

Hagen Kühn

Normative Ätiologie

Zur Herrschaftlichkeit des gesellschaftlichen
Krankheitsverständnisses

Obwohl Gesundheit und Krankheit von den meisten Individuen und auch aus gesellschaftlicher Sicht als höchst bedeutungsvoll angesehen werden, gibt es keine wissenschaftlich begründbaren, eindeutigen Definitionen. Das Gesundheits- und Krankheitsverständnis verändert sich nicht nur in unterschiedlichen historischen und kulturellen Kontexten, sondern auch innerhalb einer Gesellschaft, je nach Blickwinkel, Bezugssystem, Status, Interesse und Machtkonstellation.

Die Gesellschaftlichkeit der Gesundheit geriet mit der Entwicklung der Industriegesellschaft, der Verlängerung und Verdichtung sozialer Interdependenzketten und Abhängigkeiten ins Blickfeld der Menschen. Zugleich sorgte die Dominanz von Industrie, Militär und Bürokratie im 19. Jh. dafür, daß Gesundheit nicht länger ins Belieben des Individuums gestellt wurde (Frevert 1984). Im Zuge der Rationalisierung des individuellen Habitus nahm Gesundheit auch den Charakter einer Pflicht an, und Krankheit erhielt die Konnotation von falsch gelebtem Leben, also von moralischer Schuld. Zugleich delegierte die Gesellschaft Fragen von Gesundheit und Krankheit mehr und mehr an die mit der Industrialisierung neu entstehende, vom Anspruch her naturwissenschaftlich-technische Medizin. Diese allmähliche Einbindung der Individuen in ein zunehmend komplexer werdendes System medizinischer Institutionen, Theorien, Wertungen und Ideologien wurde später auf den Begriff »Medikalisierung« gebracht.

Auch das Gesundheitsideal hat sich verändert. Ebenso wie das Bild vom idealen Arbeitnehmer und Staatsbürger im kybernetischen Zeitalter nicht mehr das »Rädchen im Getriebe«, sondern eher das »sich selbst optimierende« Individuum ist, dem seine Pflicht zur »Eigenverantwortung« – nicht selten in herrschaftlicher Absicht – entgegengehalten wird, enthält auch »Gesundheit« heute weniger asketische Konnotationen, sondern wird tendenziell gleichgesetzt mit »Fitneß« im Sinne von optimalem Angepaßtsein an Aufgaben und Wettbewerb. Wenn Gesundheitsideal und Interventionsweisen sich mit der Gesellschaft verändern, so muß das auch für die Vorstellungen von den Krankheitsursachen gelten.

Der »ätiologische Diskurs«

Die Konflikte darüber, ob und inwieweit Krankheit Schuld ist, ob und inwieweit Kranke des gesellschaftlichen Schutzes (Befreiung von der Arbeit und anderen Pflichten) und der Hilfe bedürfen, ja einen rechtlich verbindlichen Anspruch darauf haben, sind zu jeder Zeit Bestandteil der sozialen und politischen Auseinandersetzungen. In den pluralistischen Demokratien werden diese überwiegend implizit geführt. Mehrheitswillige politische Strömungen sprechen nicht offen von Krankheit als Schuld. Aber es gibt viele legitimationsfähigere Begriffe und Denkmuster, die diesen Zusammenhang implizit nahelegen. Von großer Bedeutung ist hier der »ätiologische Diskurs«, der sowohl die geläufigen Alltagsvorstellungen als auch die jeweils hegemonialen wissenschaftlichen Positionen zu den Krankheitsursachen umfaßt.

Die gesellschaftliche und politische Brisanz dieses ätiologischen Diskurses verdankt sich dem Umstand, daß mit den dominierenden Vorstellungsmustern von den Krankheitsursachen auch der legitimationsfähige gesundheits-, umwelt- und sozialpolitische Spielraum für Interventionen und Kompensationen abgesteckt und vorgegeben ist. Über den Verursachungsdiskurs wird Verantwortung verteilt im doppelten Sinne von Schuld und Verhaltensverpflichtung. Das muß keineswegs bewußt geschehen, aber im Resultat entsprechen die Diskurse über die Krankheitsursachen recht zuverlässig der jeweiligen gesellschaftspolitischen Machtbalance. In eher »herrschaftlichen« und konservativen Zeiten, in denen Sicherung und Ausbau der sozialen Macht- und Verteilungsverhältnisse im Vordergrund steht, dominieren auch im einschlägigen Wissenschaftsbetrieb Krankheitsursachen, deren Beseitigung nicht eine politische Angelegenheit, sondern Sache des privaten Einzelnen ist (Kühn 1993).¹ In herrschafts- und institutionskritischen Zeitperioden hingegen haben Krankheiten eine größere Chance, in ihrem sozialen und ökologischen Kontext erforscht und begriffen zu werden. Wie stark davon auch der Wissenschaftsbetrieb und die wissenschaftsförmige Politikberatung geprägt sind, zeigt exemplarisch Robert Proctor (1995) in seinem Buch »Cancer Wars: How Politics shapes what we know and don't know about cancer«.

Ohne auf das Wie, d.h. die ideologischen, moralischen, institutionellen, modischen, ästhetischen, psychologischen Signale, Anreize, Idiosynkrasien, Sanktionen usw. einzugehen, mit denen sich die Verhältnisse den Subjekten vermitteln, läßt sich folgende These formulieren:

Bei den durch einen Ursachenzusammenhang von Krankheit implizit nahegelegten Interventionen gibt es – wie bei jeder sozialen Verände-

rung – Verlierer und Gewinner, die entsprechend respondieren, was wiederum antizipiert werden kann. Wissenschaftliche Ansätze, Paradigmen, ja selbst Moden, in denen implizit der soziale und politische Status quo seinen angemessenen Ausdruck findet, haben es weitaus leichter, die ihnen auferlegten Beweislasten sind geringer, die mit ihnen verbundenen Gratifikationen höher. Entsprechend hängt die Karriere ätiologischer Konzepte von der durch sie nahegelegten Praxis und deren antizipierbarer Kompatibilität zum Status quo ab.

Die gesellschaftliche »Zuchtwahl« der ätiologischen Konzepte

Diese These kann in Analogie zu einem vereinfachten Darwinschen Evolutionsmodell ausgedrückt werden. Trennt man sich einmal gedanklich von der landläufigen und ehrwürdigen Ansicht, derzufolge sich gesundheitspolitische Interventionen auf wissenschaftliche Erkenntnisse über Ursachen, Verteilung und Relevanz von Krankheiten stützen², dann zeigt die Empirie des praktischen Interventionsgeschehens und der unmittelbar auf Praxis zielenden Forschung und ihrer Förderung Regelmäßigkeiten einer gesellschaftlichen »Zuchtwahl« von ätiologischen Konzepten. In der sozialen Umwelt gesundheitswissenschaftlicher Ideen, Ansätze oder Konzepte, findet ein »struggle for existence« statt, der ihre Überlebenswahrscheinlichkeit nach Kriterien ihres expliziten oder impliziten ätiologischen Modells organisiert. Der »Genpool« besteht aus der gesamten Vielfalt aller Ursachenzuschreibungen von Krankheit. Es findet eine »Selektion« statt. »Survival of the fittest« meint dabei nicht die Auswahl des Stärksten oder des Zutreffendsten, sondern des am besten an den gesellschaftlichen Status quo Angepaßten. Die anderen scheiden auf dem Weg von der Idee über die Forschung und Publikation zur Praxis entweder aus oder »mutieren« zu besser angepaßten Varianten.³

Ergebnis dieser gesellschaftlichen, d. h. interessen- und machtbedingten »Zuchtwahl« sind nicht analytische, sondern letztlich normative Ätiologien, die sich freilich – da Wissenschaftsförmigkeit Legitimationsbedingung für Gesundheitskonzepte ist – als solche nicht zu erkennen geben dürfen. Die Überlebensbedingungen eines ätiologischen Konzepts sind also primär abhängig von der Verträglichkeit der je impliziten praktischen Handlungskonsequenzen mit den Macht und Herrschaftsbedingungen des jeweiligen Feldes. Diese implizit »normative Ätiologie« hierarchisiert die Überlebenswahrscheinlichkeit von Konzepten und Projekten nach Dimensionen oder Stufen der ihnen zugrunde liegenden – impliziten oder expliziten – Modellen der Krankheitsentstehung. Wir können fünf solcher Stufen unterscheiden:

(1) Auf der ersten Stufe mit den besten Überlebenschancen befinden sich Konzepte der Verursachung durch *Krankheitserreger oder genetische Bedingungen*. Die Bedingungsfaktoren bleiben im Bereich der pathogenen Mikroereignisse des menschlichen Körpers, dem ureigenen Handlungsbereich der Medizin. Das implizite Praxismuster heißt: »aus dem unveränderten Feld wird das Agens entfernt« mit der wichtigen – und für das Überleben des Konzepts überaus günstigen – Konsequenz, daß der mikro- und makrosoziale Kontext unberührt bleibt.

Die gesellschaftliche Dominanz der Medizin gegenüber allen anderen Möglichkeiten gesundheitlicher Problemformulierungen und -lösungen hat in diesem Paradigma eine ihrer wichtigsten – quasi vopolitischen – Ursachen. Die Individualmedizin kann Gesundheitsbedürfnisse in die ureigene Sprache des Systems der Marktwirtschaft übersetzen, nämlich in Warenangebote in Form von Dienstleistungen oder Gütern für Individuen.

Beispiele für die Leichtigkeit, mit der Körperereignisse (wie Infektionskrankheiten, genetische Probleme) zum öffentlichen Thema werden können, kann man fast täglich der Tagespresse entnehmen. Die gegenwärtige »Genetisierung« des Krankheitsverständnisses beruht ja nicht vorwiegend auf den Einsichten, die uns die genetische Wissenschaft beschert. Diese decken nämlich eine solche Sichtweise keineswegs (vgl. Wolf 2000). Die euphorische Unterstützung, nicht zuletzt auch durch eine vergleichsweise verschwenderische finanzielle Forschungsförderung, dürfte zu einem großen Teil auf die Verheißung zurückzuführen sein, hier könne Krankheit bekämpft werden, ohne den sozialen und politischen Status quo zu verletzen. Mehr noch: dieser wird gestärkt durch marktformige Befriedigung von Gesundheitsbedürfnissen, durch neue Märkte für Kapitalanleger und durch den Legitimationsentzug für Interventionen in den sozialen Kontext von Gesundheit und Krankheit.

Ein eindrucksvolles Beispiel für die hervorragenden Überlebensbedingungen von Konzepten auf dieser Verursachungsstufe ist die Entwicklung der – für die Förderung der biomedizinischen Forschung zuständigen – amerikanischen National Institutes of Health (NIH). Als die (extrem) konservativen und wirtschaftsliberalen Republikaner 1995 die Mehrheit im »House« übernommen hatten, haben sie in allen Bereichen außer dem der Rüstung äußerst radikale Kürzungen verfochten und auch großteils gegen den Präsidenten durchgesetzt. Das NIH Budget ist zwischen 1995 und 2000 von 11,3 auf 17,8 Mrd. Dollar, also um 58% gewachsen⁴, auf eine Summe, die größer ist als die gesamte staatliche Forschungsförderung in Deutschland.

(2) Auf der zweiten Stufe der ätiologischen Hierarchie stehen jene Krankheitsursachen, die unmittelbar als ein reflexives, d.h. *auf sich*

selbst bezogenes »Fehlverhalten« der Individuen angesehen werden, also die subjektiven Risikofaktoren des sogenannten Lebensstils (Mangel an körperlicher Bewegung, falscher und übermäßiger Ernährung, zuviel Alkohol und Tabak, falsche Sozialbeziehungen) (Kühn 1993). Auch hier bleibt der soziale Kontext weitgehend unberührt.

Nimmt man die verhaltensbedingten Risikofaktoren unter die Lupe, so sieht man, daß auch die Überlebenswahrscheinlichkeiten innerhalb der Verhaltensdimension stark hierarchisiert sind. Ganz offensichtlich haben die *genannten individuell-vermeidenden Verhaltensweisen im Konsum- und Freizeitbereich* (trotz der empirischen Fehlschläge der daraus abgeleiteten Gesundheitsstrategien) das eindeutige Übergewicht gegenüber *sozial-verändernden Verhaltensweisen in Arbeit und Öffentlichkeit*.⁵ Warum aber sollte – rational gesundheitswissenschaftlich gefragt – beispielsweise das Erlernen »gesunden Kochens« in Kochkursen per se einen höheren Gesundheitseffekt haben als die Aneignung von Kenntnissen und die Übung von Verhaltensweisen, mit denen Beschäftigte sich in der Arbeit zusammen mit ihren KollegInnen gegen Lärm, Staub oder inkonsistente Anforderungen und Mobbing durch Vorgesetzte zur Wehr setzen könnten? Ist die Unfähigkeit zu letzterem nicht auch ein »subjektives Risiko«? Warum findet man es dann aber nicht in der »Hitliste« der subjektiven Risikofaktoren? Weil es nicht erforscht ist? Warum wird es nicht erforscht? Ein anderer Grund als die potentielle Gefährdung des Status quo dürfte sich nicht finden lassen.

Die soziale »Zuchtwahl« der Präventionskonzepte erfolgt zum einen durch *Selektion* mit der Folge, daß Faktoren der oberen Stufen nicht überleben. Zum anderen auch durch *Mutation*. Faktoren der zweiten Ebene »mutieren« tendenziell zu solchen der ersten und kommen solchermaßen wieder in den eigentlichen Interventionsbereich der Medizin. Als Beispiel kann Verdinglichung der subjektiven Verhaltensfaktoren zu physiologischen Parametern angesehen werden. Das komplexe Phänomen »Ernährung« mit seinen psychosozialen Bedeutungen und Funktionen wird auf den objektiv messbaren Cholesterinspiegel reduziert, Bewegung auf dem Blutdruckwert; Bewegung und Ernährung bei Frauen auf Knochendichte etc.

(3) Deutlich schlechtere Überlebensbedingungen als die subjektiven Risikofaktoren haben es dann auf der dritten Stufe der Hierarchie chemische und physikalische *Faktoren der physischen Umwelt*, zum Gegenstand gesundheitsbezogener Interventionen zu werden. Zwar werden solche Risiken im Zuge des Umweltbewußtseins häufiger thematisiert, aber häufig gibt die Öffentlichkeit sich mit dem *Medienereignis* zufrieden. Probleme der physischen Umwelt können rasch wieder zu solchen des

Fehlverhaltens werden, fehlende Arbeitssicherheit (d.h. Unfallgefahr) wird zum persönlichen Versagen der Unfallopfer, berufsbedingte Leberschäden werden vorzugsweise dem Alkohol zugeschrieben, Lärmschwerhörigkeit dem Besuch von Diskotheken usw.

(4) und (5) Am schlechtesten bestellt ist es mit Bedingungen der vierten und fünften Ebene, den *gesellschaftlichen Bedingungen und Beziehungen*, zum Gegenstand gesundheitsbezogener Interventionen oder auch nur Forschung zu werden (Marmot/Wilkinson 1999; Kawachi/Kennedy/Wilkinson 1999). Nirgendwo ist das Geld knapper, sind die Legitimationskosten höher und ist die Beweislast schwerer als bei Versuchen, in Bereiche wie Arbeit, Verkehr oder Wohnbedingungen oder soziale Probleme wie Armut, Erwerbs- oder Machtlosigkeit unter Gesundheitsaspekten zu intervenieren.

Beispiele für Mutationen sind zahlreich: So werden Verkehrsunfälle nicht dem Verkehrssystem Individualverkehr und seinen Komponenten (Straßen, Geschwindigkeit, Sicherheit) zugeschrieben, sondern dem Fehlverhalten der individuellen Teilnehmer, die man dann individuell erziehen und versichern kann. Ein anderes Beispiel ist der Bedeutungswandel des Begriffes »Streß«. Bedingungen der Arbeitsorganisation wie inkonsistente Anforderungen oder Gratifikationskrisen (Siegrist 1996) mutieren zu subjektiven Verhaltensdefiziten wie der Unfähigkeit zu Entspannen. Aus einem arbeitsstrukturellen Gesundheitsrisiko, das Interventionen in den Hoheitsbereich von Unternehmen nahelegt, wird die Unfähigkeit des Arbeitnehmers, sich entspannt zu verhalten, der man durch das Angebot von »Entspannungskursen« (meist vergeblich) beizukommen versucht.

Die diesem einfachen Denkmodell zugrunde liegende These bestreitet keineswegs die Existenz wissenschaftlich gesicherter genetischer oder subjektiver Krankheitsbedingungen, sondern will plausibel machen, daß erstens diese Faktoren der ersten und zweiten Ebene eine weitaus größere Chance haben, wissenschaftlich bestätigt, thematisiert und zum Gegenstand praktischen gesundheitsbezogenen Handelns zu werden als die anderen und zweitens diese Verzerrung auf außerwissenschaftliche Bedingungen von Interesse, Macht und Konformität zurückgeht. Das Modell ist auch auf »multifaktorielle« ätiologische Modelle insofern anwendbar. Auf dem Weg vom Krankheitsmodell zur Interventionspraxis findet die oben beschriebene Zuchtwahl statt, obwohl es beim Vorliegen sowohl subjektiver als auch struktureller Krankheitsursachen – wie die dramatischen Mißerfolge der Gesundheitserziehung zeigen – effektiver wäre, sich den strukturellen Faktoren zuzuwenden (Kühn 1993: 113-117).

Das Evolutionsmodell kann natürlich die komplexe Realität nicht erklären. Es zeigt aber, daß tendenziell den Bemühungen, die gesundheitspolitische Praxis an problembezogenen sozialegidemiologisch begründeten Konzepten zu orientieren, nicht nur Erkenntnis- und Lernbarrieren, sondern auch Macht- und Verteilungsinteressen entgegenstehen. Das ist insofern auch eine »gute Nachricht«, als es sich dabei um durch Menschen veränderbare Bedingungen handelt.

Konservative Ätiologie

Die normative ätiologische Hierarchie besagt, daß die Wahrnehmungs-, Thematisierungs- und Realisierungschancen von Gesundheitskonzepten und Interventionen mit dem Grad der Entfernung ihrer impliziten ätiologischen Annahmen von den Kernbereichen gesellschaftlicher Herrschafts- und Machtverhältnisse zunehmen. Insoweit die Prioritäten im sozialen Raum des Gesundheitssektors davon strukturiert werden, können wir von einer normativen, *konservativen Ätiologie* sprechen. Um das zu verstehen darf der Begriff »Konservatismus« nicht parteipolitisch mißverstanden, sondern muß gesellschaftlich definiert werden. Das Maß aller Dinge der modernen Konservatismen sind die bestehenden Eigentums- und Herrschafts-, Macht- und Verteilungsverhältnisse, deren immer reinere Gestalt sie anstreben. Krisen, Krankheit und Fehlentwicklungen werden als menschliche Fehlanpassungen an die sozialökonomischen Verhältnisse verstanden und niemals als deren Ausdruck. Die Gründe der Fehlanpassungen sind subjektiver Natur, meist aus »moralischem Verfall« resultierend. Dabei geht es insbesondere um die Moral der nicht zu den dispositiven Klassen und Schichten zählenden Bevölkerung in ihren Rollen als Arbeitskräfte, Wahlbürger, Anspruchsberechtigte oder als kinderaufziehende Eltern. Bezogen auf die Gesundheit bedeutet das in der Tendenz, daß objektive Bedingungen subjektiviert und analytische Aussagen moralisiert werden.

Die relativ geringe Schwierigkeit, ein Gesundheitsrisiko der sozialen zu einem der individuellen Ebene herabzustufen, verdankt sich einer weiteren wichtigen Regel, die im sozialen Raum des Gesundheitsschutzes routinisiert und selbstverständlich geworden ist: Solange gegen die Kausalität eines Faktors der höheren Ebenen noch ein vom Wissenschaftsbetrieb anerkannter Zweifel vorgebracht werden kann (was fast immer der Fall ist), wird Verantwortung, also Schuld, Haftung, Schutzmaßnahmen etc., nicht zugewiesen. Im – tatsächlichen oder behaupteten – wissenschaftlichen Zweifelsfall bleiben die Menschen in ihren Arbeits-, Umwelt- oder Wohnbedingungen weiterhin exponiert. Nicht, daß wir vieles

nicht eindeutig wissen, ist hier das Problem, sondern wem die Risiken des Nichtwissens zugemutet werden.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Hagen Kühn
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
AG Public Health
Reichpietschufer 50
10785 Berlin
e-mail: kuehn@medea.wz-berlin.de

Anmerkungen

- 1 Der private Einzelne kann sein Risikoverhalten ändern, bestimmte Waren kaufen oder nicht kaufen und gesundheitsbezogene Dienstleistungen in Anspruch nehmen.
- 2 Diese rationale Vorstellung teile ich zwar normativ, sie entspricht aber nicht der Realität.
- 3 Die hier angebrachte Bedeutung von »Mutation« ist nicht identisch mit der des evolutionsbiologischen Begriffs.
- 4 Vgl. D. Grennberg, *The Lancet* 355: 731; 354: 577; 354: 1621.
- 5 Sozial verändernde Verhaltensweisen sind bereits definitionsgemäß gegen den Status quo gerichtet, was häufig dazu führt, daß sie in präventionspolitischen Diskursen nicht einmal erwähnt werden.

Literatur

- Frevert, U. (1984): *Krankheit als politisches Problem 1770-1880*. Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht
- Kawachi, I.; Kennedy, B.P.; Wilkinson, R.G. (Eds.) (1999): *The Society and Population Health Reader. Vol.1: Income Inequality and Health*. New York: The New Press
- Kühn, H. (1993): *Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA*. Berlin: Edition Sigma
- Marmot, M.; Wilkinson, R.G. (Eds.) (1999): *Social Determinants of Health*. New York: Oxford University Press
- Proctor, R.N. (1995): *Cancer Wars: How Politics Shapes What We Know and Don't Know about Cancer*. New York: Basic Books
- Siegrist, J. (1996): *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen, Bern: Hogrefe
- Wolf, N. (2000): *Genetische Hoffnungen. Zum Wandel des Krankheitsverständnisses bei Krebs* (in diesem Band)