



WESTFÄLISCHE  
WILHELMS-UNIVERSITÄT  
MÜNSTER

# › Ausweitung der Gesundheitszone: Medizin- und Gesundheitssysteme als Agenten von Medikalisierungs- und Vergesundheitlichungsprozessen

Volker H. Schmidt



Preprints and Working  
Papers of the Centre for  
Advanced Study in Bioethics  
Münster 2014/66



## › **Ausweitung der Gesundheitszone: Medizin- und Gesundheitssysteme als Agenten von Medikalisierungs- und Vergesundheitlichungsprozessen**

Volker H. Schmidt

### **1 Einleitung<sup>1</sup>**

Die Begriffe „Gesundheitssystem/Gesundheitswesen“ und „Medizinsystem/Medizinbetrieb“ werden in der einschlägigen Literatur oft synonym, mithin als austauschbar verwendet. Das hat z.T. historische Gründe, erklärt sich aber auch aus dem Umstand, dass die betreffenden Organisationen, Einrichtungen, Berufsgruppen, Regelungen usw. allesamt um das Thema „Gesundheit“ kreisen bzw. in der Erhaltung oder Wiederherstellung von (bestmöglicher) Gesundheit einen gemeinsamen Fluchtpunkt haben. Trotzdem empfiehlt es sich, ein Gesundheitssystem zumindest analytisch von einem Medizinsystem abzugrenzen, das andere Aufgaben wahrnimmt und auch anders auf die relevante Wirklichkeit zugreift. Dadurch werden wichtige Unterschiede zwischen den Systemen erkennbar, die sonst leicht aus dem Blick geraten und die auch politisch von Belang sein können, etwa bei der Alimentierung mit öffentlichen Ressourcen, also mit Steuermitteln oder anderweitig erhobenen Zwangsabgaben. Darauf wird weiter unten noch zurückzukommen sein.

1 Der Aufsatz bündelt Überlegungen, die anlässlich der Wahrnehmung von Fellowships an der Münsteraner Kollegforschergruppe „Theoretische Grundfragen der Normenbegründung in Medizinethik und Biopolitik“ sowie an der Bielefelder ZiF-Forschungsgruppe „Normative Aspekte von Public Health“ im akademischen Jahr 2013/14 entstanden sind. Der Verfasser dankt beiden Einrichtungen für großzügige Förderung und vorzügliche Arbeitsbedingungen.

Der vorliegende Aufsatz verfolgt drei zentrale Zielsetzungen. Erstens will er für die genannte Unterscheidung werben und diese zumindest ansatzweise zu plausibilisieren versuchen. Dem widmet sich der folgende Abschnitt 2. Sodann wendet er sich gegen ein verbreitetes Verständnis von Prozessen der Medikalisation, das diese rein negativ fasst. Stattdessen hebt er auf die produktive, weltgestaltende Funktion solcher Prozesse ab, ohne die die Entstehung eines Medizinsystems gar nicht denkbar wäre, und stellt ihnen mit dem Begriff der Vergesundheitlichung ein entsprechendes Pendant für das Gesundheitssystem zur Seite. Von hier aus erschließt sich dann auch die Logik der problematischen Aspekte von Medikalierungs- und Vergesundheitlichungsprozessen, die sich, als Kehrseite der Erfolgsvoraussetzungen der Systeme, in einer schrankenlosen Ausweitung der Gesundheitszone manifestieren (Abschnitt 3). Drittens gilt es einige normative Fragen und ethikpolitische Folgerungen anzusprechen, welche die zuvor beschriebenen Entwicklungen aufwerfen bzw. die die Unterscheidung von Medizin- und Gesundheitssystem für das Verhältnis der tradierten biomedizinischen zur neu sich formierenden Public Health-Ethik nahelegen. Damit schließt der Aufsatz (Abschnitt 4).

## **2 Zur Unterscheidung von Medizin- und Gesundheitssystem**

Worin liegen die Unterschiede zwischen Medizin- und Gesundheitssystem? Einen ersten Hinweis liefert die Literatur zu Public Health. Der Begriff Public Health ist etwas irreführend, weil er das Antonym "Private Health" aufruft, und das wiederum weckt Assoziationen an den Gegensatz von privat versus öffentlich finanzierter medizinischer Versorgung. Aber mit medizinischer Versorgung hat Public Health nichts oder allenfalls am Rande zu tun. Stattdessen geht es bei der öffentlichen Gesundheitspflege, wie der Begriff sich wohl am Besten ins Deutsche übertragen lässt, um etwas ganz Anderes. Worum geht es?

Es geht zuallererst um institutionelle und infrastrukturelle Einrichtungen einerseits sowie um Politiken, Maßnahmen und Richtlinien andererseits, die darauf abzielen, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten, zu verbessern und zu fördern. Also z. B. um die Einrichtung von Gesundheitsämtern und -diensten oder die Schaffung und Finanzierung behördlicher Abteilungen, die damit befasst sind, Informationen zu einer gesundheitsfördernden Lebensweise bereitzustellen; Aufklärung über gesundheitliche Risiken zu treiben; den Ausbruch von Krankheiten zu verhindern oder ihre Verbreitung bei Ausbruch einzudämmen; Impfkampagnen zu organisieren, zu koordinieren und/oder in eigener Regie durchzuführen; Quarantänebestimmungen oder Erlasse zur Massentötung zu erarbeiten bzw. umzusetzen, um Epidemien zu kontrollieren oder zu verhindern. Es geht ferner um Müll- und Abwasserentsorgung, um Kanalisation, um die Einrichtung und den Betrieb öffentlicher Toiletten; kurz, um die Erhaltung oder Verbesserung hygienischer Lebensumstände. Es geht um die Bereitstellung sauberen Trinkwassers, um die Gewährleistung der Luftreinheit, um die Kontrolle von Lebensmitteln, um die Verhütung von Unfällen oder die Abmilderung ihrer Folgen, wenn sie nicht verhindert werden können (z. B. durch bautechnische Maßnahmen oder Verkehrsnormen, Helm- und Anschnallpflichten usw.). Es geht um die Gestaltung schulischer Curricula und die Vermittlung gesundheitsförderlicher Körperpflegetechniken (Sportunterricht; Zähneputzen). Es geht um die Beeinflussung und ggf. Reglementierung des Essverhaltens mittels direkter oder indirekter Formen der Aufmerksamkeitssteuerung ("nudging"; Modifikation der "choice architecture" bei der Präsentation von Nahrungsmitteln), um das Verbot schädlicher Substanzen bzw. ihrer Bewerbung (z. B. von Tabak und anderen Rauschmitteln, teilweise gestaffelt nach dem Alter von Zielgruppen), um die steuerliche Verteuerung ungesunder Lebensmittel usw. Es geht um Arbeitsschutz (z. B. durch Regulierung der maximal zulässigen Dauer des Arbeitstags, durch

Verbot von Kinderarbeit, durch Verordnung von Schutzkleidung). Es geht um Lärmschutz und um Regelungen zur Gestaltung adäquater Wohnbedingungen. Es geht um die Bereitstellung öffentlicher Spielplätze und Parks zur Bewegungsförderung. Es geht um die Gewährung gesetzlich garantierter Ansprüche auf Urlaubs- und Erholungszeiten, auf Kuren und andere Rehabilitationsmaßnahmen. Und es geht um vieles andere mehr – die Liste ließe sich nahezu beliebig weiter verlängern und wird de facto auch laufend verlängert, wenn neue Erkenntnisse neue Regelungen nahelegen scheinen.

Vieles von dem Genannten beruht auf medizinischer Kenntnis, hat aber mit Medizin im engeren Sinn nichts oder nur wenig zu tun. Schon der Bezug auf Bevölkerungsgesundheit – “population health”, wie es in Teilen der Literatur treffend heißt – unterscheidet das Gros des betreffenden Geschehens grundlegend vom individualmedizinischen Ansatz, der überdies auf die Behandlung von Kranken fokussiert, also von Personen, die sich (bereits) in einem Zustand befinden, den Public Health-Maßnahmen verhindern, jedenfalls so weit wie möglich aufschieben wollen. Mit dem Medizinsystem oder, wie Niklas Luhmann (1990) es genannt hat, dem System der Krankenbehandlung, kommen wir dagegen typischerweise erst nach Inzidenz bzw. bei Diagnose von Krankheitssymptomen in Berührung, und seine Funktion besteht darin, gegebene Pathologien und Dysfunktionen zu bekämpfen, rückgängig zu machen oder wenigstens einzudämmen und zu kontrollieren, ihre Folgen abzumildern und ggf. erträglicher zu machen. Geht es der Medizin (wenigstens nominell) um das Wohl der je einzelnen Patienten, so zielt Public Health vor allem auf das Gemeinwohl, auf die Anhebung oder den Schutz des Gesundheitsstands von Kollektiven – der Bevölkerung eines Nationalstaats, einer Stadt, einer Region, zunehmend des gesamten Globus. Im Kontext von Impfkampagnen spricht die einschlägige Literatur denn auch folgerichtig von der Herdenimmunität, die angestrebt werde. Dadurch verbessert sich zwar auch der Schutz nicht-immuner Individuen, aber wiewohl ein gern gesehener Nebeneffekt, ist das nicht der Hauptzweck solcher Kampagnen. Und wo das Anliegen von Public Health zu Recht als Verhältnisprävention bezeichnet wird, d. h. als das Bestreben, mittels politischer oder sonstiger Intervention in strukturelle, auch sozialstrukturelle Arrangements einzugreifen, denen gesundheitsschädigende Wirkungen nachgesagt werden, zielen präventive Ansätze in der Medizin in erster Linie auf Verhaltensänderungen bei als gefährdet geltenden Personen oder Personenkategorien („Risikogruppen“). Letzteres spielt zwar auch bei Public Health eine Rolle, aber primär geht es dabei wiederum um den Schutz Dritter, nicht um den der je adressierten Personenkreise selbst. Kurzum, die Foki differieren, auch wenn die Grenzen der Systeme teilweise fließend sind und es an ihren Rändern durchaus zu Überschneidungen kommt.<sup>2</sup>

Systeme bilden die Maßnahmen und Einrichtungen der Bereiche Gesundheit einerseits und Medizin bzw. Krankenbehandlung andererseits, weil diese bei aller Disparatheit der auf die jeweiligen Kernfunktionen bezogenen Operationen durch je eigene Wirklichkeitszugriffe gekennzeichnet sind, die sich mit den Begriffen der Vergesundheitlichung und Medikalisierung belegen lassen. Damit sind diejenigen Prozesse gemeint, in denen die betreffenden Systeme

2 Ein Beispiel ist die sog. Sekundärprävention zur Früherkennung bereits einsetzender Krankheitszeichen mit dem Ziel der Verbesserung der Heilungschancen von Betroffenen, die, wenngleich in Teilen der Literatur dem Maßnahmenkatalog von Public Health zugerechnet, institutionell und professionell in die Kompetenz der Medizin fällt. Die eigentliche Domäne von Public Health auf dem Feld der Prävention ist dagegen die dem Auftreten gesundheitlicher Störungen vorangehende, vorbeugende Primärprävention, deren Zielgruppe denn auch typischerweise Gesunde sind, nicht Kranke.

me sich selbst als Systeme konstituieren, ihre Kontinuität sichern und die Anschlussfähigkeit ihrer Aktivitäten gewährleisten, indem sie diese als zum System gehörig identifizierbar und damit zugleich von Nichtdazugehörigem unterscheidbar machen. Ohne Vergesundheitlichung und Medikalisierung gäbe es, mit anderen Worten, weder ein Gesundheits- noch ein Medizinsystem. Woher sonst sollten die Systeme ihre Identität beziehen, wie diese stabilisieren?

Dieses Begriffsverständnis kontrastiert, zumindest im Fall von Medikalisierung, mit einer Lesart, die in meist kritischer Diktion auf die Kennzeichnung von als problematisch erachteten „Übergriffen“ der Medizin abstellt. Folgte man dieser Vorgabe, dann legte das auch im Fall von Vergesundheitlichung eine pejorative Begriffsverwendung nahe. Das schiene jedoch wenig zweckmäßig, weil damit wichtige Erkenntnischancen verschenkt würden, die sich bei nüchterner, normativer Bewertungen zunächst ausklammernder Betrachtung bieten. Denn obwohl es durchaus Anlass geben mag, Teile des Vergesundheitlichungsgeschehens in einem kritischen Licht zu sehen, bliebe damit unverständlich, wie die als positiv erachteten Effekte des Gesundheitsbetriebs zustande kommen. Entsprechendes gilt analog für die Medizin. Will man das, was die beiden Systeme im Kern ausmacht, analytisch in den Griff bekommen, bleibt daher kaum eine andere Wahl als den Akzent auf die produktive, welterschließende Seite von Prozessen der Medikalisierung und der Vergesundheitlichung zu legen.

### **3 Medikalisierung und Vergesundheitlichung**

Beginnen wir zur Erläuterung mit dem Begriff der Medikalisierung. Als Medikalisierung fassen Tristram Engelhardt (1986) und Peter Conrad (2007), auf die hier als zentrale intellektuelle Gewährsleute zurückgegriffen wird, Prozesse der Übersetzung von Sachverhalten oder Problemlagen in die Sprache der Medizin, wodurch diese in den Sinnhorizont der Medizin inkorporiert, medizinisch intelligibel und damit einer medizinischen Bearbeitung allererst zugänglich gemacht werden. Die Grenzen solcher Konstruktionen sind weder biologisch noch fachwissenschaftlich, also etwa durch den Stand der biomedizinischen Forschung, determiniert, sondern werden durch Paradigmen gezogen, die den Rahmen dessen abstecken, was sinnvollerweise als medizinisches Problem, damit auch als sinnvolle Frage medizinischer Forschung gelten kann. Sie sind gewissermaßen die Brillen, durch die hindurch wir gegebene Wirklichkeitsausschnitte betrachten, die bestimmen, welche Aspekte der Wirklichkeit uns als relevant erscheinen und in diesem Sinne „problematisch“ werden; kurz, die die Welt für uns ordnen (dazu grundlegend Kuhn 1970). Die entsprechenden Vorgaben sind durch existierende Wissensbestände mitbestimmt, liegen aber nicht „in der Sache“ selbst, sondern in den (sozialisatorisch erworbenen und deshalb meist auch unbewusst bleibenden) Vorannahmen, mit denen wir uns einem Gegenstand annähern. Das ist keine Besonderheit der Medizin, trifft aber, da unausweichliche Bedingung jeder Art von Wirklichkeitsbetrachtung,<sup>3</sup> auch die Medizin. Für die Medizin bedeutet es, dass im Prinzip nahezu jede Abweichung von zu einem gegebenen Zeitpunkt als „normal“ erachteten körperlichen und/oder psychisch-mentalenen Zuständen als Pathologie fassbar, d. h. medikalisierungsfähig ist, so der Befund Conrads.

3 Vgl. dazu klassisch Parsons 1949: 734ff., der dies am Fall einer je nach disziplintypischer Betrachtungsweise differierenden Bedeutung und Wertigkeit des Phänomens „Selbstmord“ für unterschiedliche soziale Sektoren und Rollen illustriert.

Die medizinische Rationalität und ihre Manifestationen sind insoweit zwar nicht zeit-, wohl aber grenzenlos, weil inhärent auf Expansion angelegt. Expansionistisch ist diese Rationalität in mindestens zweierlei Hinsicht: einmal im Blick auf die laufende Ausweitung des Phänomenbereichs, für den die Medizin sich zuständig hält bzw. Autorität reklamiert, zum anderen durch Verabsolutierung ihres Leitwerts Gesundheit, dem aus Sicht des Systems im Konfliktfall andere, gleichfalls legitime Anliegen unterzuordnen sind – etwa bei Kompetenzstreitigkeiten mit anderen Sozialsystemen (ist x ein Fall für das Strafrecht oder für die Psychiatrie?) oder auch bei der Allokation fiskalischer Mittel auf dieselben (sollen wir mehr Geld für Medizin ausgeben oder doch vorrangig das Bildungswesen stärken?). Die Rationalisierungsformel, mit der dieser Primat gemeinhin begründet wird, ist bekannt. Sie lautet „Health is special“, und die bereichsethische Literatur verleiht ihr zusätzliche Dignität mit dem Postulat, Gesundheit sei ein transzendentes, überragend wichtiges Gut, dessen Schutzwürdigkeit unstrittig und damit im Grunde unverhandelbar ist. Auch die Demoskopie, die mit sozialwissenschaftlichen Mitteln erkundet, „was die Leute denken“ (Miller 1992), trägt zu dieser Sicht bei, wenn sie den empirischen Befund der Verbreitung entsprechender Urteile in der Bevölkerung kurzerhand in politische Handlungsmaximen ummünzt – obwohl es begründeten Anlass zu der Vermutung gibt, diese Urteile verdanken sich zumindest teilweise der diskursiven Überhöhung des Gesundheitswerts in der Öffentlichkeit, statt Ausdruck „authentischer“ Wertprämissen der sie Aussprechenden selbst zu sein, die sie (lediglich) erwartungskonform rezitieren und dann, gebündelt als Daten der Umfrageforschung, mit bestätigender Wirkung in die Öffentlichkeit zurückspiegeln.

Trotz seiner scheinbaren Unumstrittenheit bietet gerade die Aufblähung des Gesundheitswerts freilich auch Ansatzpunkte für Kritik. Denn nicht alles, was aus medizinischer Sicht sinnvoll erscheinen mag, muss dies auch aus anderer Sicht tun. Der medizinische Blick auf die Wirklichkeit ist nur eine von mehreren Sichtweisen, die man gegenüber einem Gegenstand einnehmen kann. Die Vorrangigkeit medizinischer Gesichtspunkte und Gewichtungen versteht sich aus der Binnensicht des Medizinbetriebs von selbst – aber auch nur aus dieser Sicht. So gibt es beispielsweise keine medizinischen Gründe für den Verzicht auf Behandlungen, die medizinisch sinnvoll erscheinen. Das legt es nahe, sich maximal für die Durchführung solcher Behandlungen bzw. für die Schaffung der entsprechenden (infrastrukturellen, finanziellen, rechtlichen usw.) Voraussetzungen einzusetzen – ggf. auch um den Preis der Verletzung anderer Anliegen, Interessen, Rechtsgüter usw., die medizinisch nachrangig sind. Im Zweifel kann das auch für die Wünsche der direkt Betroffenen gelten, über die die medizinische Profession sich wiederholt hinweg(ge)setzt (hat), zuweilen unter Androhung und/oder Anwendung physischer Zwangsmittel.

Die Neigung zur Selbsthypostasierung teilt das Medizinsystem mit anderen institutionellen Sektoren der Gesellschaft. Was könnte aus Sicht der Wirtschaft wichtiger sein als die Wirtschaft (die möglichst immer wachsen soll und deren sprichwörtlicher „Imperialismus“ von der einschlägigen Theoriebildung offen gefeiert wird; dazu exemplarisch Becker 1993), was aus Sicht der Politik wichtiger als die Politik (die keine Scheu hat, selbst „persönlichste“ Aspekte der Lebensführung zu politisieren), was aus Sicht des Rechts wichtiger als das Recht (Juridifizierung)? Aber gerade der Umstand, dass alle die je eigene Perspektive ins Zentrum stellen, weckt Zweifel an der Plausibilität dieser Art von Selbstbeschreibung. Sie kann daher nach Lage der Dinge nur Gültigkeit innerhalb der Grenzen des Systems haben. Wo sie mit der Rationalität anderer Systeme kollidiert, kann es zu Konflikten kommen (so bereits Max Weber, heute z. B. Teubner 2012), und diese Konflikte lassen sich dann nur von außen moderieren bzw. regulieren. Auch Fälle der Medikalisierung von Sachverhalten und Zuständen, die sich aus medizinischer Sicht

aufdrängen mögen, können so berechtigterweise ins Visier kritischer Beobachter geraten, die deren Zweckmäßigkeit oder Legitimität in Zweifel ziehen.

Der Befund, dass das Medizinsystem zum Expansionismus und zur Verabsolutierung seines Leitwerts neigt, gilt analog auch für das Gesundheitssystem, das sich den Leitwert – den der Gesundheit – mit dem Medizinsystem teilt, darauf aber, wie beschrieben, anders zugreift als die Medizin, deren Gesundheitsbegriff im Kern ein negativer Begriff ist, weil er auf die Abwesenheit von Gesundheit bzw. auf deren Gegenteil, auf Krankheit, abstellt. Demgegenüber gilt es für das mit einem positiven Gesundheitsbegriff operierende Gesundheitssystem, dafür zu sorgen, dass Lebensumstände geschaffen werden, die der Erhaltung von Gesundheit förderlich sind, die es möglichst vielen Menschen erlauben, ein Maximum an gesundheitlich unbeeinträchtigten Lebensjahren zu erreichen und damit auch das Medizinsystem gleichsam auf Distanz zu halten, dessen Einsatzpunkt genau an jener Schnittstelle liegt, wo positive Gesundheit in negative Gesundheit umschlägt (zum Begriffsdual positive vs. negative Gesundheit vgl. u. a. Abel und McQueen 2013). Anders gesagt: Während das Medizinsystem als System der Krankenbehandlung Krankheit (negative Gesundheit) letztlich „braucht“, weil darin sein eigener „raison d'être“ liegt, kommt das Gesundheitssystem besser ohne Krankheit aus oder benötigt es allenfalls die Krankheitsdrohung als Kontrast zur eigentlich orientierungsleitenden positiven Gesundheit, die auf dem Spiel steht, wenn das zu ihrer Erhaltung Notwendige oder Mögliche unterbleibt. Dem entspricht eine Wirklichkeitsbetrachtung, die relevante Umweltausschnitte ausschließlich unter dem Aspekt ihrer Gesundheitszu- oder abträglichkeit erfasst und auch einzig unter diesem Aspekt bewertet: Gut ist, was der Gesundheit nützt; schlecht, was ihr schadet. Die Kurzformel für diesen Modus der Wahrnehmungsfiltration lautet nach einem Vorschlag Conrads (1992): Vergesundheitlichung („healthicization“).

In der Institutionalisierung von Perspektiven der Vergesundheitlichung hat das Gesundheitssystem seine epistemische und prozessuale Grundlage. Sie sind der modus operandus, in denen das System sich selbst erschafft und in seinen praktischen Vollzügen laufend aktualisiert, manifestiert, reproduziert. Ein Gesundheitssystem besteht demnach nur insoweit, wie Vergesundheitlichungsprozesse tatsächlich stattfinden. Soziologisch gesehen ist das System nichts anderes als die Summe der auf Förderung von Gesundheit zielenden Operationen, soweit diese, als Krankenbehandlung, nicht ins Medizinsystem fallen. Wie jenes System ist es grenzenlos, setzt es auf permanente Ausweitung seines Zuständigkeits- und Einflussbereichs, denn gesundheitliche Gründe für Selbstbeschränkung, Gründe, die gegen Verbesserungen der Gesundheitsstände sprechen, kann es aus seiner Sicht nicht geben. Allenfalls Hindernisse, die dem im Weg stehen, und die gilt es möglichst auszuräumen. So muss das Gesundheitssystem es sehen, wenn es sich selbst ernst nehmen will, und so sieht das System es auch.

Beispiele für Wirklichkeitskonstruktionen, die solcherart Expansionismus fördern, gibt es zuhauf. Die oft belächelte Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ – bietet gerade aufgrund der Unmöglichkeit, ihr je voll gerecht zu werden, einen vorzüglichen Ansatzpunkt für unablässige Verbesserungsbestrebungen. Was heute als Fernziel gesundheitsbezogener Aktivität gesehen und vertreten wird, ist morgen etablierte Norm und selbstverständliche Erwartung. Sobald ein Ziel erreicht ist, verändert es zugleich seinen Stellenwert, wird es zu einem Etappenziel auf dem Weg zu höheren Zielen herabgestuft, für die es nun allenfalls noch

den Ausgangspunkt bilden mag.<sup>4</sup> Gesundheit, wie sie von der WHO verstanden wird, ist ein „moving target“, stets verbesserungsfähig, und deshalb fällt es einem diesem Verständnis verpflichteten Gesundheitssystem auch nicht schwer, neue Herausforderungen zu finden und sich selbst immer anspruchsvollere Aufgaben zu stellen.

Das wichtigste Medium der Expansion ist das der Deutungspolitik, der Respezifikation von Sachverhalten per Überführung in den Sinnhorizont des Gesundheitssystems. Ein Indikator für erfolgreiche Deutungspolitik seitens des Gesundheitssystems ist die EU-Leitlinie „Health in All Policies“, die dazu anhält, alle Politikbereiche und alle Politikgestaltung nach gesundheitsschädlichen Wirkungen zu durchforsten mit der Maßgabe, diese soweit als möglich abzumildern. Ilona Kickbusch sieht den Gesundheitswert mittlerweile so hochgehängt, dass sie es für berechtigt hält, von der Heraufkunft einer „Gesundheitsgesellschaft“ zu sprechen – so wie andere Analytiker, die die Gesellschaft aus dem Blickwinkel anderer Teilsysteme beobachten, von einer Wissensgesellschaft, von einer Bildungsgesellschaft, von einer liberal-demokratischen Gesellschaft, von einer kapitalistischen Gesellschaft sprechen. Vier Maximen, schreibt die Autorin (2006: 10), trieben die Gesundheitsgesellschaft: „Gesundheit ist grenzenlos, Gesundheit ist überall, Gesundheit ist machbar, und jede Entscheidung ist zugleich auch eine Gesundheitsentscheidung.“ Wenn es sich so verhält, dann legt das eine beständige Ausweitung von Vergesundheitlichungsprozessen, von Bemühungen, der Gesundheit gewissermaßen zu ihrem Recht zu verhelfen, nahe. Dazu passt der Befund Kickbuschs, dass der Gesundheitsbereich, der sich immer mehr von medizinischen Eingrenzungs- und Definitionsversuchen emanzipiere (also ganz im Sinne des eingangs Gesagten als ein separates, von der Medizin getrenntes System positioniert), in Europa heute zu den wichtigsten Wachstumsbranchen zähle. Die Branche sichere zwischen 10 und 15 Prozent der Arbeitsplätze, und weitere Expansionen seien, nicht zuletzt aufgrund des demographischen Wandels, vorprogrammiert.

Wie im Medizinbereich die Medikalisierung, so werden auch Vergesundheitlichungsprozesse maßgeblich durch Professionelle vorangetrieben, d.h. durch meist akademisch gebildete Berufsgruppen, die über besondere fachliche Kompetenz auf ihrem Gebiet verfügen und, weil oft konkurrenzlos, weithin auch über eine gewisse Deutungshoheit. Sie bestimmen letztlich, was als gesundheitsförderlich oder -schädlich zu gelten hat, und auch wenn allzu simple Ursachenzuschreibungen sich verbieten, liegt auf der Hand, dass die wachsende Sensibilisierung für Gesundheitsbelange ihren Interessen förderlich ist. Weitere Agenten der Vergesundheitlichung sind (1) nationale und supranationale, teils globale Governanceeinrichtungen wie die WHO, die erheblichen Einfluss auf das einschlägige Agenda-Setting haben, indem sie etwa als verbindlich ausgewiesene Ziele für adäquates Regierungshandeln, für die Gestaltung von Arbeitsbedingungen in Wirtschaftsunternehmen, kurz: gesundheitliche „Weltmodelle“ (zu diesem Begriff vgl. Meyer et al. 1997) formulieren, die überall Nachachtung verlangen; (2) soziale Bewegungen und Think Tanks, die sich dem Anliegen der Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit, dem Abbau von Ungleichheiten im Gesundheitsstatus unterschiedlicher sozialer Gruppen usw. verschreiben; sowie schließlich (3) die rasch wachsende Gesundheitsindustrie,

4 Hierin gleicht und überschneidet die Definition sich mit dem Human Development Index des Entwicklungsprogramms der Vereinten Nationen (UNDP), der die Erwartungen an „Entwicklung“ (mit verbesserten Möglichkeiten, ihnen gerecht zu werden) laufend hochschraubt mit dem Ergebnis, dass was vor wenigen Dekaden noch als Ausdruck „hoher“ Entwicklung gegolten hatte, inzwischen nur noch für einen „mittleren“ Entwicklungsstand steht – verbunden mit der Erwartung an „weniger“ entwickelte Entitäten, zu den höher entwickelten aufzuschließen. Und so weiter ad infinitum.

etwa aus dem Wellness- oder Fitnessbereich, aber auch z. B. aus der Pharma- und Geräteindustrie, der die Aufwertung des Gesundheitsthemas lukrative Absatzchancen bietet und die die Bevölkerung in einer nicht abreißen den Kette von Werbekampagnen zum Selbst-Monitoring anhält<sup>5</sup> sowie zur laufenden Konstruktion neuer Gesundheitsziele/Krankheitsbilder beiträgt: Vieles von dem, was bis vor Kurzem noch als „normale“, hinzunehmende Begleiterscheinung von Alterungsprozessen galt (z. B. nachlassende Libido bei Männern, Gedächtnisschwund usw.), ist heute manipulierbar, d. h. behandelbar und lässt sich deshalb in eine korrekturbedürftige Anomalie umdefinieren, die eine medizinische Indikation anzeigt (dazu ausführlich Conrad 2007); anderes kann (und soll, so die unmissverständliche Botschaft) durch eine „gesundheitsbewusste“ Lebensführung zeitlich hinausgezögert, also in einen späteren Lebensabschnitt verschoben werden (Stichwort „healthy aging“).

#### **4 Zu einigen normativen Aspekten**

Das bisher Gesagte soll zunächst zum besseren Verständnis eines sozialen Geschehens beitragen, dessen Bedeutung offenkundig wächst. Die Unterscheidung eines Medizinsystems von einem Gesundheitssystem und diesen korrespondierenden Prozessen der Medikalisierung und Vergesundheitlichung bietet, wie vorstehend angedeutet, zugleich eine Reihe von Ansatzpunkten für Kritik an Teilen dieses Geschehens und für politische Regulierungsbestrebungen.

Was die Kritik an Prozessen der Medikalisierung und der Vergesundheitlichung betrifft, so verbietet es sich nach den vorstehenden Ausführungen, diese als Pauschalkritik zu formulieren, so als kämen eine „gute“ medizinische und gesundheitsbezogene Praxis gänzlich ohne sie aus. Stattdessen müsste die Kritik sich auf Exzesse und unerwünschte Nebenwirkungen konzentrieren, die mit dem unkontrollierten Expansionismus solcher Prozesse einhergehen können. Dafür bräuchte es Kriterien, die begründet zwischen positiven und negativen Folgen solcher Praxis differenzieren. Aber woher sollen die Kriterien kommen? Die Systeme selbst werden sie nach Lage der Dinge kaum entwickeln können, denn denen stellt das Medikalierungs- und Vergesundheitlichungsgeschehen sich grundsätzlich positiv dar. Sie müssen also von außerhalb der Systeme bezogen werden, und als „Lieferantinnen“ kämen wohl am ehesten die einschlägigen Bereichsethiken in Frage, also Medizinethik und Public Health-Ethik. Eindeutigkeit wird man freilich auch von ihnen nicht erwarten dürfen, weil ihre Bemühungen stets kontextgebunden sind, entsprechende Befindlichkeiten sich im Zeitlauf ändern und Bewertungen angesichts des für die moderne Gesellschaft charakteristischen Wertpluralismus rationalerweise unterschiedlich ausfallen. Aber sie können, wenn sie hinreichende Distanz zu den betreffenden Systemen wahren, wichtige Impulse für öffentliche Debatten über strittige normative Fragen dieser Art geben, die der Selbstverständigung eines Gemeinwesens förderlich und letztlich politisch zu entscheiden sind.

De facto kommt das Gros der vorgebrachten Kritik aus der Mitte der „Zivilgesellschaft“, also aus Kreisen sozial bewegter Bevölkerungsgruppen, denen bestimmte Formen und Folgen der Medikalierung und der Vergesundheitlichung Unbehagen bereiten, die sich als Opfer medizinischer oder gesundheitlicher Klassifizierungen wännen und/oder sich gegen als unzulässig angesehene Behandlungen ihrer selbst oder advokatorisch durch sie vertretener Dritter

5 In dieses Horn bläst bekanntlich auch das Krankenversicherungswesen in der vermutlich irrigen Hoffnung auf Kostenersparnis.

zur Wehr setzen. Auch für sie ist Deutungspolitik, hier: der Versuch, die Deutungshoheit der zuständigen Professionen auszuhebeln, indem sie etablierten Sichtweisen alternative Deutungen eines Sachverhalts gegenüberstellen, das wichtigste Mittel zur Artikulation ihres Unbehagens. Aufgrund der besonderen Autorität, das wissenschaftliche Wissen in der modernen Welt genießt (Drori et al. 2003), neigen beide Seiten dazu, in solchen Streitfällen auf Wissenschaft zu rekurrieren, wenn auch mit je unterschiedlichen Akzentsetzungen und unter Herausstreichung unterschiedlicher Befunde. Beispiele für Fälle, in denen es Kritikern gelungen ist, lange vorherrschende medizinische Deutungen erfolgreich zu entplausibilisieren, sind die Entpathologisierung von Masturbation (Engelhardt 1986) und Homosexualität (Conrad 2007). Widerstand gibt es mittlerweile auch gegen die Pathologisierung von nach Parametern wie dem sog. Body Mass Index bestimmtem „Übergewicht“ und daran ansetzenden medizinischen, gesundheitlichen und behördlichen Interventionen, die bis zur Überwachung der Essgewohnheiten entsprechend etikettierter Personenkreise und der Einweisung „adipöser“ (vulgo: dicker) Kinder in staatliche Erziehungsheime gehen können, deren Eltern sich als beratungsresistent erweisen.<sup>6</sup> Aber auch der umgekehrte Fall kommt vor: Medikalisierung von Sachverhalten gegen eine zunächst skeptische oder widerständige medizinische Profession, etwa mit dem Ziel der Entmoralisierung und/oder Entpönlisierung (das Beispiel des Alkohol-„Abusus“).

In den genannten wie in anderen Fällen greifen Medikalisierungs- und Vergesundheitlichungsprozesse in einer Weise in die Lebensführung von Individuen und Kollektiven ein, die von manchen Beobachtern als autonomie- und freiheitsverletzend perzipiert wird. Soweit sie dabei, etwa im Weg des Versuchs einer Verhaltensmanipulation von als nur begrenzt rational eingestuften Personen, unautorisiert auf das vermeintlich höhere Wohl der Betroffenen selbst abstellen, folgen sie einer paternalistischen Logik und setzen sich damit Einwänden aus, wie sie generell gegen den Paternalismus geltend gemacht werden. Zumindest aus liberaler Sicht sind paternalistische Eingriffe in die Lebensführung mündiger Bürger zwar nicht grundsätzlich gesperrt, unterliegen aber, da autonomiebeschränkend, besonderen Rechtfertigungspflichten (vgl. Gutmann 2014). Das wird auch von Befürwortern einer proaktiven Vergesundheitlichungspolitik (i. S. der offensiven, alle Lebensbereiche einbeziehenden Vertretung und Durchsetzung gesundheitsbezogener Belange) so gesehen, die sich daher unter verschiedenen Stichworten, wie z. B. denen des staatlichen „stewardship“ oder des „nudging“ (vgl. Nuffield Council on Bioethics 2007; Thaler und Sunstein 2007), um die Schaffung überzeugungskräftiger normativer Fundamente bemühen, die solche Eingriffe stützen könn(t)en. Gleichwohl bleiben diese, zumal im Einzelfall und vor allem bei Einführung neuartiger, etablierte Gewohnheiten berührender Ge- und Verbote (Fahrradhelmpflicht; Rauchverbote etc.) oder Reglements, teils stark umstritten – bis sie, und darauf setzen die Agenten der Vergesundheitlichung letztlich auch, ihrerseits zur Gewohnheit werden.

Ein weiteres Problem sowohl von Medikalisierung als auch von Vergesundheitlichung ist eine Nebenfolge der Verabsolutierung des Gesundheitswerts, zu der, wie gezeigt, beide Systeme, das Medizin- wie das Gesundheitssystem, neigen. Wenn und soweit die Operationen dieser Systeme aus öffentlichen Mitteln finanziert werden, stellt sich die Frage, wieviele Mittel ihnen jeweils zufließen sollen – sowohl absolut als auch in Relation zu anderen öffentlichen

6 Vgl. als Beispiel für einen solchen Fall in Großbritannien, der einiges Aufsehen erregte, Brooke 2011; s. a. Monaghan et al. 2010 für eine Diskussion der Eröffnung neuer Betätigungsfelder, welche die Pathologisierung von Fettleibigkeit und die Konstruktion ihrer „epidemischen“ Ausbreitung findigen professionellen „Unternehmern“ bietet.

Aufgaben, die gleichfalls erledigt werden müssen. Bis zu einem Drittel des Bruttoinlandsprodukts und oft mehr als die Hälfte des Staatshaushalts verwenden hochentwickelte OECD-Länder für Zwecke der sozialen Sicherheitsgewähr. Es liegt auf der Hand, dass die dadurch gebundenen Mittel Opportunitätskosten für andere Staatsaufgaben aufwerfen. Dieses Problem wiederholt sich bei der Aufteilung der Sozialbudgets auf die verschiedenen sozialpolitischen Leistungsbereiche, die nach irgendeinem Schlüssel erfolgen muss. Wie der Blick auf die Sozialstatistiken zeigt, kann es dabei zu ganz unterschiedlichen Lösungen kommen. Das betrifft insbesondere das Verhältnis der Mittel für öffentlich finanzierte medizinische Versorgung und Gesundheitspflege einerseits (die diese Statistiken im Einklang mit der verbreiteten Gleichsetzung von Medizin- und Gesundheitssystem meist als Einheit behandeln) und öffentliche Bildungsmaßnahmen andererseits. So gibt beispielsweise der dänische Staat nahezu doppelt soviel Geld für Bildung wie für Medizin/Gesundheit aus, während die betreffende Relation in Deutschland praktisch umgekehrt ist.

Diese Beobachtung wirft die Frage nach einer angemessenen Priorisierung auf, und da die Daten zum Gesundheitsstatus der Bevölkerung in den beiden Ländern nicht nennenswert voneinander abweichen, spricht prima facie einiges dafür, dass die in Dänemark vorgenommene Mittelallokation sachgerechter ist. Auch dafür, dass sie sozial gerechter sein könnte, gibt es Anhaltspunkte (Schmidt 2010; 2012). Wie die Public Health-Literatur zeigt, gibt es einen sozialen Gradienten im Gesundheitsstatus der Bevölkerung, der nicht auf unterschiedliche Zugangschancen zur medizinischen Versorgung zurückzuführen ist, sondern mit einer Vielzahl von sozialen Determinanten variiert, auf die der Bildungsstand erheblichen Einfluss hat (vgl. Marmot und Wilkinson 2005). Dazu passt der weitere, seit langem bekannte Befund, dass der gesundheitliche Nutzen medizinischer Leistungen unabhängig von Zugangsfragen relativ begrenzt ist. Zugleich gibt es Untersuchungen, die darauf hindeuten, dass bei Sicherstellung einer guten medizinischen Grundversorgung für die gesamte Bevölkerung und der Existenz funktionsfähiger Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitspflege weitere Gesundheitserträge eher von einer Anhebung des Bildungsniveaus (insbesondere sozial schlechtergestellter Kreise) zu erwarten sind als von Erhöhungen der Etats der Medizin- und Gesundheitssysteme (Lleras-Muney 2005).

Auch das Verhältnis von Medizinsystem und Gesundheitssystem wirft Fragen der adäquaten Mittelallokation auf. Wie erwähnt, ist es üblich, die beiden Systeme zu einem System zusammenzuziehen und sie, sei es unter den Namen des Medizin- oder Gesundheitssystems, als miteinander identisch zu behandeln. Das verdeckt Zielkonflikte zwischen den beiden Systemen. So bindet z. B. in der OECD-Welt der Medizinbereich meist ein Vielfaches der finanziellen Ressourcen, die dem Gesundheitssystem im hier verstandenen Sinn zugeführt werden. Diese Dominanz ist historisch gewachsen und verdankt sich primär der überlegenen (Deutungs-) Macht der medizinischen Profession, scheint aber der Sache nach alles andere als zwingend. Eine stärkere Gewichtung des Gesundheitssystems gegenüber dem Medizinsystem würde sich daher anbieten, wenn das Ziel ist, den Gesundheitsertrag öffentlicher Mittel zu erhöhen. Gewiss, die beiden Systeme können einander nicht substituieren, sondern verhalten sich im Idealfall komplementär zueinander. Aber sie stehen auch in Konkurrenzbeziehungen – bei der Diagnose und vor allem Erklärung einschlägiger Sachverhalte, in der Frage, wie auf gegebene Befunde zu reagieren ist (Therapie), in der Mittelausstattung. Die hier vorgeschlagene Unterscheidung von Medizin- und Gesundheitssystem lässt die daraus erwachsenden Konflikte in einem klareren Licht erscheinen und erweitert damit zugleich den Möglichkeitsraum für politisches Handeln, weil sie Optionen sichtbar macht, die bei Vermengung der beiden Systeme gar nicht ins Bewusstsein treten.

Für diese Unterscheidung sprechen zu guter Letzt auch noch gewichtige ethikpolitische Gründe. Alarmiert durch die (Wieder-)Entdeckung der sozialen Determinanten von Gesundheit und des vergleichsweise geringen Einflusses der medizinischen Versorgung auf den Gesundheitsstand, beklagen Kritiker tradierter medizin- und bioethischer Ansätze neuerdings deren zu starke Fokussierung auf Fragen des Zugangs zu oder des Ausschlusses von medizinischen Leistungen und fordern eine verstärkte Öffnung für die Problemstellungen und Lösungsangebote der Public Health-Literatur (vgl. z. B. Powers und Faden 2006). Das hat, soweit es um eine Neujustierung des Verhältnisses von Medizinsystem und Gesundheitssystem geht, sicherlich etwas für sich und ist bei führenden Vertretern jener Ansätze auch rasch auf positive Resonanz gestoßen (vgl. z. B. Daniels 2007). Die Befruchtung von Medizin- und Bioethik durch die genannte Literatur hat allerdings enge Grenzen. Auf sie hat mit Angus Dawson (zumindest indirekt) ausgerechnet ein Vertreter der zuweilen als Konkurrenzunternehmen auftretenden Public Health-Ethik hingewiesen. Dawson (2011) argumentiert zu Recht, eine unabdingbare Voraussetzung für den Erfolg von Versuchen zur Grundlegung einer eigenständigen Public Health-Ethik liege im Verständnis der besonderen Natur ihres Gegenstands. Dieser, vom Gesundheitssystem verwaltete Gegenstand unterscheidet sich nämlich grundlegend von dem der Medizin, weshalb die Public Health-Ethik kaum Inspiration von der auf ganz andere Bezugsprobleme zugeschnittenen Bioethik erwarten dürfe. Dem ist zuzustimmen, auch wenn man Dawson in inhaltlicher, die substanziellen Prämissen seiner eigenen Ethikkonzeption betreffender Hinsicht letztlich nicht folgen mag (für einige kritische Anmerkungen dazu vgl. Schmidt 2015). Es gilt freilich ebenso in umgekehrter Richtung. Denn auch die Medizin- und Bioethik muss ihre Überlegungen, sollen diese instruktiv sein, auf ein adäquates Verständnis ihres Gegenstandsbereichs stützen. Die dort anfallenden Probleme bleiben wichtig auch angesichts eines um Einsichten aus den Gesundheitswissenschaften angereicherten Verständnisses von Gesundheit und der sie beeinflussenden Faktoren. Zur Bearbeitung dieser Probleme braucht es Prinzipien. Die Reichweite der entsprechenden Prinzipien ist, wie diejenige der sie propagierenden biomedizinischen Ethik selbst (und wie bekanntlich überhaupt die Geltung von Bereichsethiken), begrenzt. Aber das allein vermag sie nicht zu entwerten, sondern verweist nur auf die Notwendigkeit ihrer Kontextsensitivität.

Hält man Medizinsystem und Gesundheitssystem auseinander, versteht sich das von selbst. Behandelt man die beiden Systeme dagegen als Einheit, droht Konfusion – in normativer wie in praktischer Hinsicht. Davon zeugt nicht zuletzt der Zustand der aktuellen Debatten um das Thema, die das heute mögliche Niveau sozialwissenschaftlicher und philosophischer Reflexion weithin unterbieten. Dieses Niveau mithilfe angemessener Konzeptualisierungen anzuheben, böte zwar keine Gewähr für konsensuelle Lösungen, wäre aber gleichwohl ein nicht zu unterschätzendes Desiderat, weil es zumindest Klarheit darüber schaffen sollte, was überhaupt begründet strittig sein kann.

## Literatur

- Abel, Thomas und David V. McQueen (2013) "Current and Future Theoretical Foundations for NCDs and Health Promotion", in David V. McQueen (ed.) *Global Handbook on Noncommunicable Disease and Health Promotion*. New York: Springer, 21–35.
- Becker, Gary S. (1993) "The Economic Way of Looking at Behavior", *Journal of Political Economics* 101: 385–409.
- Brooke, Chris (2011) "Children Taken from Parents for Being Fat: Outrage as Social Workers Break up 'Loving' Family", *Mail Online*, 4 September 2011, <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2033718/Children-taken-parents-fat-Outrage-social-workers-break-loving-family.html>. Zugriff 29. September 2014.
- Conrad, Peter (1992) "Medicalization and Social Control", *Annual Review of Sociology* 18: 209–232.
- Conrad, Peter (2007) *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Daniels, Norman (2007) *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*. New York: Cambridge University Press.
- Dawson, Angus (2011) "Resetting the Parameters. Public Health as the Foundation for Public Health Ethics", in Angus Dawson (ed.) *Public Health Ethics. Key Concepts and Issues in Policy and Practice*. Cambridge: Cambridge University Press, 1–19.
- Drori, Gili S., John W. Meyer, Francisco O. Ramirez und Evan Schofer (2003) *Science in the Modern World Polity. Institutionalization and Globalization*. Stanford: Stanford University Press.
- Engelhardt, Tristram (1986) *The Foundations of Bioethics*. New York: Oxford University Press.
- Gutmann, Thomas (2014) "Paternalismus und Konsequentialismus", in Michael Krüger und Alexa Nossek (Hg.) *Paternalismus und Konsequentialismus*. Münster: Mentis, 27–66.
- Kickbusch, Ilona (2006) *Die Gesundheitsgesellschaft*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kuhn, Thomas S. (1970) *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lleras-Muney, Adriana (2005) "The Relationship Between Education and Adult Mortality in the United States", *Review of Economic Studies* 72: 189–221.
- Luhmann, Niklas (1990) "Der medizinische Code", in Niklas Luhmann *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 183–195.
- Marmot, Michael und Richard Wilkinson (eds.) (2005). *Social Determinants of Health*, zweite Auflage. Oxford: Oxford University Press.

- Meyer, John W., John Boli, George M. Thomas und Francisco O. Ramirez (1997) "World Society and the Nation State", *American Journal of Sociology* 103: 144–182.
- Miller, David (1992) "Distributive Justice: What the People Think", *Ethics* 102: 555–593.
- Monaghan, Lee F., Robert Hollands und Gary Pritchard (2010) "Obesity Epidemic Entrepreneurs: Types, Practices and Interests", *Body & Society* 16: 37–71.
- Nuffield Council on Bioethics (2007) *Public Health: Ethical Issues*. London: Nuffield Council on Bioethics.
- Parsons, Talcott (1949) *The Structure of Social Action. Volume II: Weber*. New York: Free Press.
- Powers, Madison und Ruth Faden (2006) *Social Justice. The Moral Foundations of Public Health and Health Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Schmidt, Volker H. (2012) "Priorisierung auf der Makroebene. Das Gesundheitswesen im Ensemble sozialpolitischer Leistungsbereiche", *Ethik in der Medizin* 22: 275–288.
- Schmidt, Volker H. (2012) "Gerechtigkeit als Politik der Befähigung zu reflexiver Selbstbestimmung", *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 37 (supplement 1): 81–98.
- Schmidt, Volker H. (2015) "Public Health Ethics. Problems and Suggestions", *Public Health Ethics* 8 (i. E.).
- Teubner, Gunther (2012) *Constitutional Fragments: Societal Constitutionalism and Globalization*. Oxford: Oxford University Press.
- Thaler, Richard H. und Cass R. Sunstein (2008). *Nudge. Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*. New Haven: Yale University Press.