auch die aufzuwendenden Finanzmittel zur Erreichung dieses Ziels als potenziell unbegrenzt anzusehen.

5. Fazit

Insgesamt zeigt sich, dass das Verständnis von Gesundheit und Krankheit immer Ausdruck der jeweils gesellschaftlich verhandelten Wertvorstellungen und Normen ist, die ihrerseits in hohem Maße raum- und zeitgebunden sind. Was jeweils als Krankheit bewertet wird, ist historisch kontingent und hängt stark vom sozialen und kulturellen Kontext ab. Da den jeweils dominierenden Definitionen in jeder Gesellschaft eine immanent ordnungspolitische Funktion zukommt, kraft welcher Ansprüche, Rechte und Pflichten jedes Individuums innerhalb der Gesellschaft ausgehandelt und entschieden werden, waren und sind Gesundheits- und Krankheitsbegriffe stets massiv umstritten. Bereits der deutsche Medizinhistoriker Karl Eduard Rothschiuh hat deshalb richtigerweise darauf hingewiesen, dass »es nie das letzte Konzept von Medizin geben kann«, sondern »verschiedene Zeiten« stets auch »verschiedene Denkansätze als brauchbar empfanden« (Rothschuh 1978, 11). Auch das biopsychosoziale Modell stellt daher keineswegs den Endpunkt einer linear verlaufenden historischen Entwicklung von Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen dar, sondern ist ständigen Veränderungen und Transformationen unterworfen und wird möglicherweise eines Tages von neuen Konzepten und Vorstellungen verdrängt und überformt werden.

Bibliographie

- Ayden, Yaşar. 2009. Topoi des Fremden: Zur Analyse und Kritik einer sozialen Konstruktion. Hamburg: IVK-Verlags-Gesellschaft.
- Bengel, Jürgen, Regine Strittmatter und Hildegard Willmann. 2004. Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert: Eine Expertise. Köln: BZgA.
- Bergdolt, Klaus. 2004. »Zur Kulturgeschichte des Gesundheitsbegriffs.« In Grenzen der Gesundheit: Beiträge des Symposiums vom 27. bis 30. September 2003

- in Cadenabbia, herausgegeben von Volker Schumpelick, 16-32. Freiburg i. B.: Herder.
- Bergdolt, Klaus. 2004. Das Gewissen der Medizin. Ärztliche Moral von der Antike bis heute. München: C.H. Beck.
- Berger, Silvia. 2009. Implizite strikte Trennung von Leib und Seele. Eine Geschichte der medizinischen Bakteriologie in Deutschland 1890 – 1933. Göttingen: Steiner Verlag.
- Bonacker, Thorsten. 2008. Sozialwissenschaftliche Konflikttheorien. Eine Einführung. Wiesbaden: Verl. für Sozialwiss.
- Büttner, Lothar und Bernhard Meyer. 1984. Gesundheitspolitik der Arbeiterbewegung. Vom Bund der Kommunisten bis zum Thälmannschen Zentralkomitee der KPD. Berlin: Volk und Gesundheit.
- Coggon, John. 2012. What Makes Health Public? A Critical Evaluation of Moral, Legal, and Political Claims in Public Health. Cambridge: Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9781139061032
- Dörner, Klaus. 2003. Die Gesundheitsfalle. Woran unsere Medizin krankt. Zwölf Thesen zu ihrer Heilung. München: Econ.
- Egger, Josef W. 2017. Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin. Körper-Seele-Einheit und sprechende Medizin. Wien: Facultas.
- Egger, Josef W. 2015. Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin: Ein biopsychosoziales Modell. Wiesbaden: Springer Fachmedien. doi: 10.1007/978-3-658-06803-5
- Egger, Josef W. 2005. »Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit.« In Psychologische Medizin 16, no. 2: 3-12.
- Engel, George L. 1977. »The Need for a New Medical Model. A Challenge for Biomedicine.« In Science Vol. 196, no. 4286: 129-136. doi: 10.1126/science.847460
- Fangerau, Heiner und Michael Martin. 2011. »Konzepte von Gesundheit und Krankheit. Die Historizität elementarer Lebenserscheinungen zwischen Qualität und Quantität.« In Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?, hg. von Willy Viehöver, 51-67. Bielefeld: transcript Verlag.
- Fehmel, Thilo. 2014. »Gesellschaftsbildung. Europäische Integration durch soziale Konflikte, Leipzig.« In Systemzwang und Akteurswissen: Theorie und Empirie von Autonomiegewinnen, hg. von Thilo Fehmel, 133-157. Frankfurt: Campus. doi: 10.1007/978-3-658-09231-3_8
- Flatscher, Matthias und Torsten Liem. 2012. »Was ist Gesundheit? Was ist Krankheit? Überlegungen zu einem Problemkomplex.« Osteopathische Medizin 13, no. 2: 18-21. doi: 10.1016/j.ostmed.2012.05.001
- Foucault, Michel. 2013 (1961). Wahnsinn und Gesellschaft: Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. 20. Aufl. Frankfurt: Suhrkamp.

- Franke, Alexa. 2012. Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Hogrefe AG.
- Höffe, Otfried (Hg.). 2008. Lexikon der Ethik. 7. neubearb. und erw. Aufl. München: Beck.
- Hoppe, Jörg-Dietrich 2005. »Statt Programm-Medizin: Mehr Vertrauen in die ärztliche Urteilskraft.« In Deutsches Ärzteblatt 102, no. 14.
- Hurrelmann, Klaus und Matthias Richter. 2013. Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. 8. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.
- Huster, Stefan. 2015. Selbstbestimmung, Gerechtigkeit und Gesundheit. Normative Aspekte von Public Health. Baden-Baden: Nomos. doi:10.5771/9783845268064
- Illich, Ivan. 1982. Medical Nemesiss. The Expropriation of Health. New York: Pantheon Books.
- Kreßner, Maximilian. 2019. Gesteuerte Gesundheit: Grund und Grenzen verhaltenswissenschaftlich informierter Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. Baden-Baden: Nomos. doi: 10.5771/9783845293257
- Lippke, Sonia und Babette Renneberger. 2007. »Konzepte von Gesundheit und Krankheit.« In Konzepte von Gesundheit und Krankheit, hg. von Sonia Lippke und Babette Renneberger, 7-12. Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-540-47632-0_2
- Lütz, Manfred. 2007. Lebenslust. Wider die Diät-Sadisten, den Gesundheitswahn und den Fitness-Kult. 10. Aufl. München: Pattloch Verlag.
- Manow, Philip. 1998. »Der historische der sozialen Krankenversicherung. Von der sozialen Not zur umfassenden Daseinsvorsorge – ein umgekehrter Weg.« In Gesundheit – unser höchstes Gut? Vorgelegt in der Sitzung vom 27.06.98, hg. von Heinz Häfner, 145-166. Berlin: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-60166-8_8
- McKeown, Thomas. 1988. The Origins of Human Disease. Oxford: Oxford University Press.
- McKeown Thomas, Record RG und Turner RD. 1975. »An Interpretation of the Decline of Mortality in England and Wales during the Twentieth Century.« Population Studies 29, no. 3: 391-422. doi: 10.1080/00324728.1975.10412707
- Moynihan Ray, Iona Heath und David Henry. 2002. »Selling Sickness. The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering.« BMJ 2002: 886-891. doi: 10.1136/bmj.324.7342.886
- Myrtek, Michael. 1998. Gesunde Kranke – kranke Gesunde. Psychophysiologie des Krankheitsverhaltens. Bern: Huber.
- Parsons, Talcott. 1951. The Social System. New York: Alexander Street Press.
- Parsons, Talcott. 1967. »Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertebegriffe und sozialen Struktur Amerikas.« In Der Kranke in der modernen Gesellschaft, edited by Alexander Mitscherlich, 57-87. Köln: Kiepenheuer.
- Payer, Lynn. 1992. Disease-mongers. How Doctors, Drug Companies, and Insurers are Making You Feel Sick. New Jersey: Wiley & Sons.

- Richter, Matthias und Klaus Hurrelmann (Eds.). 2016. *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Verl. für Sozialwissenschaften. doi: 10.1007/978-3-658-11010-9
- Rosenbrock, Rolf. 1998. *Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit*. Berlin: Springer.
- Rothschuh, Karl Eduard. 1978. *Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart*. Stuttgart: Hippokrates-Verlag.
- Scheibler-Meissner, Petra. 2004. *Soziale Repräsentationen über Gesundheit und Krankheit im europäischen Vergleich*. Frankfurt a.M.: Lang.
- Schmidt, L.R. 1998. »Dimensionen von Gesundheit (und Krankheit): Überblicksarbeit.« *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 6, no. 5: 161-178.
- Schönholz, Christian. 2013. *Rudolf Virchow und die Wissenschaften vom Menschen. Wissensgenerierung und Anthropologie im 19. Jahrhundert*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Schramme, Thomas (Ed.). 2012. *Krankheitstheorien*. Berlin: Suhrkamp Verlag.
- Schwarz, Wilhelm. 2012. *Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen*. 3. völlig neu bearb. und erw. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag.
- Seger, Wolfgang und Maik Ellis. 2017. »Krankheitsmodell für die Versorgung im 21. Jahrhundert: Psychosoziales Umfeld einbeziehen.« *Deutsches Ärzteblatt* 114, no. 10.
- Shelton, Catherine. 2008. *Unheimliche Inskriptionen. Eine Studie zu Körperbildern im postklassischen Horrorfilm*. Bielefeld: transcript. doi: 10.14361/9783839408339
- Spijk, Piet van. 2011. *Was ist Gesundheit? Anthropologische Grundlagen der Medizin*. Freiburg i.Br.: Alber.
- Steffers, Gabriele und Susanne Credner. 2015. *Allgemeine Krankheitslehre und Innere Medizin für Physiotherapeuten*. 133., aktual. Aufl. Stuttgart: Thieme. doi: 10.1055/b-003-117819
- Steger, Florian und Kay Peter Jankrift (Hg.). 2004. *Gesundheit – Krankheit. Kulturtransfer medizinischen Wissens von der Spätantike bis in die frühe Neuzeit*. Köln: Böhlau.
- Trabert, Gerhard und Heiko Waller 2013. *Sozialmedizin: Grundlagen und Praxis*. 7. aktualisierte und erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wendt, Claus (Hg.). 2006. *Soziologie der Gesundheit*, Wiesbaden: Verl. für Sozialwissenschaften.
- Weßling, Heinrich. 2001. *Theorie der klinischen Evidenz: Versuch einer Kritik der Evidenzbasierten Medizin*, Wien: LIT.
- White, K. 2009. *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. Los Angeles: Sage.

- WHO. 1946. Satzung der WHO (Weltgesundheitsorganisation). Präambel zur Satzung, Genf.
- Wittern-Sterzel, Renate. 2003. »Die Politik ist weiter nichts, als Medizin im Großen.« Rudolf Virchow und seine Bedeutung für die Entwicklung der Sozialmedizin« Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Pathologie 87: 150-157.
- Wolff, Eberhard. 2010. »Moderne Diätetik als präventive Selbsttechnologie. Zum Verhältnis heteronomer und autonomer Selbstdisziplinierung zwischen Lebensreformbewegung und heutigem Gesundheitsboom.« In Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik, hg. von Martin Lengwiler, 169-205. Bielefeld: transcript Verlag.
- Zank, S. 2000. »Gesundheit und Krankheit.« In: Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen, hg. von Hans-Werner Wahl, 44-48. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ziegelmann, Jochen Phillip. 2013. »Gesundheits- und Krankheitsbegriffe.« In Gesundheitspsychologie A bis Z. Ein Handwörterbuch, hg. von Ralf Schwarzer, 149-152. Göttingen: Hogrefe, Verl. für Psychologie.