

Überlegungen zum Gesundheitsbegriff im Lichte der Autopoiese

Vollmuth, Michael

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Vollmuth, M. (2005). Überlegungen zum Gesundheitsbegriff im Lichte der Autopoiese. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 29(2), 53-67. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-18936>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Überlegungen zum Gesundheitsbegriff im Lichte der Autopoiese

Nach wie vor ist der Gesundheitsbegriff nicht abschließend zu definieren. Umso mehr dient er als Worthölse für eine Vielzahl mehr oder weniger differenzierter Vorstellungen. Ausgehend davon, dass die Auseinandersetzung mit Gesundheit immer auch (1) eine Wertsetzung bedeutet, (2) zu beschreiben versucht, was Gesundheit ist, und (3) häufig implizit Empfehlungen darüber enthält, wie sich Gesundheit vom Einzelnen realisieren lässt, beschränke ich mich auf die Diskussion von evaluativen, deskriptiven und präskriptiven Aussagen über Gesundheit (vgl. hierzu auch Göckenjan, 1991).

Der vorliegende Beitrag befasst sich auf der Grundlage einer radikal-konstruktivistischen Position, wie sie von Maturana und Varela (1992) vertreten wird, mit dem Krankheits- und Gesundheitsbegriff. Diese Position hat hier deshalb Verwendung gefunden, weil sie auf die Vorwegnahme einer wie auch immer gearteten ›Objektivität‹ verzichtet und damit Krankheit respektive Gesundheit im Grundsatz zu diskutieren erlaubt. Zum besseren Verständnis des vorliegenden Beitrags werden im folgenden Abschnitt die wissenschaftlichen Grundlagen des Konzepts der Autopoiese nach Maturana und Varela knapp erläutert.

Wissenschaftliche Grundlagen der Theorie der Autopoiese

Die Bestimmung der Beziehung zwischen Subjekt und Objekt kann als eines der Hauptprobleme abendländischer Philosophie gelten. Ansätze wie der Materielle Objektivismus, der Subjektive Idealismus oder der Dualismus von Körper und Geist befassen sich mit der Gestaltung der Subjekt-Objekt-Beziehung. In monokausaler Weise wird meist versucht, den Be-

obachter von ›Wirklichkeit‹ und die ›Wirklichkeit‹ als solche zu erkennen (Subjekt-Objekt-Spaltung). Anders hingegen im Rahmen der Theorie der Autopoiese: Der Beobachter wird explizit als wirklichkeiterschaffendes Subjekt in wissenschaftliche Überlegungen miteinbezogen, woraus resultiert, dass es im Rahmen dieser Setzung keine subjektunabhängige Wirklichkeit geben kann. Schließlich kann ein Beobachter nicht anders, als bei der Produktion von wissenschaftlichen Erkenntnissen auf den eigenen Erfahrungsbereich beziehungsweise Kenntnisstand zu rekurrieren.

Im Kern vertreten Maturana und Varela die These, dass sich lebende Systeme buchstäblich selbst erzeugen. Menschen gelten nach Maturana und Varela deshalb als autopoietische (sich selbst erzeugende) Systeme, die operational geschlossen und informationell offen sind. Menschen verarbeiten Informationen immer nach der Maßgabe der eigenen Struktur und realisieren damit das Prinzip der Selbstreferentialität (Selbstbezüglichkeit). Instruktionen von außen sind demnach unmöglich. Will das System sich entwickeln, muss es die von außen kommenden Informationen in die eigene Struktur aktiv transformieren, um neues Wissen und damit eine Systemveränderung zu konstruieren (also: Konstruktion statt Instruktion). Aufgrund der enormen internen Komplexität und der zirkulär und rekursiv miteinander verbundenen Prozesse lässt sich ein selbstreferenzielles System niemals restlos durchschauen. Die Theorie der Autopoiese lenkt deshalb ihren Forschungsfokus auch auf die Frage: »Wie entsteht Wirklichkeit?«, statt der Frage nach der Beschaffenheit einer intersubjektiv wahrnehmbaren Objektivität nachzugehen. Die so genannte ›Objektivität‹ lässt sich – entgegen alltagstheoretischen Vorstellungen – lediglich als eine von Menschen gemachte und zeitlich begrenzte Übereinkunft verstehen, die uns auch deshalb so real erscheint, weil sie von vielen Mitmenschen geteilt wird. Dies gilt gleichermaßen für Krankheit und Gesundheit. Es sei jedoch an dieser Stelle angemerkt, dass es trivial wäre anzunehmen, man könne sich die Konstruktion von Zahnschmerzen ›ausreden‹. Vermutlich haben sich Krankheiten für das Überleben von Organismen als passfähige (viable) Konstruktionen durchgesetzt, weil sie – in dem der Organismus Selbstorganisationsprozesse in Gang zu setzen versucht, um sich gegen den ›Krankheitserreger‹ zu immunisieren – die eigene Gattung erhalten.

Erkenntnistheoretisch lässt sich folglich aufgrund der beobachterabhängigen Konstruktion von ›Wirklichkeit‹ die Verantwortung der Forscher für ihre wissenschaftlichen Erkenntnisse ableiten. Somit gilt für Forschungsergebnisse der Gesundheitswissenschaften, dass diese immer nur kontextspezifisch mit begrenzter Geltungsdauer und damit relativ sein können.

Krankheit und Gesundheit aus konstruktivistischer Sicht

Die radikal-konstruktivistische Theorie der Autopoiese schränkt die wissenschaftliche Gültigkeit von Theorien über Krankheit respektive Gesundheit als ›Wissenslandkarten‹ hinsichtlich einer wie auch immer verstandenen ›Objektivität‹ stark ein. In der Geschichte der Heilkunde und Medizin wurden Beschreibungen vorgenommen, die den Wechsel zwischen den Zuständen von Gesundheit und von Krankheit ursächlich zu erklären suchten. Die Beschreibenden bedienten sich hierbei unterschiedlicher ›Hilfsmittel‹. Zum einen wurden Theorien wie zum Beispiel die Psychoanalyse (Freud) konstruiert, mit Hilfe derer prinzipiell nicht Beobachtbares (das Unbewusste) im Rahmen einer Theorie verstehbar wurde (vgl. Simon, 1995, S. 31ff.). Zum anderen entwarf die Heilkunde in der westlichen Hemisphäre die Medizin als eine Disziplin, die es ermöglichte, den Körper im Zuge der Subjekt-Objekt-Spaltung nach naturwissenschaftlichem Vorbild mechanistisch zu betrachten. Dabei versteht die Medizin den menschlichen Körper als linear-kausales Zusammenwirken seiner organischen Teile und nicht als ein kybernetisch organisiertes und selbstregulierendes System (vgl. Bateson, 1990, S. 558). Im Mittelpunkt steht häufig die isolierte Betrachtung der einzelnen Komponenten des Körpers. Folglich hat sich der Berufsstand der Mediziner mittlerweile funktional in eine Vielzahl von Fachärzten ausdifferenziert. Die Betrachtung des Menschen als Ganzheit (Körper und Geist) trat im Zuge dieser Entwicklung zunehmend in den Hintergrund.

Dennoch bedeutet der Hinweis auf die Beobachterabhängigkeit von Theorien nicht, dass das Bemühen um brauchbare wissenschaftliche Theorien hinfällig würde.

Natürlich ›lebt‹ der Theoretiker und der Praktiker davon, viable Theorien zu entwerfen und diese in der Praxis zur Grundlage seines professionellen Handelns zu machen. Es sind jedoch im Sinne eines hier vorgeschlagenen *seriösen Relativismus* immer auch die Voraussetzungen und Bezugssysteme mitzureflekieren, die in Theorie und Beratung implizit enthalten sind, ohne dabei explizit ausgewiesen zu sein. Um dies wenigstens ansatzweise zu erörtern, sollen zunächst ›Krankheit‹ und im Anschluss ›Gesundheit‹ aus evaluativer, deskriptiver und präskriptiver Perspektive beleuchtet werden.

Aus Sicht des Radikalen Konstruktivismus ist *Krankheit* ebenso wenig objektiv vorauszusetzen wie das vermeintliche Gegenteil *Gesundheit*. Beide Begriffe benötigen für ihre Verwendung immer einen Beobachter, der Phänomene wie Krankheit oder auch Gesundheit als das Relationierungsspiel der Autopoiese in Sprache zu fassen versucht (vgl. Maturana in Riegas & Vetter, 1990, S. 28). Das heißt, Krankheit wird auch als eine Inkongruenz zwischen funktionalen *Erwartungen* und systemspezifischen Leistungen gedeutet und bezeichnet. Der Mensch als autopoietisches System, welches durch seine Selbstorganisation systemintern operiert, wird insofern also durch die Umwelt oder durch sich selbst (als Selbstbeobachter) auf die Erfüllung seiner Funktion hin überprüft. Solange eine Unterscheidung zwischen System und Umwelt aufrechterhalten und die Autopoiese fortgesetzt werden kann, lebt ein Organismus. Für den lebenden Menschen ist Krankheit, aber auch Gesundheit erkenntnistheoretisch damit ›lediglich‹ eine beobachtungsabhängige Zuschreibung. Auf einer allgemeinen systemtheoretischen Ebene ist das Phänomen Krankheit eine spezielle Störung, die im Rahmen der System-Umwelt-Anpassung die Kohärenz kurzfristig oder langfristig stört und in einem aktuellen Interaktionsbereich eine eingeschränkte Anpassungsfähigkeit bedeutet (vgl. Simon, 1995, S. 170ff.).

Eine andere Modellvorstellung liegt ›mechanistischen‹ Krankheitsmodellen zugrunde. Das biomedizinische Krankheitsmodell entwickelte sich unter dem Einfluss naturwissenschaftlichen Denkens. Symptome von Krankheit werden durch Defekte erklärt. Für die Heilung von Krankheiten sind das Erkennen und das Beheben dieser Defekte entscheidend. Der Patient ist oft passives Objekt.

Mittlerweile wurde dieses Krankheitsmodell um das biopsychosoziale Krankheitsmodell erweitert (vgl. Antonovsky, 1997; Becker et al., 1994). Hier werden neben somatischen Faktoren auch psychosoziale Faktoren berücksichtigt. Eine Ausweitung auf die Untersuchung des Zusammenwirkens der Teilsysteme des Organismus, wie sie beispielsweise die Psychoneuroimmunologie (vgl. Miketta, 1992) vorschlägt, steht derzeit noch am Anfang.

Im Folgenden werden aus radikal-konstruktivistischer Sicht einige Überlegungen zu dem Begriff *Gesundheit* angestellt, der sich als historisches und kulturelles Konstrukt bislang erfolgreich einer abschließenden Definition widersetzt. Im Lichte der Autopoiese kann dies auch nicht anders sein, da sich selbstreferenzielle Systeme einer abschließend kausal-analytischen Erklärung der systemkonstituierenden Prozesse entziehen müssen. Die rekursive Vernetzung dieser Prozesse und die daraus resultierende Komplexität machen interne Abläufe nur in sehr begrenzter Weise im Sinne kausal-deterministischer Zusammenhänge rekonstruierbar.

Ohne den verschiedenen Definitionen von Gesundheit eine neue hinzufügen zu wollen, befasse ich mich damit, welche (häufig ungenannten) Schwierigkeiten auftreten, wenn im Namen der Gesundheit gehandelt wird. Um diese Problematik sichtbar zu machen, werde ich mich mit Gesundheitsaussagen befassen. Als Beobachter derjenigen, die sich mit der Thematik Gesundheit professionell befassen, können wir sehen, dass meist in dreifacher Hinsicht über Gesundheit verhandelt wird. Damit gehen jeweils unterschiedliche Voraussetzungen einher, die meiner Ansicht nach wie »blinde Flecken« funktionieren, das heißt in Theorie und Praxis selten mitreflektiert werden. Dabei bin ich der Auffassung, dass aus radikal-konstruktivistischer Sicht einiges dafür spricht, dass es auch zukünftig keine abschließenden Definitionen von Gesundheit geben kann.

Gesundheit als evaluative Aussage

Gesundheit wird naturgemäß als wertvoll erachtet. Das drückt sich zum Beispiel in folgender Formulierung aus: »Gesundheit ist das höchste Gut.« Der Begriff Gesundheit wird hier markiert durch eine Wertung und damit zum schlechthin Guten, ohne dass seine Komponenten näher beschrieben

werden. Subjektive und dynamische Aspekte vernachlässigend ist der Geltungsbereich dieser Aussage sehr idealistisch und allgemein gehalten.

Für den Organismus spielt diese Wertung aus Sicht der Theorie der Autopoiese zunächst eine unerhebliche Rolle. Er unterscheidet nur zwischen lebend und nicht-lebend, schließlich erhält er seine Autopoiese zeit-lebens auch oder gerade durch Krankheit aufrecht. Die Aussage verbleibt also im Raum sozialer Übereinkunft. Dass Gesundheit hier zu einem Produkt des sozialen Systems wird, ist demnach als eine Setzung zu verstehen, da in der Regel über die Erhaltung der eigenen Spezies und damit deren Werthaltigkeit eine hohe konsensuelle Übereinkunft besteht (vgl. Antonovsky, 1997, S. 152). Für den Mensch gilt dies mittlerweile weitestgehend als *common sense* und wird in der Regel nicht weiter hinterfragt. Allerdings führt der Umstand, dass Gesundheit bislang eben nicht abschließend definiert werden konnte dazu, dass sie zur Einbruchsstelle für verschiedenste Aussagen wird, ohne dass die zugrunde liegenden Motive expliziert würden. Damit sind jene politischen, wirtschaftlichen oder auch wissenschaftlichen Interessen gemeint, die damit in verschleierte Form in erster Linie dem eigenen Systemerhalt (der Macht in der Politik, dem Umsatz in der Wirtschaft oder der Reputation in der Wissenschaft) dienen. Ein aktuelles und System übergreifendes Beispiel ist die Forderung des Verbraucherschutzkommissars der Europäischen Union, dass Gesundheits-Slogans in der Nahrungsmittelwerbung der Wahrheit entsprechen müssten. Eine Forderung, die erhebliche Irritationen in Politik und Wirtschaft zur Folge hatte. Mittlerweile liegt die Forderung vermutlich nicht zuletzt deshalb auf Eis, weil die Wirtschaft erhebliche Umsatzeinbußen und den Verlust von Arbeitsplätzen signalisierte, wenn eine solche Regelung europaweit in Kraft träte (vgl. Berbalk & Bommersheim, 2004). Aus welchen Gründen Aussagen über Gesundheit darüber hinaus kritisch zu sehen sind und was dies für die Diskussion des Gesundheitsbegriffes bedeuten kann, führt der nachfolgende Abschnitt aus.

Gesundheit als deskriptive Aussage

Nachfolgend werden hier aus medizinischer, aus psychologischer und aus der soziologischer Sicht (vgl. Schuhmacher & Brähler, 2004) zwei deutlich

unterscheidbare Aussagenkomplexe über Gesundheit vorgestellt und in ihrer Reichweite erörtert. Die Aussagen über Gesundheit unterscheiden sich durch den Bezug auf die Selbstreferenz der Person (sich wohl fühlen, nicht krank sein, persönlich leistungsfähig sein) und durch den Bezug auf die Fremdreferenz (Veränderungen, Normen, Erwartungen, Leistungsanforderungen durch soziale/dingliche Umwelt). Dabei lassen sich die beiden Aussagenkomplexe nur theoretisch voneinander trennen. Praktisch sind sie untrennbar miteinander verbunden. Eine Unterscheidung, die sich explizit mit der Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt befasst, ist gesundheitswissenschaftlich zwar unabdingbar. Für den vorliegenden Beitrag reicht jedoch meiner Ansicht nach die Unterscheidung zwischen Gesundheitsaussagen mit Selbstbezug beziehungsweise mit Umweltbezug aus, um ihren jeweiligen ›blinden Fleck‹ aufzuzeigen.

Tabelle 1: Gesundheitsaussagen zwischen Selbst- und Fremdreferenz

Gesundheitsaussagen im Kontinuum zwischen	
Selbstreferenz	Fremdreferenz
<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit als Zustand des vollkommenen ständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen (vgl. WHO, 1946). • Gesundheit als persönliche Leistungsfähigkeit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit als genormte biomedizinische und psychosoziale Anpassung an die Veränderungen der Umwelt. • Gesundheit als die erfolgreiche Erfüllung gesellschaftlicher Rollenerwartungen.

Selbstreferenzielle Gesundheitsaussagen konkretisieren, welche physischen und psychischen Strukturen vom Einzelnen als gesund empfunden werden (vgl. hierzu aus medizinischer Sicht ebd., S. 23ff.). Dabei sei auch hier nur am Rande ihr ›blinder Fleck‹ vermerkt: Gesundheitsaussagen mit Selbstbezug vernachlässigen bisweilen den Umstand, dass selbst eine sich wohl führende Person, ohne es zu wissen, möglicherweise in einer krankmachenden Umgebung leben könnte.

Fremdreferenzielle Gesundheitsaussagen konkretisieren, welche Strukturen aus der Sicht anderer als gesund gelten. Aus medizinischer Sicht wird

hier nahezu ausschließlich auf das Gegenteil von Krankheit verwiesen (ebd., S. 31ff.). Dabei sei hier nur am Rande ihr ›blinder Fleck‹ vermerkt: Fremdreferenzielle Gesundheitsaussagen vernachlässigen bisweilen den Umstand, dass jedes lebende System eine individuelle Struktur und Dynamik aufweist. Diese zu erkennen und zum Teil auch in Abgrenzung von der sozialen Umwelt zu berücksichtigen, trägt zur Gesunderhaltung bei.

Simon (1995) stellt Gesundheit als einen nahezu nicht-markierbaren (vgl. Spencer-Brown, 1997) und damit nur sehr begrenzt definierbaren Raum dar, während Krankheit als markierbar bezeichnet wird. Dies hat seiner Ansicht nach zum einen historische Gründe, denn es ist leicht nachträglich zu erkennen, warum eine ausgestorbene Spezies nicht ›fit‹ genug war, um zu überleben. Andererseits ist es aber kaum möglich, die Entwicklung der Welt in ihrer Komplexität soweit vorwegzunehmen, um sich evolutionär frühzeitig mit den entsprechenden Fähigkeiten und Fertigkeiten auszustatten. Dies gilt systemtheoretisch betrachtet für organische Strukturen gleichermaßen wie für psychische und interaktionelle Strukturen (vgl. Simon, 1995, S. 133). Interaktionelle Strukturen weisen beispielsweise einen deutlichen Umweltbezug auf, haben unterschiedlichste Qualitäten und können sich sehr schnell wandeln. Damit können auf die soziale Umwelt bezogene ›gesunde‹ Verhaltensregeln (als Sozialkompetenz) von sozialen Beziehungen in einer sich permanent verändernden sozialen Umwelt immer nur eine sehr begrenzte und vorläufige Gültigkeit besitzen.

Versucht man nun eine konkrete personbezogene Normierung und damit Definition von Gesundheit, dann wird damit die Bedingung für die Möglichkeit einer riskanten Handhabung dieser Normen eingeführt. Simon (ebd., S. 191) erläutert aus systemtheoretischer Sicht die Definitionsproblematik von Gesundheit an der Unterscheidung von totalitären und liberalen Gemeinschaften und weist auf die Konsequenzen der zugrunde liegenden Unterscheidungslogik hin: Totalitäre Systeme zeichnen sich dadurch aus, dass alles verboten ist, was nicht ausdrücklich erlaubt ist, während in liberalen Systemen alles erlaubt ist, was nicht verboten ist. Die gleiche Logik erkennt Simon auch in der Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit und befürchtet problematische Folgen, je nachdem, ob man alles als *krank* bezeichnet, was *nicht gesund* ist oder alles als *gesund* bezeichnet, was *nicht*

krank ist. Die Konstruktion von Krankheit und Gesundheit erfolgt somit ganz wesentlich durch eine soziale Übereinkunft der Gemeinschaft mittels Kommunikation. Die Gesellschaft könnte sich fatalerweise zukünftig im Stande sehen, Normierungen personaler Systeme hinsichtlich einer definierten Gesundheit vorzunehmen. Historisch erinnert er beispielsweise an die »Vernichtung unwerten Lebens« (ebd.). Eine Ausgrenzung dessen, was als *nicht gesund* bezeichnet werden kann und damit in der Regel einer medizinischen Behandlung zugeführt wird, hat zwangsläufig auch eine rigide Einschränkung kreativer und evolutionärer Prozesse sozialer und psychischer Systeme zur Folge. Die Konsequenz wäre »ein jede individuelle Kreativität und Abweichung verhinderndes Kontrollsystem« (ebd., S. 193). Schließlich lassen sich außer der Vermeidung des Gesundheitsschädlichen keine sicher wirksamen Rezepte liefern mit denen die Gesundheit herstellbar wird (vgl. ebd., S. 133).

Die vorangegangenen Überlegungen zeigen auf, weshalb vorzeitige Anpassungsprozesse an Veränderungen einer hyperkomplexen Umwelt mit großen Erwartungsunsicherheiten belastet sein müssen und die Festschreibung von Gesundheitsnormen nie unproblematisch ist. Deshalb plädiert Simon (ebd.) dafür, auf eine abschließende Definition von Gesundheit weitgehend zu verzichten und auf den Negativwert ›Krankheit‹ als Ausdruck aktuell beeinträchtigender ›Beschwerden‹ innerhalb des physischen, psychischen und sozialen Systems auszuweichen. So hat sich beispielsweise eine biomedizinische Definition von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit dem Umstand zu stellen, dass Gesundheit nicht nur das Gegenteil bereits identifizierter Krankheiten sein kann. Eine solche radikale Aussage blendet den dynamischen Charakter von Gesundheit aus und vernachlässigt meines Erachtens dringend benötigte wissenschaftliche Forschungen darüber, welche Bedingungen gesundheitsförderlich statt nur krankheitsvermeidend sind (vgl. Antonovsky, 1997). Ich sehe darin insofern keinen Widerspruch zu den vorangegangenen Überlegungen, weil aus einer radikal-konstruktivistischen Sicht Erkennen und Tun als zirkuläre Erkenntnisprozesse einander hervorbringen (vgl. Maturana & Varela, 1992, S. 31ff.). Einer daraus erwachsenden Beliebigkeit entgeht man nur, wenn man die jeweiligen evaluativen und deskriptiven Bezugssysteme (Theorien)

hinreichend transparent macht, die man etwa einem Forschungsprozess über die möglichen Einflussgrößen auf die Gesundheit zugrunde legt. Eine elegante Möglichkeit besteht darin, das systemtheoretische Konzept der Beobachtung zweiter Ordnung (vgl. Luhmann, 1999, S. 92) anzuwenden, die nebenbei bemerkt auch im vorliegenden Beitrag Verwendung gefunden hat. Der Beobachter II beobachtet die Beobachtung des Beobachters I und kann sowohl ermitteln, was Beobachter I sehen kann, als auch, was er nicht sehen kann. Im kommunikativen Diskurs können Forschende durch die Einführung einer Beobachtung zweiter Ordnung ›blinde Flecken‹ bearbeiten. Deshalb kann ich gerne zugestehen, dass Simons (1995) Einwände hinsichtlich der Definition von Gesundheit dann greifen, wenn *dogmatisch* über Gesundheit verhandelt wird, ohne dass die zugrunde liegenden relationalen Bezugssysteme hinsichtlich ihrer Plausibilität und Relevanz offen gelegt und damit zur Diskussion gestellt werden.

Die Situation verkompliziert sich dann enorm, wenn im Namen der Gesundheit nicht mehr nur verhandelt, sondern Einzelfälle praktisch beraten werden. Dies bedeutet, dass anderen Personen vermeintlich gesundheitswirksame Verhaltensregeln angeboten oder gar zugemutet werden. Diese Personen bzw. Patienten/Klienten haben sich dann damit auseinander zu setzen, wie sie ein gesundheitswirksames Verhalten in den eigenen individuellen Lebensentwurf integrieren können.

Gesundheit als präskriptive Aussage

Motiviert sind präskriptive Aussagen weitgehend durch den Wunsch nach einem präzisen Handlungswissen darüber, wie sich Gesundheit funktional vom Einzelnen erhalten lässt. Es sei hier nur an bekannte Empfehlungen zur Ernährung, zur körperlichen Bewegung und zur Psychohygiene erinnert. Als *dogmatische* Funktionssaussage geraten diese Konkretisierungen gesundheitsförderlichen Handelns allerdings in genau jenes risikoreiche Dilemma, das mit der deskriptiven Unterscheidungslogik der Markierbarkeit von Krankheit beziehungsweise der Nicht-Markierbarkeit von Gesundheit bereits erläutert wurde. Innerhalb präskriptiver Aussagen können

›mechanistische‹ und ›systemische‹ Ansätze der Gesundheitsförderung unterschieden werden.

Größtenteils orientieren sich Empfehlungen und Richtlinien gesundheitsförderlichen Handelns im Erziehungswesen an Aufklärungs-, an Abschreckungs- und an Risikofaktorenkonzepten (vgl. zur Kritik Schneider, 1997). Damit entsprechen die erwähnten Konzepte einem Gesundheitsverständnis biomedizinischen Zuschnitts, das den Menschen als einen mechanisch funktionierenden Apparat betrachtet und nicht als einen kybernetisch operierenden und sich selbst regulierenden Organismus, der seinerseits in Zusammenhänge eingebunden ist (vgl. Bateson, 1990, S. 558). Das zugrunde liegende medizinische Modell der Homöostase fordert Gleichgewicht als erstrebenswerten Normalzustand. Diesen mechanistisch ausgerichteten Vorstellungen ist inhärent, dass die durchaus erfolgreiche medizinische Forschung notgedrungen Komplexität unter Laborbedingungen drastisch reduziert, um linear-kausale Wirkungsgrammatiken hinsichtlich ›Gesundheit‹ (als Vorbeugung von Krankheit) zu erzeugen. Dass die daraus resultierenden Empfehlungen für ein gesundheitswirksames Verhalten die Menschen als hochkomplexe Systeme, die ihrerseits in weitere Systeme eingebunden sind, trivialisieren müssen, wird beratungstechnisch vielfach in Kauf genommen.

Eine andere Perspektive legen systemische Ansätze nahe, wie zum Beispiel das Konzept der Salutogenese (vgl. Antonovsky, 1997), indem sie den Fokus auf die Selbstentfaltung des Menschen als sinnhaftes Relationierungsspiel der Autopoiese richtet. Sie konzentriert sich nicht auf krankmachende Risikofaktoren, sondern schenkt verstärkt den vorhandenen gesundheitsprotektiven Strategien eines Menschen Aufmerksamkeit. Als gesundheitserhaltende Funktion ist auf einer sehr allgemeinen Ebene die aktive und gelingende Überwindung einer Heterostase (vgl. ebd., S. 153) durch das System ›Mensch‹ selbst gemeint. Gesundheit wird also mit einem Optimum an Systemfunktionalität gleichgesetzt. Etwas überspitzt formuliert, könnte man sagen, dass Krankheit nicht nur als etwas Negatives angesehen wird, sondern als ein notwendiger ›Signalgeber‹ lebender Systeme, der darauf hinweist, dass gewisse ›Lernprozesse‹ zur positiven Fortsetzung der Autopoiese anstehen. Aus Sicht der Theorie selbstreferenzieller Sys-

teme sind lebende Systeme immer in ›irgendeiner‹ Form an ihre Umwelt angepasst und verfügen damit über systemerhaltende Strategien, die eine Auflösung des Systems (den Tod) verhindern. Antonovskys Konzept der Salutogenese kann hier stellvertretend für ein komplexes Funktionsmodell stehen, welches sich in erster Linie auf die Erhaltung von ›Gesundheit‹ als ein Optimum an Funktionalität und nicht auf die präventive Vermeidung von Krankheit konzentriert. Dieses Modell greift im Besonderen die Fragen nach der individuellen Sinnfindung, nach der Ausbildung kognitiver und interaktioneller Strukturen sowie nach den individuell vorhandenen Stressbewältigungsstrategien auf, bevor Krankheit entsteht. Unter Gesundheitsförderung verstehen wir auch eine Darlegung all dessen, wie man Gesundheit fördern kann, ohne eine Anweisung zur gesunden Lebensführung vorschreiben zu wollen. In diesem Sinne sollen Möglichkeiten zur gesunden Lebensführung optional angeboten und mit den Beratenden ausgehandelt werden, die im Idealfall dann in den persönlichen Lebensentwurf integrierbar sind. Die terminologische Verwendung des Konstrukts Gesundheit benötigt übrigens auch innerhalb des Salutogenese-Konzepts nicht zwingend eine abschließende Konkretisierung. Die *Aufrechterhaltung* von ›Gesundheit‹ wird von Antonovsky lediglich als ein Bemühen des Menschen dargestellt, der systemimmanent ablaufenden Heterostase erfolgreich entgegenzuwirken. Die Darstellung Antonovskys lässt hier eine deutliche Entsprechung mit der Theorie lebender Systeme von Maturana und Varela (1992, S.112) erkennen. Die Neurobiologen Maturana und Varela beschreiben autopoietische Strukturen als prinzipiell instabil und somit einem ständigen Wandel unterliegend. Strukturell mit ihrer Umwelt gekoppelt, operieren Organismen in einem fortwährenden materiellen (z. B. Ernährung) und energetischen (etwa Atmung, Information) Austausch mit ihrer Umwelt, um sich aktiv als eine System-Umwelt-Differenz zu erzeugen und damit am Leben zu halten. In diesem Sinne scheint uns der Diskurs über Gesundheit dann hilfreich, wenn er einerseits die unbestreitbaren Erfolge der Biomedizin mit einer systemisch orientierten Sichtweise, wie sie das Konzept der Salutogenese vorschlägt, in Forschung und Berufspraxis konstruktiv zu verschränken weiß.

Schluss

Bei aller Kritik, die an der ›Objektivität‹ des Gesundheitsbegriffs geübt wurde, sollte jedoch nicht der Eindruck erweckt werden, dass die ›Gesundheit‹ als Forschungsgegenstand damit existenziell in Frage gestellt würde. Der historisch und kulturell stark beeinflusste Begriff Gesundheit soll und kann vermutlich auch zukünftig nicht vermieden werden. In Theorie und Praxis der Gesundheitsforschung wird auch aus meiner Sicht weiterhin von bedeutender Relevanz sein, dass Aussagen über Gesundheit (selbst im Sinne eines Risikofaktorenkonzepts) formuliert und auf ihre Praxistauglichkeit hin überprüft werden. Jedoch sollte immer ihre prinzipielle Unabschließbarkeit und (historische) Eingebundenheit in ihre Bezugssysteme mitreflektiert werden.

Wie im vorliegenden Beitrag gezeigt wurde, lassen sich Aussagen über Gesundheit innerhalb eines konstruktivistischen Paradigmas evaluativ, deskriptiv und präskriptiv hinterfragen. Im Sinne eines *seriösen Relativismus* wird deshalb angeregt, jenen *evaluativen* Anteilen einer Aussage von Gesundheit deutlich Rechnung zu tragen, wenn in ihrem Namen verhandelt wird. Im Rahmen der Wirtschaft, der Politik und der Medizin sind deshalb immer auch jene Motive reflexiv zu evaluieren, die zunächst der eigenen Systemerhaltung (bzw. der Erhaltung der vertretenen ›Theorie‹) dienen. Des Weiteren wäre dem Entstehen von dogmatischen Gesundheitseinstellungen vorzubeugen, indem auf die begrenzte Reichweite und Kontextabhängigkeit einer wie auch immer gearteten *deskriptiven* Aussage von Gesundheit hingewiesen wird. Einem mit Todesferne assoziierten kollektiven Gesundheitswahn soll mit der Entschleierung des Gesundheitsbegriffs ein Verständnis entgegen gestellt werden, das Krankheit auch als einen integralen, manchmal unvermeidlichen und möglicherweise sogar Sinngebenden, Teil des Lebens begreifen kann.

Hierbei ist daran zu erinnern, dass insbesondere *präskriptive* Aussagen (in der Beratung vielfach unerwähnt) zwangsläufig evaluative und deskriptive Anteile beinhalten. Präskriptive Aussagen, wie man sich verhalten soll, lassen sich letztlich immer nur unter Hinzuziehung von evaluativen Aussagen treffen. Bei präskriptiven Empfehlungen stellt sich aus Sicht der

Theorie selbstreferenzieller Systeme immer die Frage, in welchem Umfang die Empfehlungen hinsichtlich eines ›gesundheitswirksamen‹ Verhaltens mit den Lebensbezügen und der biografischen Gewordenheit des Einzelnen konstruktiv verschränkt werden können. Damit wäre beispielsweise aus psychosozialer Sicht ebenfalls zu berücksichtigen, welchen Nutzen die Aufrechterhaltung eines gesundheitsriskanten Verhaltens für den Betroffenen in seinem Lebenszusammenhang (z. B. für die Familie) erfüllt, wie der Betroffene ein ›gesundes‹ Verhalten habitualisieren und wie er gleichzeitig eine Art ›Frühwarnsystem‹ für zukünftig auftretende Risikosituationen entwickeln kann.

Aus einer konstruktivistischen Sicht wäre ein mehrdimensionales Verständnis von Gesundheit zu favorisieren, das neben dem biomedizinischen Ansatz auch den salutogenetischen Ansatz berücksichtigt. Neben einem Freisein von körperlichen Beschwerden umfasst Gesundheit nicht zuletzt auch Leistungsfähigkeit, Selbstentfaltung, Selbstverwirklichung und Sinnfindung. Zudem ist Gesundheit immer vom Umgang mit Belastungen, Risiken und Gefahren durch die soziale und ökologische Umgebung sowie von der Erschließung gesundheitsprotektiver Ressourcen abhängig.

Unbefriedigend mag sein, dass am Ende des vorliegenden Artikels keine weitere Gesundheitsdefinition zu finden ist. Stattdessen wurden einige Aussagen über Gesundheit und deren Einschränkungen im Lichte der Autoptiose erörtert. Im Wesentlichen sollte hier der Beliebigkeit in der Verwendung des Gesundheitsbegriffes entgegengewirkt werden, indem eine Reflexion unterschiedlicher Aussagen einer Gesundheitsdefinition unter Angabe der zugrunde liegenden relationalen Bezugssysteme im Rahmen eines mehrdimensionalen Gesundheitsverständnisses angeregt wird. In Zukunft wird sich zeigen müssen, ob die in dem vorliegenden Beitrag vorgestellten Überlegungen zu evaluativen, deskriptiven und präskriptiven Aussagen zu einer Konkretisierung und Differenzierung des überaus vielfältigen und unscharfen Begriffs Gesundheit beitragen können.

► Literatur

Antonovsky, Aaron (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt.

Bateson, Gregory (1990). Die Ökologie des Geistes. Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Berbalk, Ottmar & Bommersheim, Martin (2004). Werbefeind auf Eis. In: *Focus* 16, S.168.

Becker, Peter, Bös, Klaus & Woll, Alexander (1994). Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der körperlichen Gesundheit: Pfadanalytische Überprüfungen mit latenten Variablen. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 2, Heft 1, S. 25–48.

Göckenjan, Gerd (1991). Stichwort: Gesundheit. In: Hans-Ulrich Deppe (Hrsg.), *Öffentliche Gesundheit = Public health*. Frankfurt am Main/New York: Campus, S.15–24.

Luhmann, Niklas (1999). Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Maturana, Humberto R. & Varela, Francisco J. (1992). Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln des Erkennens. München: Goldmann.

Miketta, Gaby (1992). Netzwerk Mensch. Psychoneuroimmunologie: Den Verbindungen von Körper und Seele auf der Spur. Eine neue Wissenschaft revolutioniert unser medizinisches Weltbild. Stuttgart: Georg Thieme.

Riegas, Volker & Vetter, Christian (Hrsg.) (1990). Zur Biologie der Kognition: Ein Gespräch mit Humberto R. Maturana und Beiträge zur Diskussion seines Werkes. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Schneider, Volker (1997). Zum Konzept der Förderung von Gesundheitsfaktoren in der Schule. In: Beatrix Wildt (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in der Schule*. Neuwied: Luchterhand, S. 72–86.

Schumacher, Jörg & Brähler, Elmar (2004). Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit. In: Bernhard Strauß, Uwe Berger, Jürgen von Troschke & Elmar Brähler (Hrsg.), *Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie*. Göttingen/Bern: Hogrefe, S. 17–37.

Simon, Fritz, B. (1995). Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapiemethode. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

Spencer-Brown, George (1997). *Laws of form. Gesetze der Form*. Lübeck: Bohmeier.

WHO (1946). Constitution of the World Health Organisation. Online-Publikation. http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?hitsperheading=on&infobase=basic-doc&record={21}&softpage=Document42 (Stand: März 2004).