



# HALLESCHER BEITRÄGE ZU DEN GESUNDHEITS- UND PFLEGEWISSENSCHAFTEN



»Pflegebedürftig« in der »Gesundheitsgesellschaft«

Tagung vom 26.–28. März 2009 in Halle (Saale)

## Gesundheitsapostel und Professionen im System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung

*Johann Behrens*

HERAUSGEBER: JOHANN BEHRENS

REDAKTION & GESTALTUNG: GERO LANGER & MARIA GIRBIG

8. JAHRGANG

ISSN 1610-7268

5

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L<sup>A</sup>T<sub>E</sub>X 2<sub>ε</sub> in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 2. Juli 2009

#### IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens  
Redaktion & Gestaltung: Dr. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft · German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 8 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4454 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail [gero.langer@medizin.uni-halle.de](mailto:gero.langer@medizin.uni-halle.de)

Website <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=341>

ISSN 1610-7268

Alle Rechte vorbehalten.

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Das therapeutische System der Krankenbehandlung und das System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung</b>	<b>6</b>
1.1	Einleitung: warum Evolution zweier Funktionssysteme und nicht ein übergreifendes »Medizinisches«oder »lebensförderliches Gesundheits-System«?	6
1.2	Das System pflegerischer gesundheitsförderlicher (diätetischer) Unterstützung . . . . .	8
1.3	Das jeweils funktionsspezifische generalisierte Kommunikationsmedium beider Systeme, deren Programme und die »Gesundheitsgesellschaft« . .	11
<b>2</b>	<b>Das System gesundheitsförderlicher pflegerischer Unterstützung und das versittlichende Bildungsbürgertum in der »Gesundheitsgesellschaft«</b>	<b>12</b>
2.1	System und Profession/Experten-Beruf . . . . .	12
2.2	Die Legitimität der Krankenbehandlung vs. der Legitimität der Gesundheitsförderung . . . . .	16
2.3	Verhältnis des Systems der Krankenbehandlung zum System der pflegerischen gesundheitsförderlichen Unterstützung . . . . .	17
<b>3</b>	<b>Ungleich in der »Gesundheitsgesellschaft«</b>	<b>19</b>
3.1	Neuzeitliche Stadien und Identität der »Gesundheitsgesellschaft« . . . . .	19
3.2	Risiken und Nebenwirkungen . . . . .	22
3.3	Ungleich in der »Gesundheitsgesellschaft«: Chancengleichheit für ein gesundes Leben . . . . .	23
3.4	Grenzen des Ressourcen- und Chancengleichheitsmodells (gegen die verkürzte Rezeption Bourdieus) . . . . .	24
3.5	Intellektuelle als Gesundheitsapostel der Versittlichung des Volkes und der Herren . . . . .	25
	<b>Literatur</b>	<b>27</b>

## Zusammenfassung

Der Beitrag knüpft an systemtheoretische und ungleichheitstheoretische Fragen an. Die aufzuführenden Unterschiede zwischen dem ausdifferenzierten System der Krankenbehandlung und dem System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung sind so groß, dass sie je für sich gesehen werden müssen. Trotz der Ausdifferenzierung von Funktionssystemen, die ja eigentlich kein einzelnes System als Leitsystem der Gesellschaft zulassen, ist es nicht ganz sinnlos, von »Gesundheitsgesellschaft« zu sprechen. Die »Gesundheitsgesellschaft« hypostasiert zwar das System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung. Aber da alle mit den diätetisch-pflegerischen konkurrierenden detailliert-normativen Lehren des richtigen Lebens an Überzeugungskraft verloren haben, ist sie in der Tat fast als einzige Lehre des richtigen Lebens übrig geblieben. Das System pflegerischer

scher gesundheitsförderlicher Unterstützung hat sich zusammen mit Gesundheitsaposteln einerseits, Professionen andererseits evolutionär ausdifferenziert. In der Beobachtung dieses Systems ist seit mehr als 20 Jahren der Ressourcen-Ansatz auch Interventionen leitend geworden, der durch Freiheiten ergänzt wurde (Sen). Häufig greift dieser Ansatz auf Bourdieu zurück, wobei Bourdieus soziales, ökonomisches und kulturelles Kapital sehr reduziert nur als Ressourcen verstanden wurden, nicht unter dem der Erwartungen: der Distinktion, der kulturell spezifischen Bewährungserwartung an jedes Leben und des Kampfes um Anerkennung. Erst unter dieser Perspektive kommen auch die Risiken und Nebenwirkungen der »Gesundheitsgesellschaft« in den Blick.

---

---

## Abstract

This study pursues questions of the systems and inequality theory. The differences, which are to be specified, between the elaborate system of medical treatment and the system of nursing care and health-promoting support are so great that each has to be considered separately. Despite the differentiation of functional systems, which do not really permit a single system as a guiding system for society, it is not completely futile to speak of a »health society«. The »health society« admittedly hypostatizes the system of nursing care and health-promoting support. But as all explicit-normative theories competing with dietetic-nursing theories have lost convincibility, it remains as almost the only theory of true life. The system of nursing care and health-promoting support has developed elaborately together with »health fanatics« on the one hand and the different professions on the other hand. Watching this system the resources approach since more than 20 years has become a guideline for interventions which has been amended by certain liberties (Sen). This approach often goes back to Bourdieu whereas Bourdieus social, economic and cultural capital were regarded only very reduced as resources, not as expectations. Only from this perspective the risks and side-effects of the »health society« come into view.

---

---

## Schlagworte

- System der Krankenbehandlung
  - System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung
  - Gesundheitsgesellschaft
  - Chancengleichheitsmodell
  - Ressourcenmodell
  - system of medical treatment
  - system of nursing care and health-promoting support
  - health society
  - model of equal chances
  - model of resources
- 
-

## Über den Autor

Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens, Diplom-Soziologe, Dr. phil. (Frankfurt a. M.), habilitierter Sozialökonom (Bochum), geb. 1949, ist seit 1982 bis heute ehrenamtlicher Vorstand des gemeinnützigen Institutes für Supervision, Institutionsberatung und Sozialforschung in Frankfurt. Seit 1998 Professor und Direktor des Institutes für Gesundheits- und Pflegewissenschaft und des German Center for Evidence Based Nursing der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und Sprecher des Pflegeforschungsverbands Mitte-Süd. 1988–1999 Gründungsmitglied und Projektleiter im SFB 186 »Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf« der DFG sowie Gründungsmitglied des Zentrums für Sozialpolitik, Abt. »Arbeits- und Sozialmedizin, Gesundheitspolitik« an der Universität Bremen.

---

# 1 Das therapeutische System der Krankenbehandlung und das System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung

## 1.1 Einleitung: warum Evolution zweier Funktionssysteme und nicht ein übergreifendes »Medizinisches« oder »lebensförderliches Gesundheits-System«?

Im folgenden Abschnitt versuche ich meinen Vorschlag zu begründen (vgl. Behrens 1982), zwischen einem System der Krankenbehandlung (i. S. Luhmanns, mit dem Code krank/nicht krank) und einem System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung (mit dem Code »pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung bedürftig/nicht bedürftig«) zu unterscheiden. Dieses zweite System knüpft zwar an der Unterscheidung »gepflegt/ungepflegt« an. Da aber alle Menschen sich und ihre Umwelt überwiegend selbst ohne fremde Hilfe pflegen (und zwar täglich), differenziert sich das von mir behauptete System nur in dem Maße aus, in dem die Fähigkeit zur Selbstpflege in die Krise ihrer Überforderung gerät und Professionen – gerufen oder aus eigener Einschätzung – zur Hilfe zu eilen haben. Denn alle Menschen sind jeden Tag pflegebedürftig, aber nicht alle Menschen bedürfen jeden Tag fremder, ja professioneller Hilfe und Beratung bei der Pflege ihrer selbst und ihrer Umwelt. Deswegen stellt meiner Ansicht nach das generalisierte funktionspezifische Kommunikationsmedium die Unterscheidung zwischen »unterstützungsbedürftig/nicht unterstützungsbedürftig« bei der alltäglichen gesundheitsförderlichen Pflege dar. Dasselbe Phänomen haben wir übrigens beim Code krank/gesund. Auch, wenn wir uns krank fühlen, versorgen wir uns und unsere Liebsten häufig erst einmal selbst. Und nur, wenn wir unsere eigenen Fähigkeiten überfordert fühlen, gehen wir zur Therapeutin. Ohne diesen Schritt würde sich ein eigenes System der Krankenbehandlung schwer reproduzieren können. Entsprechendes gilt für das System pflegerischer Unterstützung.

Es ist zugegeben keineswegs selbstverständlich, dieses System als »gesundheitsförderliches« zu bezeichnen. Die tägliche Pflege unserer selbst und unserer Umwelt hat ja noch ganz andere, in diesem Aufsatz herauszuarbeitende und zu belegende Ziele als Krankheitsverhütung: nämlich ansprechender Geruch und ansprechendes Aussehen, gepflegte Erscheinung unseres Arbeitsplatzes, unserer Wohnung und unserer selbst, Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit, mit anderen Worten: Schönheit, Schutz, Wellness, Fitness (vgl. Behrens 1982). Was hat das mit Gesundheitsförderung zu tun? In der Tat: Nur wenn man Schönheit, Schutz, Fitness, Wellness usw. als positiven Gesundheitsbegriff fasst, nur dann ist das System pflegerischer Unterstützung ein gesundheitsförderliches Funktionssystem – und zwar möglicherweise das älteste und am weitesten entwickelte System der Gesundheitsförderung, das wir überhaupt kennen.

Ich muss also erstens begründen, warum Luhmanns System der »Krankenbehandlung« nicht durch ein übergreifendes Gesundheitssystem mit dem Code »Lebensförderlich/lebenshinderlich«, wie Bauch (1995:85) es sieht, aber auch nicht durch die Rede von einem übergreifenden Medizinischem System (wie Stollberg 2008 und zuvor 200? vorschlägt) zu ersetzen ist. Zweitens ist ein Funktionssystem mit dem Code »pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung bedürftig/nicht bedürftig« zu begründen. Auch Pelikan sieht (2007) neben dem System der Krankenbehandlung ein System der Gesund-

heitsförderung entstehen, dessen Code »suboptimal gesund/optimal gesund« allerdings, wie ich zu zeigen versuchen werde, nicht gut funktioniert (Der Begriff Optimierung kennt kein Minimum, an dem man sich unaufschiebbar über einen Eingriff verständigen muss, und keinen Punkt, an dem man systemimmanent einen Haken machen kann – wie bei »Zahlung erfolgt« im ökonomischen, bei »Recht gesprochen« im Rechtssystem oder bei »nicht mehr krank=gesund« im System der Krankenbehandlung, obwohl man immer noch mehr einnehmen, immer noch mehr für ein zutreffendes Rechtsurteil, immer noch mehr für die Gesundheit tun könnte. Im Unterschied zur Maximierung setzen die Begriffe »Optimierung«, »optimal« und »suboptimal« mehrere Ziele und Nebenbedingungen voraus, unter deren Beachtung optimiert wird. Diese Ziele und Nebenbedingungen gehören wohl anderen Funktionssystemen als dem der »Gesundheitsförderung« an. Das entspricht der Situation einer handelnden Person, spricht aber gegen die Evolution eines Funktionssystems.)

Bei der Gegenüberstellung eines therapeutischen Systems der Krankenbehandlung und des Systems pflegerischer therapeutischer Unterstützung sehe ich allerdings sehr wohl (und habe früher (Behrens 1997) selbst so argumentiert), dass die chronische Krankheiten und vorher schon die großen Infektionskrankheiten das System der Krankenbehandlung an die Grenze gebracht haben, in der Krankenbehandlung eigentlich präventive und integrierende Gesellschaftspolitik verlangen. Das hat Virchow schon 1848 gesehen (vgl. Behrens 1982, 1997, Labisch 1992). (Insofern entspricht Bauchs Stellungnahme dem frühen Virchow, auch wenn es statt Autobahnen nur Fabriken gab: »Das Gesundheitssystem tut (mittlerweile) alles, um Lebensförderliches zu fördern und um Lebenshinderliches zurückzudrängen. In diese Codierung passt die traditionelle Krankenbehandlung..., in diese Codierung passt aber auch die Installation von Lärmschutzwällen an der Autobahn, die als Maßnahme vorbeugender Gesundheitspolitik zu werten ist. Das Gesundheitswesen mahnt mit dieser Codierung zumindest Mitspracherecht für alle gesellschaftlichen Probleme – quer durch alle funktional ausdifferenzierten Systeme – an« (Bauch 1996: 80). Lebensförderlich/ lebenshinderlich werde zum »Leitcode« oder »Supercode« der Gesamtgesellschaft (Bauch 1996: 85).

Aber nur das System der Krankenbehandlung hängt am Code krank – gesund, nur es kann sich allein an Kranke wenden – das gilt gerade nicht für das System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung. Der Unterschied liegt so sehr auf der Hand und ist so folgenreich, dass es erstaunt, dass er bisher noch nicht aufgegriffen wurde. Denn nur Kranke haben besondere Rechte, die pflegerischer Unterstützung Bedürftige keineswegs haben, und nur bei Krankheit gilt die Temporalstruktur, dass die Rückkehr in den Status quo ante die Anschlussfähigkeit einer Intervention auf die Zeit der Krankheit begrenzt. Wenn man wieder gesund ist, gibt es nichts mehr zu sagen und zu tun. Gesundheitsförderliche Pflege ist hingegen eine tägliche Daueraufgabe. Wegen der besonderen Rechte der Kranken – nur im System der Krankenversorgung gilt ganz im Unterschied zu sonstigen gesellschaftlichen Bereichen der Satz »Jedem nach seinen Bedürfnissen, jeder nach seinen Fähigkeiten« – haben sich Wächterämter entwickelt, die über die Zuerkennung des Krankenstatus wachen. Das sind die über die Zuerkennung des Krankenstatus wachen. Das sind Therapeuten. Man kann ohne Behandlung durch Therapeuten wieder gesund, aber man kann niemals ohne Ärzte krankgeschrieben werden. Niemand, dem nicht der

Krankenstatus formell zuerkannt ist, wird in den bekannten modernen Gesellschaften die Forderung des Kommunistischen Manifests »Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen« als normativ unbestrittenes Anrecht in Anspruch nehmen können. Das trifft in der pflegerischen Gesundheitsförderung keineswegs zu. Auch der Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis der Klienten ist bei der programmatisch befristeten Krisenintervention einer Krankenbehandlung selbstverständlicher als bei gesundheitsförderlicher Pflege, die eine alltägliche dauernde Arbeit an der Lebensgestaltung verlangt.

(Auch – das ist aber für mich nicht das Hauptargument gegen die Rede von einem »Medizinischen System« – die berufliche und fachwissenschaftliche Zuordnung aller Krankenbehandlung an ein medizinisches System trifft nicht zu, seit die philosophischen Fakultäten Psychotherapeuten in der Psychologie und Logopäden ausbilden. Selbst wenn das gemeinsame Forschen, Lehren und Praktizieren aller gleichberechtigten Therapeuten unter einem Dach erstrebenswert erschiene, so deutet nichts darauf hin, dass diese Entwicklung tatsächlich Platz griffe.)

## 1.2 Das System pflegerischer gesundheitsförderlicher (diätetischer) Unterstützung

Neben dem System der Krankenversorgung lässt sich damit ein zweites System erkennen, das über die vier Momente verfügt, deren Zusammenhang Luhmann 1994: 51 herausstreicht: (1) Es sei ausdifferenziert. (2) Ausdifferenzierung besonderer Codes für symbolisch generalisierte Kommunikationsmedien, (3) Formen der Kombination von Geschlossenheit (Autopoiesis) und Offenheit auf der Ebene der gesellschaftlichen Teilsysteme und ihrer Operationen und (4) relativer gesamtgesellschaftlicher Prominenz der so gebildeten Teilsysteme. Ein solches System ist das System gesundheitsförderlicher pflegerischer Unterstützung (vgl. Behrens 1982). Es lässt sich in Ansätzen seit den diätetischen Schriften – z.B. de Victu im Corpus Hippocraticum – von Kos erkennen, die nicht Krankenbehandlung, sondern eine normative Theorie des richtigen Lebens – für die Diätetik ist das ein gesundheitsförderliches Leben – zum Gegenstand haben und eigentlich eine früh schriftlich fixierte Pflgetheorie darstellen. (Dass wir heute von »Gesundheitsgesellschaft« sprechen, liegt – so meine im dritten Kapitel zu belegende These – daran, dass alle anderen detaillierten normativen Lehren des richtigen Lebens, die bis vor wenigen Jahrzehnten herrschten, gegenüber den diätetischen Lehren an Glanz und Bedeutung entscheidend verloren haben – und keineswegs daran, dass es diesen diätetischen Diskurs nicht schon seit mindestens 2500 Jahren gäbe (Behrens 1983, 1990)).

Das System gesundheitsförderlicher pflegerischer Unterstützung existiert als ausdifferenziertes System selbstverständlich nicht schon dadurch, dass alle Handlungen und Nebenwirkungen von Handlungen unter dem Aspekt ihrer optimierbaren Gesundheitsförderlichkeit oder ihrer Gesundheitsschädlichkeit beobachtbar werden. Bekanntlich entwickeln und erhalten sich z.B. »gesunde« Muskeln, Lungen und Knochen als ungeplante Nebenfolgen ganz anders begründeter Handlungen, nämlich beim Herumtoben, bei der Hausarbeit, beim Kicken, beim Tanzen, selbst bei der Büroarbeit. Ein Beobachtungsaspekt macht noch kein ausdifferenziertes Funktionssystem. Nicht alles, was Gesundheit fördern mag, wird exklusiv als Gesundheitsförderung kommuniziert. Aber es gibt eine



Arbeit, die explizit auf Gesundheitsförderung, keineswegs nur auf Krankheitsvermeidung, zielt. Das ist die Arbeit der Pflege. Ihr Ziel ist »Gesundheit« keineswegs ausschließlich im Sinne von Krankheitsvermeidung, sondern positive Gesundheit i.S. von Leistungsfähigkeit, Wohlbefinden und Schönheit, oder, wie Armeen zur Schönheit sagen, Schliff. In der deutschen Umgangssprache scheint mir der Begriff der Pflege in all seinen sehr unterschiedlichen Anwendungsbereichen durch ganz wenige konstitutive Merkmale, durch eine spezielle Blickrichtung auf das Handeln bestimmt, die jeder beherrscht, der sich der deutschen Sprache bedient. Für »Pflege« gilt dasselbe wie für die »Arbeit« (Behrens 1982): Umgangssprachlich ist jederzeit klar, was gegeben sein muss, damit eine Handlung diesem jeweiligem Bereich zugeordnet, also z.B. als »Pflege« bezeichnet werden kann.

Erst innerhalb des Sinn-Systems differenzieren sich Unterbereiche aus – und auch die Berufe und Professionen, die um soziale Anerkennung, um Erwerbchancen, um Zuständigkeiten kämpfen (Behrens 1983, Bourdieu 1987, Honneth 1998, 2001). Dabei möchte ich zeigen, dass Pflege, soweit sie Profession wird, gerade nicht unvermittelt das Pflege-System des Alltags steigert. Vielmehr nimmt sie es zurück: Sie unterscheidet sich von der alltäglichen Pflege durch den professionstypischen Respekt vor der Autonomie des Alltagslebens. Alle gesundheitsförderlichen und sonstigen Pflegeziele treten davor zurück. Zwei konstitutive Eigenschaften von Professionen sind nicht zu übersehen: ihr Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis und in der Wissenschaft ihre Unterscheidung zwischen interner und externer Evidence.

Was sind die ganz wenigen konstitutiven Merkmale, die gegeben sein müssen, damit wir umgangssprachlich von einer Handlung als Pflege sprechen? Pflege ist eine zielorientierte Anstrengung mit einem definierten Zweck. Sie muss Kindern mit vielen Ermahnungen beigebracht werden, weil sie sich keineswegs in ausreichendem Maße spontan ergibt. Wir können gesund sein, ohne speziell dafür viel zu tun. Unsere Muskeln, unser Skelett, unsere Intelligenz entwickeln sich, wie wir sahen, als spontane Nebenfolge von Bewegungen, die keineswegs nur Gesundheit zum Ziel haben. Aber wir können nicht gepflegt sein, ohne uns gepflegt zu haben. Herumtoben bezeichnen wir nicht als Pflege. Aber gezieltes Zähneputzen, Händewaschen, Haare waschen, Schminken, Garten-, Arbeitsplatz- und Umweltpflege, Pflege der Kleidung, des Autos und unserer ganzen, ohne tägliche Anstrengung der Pflege immer wieder von Unkraut und Giften überwucherten Welt. Pflege ist keineswegs nur bei Krankheit erforderlich. Nur der spezielle Teil der Krankenpflege ist der Bereich der Pflege, der dem System der Krankenbehandlung zugehört. Dem Ungepflegten mangelt es daran, lange bevor seine Verrottung so weit geht, dass er krank vergammelt. Wegen dieser konstitutiven täglichen Anstrengung gedieh seit der Schrift »De Victu« vor 2500 Jahren bis zu den diätetischen Schriften heute eine riesige Literatur detailliert normierender Pflege-Ratgeber. Die Ratschläge wechseln, die normierende Emphase bleibt (vgl. Behrens 2005). Die zugrunde liegende, Sinn konstituierende Vorstellung unserer täglichen Pflege unserer selbst und unserer Umwelt von der Kindheit bis ins hohe Alter ist offenbar, dass wir täglich der Pflege bedürfen, um nicht zu verrotten.

Damit ist die Grund-Behauptung der Systemtheoretikerin Findeiß zumindest für die Kommunikationen in den Alltagssprachen aller (mir) bekannten Gesellschaften eindeutig falsifiziert: »Die Besonderheit der pflegerischen Kommunikation scheint zu sein, dass sie nur über die medizinische Unterscheidung krank/gesund beobachten kann, denn nur

unter diesem Blickwinkel wird ein pflegebedürftiger Körper sichtbar« (Findeiß 2008:318). Nein, schon unter dem Blickwinkel von – kulturspezifischer – Schönheit, Fitness, Wellness, Sicherheit wird ein Körper als pflegebedürftig sichtbar. Man wäscht sich auch, wenn man nicht krank ist. Man kämmt sich und zieht sogar ein frisches Hemd an noch aus ganz anderen Gründen als dem, den Läusen und Flöhen vorzubeugen. Und auch das Pflegeversicherungsgesetz setzt nicht an Krankheit an, sondern am Bedarf nach pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung.

Einfacher und alltagssprachlicher lässt sich der Vorteil der Unterscheidung zwischen dem System der Krankenbehandlung und dem System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung in der Auseinandersetzung mit Luhmann verstehen. »Nur Krankheiten sind für den Arzt instruktiv [...]. Die Gesundheit gibt nichts zu tun, sie reflektiert allenfalls das, was fehlt, wenn jemand krank ist. Entsprechend gibt es viele Krankheiten und nur eine Gesundheit«, schreibt Luhmann 1990: 186 ff.

Aber Gesundheit gibt viel zu tun – wenn auch nicht unbedingt den Therapeuten und der Medizin. Was für die Gesundheit zu tun ist, ist die Arbeit der Pflege. Dass es sich bei dieser Arbeit um eine keinesfalls spontane, sondern bewusst zielgerichtete, mühsam zu erlernende und erst danach häufig liebgewordene Anstrengung handelt, davon kann jeder ein Lied singen, der Kinder hat.

Was als ungepflegt bekämpft wird, mag sich von Kultur zu Kultur, von Milieu zu Milieu stark unterscheiden. Die Normen der Gesundheit als Pflegeziel variieren kulturell enorm. Auch deswegen sind sie ja Kindern so schwer beizubringen. Aber alle bekannten Kulturen kennen die Arbeit der Pflege. Mit pflegerischer Selbstbeherrschung reagieren Menschen darauf, dass sie Körper haben und Körper sind. Durch pflegerische Selbstbeherrschung werden Körper zur Verkörperung des Sozialen (vgl. im Anschluss an Plessner und Merleau-Ponty Behrens 1990: 2ff, 2003: 279). In allen drei Systemen des Individuums – Körper, Psyche und Person – bezeichnet Pflege die notwendige Arbeit für alles, was sich hier nicht ganz von selbst ergibt: für das körperliche funktionstüchtige, psychisch hinreichend funktionsfähig wohl gelaunte oder zumindest ausgeglichene und attraktive Auftreten in den für die Person relevanten gesellschaftlichen Subsystemen und Organisationen der Wirtschaft, Familie, Staat, Netzwerke usw. – und zwar jeden Morgen, jeden Mittag und jeden Abend wieder. Deswegen liegt Baecker (2008: 55) um mindestens 2500 Jahre daneben, wenn er das hier Beschriebene der »Computerkultur« zuordnet und schreibt: »Und in der Computerkultur (unserer gegenwärtigen, der, wenn man so will, »nächsten« Gesellschaft) wird Körper zum Medium der Wahrnehmung sozialer Möglichkeiten, und dies ebenso reell und virtuell. Fitness und Wellness ordnen ihn nicht mehr nur lokal im Hinblick auf die Orte der Gesellschaft und auch nicht mehr nur faktoriell im Hinblick auf Sachzusammenhänge der Reproduktion von Gesellschaft, sondern zusätzlich temporal im Rahmen der Frage, an welchen Optionen der Gesellschaft er schon und noch mit welchen Voraussetzungen teilnehmen kann und an welchen nicht« (Baecker 2008: 55).

### 1.3 Das jeweils funktionsspezifische generalisierte Kommunikationsmedium beider Systeme, deren Programme und die »Gesundheitsgesellschaft«

Von »krank/gesund« unterscheidet sich der binäre Code »gepflegt/ungepflegt« offensichtlich darin, dass nicht der gesellschaftlich negativ bewertete Wert »krank« den Anschlusswert darstellt, sondern der positive Wert »gepflegt«. Während im System der Krankenbehandlung Gesundheit nur die Abwesenheit von Krankheit (»ohne Befund«) darstellt (der Reflexionswert i. S. Luhmanns) und es deswegen viele Krankheiten, aber nur eine praktisch relativ uninteressante Gesundheit gibt, erkennen wir in »gepflegt« plötzlich einen diätetisch höchst detailliert ausgearbeiteten positiven Begriff von Gesundheit. Wir erkennen diesen positiven Begriff von Gesundheit allerdings nur, wenn wir bereit sind, der positiven Gesundheit die Merkmale der Schönheit und Sauberkeit (Attraktivität), des körperlichen und physischen Wohlbefindens, der gepflegten Umwelt und der sozialen Teilhabefähigkeit (Inklusion der Person) als notwendige definitorische Bestandteile zuzuerkennen – für die das therapeutische Krankenbehandlungssystem überhaupt nicht oder frühestens dann zuständig ist, wenn die Defizite dieser Merkmale Krankheitswert annehmen. Nur bei diesen genannten definitorischen Merkmalen ist der Begriff positiver Gesundheit identisch mit »gepflegt«. Jürgen Pelikan (2007:84) und Illona Kickbusch (2007) fassen in Übereinstimmung mit zahlreichen Erklärungen der WHO ihre Vorstellung positiver Gesundheit in den Kriterien der körperlichen, psychischen und personal-sozialen Funktionsfähigkeit, Wohlbefinden und Attraktivität, die wir für das Ziel der Selbst- und Umweltpflege herausgearbeitet haben (vgl. Behrens 1982).

Für die evolutionäre Ausdifferenzierung eines Systems eignet sich ein binärer Code wie »gepflegt/ungepflegt« oder der von mir oben begründete Code »gesundheitsförderlicher pflegerischer Unterstützung bedürftig/nicht bedürftig« eher als das von Pelikan (2007, 2008) vorgeschlagene Quasi-Kontinuum »suboptimal gesund/optimal gesund«. Codes dienen dazu, zu kommunizieren, was beobachtet werden muss, damit es etwas zu sagen und zu tun geben kann. Das ist bei Quasi-Kontinua schwierig. Man könnte immer noch mehr für die Pflege seines Körpers und seiner Seele, für die Pflege seiner Beziehungen und seiner Umgebung, seines Gartens und seiner Wohnung tun – aber wann muss man es unabweisbar tun?

Bei Zahlung/Nichtzahlung, Recht/Unrecht, krank-nicht krank=gesund ist das kommunikativ klar, obwohl deren positiv bewertete Anschlusswerte bekanntlich ebenfalls steigerbar sind. Auch für die Ausdifferenzierung eines Systems bis zur Verberuflichung – darauf komme ich für die gesundheitsförderliche Pflege gleich – trägt ein binärer Code mehr bei, weil es hier um Zuständigkeit/Nichtzuständigkeit geht.

Systemtheoretisch gesprochen, erweist sich der binäre Code »bedürftig/nichtbedürftig der pflegerischen gesundheitsförderlichen Unterstützung«, für die im folgenden skizzierte Ausdifferenzierung eines gesellschaftlichen Funktionssystems als geeignet, weil er auf der Ebene der Programme (Diätetiken der Selbst- und Umweltpflege, Pflegediagnosen, Schönheitsvorstellungen, Fitnessdefinitionen, Wellness-Habitus) Varianzen und Neuerungen zulässt. Die Unterscheidung zwischen besonderen Codes für symbolisch generalisierte Kommunikationsebenen und Programmen erlaubt also die Kombination von Geschlossenheit (Autopoiesis) und Offenheit auf der Ebene der gesellschaftlichen Teilsysteme und ihrer

Operationen. Wären Programme die Codes, wäre dieses Moment von Funktionssystemen, das für Luhmann (1994: 51) wesentlich ist, offenbar dahin. Daher folge ich Jürgen Pelikan hier nicht, der (2007:89 f.) davon ausgeht, die Differential-Diagnostik der International Classification of Diseases (ICD) bilde das funktionsspezifische medizinische generalisierte Kommunikationsmedium. Die ICD stellt ein in Konsensuskonferenzen ausgehandeltes Sammelsurium verschiedenster Krankheits-Systematiken dar, von denen viele – nicht alle – auf therapeutische Konzepte bezogen sind. (Unter einem Konzept verstehe ich mit Rothschuh 1978:9 einen Begründungs-zusammenhang zwischen einer bestimmten Physiologie, einer bestimmten Krankheitslehre und dem daraus abzuleitenden Therapieprogramm.). Bei jeder Novellierung (inzwischen die 10.) gehen einigen therapeutischen Richtungen ihre liebgewordenen Anschlüsse an die ICD verloren, sie finden aber in der Regel rasch andere als Ersatz. Darüber hinaus führt selbst das enorm verbreitete medizinische Handbuch Pschyrembel noch eine Vielzahl von – logisch vielfach unvereinbaren – Diagnostiken nebeneinander, die alle von Therapeuten genutzt werden (Liest man Rothschuh 1978, hat man den Eindruck, Therapiekonzepte lösen sich nicht ab, sondern koexistieren gewandelt nebeneinander her fort). ICD-Differentialdiagnosen – wie auch von Stollberg 2008 vorgeschlagen – auf der Ebene vielfältiger diagnostisch-therapeutischer »Programme« anzusiedeln und nicht als funktionsspezifisches generalisiertes Kommunikationsmedium zu bezeichnen, erlaubt dagegen pfadabhängige evolutionäre Entwicklungen therapeutisch unvereinbarer Richtungen bei gleich bleibendem operativ geschlossenem Code »krank/gesund«. Denn die beanspruchte Zuständigkeit für die Unterscheidung nach dem funktionsspezifischen operativ geschlossenem Code »krank/gesund« eint alle therapeutischen Richtungen und Programme – und er ist dem Publikum verständlich. Operativ geschlossen ist auch der Code »der pflegerischen gesundheitsförderlichen Unterstützung bedürftig/nicht bedürftig«, der an »gepflegt/ungepflegt« anknüpft und an der vermeintlich beobachteten Überforderung der Selbstpflege-Fähigkeit anschließt – bei einer Vielfalt von diagnostischen und Interventionsprogrammen, die keineswegs kleiner als die Vielfalt therapeutischer Programme. Das zeigt das nächste Kapitel.

## **2 Das System gesundheitsförderlicher pflegerischer Unterstützung und das versittlichende Bildungsbürgertum in der »Gesundheitsgesellschaft«**

### **2.1 System und Profession/Experten-Beruf**

Wie das Krankenbehandlungssystem sich als Funktionssystem erst ausdifferenzieren kann, wenn in der Bevölkerung der Code krank/gesund gebräuchlich ist, so konnte sich auch das System der gesundheitsförderlichen pflegerischen Unterstützung erst entwickeln, soweit in der Bevölkerung die Differenz gepflegt/ungepflegt genutzt wird und Gegenstand täglicher erheblicher Anstrengungen ist. Wie man nicht gleich zum Therapeuten muss, wenn man mal krank ist (außer, siehe oben, man braucht eine Krankschreibung), so bedarf man auch keineswegs beruflicher pflegerischer Unterstützung, weil man – wie wir alle jeden Tag – pflegebedürftig ist. Man pflegt sich selbst, bringt seinen Kindern die Pflege bei, pflegt seine Liebsten, sorgt am Arbeitsplatz und in der Küche für den nötigen Arbeitsschutz, sorgt für die Figur, schützt sich vor Regen, Dreck, Kälte und Gift, liest

vielleicht mal in einer Illustrierten die aufdringlichsten diätetischen Ratschläge – aber zieht deswegen noch lange keine professionellen Pflegefachleute heran, weder occupational health nurses, noch Kinderpfleger, noch andere Pflegefachleute. Pflegebedürftig sind wir alle jeden Tag. Erst wenn unsere eigenen Bewältigungsmöglichkeiten in der Krise sind – das gilt für Krankheit wie für Pflegebedürftigkeit – wenden wir uns an professionelle Unterstützung.

Für die Evolution eines autonomen Funktionssystems sind diese Berufsgruppen und Professionen der Unterstützung in der Krise der eigenen Genesungs-, der eigenen Pflegefähigkeit oder der Fähigkeit, selber Recht zu bekommen, von enormer Bedeutung. Zwar erscheinen Professionen für Stichweh 2008:330 ff. (revidiert von 1996) wohlbegründet »ein Phänomen des Überganges von der ständischen Gesellschaft des alten Europa zur funktional differenzierten Gesellschaft der Moderne« zu sein, so dass sich die Frage stellt, »welches der Stellenwert von Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft sein kann« (Stichweh 2008: 329). Luhmann bejahte 1974 die Frage, ob Professionalität noch ein eigenständiger gesellschaftspolitischer Faktor – wie Schichtung und Organisation – sein könne, daher keineswegs. Aber in einer Reihe von Bereichen haben sich Funktionssysteme mit Professionen so sehr verbunden, so dass auch Stichweh (2008: 335) fragt: »In welchem Grade ruht ein System darauf, dass es sein Verhältnis zur Umwelt so gestaltet, dass diese durch eine homogene – eventuell korporativ organisierte Berufsgruppe wahrgenommen wird, deren Mitglieder als im Kontakt zur Umwelt des Systems als Repräsentanten des Systems fungieren?« Das gilt – so meine These – für das Rechtssystem wie für das System der Krankenbehandlung wie ansatzweise für das System der pflegerischen gesundheitsförderlichen Unterstützung, die alle vormoderne paternalistische Beziehungen in Krisen der Autonomie ihrer Klienten in moderne, den Menschenrechten entsprechende Beziehungen transformieren und ausbalancieren müssen. Leistungs- und Komplementärrollen entstehen. Die Gesellschaften gesteht den Professionen zu, dass Therapeuten nach eigenen fachlichen Kriterien den Therapiebedarf, dass Pflegeprofessionen nach eigenen Fach-Kriterien den Bedarf an pflegerischer Unterstützung einschließlich des Beratungsbedarfs, dass Anwälte nach eigenen Fach-Kriterien den Rechtsvertretungsbedarf autonom feststellen – und verpflichtet sie alle berufsethisch, auf die Erwerbchancen zu verzichten, die sich aus diesem Recht zur fast autonomen Nachfrageerzeugung nach ihren eigenen Leistungen ergeben (vgl. Abbott 1987, Behrens 2005).

Bald sind sie es, die in allen Illustrierten und im Internet verbreiten, welche neuen Krankheiten es gibt und woran man sie erkennt, wie man sich gesundheitsförderlich pflegt und richtig lebt, welche Rechtsunsicherheiten es gibt und wann man zum Anwalt gehen sollte. Für gesundheitsförderliche Pflege teilen diese Fachleute mit, dass nicht alle Menschen, nachdem sie von ihren Eltern das Zähneputzen, das Händewaschen, das Essen, den gepflegten Auftritt, also die Selbst- und Umweltpflege lernten, sich genug pflegen. Obgleich z.B. PflegediagnostikerInnen eigentlich nur dafür zuständig sind, für die Versicherungsgemeinschaft verbindlich festzustellen, wann ein Pflegebedürftiger sich nicht mehr selbst gesundheitsförderlich pflegen kann und daher der professionellen pflegerischen Unterstützung bedarf, wächst ihnen schnell die Rolle zu, gepflegt/ungepflegt zu unterscheiden (eine Rolle, die professionsethisch – siehe unten – relativiert werden muss). Im Schichtzusammenhang der Gesellschaft nehmen insbesondere die Berufe der pflegerischen

gesundheitsförderlichen Unterstützung eine Position ein, auf die das Bildungsbürgertum schon seit seiner Beerbung der Mönche und Priester stolz war, der Position der pflegerischen gesundheitsförderlichen Versittlichung und Aufklärung des Volkes (vgl. Behrens 1983). Der Code »gesundheitsförderlicher pflegerischer Unterstützung bedürftig/nicht bedürftig« ist besonders anfällig für das Selbstverständnis seiner gebildeten Berufe als versittlichende Aufklärer des Volkes. Pflege ist, wie wir eingangs sahen, die habituell verankerte, methodische Lebensführung zugunsten derjenigen nachhaltigen körperlichen, psychischen und sozialen Attraktivität, Funktionsfähigkeit und Ausgeglichenheit (wellness), die sich nicht ganz von allein ergibt, sondern gegen die tägliche Gefahr des Vergammelns, Verrottens und Verderbens erarbeitet werden muss. Das klingt sehr nahe an der Bekämpfung der Völlerei und der anderen 6 Todsünden durch die 7 Tugenden. Methodische Lebensführung heißt auf Griechisch »Askese«, und es liegt nahe, pflegerische Gesundheitsförderung im Askese – Hedonismus Gegensatz zu verorten (Bourdieu, Vester), was sich nicht ganz halten lässt (Behrens 1983) Typisch für die Berufsgruppen in diesem Funktionssystem ist: Sie treten nicht zurück, wenn die Krise der Krankheit soweit behandelt ist, dass der Genesene in sein altes riskantes Leben, in den alten Trott und Schlendrian zurückkehren kann. Sie behandeln gar nicht, sondern rufen stattdessen noch nach der Behandlung, aber auch schon präventiv vor der Behandlungsnotwendigkeit zur Umkehr und zur Änderung des Lebens und der Umwelt auf – gebeten oder ungebeten. Selbst occupational health nurses und Betriebsärzte haben nicht die Behandlung von Arbeitern und Angestellten zur Hauptaufgabe – das tun sie nur im Notfall –, sondern die Unterstützung des Betriebs bei der gesundheitsförderlichen Pflege der Arbeitsplätze. Auch Lehrer haben nicht die Krankenbehandlung von Schülern zur Hauptaufgabe – das tun sie nur im Notfall aus der Schulapotheke –, sondern die Gesundheitsbildung, die Befähigung zur Pflege eines methodischen Lebensstils, der Herzensbildung und der Umwelt.

Dieses System der gesundheitsförderlichen pflegerischen Unterstützung ist in der Tat vielfältig belegt. Ihre Adressaten sind keineswegs notwendig krank. Kindheit ist keine Krankheit, Alter ist keine Krankheit – und die Bedürftigkeit, in der eigenen Pflege, die man nicht mehr oder noch nicht leisten kann, von anderen unterstützt zu werden, ist auch keine Krankheit. Eine Geburt ist keine Krankheit. Auch eine Behinderung ist keine Krankheit, sonst könnte ein Behinderter nicht krank und wieder gesund werden (zur entscheidenden Abgrenzung und zum Zusammenhang von Behinderung und Krankheit siehe Behrens 2002).

Auf zwei nahe liegende, oft geäußerte Einwände gegen mein Argument der Trennung des Systems der Krankenbehandlung von dem der gesundheitsförderlichen pflegerischen Unterstützung muss ich kurz eingehen.

Erstens wird häufig eingewandt, die nicht-ärztlichen Berufsgruppen hätten so gut wie keine eigene jurisdiction (vgl. Abbott 1987, Behrens 1988, 1994) bei der Feststellung von Unterstützungsbedürftigkeit in der gesundheitsförderlichen Pflege (bei der Geburt, beim physiotherapeutisch oder ergotherapeutisch angeleiteten Training, im occupational health nursing usw.). So sind etwa Hebammen – wie übrigens die Wundärzte – nach jahrhundertelanger Unabhängigkeit Mitte des 19. Jahrhunderts unter Aufsicht akademisch ausgebildeter Ärzte geraten (vgl. Göckenjan 1985, vgl. Huerkamp 1985). Unabhängig

davon, dass Berufsgruppen in beiden Systemen bei deutlich unterschiedlichen settings tätig sein können, verdient das populäre Argument mangelnder jurisdiction hier der Erörterung. Ein – keineswegs der wichtigste – Einwand gegen die mangelnde jurisdiction ist, dass es weltweit Pflegediagnostiken zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (gemeint eigentlich: professionelle pflegerische Hilfsbedürftigkeit) gibt, deren Durchführung in der Regel – so auch in Österreich – Vorbehaltsaufgabe der Pflegeberufe ist, und Hebammen ihre eigenen diagnostischen und therapeutischen Vorbehaltsaufgaben nie verloren. Mein wichtigster Einwand gegen mangelnde jurisdiction bezieht sich indessen auf die genaue Bedeutung dessen, was eigentlich ärztliche Aufsicht, Verantwortung und Delegation (Verschreibung) inhaltlich heißt.

Man könnte denken, die ärztliche Anordnung schreibe eine genaue Handlung vor, von deren Durchführung sich der Arzt überzeuge und für deren Folgen er bei buchstabengerechter Durchführung durch den Beauftragten allein hafte. Diese Beschreibung trafe auf einen Senioranwalt zu, der seinem Junioranwalt kurz eine Argumentation skizziert, die dieser nächtelang zu einem sehr umfangreichen Schriftsatz ausarbeitet, den der Senioranwalt dann nach prüfender Durchsicht ans Gericht sendet. Die Beschreibung trifft aber keineswegs auf eine ärztliche Anordnung an Pflegefachkräfte oder Therapeuten zu: Der Arzt kann die Durchführung der Anordnung nicht prüfen, bevor sie der Klient oder Patient am eigenen Leibe spürt, weil die Durchführung nur mit dem Klienten oder Patienten in einem Akt möglich ist. Wenn der anordnende Arzt nicht dabei ist, kann er bestenfalls die Folgen sehen, nicht die Durchführung. Die ärztliche Anordnung ist ferner in der Regel so knapp oder cursorisch, dass sie von den Pflegefachleuten oder Therapeuten eine eigene fachliche Erhebung (assessment) und Handlungsplanung zusammen mit dem Klienten verlangt. In der Regel hat der anordnende Arzt die Fachkenntnisse und Fähigkeiten der Pflegefachleute und Therapeuten nicht und müsste sie sich mit erheblichen Aufwand aneignen, um Anordnungen mit dem nötigen Detaillierungsgrad auszufertigen; häufig müsste er bei der Beratung, bei der Behandlung oder dem Training sogar dabei sein, um seine Anordnungen jederzeit rechtzeitig situationsgerecht anpassen zu können. Konsequenterweise können sich Pflegefachleute, Hebammen und Therapeuten daher nicht haftungsentlastend auf die ärztliche Anordnung berufen, wenn die angeordnete Handlung falsch war. Im Gegenteil machen sie sich haftbar und ggf. strafbar, wenn sie nicht selber die ärztliche Anordnung mit ihren Kompetenzen auf Angemessenheit überprüft haben.

Hinter der Konstruktion von ärztlicher Aufsicht, Anordnung, Verantwortung und Delegation steckt – außer legitimen berufsständischen Interessen bei allen Parteien – das organisatorische Problem der arbeitsteiligen Erbringung sowohl der Diagnostik als auch der Behandlung als auch der Gesundheitsförderung. In allen komplexen Aufgaben ist in der Regel ein Fach-Arzt allein ebenso wenig zur Diagnostik fähig wie zur Behandlung wie zur Gesundheitsförderung. In der Diagnostik bedarf er häufig der Laborwerte, der Befragungsdaten oder der Röntgenaufnahmen, die er vernünftigerweise von spezialisierten Einrichtungen bezieht; auch Behandlung und Beratung überlässt er häufig spezialisierten Pflegefachleuten und Therapeuten. Diese Beziehungen können und werden häufig statt über Anordnungen über Holschulden geregelt: Der psychologische Psychotherapeut ist dafür verantwortlich, sich organmedizinische Abklärungen für seinen Patienten ärztlicherseits zu holen, ohne dass er deswegen von ärztlichen Anordnungen abhängig wird. Der

Internist ist verpflichtet, sich rechtzeitig Laborwerte oder interpretierte Röntgenaufnahmen zu holen, ohne dass er deshalb der Aufsicht des Röntgenarztes unterworfen würde und nur auf dessen Anordnung hin behandeln und beraten dürfte. Genauso könnten – und sind es faktisch – Pflegeprofessionen dazu verpflichtet sein, sich ärztliche Diagnosen rechtzeitig für ihre Behandlungen zu holen und in ihre Planungen einzubeziehen. Wenn Fachpflegende, die oft mehr Zeit mit ihren Klienten verbringen als alle anderen – Berufe, tendenziell für die Unterstützung von Aktivitäten und die Partizipation am – für den Pflegebedürftigen biographisch relevantem – sozialem Leben ihrer Klienten zuständig werden und ÄrztInnen für die Diagnose und (oft delegierter) Behandlung von Organen, dann sind beide Berufsgruppen von einander wechselseitig abhängig, ohne dass sich aus der Abhängigkeit von der jeweiligen Spezialität des anderen eine generalisierte Weisungsabhängigkeit ergeben müsste. Vielmehr sind beide verpflichtet, nicht tätig zu werden, ohne sich entscheidende Informationen vom jeweils anderen geholt zu haben. Aus der tendenziellen Zuständigkeit für Personen statt für Organe ergibt sich für Pflegeberufe sehr schlüssig die hypostasierte Vorstellung der »Ganzheitlichkeit« im Unterschied zur ärztlichen Fokussierung auf das Organ. Wenn auch Ganzheitlichkeit für Menschen – im Unterschied zu Gott – erkenntnistheoretisch gar nicht möglich ist (vgl. Behrens 2005), so drückt sich doch in dieser Vorstellung ein beanspruchter Bezug auf die Person statt nur auf das Organ aus, der zutrifft. Andererseits gefährdet der Ganzheitlichkeits-Anspruch Fachpflegende darin, es am Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis ihrer Klienten fehlen zu lassen (Behrens 2005).

In beiden Systemen, dem System der Krankenbehandlung und dem System der gesundheitsförderlichen pflegerischen Unterstützung sind z.T. dieselben Berufsgruppen befasst. Dennoch ist die Trennung dieser Systeme deutlich. Das System der Krankenversorgung unterscheidet sich vom System gesundheitsförderlicher pflegerischer Unterstützung im Adressaten, in den Rechten und Pflichten, in der Bedeutung des Leidensdrucks, und damit im Mandanten. So heißt das einschlägige deutsche Gesetz »Gesundheits- und Krankenpflege-Gesetz«, und die zuständige Semi-Profession nutzt die sperrige Berufsbezeichnung »Gesundheits- und Krankenpfleger«. Wäre beides dasselbe, käme es nicht zu diesem extrem sperrigen Namen.

## **2.2 Die Legitimität der Krankenbehandlung vs. der Legitimität der Gesundheitsförderung**

Die Legitimität der Gesundheitsförderung ist viel schwieriger als die der Krankenbehandlung, weil im System der Krankenbehandlung der Leidensdruck, z.B. der Schmerz, einen Hilfesuchenden zum Professionsangehörigen führt. In der gesundheitsförderlichen pflegerischen Unterstützung ist es anders. Die Professionsangehörigen gehen auf den Unterstützungsbedürftigen viel öfter zu. Legitimität und Wirkung sind viel schwieriger. Das Tabu konnten wir im DFG-Sfb 580 in einem methodisch an Goffmann und Garfinkel angelegten Experiment eindeutig belegen. Das Experiment kann jede LeserIn leicht replizieren. Wir haben auf den Hauptbahnhöfen von Halle (früher preußische, dann DDR-Bezirkshauptstadt), von Hamburg und Frankfurt a. M., wo nicht nur Mitglieder von Gesundheitsberufen sofort zahlreiche gesundheitsgefährdende Handlungen bei der



Imbissauswahl, beim Heben und Tragen, bei der Körperhaltung usw. beobachten können, Passanten mit einem Satz angesprochen, der auf allen Zigarettenpackungen gedruckt war und für den wir in unser Praxis Honorar bekommen können: »Erlauben Sie mir eine Bemerkung, ich bin vom Fach: Pommes gefährden Ihre Gesundheit«, »... diese Art des Bückens gefährdet Ihre Gesundheit, eine Rückenschule ist angeraten«, »... Autofahren statt Laufen gefährdet Ihre Gesundheit«. Diese Sätze wären in der Krankenbehandlung geradezu erwartet worden, außerhalb der Krankenbehandlung bewiesen alle Zeichen der Verblüffung aus, dass hier eine eherne Regel gebrochen wurde und jeder Käufer von Pommes, wie immer er aussehen mag, eigentlich absolut sicher vor derartigen Hinweisen sowohl von Seiten der Verkäufer als auch der fachkundigen Passanten sein kann.

Codes, Programme, Anknüpfungspunkte und Anreize für Interventionen unterscheiden sich in beiden Systemen. Das wird in der partiellen Übernahme Parsonscher Theorie durch Luhmann deutlich. Parsons hatte, wie Stollberg 2008 schreibt, das Arzt-Patient-Verhältnis ins Zentrum seiner medizinsoziologischen Erörterungen gestellt. Die Inklusion der Laien/ Patienten durch Experten/ Therapeuten in die Gesellschaft, pattern variables, die beiden gemeinsam waren, sowie die soziale Kontrolle devianten Verhaltens durch die Profession waren seine zentralen Themen (vgl. Stollberg 2001). Diese Dinge spielen für Luhmann nachgeordnete Rollen. Er interessiert sich vor allem für die systemischen Aspekte des Systems der Krankenversorgung, den Code und die Autonomie des Systems; für die Systemebenen der Interaktion und der Organisation scheint er, soweit er sich überhaupt auf diese Ebenen begibt, weitgehend Parsons' Aussagen zu bewahren. Diese unterscheiden sich aber in Krankenpflege und Pflege zur Gesundheitsförderung, so dass es klug ist, sie nicht in ein System zu fassen.

### **2.3 Verhältnis des Systems der Krankenbehandlung zum System der pflegerischen gesundheitsförderlichen Unterstützung**

Das System der Krankenbehandlung und das System der traditionell pflegerischen gesundheitsförderlichen Unterstützung stehen in einem Verhältnis der Konkurrenz,

1. weil es die Position des Kranken nicht gibt: Die sozialistische (und in Familien weit verbreitete) Norm »Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen« überlebte am besten im Bereich der Krankenbehandlung, sie galt bisher nicht oder kaum im Bereich der präventiven Gestaltung von Umweltbedingungen und der Gesundheitsförderung: Nur im System der Krankenbehandlung hat dort unabhängig von seiner Kaufkraft einen Anspruch auf das medizinisch Notwendige (»jedem nach seinen Bedürfnissen«) und bezahlt in die Krankenkasse ein oder Steuern nach seiner finanziellen Fähigkeit (»jeder nach seinen Fähigkeiten«). Auch wenn dieser normative Anspruch keineswegs immer eingelöst wird – das trifft für das Verbot, zu stehlen und zu töten, ja auch nicht zu – wird doch die Norm überall auf der Erde als selbstverständlich betont.
2. Damit leistet das System der Krankenbehandlung den wichtigsten Beitrag zum Gerechtigkeitsdiskurs moderner Gesellschaften. Erst vor der Norm »jedem nach

seinen Bedürfnissen« wurde und wird »health inequality«, wird auch ungleiche Gesundheitsversorgung zum Skandal, während ungleiche Versorgung mit Wohnungen und Einkommen vielfältige Rechtfertigung fand. Heute gewinnt die soziologische Theorie sozialer Ungleichheit vor allem aus der Verletzung jener in allen schriftnutzenden Gesellschaften der Erde proklamierten Norm der Gleichheit bei der Krankenversorgung die Skandalisierbarkeit ihres Gegenstands, jeder habe unabhängig von seiner Zahlungs- oder Rückgabefähigkeit Anspruch auf die gesundheitlich notwendige Versorgung.

3. Mit diesem – durch exklusiv zur Krankschreibung berechnete Grenzwächter geschütztem – Bereich entfaltet das System der Krankenbehandlung eine enorme Anziehungskraft für alle Beladenen und ihre Vertreter, ihre Probleme in Kategorien der Krankheit und der Krankenbehandlung vorzubringen (»Medikalisierung«). Das System der typisch pflegerischen Gesundheitsförderung entfaltet keine solche Schutzzone.
4. Bei chronischen Krankheiten, die nicht zu heilen, sondern nur vorzubeugen oder zu bewältigen sind, verliert die Grenzziehung des Systems der Krankenversorgung ihre Plausibilität. Krankenbehandlung stellt bei ihnen ein verhältnismäßig (zu) späte, begrenzt erfolgreiche und leidvolle Intervention dar im Vergleich mit rechtzeitiger Prävention und pflegerisch-gesundheitsförderlicher Bewältigung. Das setzt einen Druck, alle anderen sozialen Funktionssysteme unter dem Code der pflegerisch-gesundheitsförderlichen Unterstützung zu beobachten (Mit Literatur Behrens 1996).

Die enorme Autorität, die Wissenschaft in modernen Gesellschaften gewonnen hat, ist offenbar nicht unabhängig von der Entwicklung zur Gesundheitsgesellschaft: Allein Wissenschaft »weiß« noch in ihren esoterischsten Verästelungen, was gesund und was ungesund ist.

Erst innerhalb des Sinn-Systems differenzieren sich Unterbereiche aus – und auch die Berufe und Professionen, die um soziale Anerkennung, um Erwerbchancen, um Zuständigkeiten kämpfen (Behrens 1983, Bourdieu 1987, Honneth 1998, 2001). Dabei möchte ich zeigen, dass gesundheitsförderliche pflegerische Unterstützung, soweit sie Profession wird, gerade nicht unvermittelt die normativ diätetische Setzung, was richtige pflegerische Gesundheitsförderung ist, übernimmt. Vielmehr nimmt sie sich zurück: Sie unterscheidet sich von der alltäglichen Pflege, in der Eltern mit großer Selbstverständlichkeit ihren Kindern ihre Vorstellungen von Attraktivität/Funktionsfähigkeit/Wohlbefinden als Normen aufzuerlegen versuchen, durch den professionstypischen Respekt vor der Autonomie des Alltagslebens. Alle gesundheitsförderlichen und sonstigen Pflegeziele treten davor zurück. Zwei konstitutive Eigenschaften von Professionen sind nicht zu übersehen: ihr Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis und als Folge dieses Respekts die wissenschaftliche Unterscheidung zwischen interner und externer Evidence.

### 3 Ungleich in der »Gesundheitsgesellschaft«

#### 3.1 Neuzeitliche Stadien und Identität der »Gesundheitsgesellschaft«

Für Luhmann (1954: 51) ist die »relative gesamtgesellschaftliche Prominenz der so gebildeten Teilsysteme« das vierte der Momente, deren Zusammenhang ein ausdifferenziertes Funktionssystem ausmachen. So könnte man die Rede von der »Gesundheitsgesellschaft« als eine Reflexionstheorie der gesundheitsförderlich pflegerischen Berufe verstehen – wobei die Hypostasierungen als typisch für berufliche Vertreter funktionaler Teilsysteme gelten können. Dafür könnte sprechen, dass die meisten Phänomene der »Gesundheitsgesellschaft« schon seit 2500 Jahren belegt sind und vermutlich viel länger bestehen. Seit 2500 Jahren gilt Gesundheit, verstanden als Fitness/Wellness/Attraktivität, diätetisch-pflegerisch als durchaus machbar, und treibt unzählige Menschen zu entsprechenden pflegerischen Aktivitäten und Konsumgütern (z.B. in Jungbrunnen). Seit mindestens 2500 Jahren ist Menschen bewusst, dass so gut wie jede ihrer Handlungen gesundheitsschädliche oder gesundheitsförderliche Folgen hat oder haben kann. Wenn Ilona Kickbusch (2006, 2007, 2008) sehr anschaulich von drei Gesundheitsrevolutionen spricht – die erste habe uns das Überleben, die zweite den Zugang zur medizinischen Versorgung gesichert, die dritte handle von der Förderung der Gesundheit – so lässt sich belegen, dass alle drei Entwicklungen nicht hintereinander, sondern nebeneinander fortschritten, sich eher verbreiteten als neu entstanden (Elias, Behrens 1991). Seit mindestens 2500 Jahren werden – das ist ja gerade das Thema der diätetischen Schriften im Corpus Hippocraticum – Lebensstile als selbst- und umweltpflegerische Gesundheitsstile erörtert, steht die Diätetik eigenständig neben den Kunstlehren der Krankenbehandlung. Chronische Krankheiten wie Diabetes, Herzkrankheiten, Adipositas einerseits und menschengeschichtliche Ererungenschaften wie die Verbreitung der Hochaltrigkeit andererseits haben diese alten Erörterungen nur breiter gestreut, mit neuen technischen Mitteln versehen und verstärkt, nicht erzeugt (vgl. Behrens 2002). Auch der Ruf »Gesundheit in allen Politikbereichen!« ist von versittlichenden Intellektuellen, die sich im Code des Teilsystems definieren, zu erwarten; er bedeutet ebenso wenig funktionale Entdifferenzierung wie »gender mainstreaming!« oder »Effizienz in allen Politikbereichen!« funktionale Entdifferenzierung meinen.

Aber ich argumentiere dafür, im Begriff der Gesundheitsgesellschaft doch mehr zu sehen als eine hypostasierende Reflexionssemantik versittlichender Gesundheitsberufe, nämlich ein zur soziologischen Fremdbestimmung taugliche Semantik. Der Grund ist nicht, dass die Elemente der Gesundheitsgesellschaft neu hinzugekommen seien, sondern umgekehrt, dass relativierende konkurrierende Lehren des richtigen und guten Lebens gegenüber der Diätetik an Glanz verloren haben und die selbst- und umweltpflegerische Gesundheit als Wellness, Fitness, Attraktivität ziemlich allein übrig blieb.

Von allen Lehren des richtigen und insofern guten Lebens, die das Leben minutiös vom Geschlechts- bis zum Geschäfts- und Gefechtsverkehr beraten und anleiten, war schon 1983, also lange vor 1989, eigentlich nur die Gesundheitslehre übrig geblieben. Alle anderen Lehren, die vorher mit Autorität das richtige und gute Leben normiert hatten, von den religiös-theologischen über die absolutistisch-ökonomischen, die philosophisch-

nationalistischen, die demokratischen und sozialistischen Theorien hatte nur die Gesundheitslehre nicht an Autorität verloren und sich nicht, wie die Theologie und Philosophie, vom Anspruch detaillierter normativer Regelung aller Lebensbereiche zurückgezogen. Allein die Diätetik, jene auf Kos 400 Jahre vor unserer Zeitrechnung in ihrem umfassenden Anspruch formulierte normative Theorie der Pflege (Selbst- und Fremdpflege) war übrig geblieben. Infolgedessen wurde nun unter Bezug auf Gesundheit begründet, was vorher unter Bezug auf Religion, Nation, Sozialismus und Demokratie begründet worden war: Während vorher für höhere religiöse oder nationale Ziele durchaus die Gesundheit hintanzustellen war, rechtfertigten Städtebauer und Architekten jetzt ihre Gebäude als gesund, Betriebe mussten nicht nur Geld machen, sondern ihre Arbeitsbedingungen sollten gesund sein, Oberbürgermeister rechtfertigten ihre Stadtentwicklungen als gesund – sie durften keinesfalls ungesund sein –, und die vorher allein demokratisch oder sozialistisch begründete »participation«, die Teilhabe am sozialen Leben, wurde jetzt in der Internationalen Klassifikation funktionaler Gesundheit der WHO als Gesundheitszustand, der gesundheitlich unverzichtbar sei, sehr gut begründet. Armut und schlechte Wohnung waren vor allem aus gesundheitlichen, nicht mehr (nur) aus demokratischen Gründen zu bekämpfen. Strafe wurde weder mit Rache noch Vergeltung, sondern als Resozialisierung der Täter und präventive Maßnahme für die Tatgefährdeten begründet; wer medizinisch als nicht hinreichend zurechenbar schuldfähig begutachtet worden war, wurde konsequent vom Gericht zu Therapie statt Strafe zugeteilt.

Drei Grundlinien der Entwicklung der »Gesundheitsgesellschaft« lassen sich in der Neuzeit rekonstruieren (Behrens 1990, 2005),

1. Gesundheitsförderung im bevölkerungspolitischen Interesse des nationalen Souveräns
2. »Das Volk« wird »der Souverän«
3. Märkte und Ausdifferenzierung des Systems der Krankenversorgung als Reservat und das System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung

### **zu Phase 1: Gesundheitsförderung im bevölkerungspolitischen Interesse des nationalen Souveräns: Der gute Hirte ist der vorsorgende Schlachter**

Im Absolutismus wird Gesundheitsförderung von einzelnen Abwehrmaßnahmen (Quarantäne, Pestbekämpfung) explizit in eine möglichst geschlossene Bevölkerungspolitik integriert (vgl. Quesnay), die den Souverän sieht wie einen umsichtig sorgenden Viehzüchter, der seinen Besitz mehrt: die Nation.

Noch das preußische gesundheitsförderliche Verbot der Kinderarbeit wird nicht mit dem Wunsch des einzelnen Kindes, sondern mit dem nationalen Interesse an tauglichen Soldaten für die Schlacht begründet. Von allen Kanzeln – und mit sich durchsetzender Schulpflicht in allen Schulstuben – wird Gesundheitsverhalten gelehrt und gepredigt als Pflicht gegenüber Gott, König und Vaterland.

Der gute Hirte weidet seine Schafe für die Schlacht – mit aller Fürsorge und allen Rechten und Pflichten des Herrn.

## **zu Phase 2: »Das Volk« wird »Der Souverän«. Schuldet der Bürger nun, da das Volk der Souverän wird, der Nation gesundes Verhalten?**

Als die Souveränität ans Volk übergeht, gehen da auch die Rechte des »viehzüchterischen« Souveräns an das Volk über, in Gesundheitsbedingungen zu intervenieren und von seinen Bürgern gesundheitsförderliches Verhalten zur Mehrung der Wohlfahrt der Nation zu fordern?

Die Antwort auf diese Frage ist lange umstritten. Noch mitten im 20. Jahrhundert schenken Frauen dem Führer ein gesundes Kind. Aber spätestens im 20. Jahrhundert lautet die Antwort in allen Demokratien eindeutig: Nein.

Die Nation, der Staat können von ihren Bürgern kein gesundes Verhalten verpflichtend fordern. Jeder Bürger ist frei, sich gesundheitlich zu schädigen wie er will, nur: Er darf Dritte nicht schädigen. Staatlicher Gesundheitsschutz, nicht nur im Arbeitsschutz, begründet sich aus dem Straf- und Haftungsrecht: Der erwachsene Bürger, der selber sich durch Rauchen (oder gefährliche Produktionsweisen) zu Grunde richten darf, darf keine Nichtraucher (oder Passanten oder Arbeiter) schädigen.

## **zu Phase 3: Märkte und der Respekt vor der Autonomie des Lebenspraxis des Klienten: die Professionen und das System der Krankenversorgung**

Wenn der Patient statt des Souveräns Auftraggeber wird, bekommen Wander- und Jahrmarktsheiler, die Dr. Eisenbarts, die weisen Frauen, die Barbieri und Pfarrer Oberwasser, die alle immer nur im Auftrag des Klienten tätig wurden.

Obwohl die Ärzte im Vergleich zu allen anderen Heilkundigen noch im 19. Jahrhundert den Barbieren und anderen Heilern an Effektivität und Effizienz kaum überlegen waren, gelang es den Berliner Hof- und Modeärzten ein staatlich garantiertes und später umlagefinanziertes Versorgungs-Monopol zu erdienern und alle konkurrierenden ebenso (wenig) effektiven Heilkundigen (die Pfarrer, die Barbieri, die weisen Frauen) als »Kurpfuscher« und »Quacksalber« staatlich verfolgen zu lassen.

Aber ihr Handwerksmerkmal, das Tätigwerden nur im Auftrag, wenn auch nicht mehr in Finanzierung des einzelnen Klienten, blieb: Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis der Klienten. Therapeutische Professionen und das System der Krankenversorgung wurden – trotz alle warnenden Hinweise auf Gefahren und auf ihre Lösungskompetenzen – nicht zugehend tätig, sondern nur dann aktiv, wenn ein (mehr oder weniger zahlungsfähiger) Klient mit Leidendruck sie beauftragte.

Darin liegt ein Fortschritt: Der Respekt vor der Autonomie der Lebenswelt war ihnen wenigstens insoweit selbstverständlich, als sie ohne Auftrag des Klienten gar nicht tätig werden konnten – wie auch immer sie diesen Auftrag werbend zu erringen suchten und suchen: Weil Nachfrage aus (auch werbend und interpretierend hergestelltem) Leidendruck entstand, bildete sich weniger ein Gesundheitssystem als ein System der Krankenversorgung heraus. Die Medikalisierung als Bündnis von Klienten und Therapeuten entsprach den wirtschaftlichen berufsständischen Interessen der Therapeuten.

Früh war sichtbar, dass – insbesondere bei chronischen Krankheiten – die Behandlung erst der bereits aufgetretenen Krankheit leidvoller und teurer ist als die gesundheitsförderliche Prävention. Die Abgrenzung des Systems der Krankenbehandlung ermöglichte aber, dass in ihm – anders als in der übrigen Gesellschaft – der Grundsatz als Norm

gelten konnte »Jedem nach seinen Bedürfnissen, jeder nach seinen Fähigkeiten« (siehe Kapitel 1 und 2 dieses Aufsatzes). Daneben existierte das System der pflegerischen gesundheitsförderlichen Unterstützung fort und die diätetische detaillierte Lehre des richtigen pflegerisch-gesundheitsförderlichen Lebens verlor alle Relativierungen durch konkurrierende Lehren. Wachsender Lebensstandard und technische Erfindungen ermöglichten marktgetriebene Angebote für sehr alte pflegerische Hoffnungen.

### 3.2 Risiken und Nebenwirkungen

Daher erschien uns vor nahezu 25 Jahren der Begriff der »Gesundheitsgesellschaft« nicht völlig inadäquat, weil der Bezug auf Gesundheit in der Tat über das im Sinne Luhmanns ausdifferenzierte System der Krankenbehandlung, das viele Krankheiten, aber nur eine Gesundheit kennt, hinausgeht: der Code »pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung bedürftig/nicht bedürftig« geht über den Code krank-gesund, der das System der Krankenbehandlung dominiert, weit hinaus und leitet nach dem Rückzug der theologisch-religiösen, philosophischen, nationalistischen, sozialistischen und sogar z. T. demokratischen Theorien eines detailliert normierten guten Lebens in der Tat die Selbstbeschreibungen von Gesellschaften. Auch wenn wir nicht mehr krank sind, müssen wir uns weiterhin pflegen und dafür sorgen, dass die Um-Welt gesund ist. Für dieses Argument ist wie gesagt unerheblich, dass häufig wechselt, was als gesund gilt. Was als »gesund« gilt, wechselt mit neuen Erkenntnissen; dass alles »gesund« sein und »gepflegt« werden muss, bleibt.

Gesundheit wurde von einem Mittel oder einer Nebenbedingung (Gadamer: Gesundheit als »Leben im Schweigen der Organe«) zu einem Ziel, das durch kein anderes mehr zu relativieren war. Die vormalig absolutistisch-ökonomische begründete Notwendigkeit des Wirtschaftswachstums zum Beispiel wurde nun damit begründet, dass das Wirtschaftswachstum notwendig sei, um die Gesundheitsförderung zu bezahlen. Gesundheit erschien und erscheint als gesellschaftlich machbares Ziel. Jede Entscheidung erwies und erweist sich als Entscheidung mit gesundheitlichen Folgen. Lebensstile erwiesen sich als Gesundheitsstile (Bourdieu, Abel, Kickbusch).

Woher kam vor 25 Jahren dieser kritische Unterton beim Gebrauch des Begriffs »Gesundheitsgesellschaft«, warum nahmen wir den Rückzug aller anderen normativen detaillierten Lehren außer der Diätetik nicht als Fortschritt der Aufklärung und der Befreiung des Menschen aus selbstverschuldeter Unmündigkeit? Die Antwort lautet nicht nur, dass der Begriff der »Volksgesundheit« durch die nationalsozialistische Fraktion der Sozialmediziner so diskreditiert war, dass bis heute fast alle der sozialmedizinischen Tradition (auch der der vertriebenen und ermordeten Sozialmediziner) zugehörigen Begriffe nur als englische benutzt werden: für »public health« wird bis heute keine Rückübersetzung ins Deutsche gebraucht, dann schon lieber eine ins Lateinische.

Die Antwort lautet darüber hinaus, dass in der öffentlichen Gesundheitsförderung der – professionstypische – Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis der Klienten keinen systematischen Platz mehr zu haben schien, wenn Gesundheit zum Ziel wurde und nicht mehr als Mittel zu relativieren war: Als zu bearbeitende, bedenkliche Unbelehrbarkeit und als »Mangel an Bewusstsein« betrachteten die »Gesundberatungsstellen für

Erwachsene (GBE)« des Berliner Senats damals, was im ausdifferenzierten System der Krankenbehandlung als Mangel an »Compliance« und später als Mangel an »Adherence« bearbeitet wurde.

### 3.3 Ungleich in der »Gesundheitsgesellschaft«: Chancengleichheit für ein gesundes Leben

Die Kritik an der Gesundheitsgesellschaft lautete drittens und vor allem, dass die Maßnahmen der traditionell selbst- und umweltpflegerischen Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes als ungeplante Nebenwirkung diejenigen belaste, ja krank mache, die ihr nicht genügen könnten. Dabei bezog sich diese »Nicht-Genügen-Können« keineswegs nur auf mangelnde Ressourcen oder mangelnde Freiheit, »Capability«, wie sie der indische Nobelpreisträger Armatya Sen später im Ansatz des »Capability Approach« als Ziel auch der Gesundheitsförderung fasste, sondern auf ungleiche milieuspezifische Lebensstile, oder anders gesagt, auf milieuspezifische Ausdeutungen der Bewährungsaufgabe jedes Lebens.

Hier ist kurz auf die Entwicklung der health inequality-Forschung einzugehen. Der Zusammenhang von Einkommen und gesundheitlichen Indikatoren wie Mortalität, Morbidität, Krankheitsbelastung ist seit Jahrzehnten überwältigend. Dabei liegt der Unterschied keineswegs nur zwischen arm und reich, sondern auch innerhalb der Besserverdienenden wirkt sich jede Gehaltsgruppe höher auf Lebenserwartung und Morbidität aus. (vgl. die sozialepidemiologische Diskussion Behrens 2003 über das fehlende Soziale an der Sozial-Epidemiologie).

Ihre erklärendes Verstehen ist demgegenüber keineswegs überwältigend (ausführlich Behrens 2003). Demographische Merkmale prognostizieren Morbidität und Mortalität, ohne dass wir die sozialen Prozesse hinreichend begreifen, die zu diesen Resultaten führen. Daher ist schon die Frage gestellt worden, was eigentlich sozial sei an der »Sozial-Epidemiologie«, wenn die sozialen Prozesse handlungs- und sozialisationstheoretisch gar nicht sichtbar werden und die eingesetzten theoretischen Modelle eigentlich nicht auf wählende und entscheidende Menschen, sondern auf deterministische Dosis-Wirkungsbeziehungen angelegt sind (Mielck, Bloomfield 2003, Behrens 2003).

Dem Ressourcenansatz, z.B. meinem eigenen von 2003, liegt eine Vorstellung gesundheitlicher Chancengleichheit zugrunde: Menschen sollen die Ressourcen und die Freiheit haben, die gesundheitlich günstigere Form der Selbst- und Umweltpflege zu wählen.

Konsequent formulierte ich unsere epidemiologisch gefundenen Variablen in Ressourcen voraussetzende Wahlmöglichkeiten um, wie die folgende, in Behrens 2003 ausführlich erläuterte Modell-Graphik ressourcenabhängiger gesundheitsbezogener Entscheidungs- und Handlungsspielräume zeigt (vgl. [Abbildung 1 auf der nächsten Seite](#)).

Für solche Chancengleichheits-Modelle ist auf den ersten Blick die Ökonomie generell, allen voran Sen, sehr instruktiv, da sie vom Individuum oder besser gesagt vom Haushalt ausgeht, der unter einschränkenden Nebenbedingungen und (meist) Ressourcenknappheit seine Wahl trifft. Ressourcen und Freiheitsrechte kommen im Capability-Ansatz gut in den Blick.

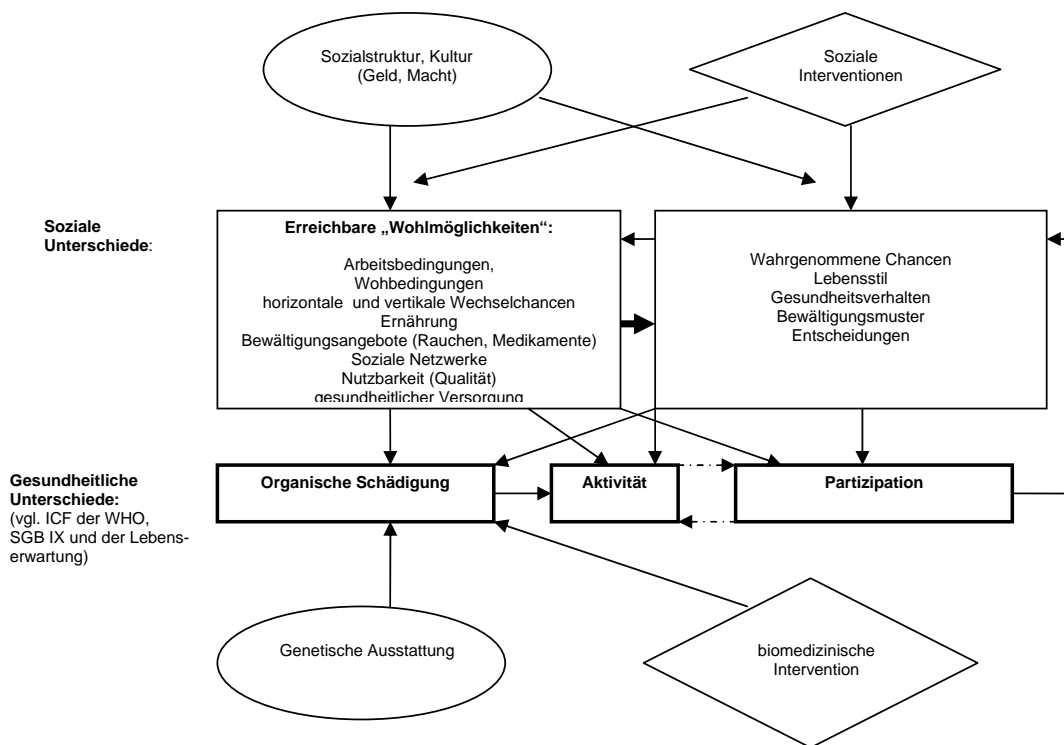


Abbildung 1: Gesundheitliche Chancengleichheit: Modell ressourcenabhängiger gesundheitsbezogener Entscheidungs- und Handlungsspielräume (aus Behrens 2003)

In diesen Chancengleichheits- und Ressourcenmodellen wird inzwischen Bourdieu breit rezipiert (vgl. Abel, Behrens 1983), weil er weniger am Individuum (Haushalt) ansetzt und die soziale Strukturierung von Lebensstilen als Gesundheitsstilen thematisiert. Zumeist werden aber nur die Kategorien des ökonomischen, sozialen und kulturellen Kapitals übernommen, die in der Regel rezipiert werden als ökonomische, soziale und kulturelle Ressourcen (vgl. Abel).

### 3.4 Grenzen des Ressourcen- und Chancengleichheitsmodells (gegen die verkürzte Rezeption Bourdieus)

Diese Übernahme Bourdieus geht aber an seiner eigentlichen These vorbei: Dieses an vielen Beispielen veranschaulichte Thema Bourdieus ist die Logik der Distinktion, des relativen Verhältnisses der fast ständischen, familial durch Herkunft und Bildung tradierten Gruppen zueinander. Sie sind nicht nur durch unterschiedliche Ausstattung mit sozialen, kulturellen und ökonomischen Ressourcen unterschieden. Sondern sie beobachten sich wechselseitig und bilden ihre Lebensstile so aus, dass sie ihre Abgrenzungs- und Überhebungsbedarfe befriedigen.

Das ist auch die Grenze einer Milieu-, einer Community- und eines Lebensstilvorstellung, in denen die Menschen zu leben scheinen wie in einander fremden Stämmen.



In Wirklichkeit beobachten sie sich wechselseitig und finden ihre Identität in der Abgrenzung; sie machen feine Unterschiede, betonen und fürchten zugleich Grenzen der Respektabilität. Die Gemeinschaft stützt die individuellen Entscheider nämlich nicht nur mit Ressourcen und Freiheitsrechten aus, sondern auch mit Erwartungen, mit kulturell spezifischen Bewährungsproblemen, denen sie mit ihrem Leben zu genügen versuchen. Das ist meine Kritik am Ansatz von Sen (vgl. Behrens 1983).

Lebensstile wie fettes Essen mit Bier, Rauchen sind daher nicht (nur) dem Mangel an kulturellem/ökonomischen/sozialem Kapital geschuldet, sondern den (familial) tradierten Abgrenzungsversuchen zur Bewältigung des Bewährungs- und Anerkennungsproblems.

Paul Willis (1977) hat in Birmingham in Schulklassen teilnehmend das Learning to Labour, beobachtet, was wir auch in deutschen Schulklassen beobachten können und was uns beim Verständnis des Unterschieds zwischen Gesundheitsaposteln und Professionen helfen wird: Die Schule verspricht die Chancengleichheit, daß jeder bei guter Leistung alles werden kann. Die Ahnung, dass dies Versprechen für einen selbst nicht gelten könnte, führt in Schulklassen zur Kultur der Abgrenzung von der Gruppe der »Streber« und Lehrer, zu einer männlichen Kultur der körperlichen Unbekümmertheit und Stärke, des Genusses, der demonstrativen Verdrängung der Risiken und zu einer weiblichen Kultur der unwiderstehlich begehrenswerten Schönheit, des Lebens als Trophäe. Die Differenz zu den »Strebern« wird also nicht einfach als Ressourcenmangel begriffen, sondern positiv gewendet als selbstverwirklichende Entscheidung für einen anderen, sicher risikoreicheren, aber auch attraktiveren Lebensstil als den der Streber. In Deutschland haben einige Jugendliche weder Beruf noch Bildung vor sich, sie müssen finden und finden tatsächlich andere Verwirklichungsmuster des von den bildungsbürgerlichen Schichten seit den 50er Jahren übernommenen Bewährungsprogramms selbstverwirklichender, virtuoser (und darin berufsähnlicher) Lebensgestaltung (ausführlicher Behrens 1983).

Bourdieu – und ihn für Deutschland aufgreifend Michael Vester – haben Schichteinteilungen für Frankreich und Deutschland gefunden, die eine führende Oberschicht des konkurrierenden Bildungs- und Besitzbürgertums, eine sich nach oben und nach unten abgrenzenden Mitte der um ihre Autonomie bedachten repektablen Facharbeiter und Angestellten und eine Schicht der Prekären abgrenzt.

### **3.5 Intellektuelle als Gesundheitsapostel der Versittlichung des Volkes und der Herren**

Es ist leicht zu erkennen, welche Position dieses Panorama für die diätetischen Gesundheitsberufe bereithält. Es ist die Position der bildungsbürgerlichen und bildungsbürgerlich orientierten, sich durch Distinktion von den Massen wie vom Besitzbürgertum absetzenden kulturellen, pädagogischen, medizinischen, kirchlichen, naturwissenschaftlichen »organischen Intellektuellen« (Gramsci), die ihre Bewährung in der Funktion finden: Das triebhafte, nicht langfristig denkende (»hedonistische«) Volk und die ausbeuterischen Besitzenden Herren (»führende Eliten«) müssen zu einem nachhaltigeren Umgang mit ihrem Leben und den natürlichen Ressourcen der Umwelt aufgerufen werden.

An dieser Position zeigt sich erneut sehr klar die Differenz des Systems der Krankenbehandlung und des System der pflegerisch-gesundheitsförderlichen Unterstützung:

Während Krankenbehandlung einen Leidensdruck im Auftrag des Kranken lindern muss, ohne ihn unbedingt versittlichend zu belehren, ist im System der pflegerisch-gesundheitsförderlichen Unterstützung die präventive Versittlichung, die Hilfe zur Selbsthilfe, das entscheidende Element. Im Fall von Krankheit führt Leidensdruck zum Therapeuten in der Krise der eigenen Bewältigungsmöglichkeit des Lebens (Krank, vor Gericht). Es wird den Kranken eine vorübergehende Auszeit mit spezifischen Rechten und Pflichten des Kranken gewährt in Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis der Patienten, nach der Behandlung nehmen sie ihr gewohntes Leben wieder auf, wenn auch vielleicht mit etwas mehr Vorsicht. Dagegen verlässt sich in der Gesundheitsförderung der Gesundheitsagent viel seltener darauf, dass der Klient kommt. Als »Gesundheitsapostel« weist er viel häufiger (hier von mir unterstellt: völlig zutreffend) auf mangelnde Nachhaltigkeit der eigenen Lebensführung hin. Er versucht durch Überzeugungsarbeit Leidensdruck zu erzeugen, wo nicht genügend Leidensdruck da ist. Diese Position gefährdet tendenziell den Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis der Adressierten, die hier Tätigen werden von den Adressaten als »Gesundheitsapostel« wahrgenommen.

Von ihnen setzt sich das skeptische, respektable Volk ab: autonomieorientiert, eigenverantwortliche Arbeiter und Angestellte, die ihre Identität in der Abgrenzung nach oben gegenüber den Gesundheitsaposteln, nach unten gegen die nicht mehr respektablen, resignierten, zur autonomen Lebensführung nicht mehr fähigen Prekären finden.

Diese »Prekären« sind für die mit methodischer Pflege ihrer Selbst und ihrer Umwelt um ihre Autonomie kämpfenden Mittelschichten der Angestellten, der Arbeiter und kleinen Selbständigen unerlässlich für ihren identitätsbildenden Abschluss nach unten. Ihr Zeithorizont ist kurz und wird durch demonstrative Unbesorgtheit überspielt. Es ist schwer, die Autonomie durch eine relativ feste Stelle in der Stammebelegschaft, eine sichere Wohnung und unterstützungsfähige soziale Beziehungen zu erringen: die Hoffnung liegt im virtuosen Hasard (Behrens 1984), im Spekulationsgewinn, in der guten Heirat, im Klientelismus. Das sich die Mittelschicht, das Bildungs- und das Besitzbürgertum sich von ihnen identitätsstiftend abgrenzt, heißt keineswegs, dass sie ihr Leben nicht beneiden: An einem Abend im Kneipenviertel versuchen sie die demonstrative Unbesorgtheit der Prekären zu teilen, traditionell als Studentenherrlichkeit gerahmt, mit dem Unterschied, dass diese am nächsten Morgen oder nach ein, zwei Jahren bei der Examensvorbereitung das Milieu verlassen können, jene nicht. Auch gehört, so die Befunde von Bourdieu und Vester, ein Sproß des Bildungsbürgertums oder der Mittelschichten nicht schon dann zu diesen Prekären, wenn er arbeitslos wird und schließlich sein Recht auf Sozialhilfe wahrnimmt: Der Habitus ist familial vermittelt, nicht durch Einkommensverluste und Arbeitsmarktereignisse.

Daher ist jede pflegerische gesundheitsförderliche Unterstützung, jeder Rat gefährdet, als Rat vom Oben der volksversittlichenden Bildungsbürger nach unten anzukommen, als Besserwisserei und Bevormundung, als – bei allem Mitleid (wegen zu wenig Ressourcen) und aller weltverbessernden Programmatik – Verletzung des Stolzes durch Gesundheitsapostel. Gesundheitsförderung kann die krank machen, die ihren Forderungen nicht genügen können. Nicht die pädagogische Aufforderung zu einer einzelnen Verhaltensänderung, nicht die Bereitstellung von Ressourcen, sondern der respektierende Bezug auf den Habitus eröffnen Chancen.

So wird empirisch beschreibend – nicht erst normativ – der Unterschied zwischen Gesundheitsaposteln und Professionen pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung deutlich. Professionen unterscheiden sich von Gesundheitsaposteln durch ihren Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis ihrer Klienten. Sie verwechseln nicht externe und interne Evidence, sondern bauen mit ihren je einzigartigen Klienten aus deren je eigenen Erfahrungen interne Evidence auf und richten von dieser internen Evidence aus Fragen an die externe Evidence der Erfahrungen Dritter. Denn nur das ist das Neue an der weltgesellschaftlichen Computerkultur: Es stehen in einem nie zuvor gekannten Ausmaß (gefilterte) Berichte über Erfahrungen in allen Erdteilen im Netz, und Experten können sie nach vorgegebenen Kriterien in einem benchmarking ordnen (externe Evidence). Aber nur Professionen, die mit ihren Klienten zusammen interne Evidence zur Sprache bringen können, können sie mit ihren Klienten nutzen (vgl. Behrens 2005, Behrens/ Langer 2006).

## Literatur

- Abbott, Andrew (1987): *The system of professions*. Chicago: University Press.
- Baecker, Dirk (2008): Zur Krankenbehandlung im Krankenhaus, S. 39-62 in: Saake, Irmhild; Vogd, Werner (Hrsg.): *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Wiesbaden: VS.
- Baraldi, Claudio; Corsi, Giancarlo; Esposito, Elena (1997): *GLU. Glossar zu Niklas Luhmann*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bauch, Jost (1996): *Gesundheit als sozialer Code: von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*, München: Juventa.
- Beck, Ulrich; Giddens, Anthony; Lash, Scott (1996): *Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Behrens, J. Die Ausdifferenzierung der Arbeit, in: K.O. Hondrich (Hrsg.), *Soziale Differenzierung*, Frankfurt/New York 1982, S. 129 – 209
- Behrens, J. »Selbstverwirklichung« – Vom Verblässen aller Alternativen zur Berufsarbeit. Umfragen und Fallstudien zur Krise der Arbeit in Familie und Erwerbstätigkeit, in: H.-J. Hoffmann-Nowotny, F. Gehrman (Hg.), *Ansprüche an die Arbeit. Umfragen und Interpretationen. Soziale Indikatoren XI. Konzepte und Forschungsansätze. Sektion Soziale Indikatoren in der Deutschen Gesellschaft für Soziologie*, Frankfurt/New York 1984
- Behrens, J., Leibfried, S., Milles, D., Hg., *Sonderheft Sozial- und Gesundheitspolitik der Zeitschrift für Sozialreform*, Heft 11/12 1986
- Behrens, J., Leibfried, S. *Sozialpolitische Forschung. Eine Übersicht zu universitären und universitätsnahen Arbeiten*, in: *Zeitschrift für Sozialreform*, Jg. 33, Heft 1/1987, S. 1-19
- Behrens, J. Gnade, bürgerliche Autonomie, Krankheit. Staatliche Sozialpolitik und betriebliche Sozialverfassung, in: *Zeitschrift für Sozialreform*, 36. Jahrgang, 1990, Heft 11/12, S. 803-827

- Behrens, J. 2003 Medizin- und Gesundheitssoziologie in: Barbara Orth, Thomas Schwietring und Johannes Weiß (Hrsg.): Soziologische Forschung. Stand und Perspektiven. Opladen: Leske + Budrich, S. 277 – 298, ISBN 3-8100-4003-7
- Behrens, Johann (2003): Medizin- und Gesundheitssoziologie. S. 277-298 in: Orth, Barbara; Schwietring, Thomas; Weiß, Johannes (Hrsg.): Soziologische Forschung: Stand und Perspektiven. Ein Handbuch. Opladen: Leske und Budrich.
- Behrens, J. 2005 Soziologie der Pflege und Soziologie der Pflege als Profession: die Unterscheidung von interner und externer Evidence in: Schroeter, K.-R., Rosenthal, T. (Hrsg.) Soziologie der Pflege. Juventa Weinheim, S. 51-70, ISBN 3-7799-1624-X
- Behrens J, 2006 Meso-soziologische Ansätze und die Bedeutung gesundheitlicher Unterschiede für die allgemeine Soziologie sozialer Ungleichheit in: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.) Gesundheitliche Ungleichheit, VS Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden ISBN-10 3-531-14984-9, S. 53-72 (20)
- Behrens, J. Langer, G. 2006 Evidence-based Nursing and Caring: interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen; vertrauensbildende Entzauberung der »Wissenschaft«. Hans Huber Bern, ISBN 3-456-84318-6
- Berg, Marc (1996): Practices of Reading and Writing: The Constitutive Role of the Patient Record in Medical Work. *Sociology of Health and Illness* 18, S. 499-524.
- Bourdieu, Pierre (1982): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Castells, Manuel (2001): Der Aufstieg der Netzwerkgesellschaft. Opladen: Leske & Budrich.
- Fuchs, Peter (2006): Das Gesundheitssystem ist niemals verschnupft, S. 65-82 in: Bauch, Jost (Hrsg.): Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitssystems. Konstanz: Hartung-Gorre.
- Göckenjan, Gerd, 1985: Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt, Frankfurt: Suhrkamp.
- Hafen, Martin (2004): Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung?, in: Prävention, 8-11.
- Huerkamp, Claudia (1985): Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert, Göttingen.
- Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Labisch, Alfons (1992): Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt a.M./ New York: Campus.
- Lachmund, Jens / Stollberg, Gunnar (Hrsg.) (1992): The Social Construction of Illness. Illness and Medical Knowledge in Past and Present, Stuttgart: Steiner.

- Luhmann, Niklas (1983a): Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht, S. 28-49 in: Herder-Dorneich, Philipp / Schuller, Axel (Hg.), Die Anspruchsspirale. Schicksal oder Systemdefekt?, Stuttgart etc.: Kohlhammer.
- Luhmann, Niklas (1983b): Medizin und Gesellschaftstheorie, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft 8, 168-175.
- Luhmann, Niklas (1990a): Der medizinische Code. S. 183-195 in: ders.: Soziologische Aufklärung, Bd. 5, Konstruktivistische Perspektiven. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, Niklas, (1993): Das Recht der Gesellschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1994): Die Wirtschaft der Gesellschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Parsons, Talcott (1958): Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine Soziologische Analyse. S. 10-57 in: König, René / Tönnemann, Margret (Hrsg.): Probleme der Medizinsoziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Pelikan, Jürgen (2007): Understanding differentiation of health in late modernity by use of sociological systems theory, S. 74-102 in: McQueen, David V.; Kickbusch, Ilona (Hrsg.): Health and modernity. The role of theory in health promotion. New York: Springer.
- Pilzer, Paul Zaine (2002): The Wellness Revolution. New York: Wiley & Sons.
- Rothschuh, Karl Eduard (1978): Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart, Stuttgart: Enke.
- Saake, Irmhild; Vogd, Werner (Hrsg.): Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden: VS.
- Scott, W. Richard; Ruef, Martin; Mendel, Peter J.; Caronna, Carol A., 2000: Institutional change and healthcare organizations. From professional dominance to managed care. Chicago etc.: University of Chicago Press
- Stollberg, Gunnar (2008): Kunden der Medizin? Der Mythos vom mündigen Patienten, S. 354-362 in: Saake, Irmhild; Vogd, Werner (Hrsg.): Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden: VS.
- Waddington, Ivan (1985): Medicine, the market and professional autonomy. S. 388-416 in: Conze, Werner et al. (Hrsg.): Bildungsbürgertum im 19. Jahrhundert, Stuttgart: Klett-Cotta, Vol. I.
- Willis, Paul (1977): Learning to Labour: how working class kids get working class jobs. Farnborough: Saxon House.