

Peter-Ernst Schnabel

Soziopsychosomatische  
Gesundheit, robuste  
Demokratie,  
Suffizienzökonomie und  
das „glückliche“ Leben

Über ein wechselseitiges Verhältnis



---

# Gesundheit und Gesellschaft

## **Reihe herausgegeben von**

Ullrich Bauer, Fakultät für Erziehungswissenschaft, Universität Bielefeld,  
Bielefeld, Deutschland

Matthias Richter, Institut für Medizinische Soziologie, Martin-Luther-Universität  
Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland

Uwe H. Bittlingmayer, Institut für Soziologie, Pädagogische Hochschule  
Freiburg, Freiburg, Deutschland

Der Forschungsgegenstand Gesundheit ist trotz reichhaltiger Anknüpfungspunkte zu einer Vielzahl sozialwissenschaftlicher Forschungsfelder – z. B. Sozialstrukturanalyse, Lebensverlaufsforschung, Alterssoziologie, Sozialisationsforschung, politische Soziologie, Kindheits- und Jugendforschung – in den Referenzprofessionen bisher kaum präsent. Komplementär dazu schöpfen die Gesundheitswissenschaften und Public Health, die eher anwendungsbezogen arbeiten, die verfügbare sozialwissenschaftliche Expertise kaum ernsthaft ab. Die Reihe „Gesundheit und Gesellschaft“ setzt an diesem Vermittlungsdefizit an und systematisiert eine sozialwissenschaftliche Perspektive auf Gesundheit. Die Beiträge der Buchreihe umfassen theoretische und empirische Zugänge, die sich in der Schnittmenge sozial- und gesundheitswissenschaftlicher Forschung befinden. Inhaltliche Schwerpunkte sind die detaillierte Analyse u. a. von Gesundheitskonzepten, gesundheitlicher Ungleichheit und Gesundheitspolitik.

Weitere Bände in der Reihe <https://link.springer.com/bookseries/12229>

---

Peter-Ernst Schnabel

Soziopsychosomatische  
Gesundheit, robuste  
Demokratie,  
Suffizienzökonomie und  
das „glückliche“ Leben

Über ein wechselseitiges Verhältnis

Mit einer Einleitung von Uwe H. Bittlingmayer

 Springer VS

Peter-Ernst Schnabel (Verstorben)  
Bielefeld, Deutschland

ISSN 2626-6172

ISSN 2626-6180 (electronic)

Gesundheit und Gesellschaft

ISBN 978-3-658-17809-3

ISBN 978-3-658-17810-9 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-658-17810-9>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Katrin Emmerich

Springer VS ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

*... allen, die – wo immer sie in der Welt  
stehen – dagegen*

*aufbegehren, dass der Kapitalismus  
Gesundheit und Leben zerstört.*

---

# Das Beharren auf Gesundheitsförderung. Zur Einleitung

Peter-Ernst Schnabel, der viel zu früh gestorben ist, war einer der Pioniere deutscher Public Health und obwohl er eine Vielzahl von Büchern und Artikeln vorgelegt hat, sind seine durchdachten theoretischen Positionen wenig bekannt. Zwar werden Schnabels Publikationen mittlerweile in einschlägigen Einleitungen in die Gesundheitssoziologie mit einbezogen (vgl. z. B. Hehlmann et al. 2018; Bär 2016; Hurrelmann und Richter 2013; Schmidt-Semisch und Schorb 2021), aber innerhalb des bunten Flickenteppichs der Gesundheitswissenschaften bleiben die theoretischen und praktischen Herausforderungen, die Schnabel immer wieder formuliert und angeht, weitgehend ungehört. Das hat Schnabel selbst zwar immer wieder frustriert, aber nicht entmutigt. Peter-Ernst Schnabel hat über dreißig Jahre an der theoretischen Grundierung, an Anwendungs- und Umsetzungsmöglichkeiten und an Ausbildungsschwerpunkten der Gesundheitswissenschaften gearbeitet. Dabei hat er allein fünf Bücher mit theoretischen Ausarbeitungen vorgelegt, die eine Reihe starker interdisziplinär verankerter Argumentationen aufbauen, Gesundheitswissenschaften als radikale Alternative zu den dominanten Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit, einschließlich des damit verbundenen Versorgungssystems zu begreifen und praktisch werden zu lassen.

Das vorliegende Buch ist Ausdruck einer besonderen Beharrlichkeit in dem Glauben, dass Public Health die Fortsetzung der Kritischen Theorie mit anderen Mitteln sein könnte und ein weiterer Bestandteil einer theoretischen Grundlegung von Public Health (im Verbund mit Schnabel 2001, 2007, 2009, 2015; Schnabel und Bödeker 2012; Schnabel 2013), nachdem Schnabel über drei Jahrzehnte die Erforschung von Gesundheit und Krankheit in das Zentrum seiner Arbeit gestellt hatte. Leider verstarb Peter-Ernst Schnabel, bevor das

vorliegende Buch druckfertig an den Verlag übermittelt werden konnte. Deshalb wird es nach editorischer Überarbeitung nunmehr posthum veröffentlicht. Auf Aktualisierungen der empirischen Daten und sprachliche Glättungen wurde verzichtet, um die Authentizität des Buches nicht zu gefährden.

Dafür soll in dieser vorgelagerten Einleitung das vorliegende Buch in seinen Werkkontext einsortiert werden, damit die an frühere Veröffentlichungen ansetzenden Argumentationslinien besser nachvollziehbar sind. Wer die Texte von Schnabel kennt weiß, dass eine solche Werkübersicht, soll sie nicht ein eigenes Buch werden, notwendig selektiv sein muss, weil die theoretischen Bezüge, die daraus abgeleiteten Argumente, praktischen Vorschläge und vorgeschlagenen Implementationsstrategien äußerst reichhaltig sind. Deshalb werde ich mich in dieser Einleitung damit begnügen (müssen), einige zentrale Motive aus dem Werk von Peter-Ernst Schnabel herauszustellen, anhand derer sich zugleich eine diagnostische Perspektive auf den gegenwärtigen Zustand deutscher Public Health sowie der aktuellen gesellschaftlichen Lage gewinnen lässt. Ein erster Ausgangspunkt einer solchen Einleitung in Peter-Ernst Schnabels Denken ist sicherlich die Frage nach einer disziplinären Identität von Public Health.

*Integrative und multidisziplinäre oder unverbundene, auf Einzelwissenschaften beruhende Gesundheitswissenschaften?*

Es ist häufig bemerkt worden, dass Deutschland durch die Nazi-Vergangenheit einen Bruch in der Entwicklung von öffentlicher Gesundheitsfürsorge und bevölkerungsbezogener Prävention vollziehen musste und vollzogen hat (vgl. zur historischen Verstrickung z. B. Schmuhl 2004). Erst in den 1980er Jahren gab es Pioniere, die Public Health in Deutschland im Zuge eines Paradigmenwechsels zur so genannten New Public Health zu etablieren suchten. Neben Bernhard Badura, Paul Wolters, Ulrich Laaser, Klaus Hurrelmann und Alexander Krämer zählte Peter-Ernst Schnabel zu den Vorbereitern und Gründungsfiguren der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, der bis heute einzigen School of Public Health gemäß WHO-Standard in Deutschland. Darüber gibt es keinen Dissens, so findet sich in einem Nachruf der Fakultät für Gesundheitswissenschaften die folgende Einschätzung: „Wir haben Peter-Ernst Schnabel viel zu verdanken. Er war bereits im Jahre 1989 mit dem Projekt „Evaluation des Aufbaus der Gesundheitswissenschaften“ in der Soziologie betraut und bis zum Jahr 1995 im Forschungsverbund Public Health in NRW tätig. Im Anschluss prägte er die Gründungsjahre unserer Fakultät für Gesundheitswissenschaften entscheidend mit. Bei der weiteren Entwicklung der Fakultät hat er sich besonders für die Bereiche Prävention, Gesundheitsförderung

und Gesundheitskommunikation engagiert.“ (Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften 2017)

Weniger Einigkeit besteht in der disziplinären Zielperspektive, die Schnabel mit großer Konsequenz verfolgt hat und die darauf ausgerichtet war, *eine* inter- und transdisziplinäre Gesundheitswissenschaft zu etablieren, die über ein bloßes Konglomerat von Einzeldisziplinen hinaus weist, die sich mit dem Gegenstand Gesundheit beschäftigen (Schnabel 2001, S. 12). Gesundheit sollte aus der Perspektive Schnabels „zum klar umrissenen Gegenstandsbereich einer jener wirklich neuen *Wissenschaften* werden, die sich dem Wissenschaftshistoriker und -soziologen T. Kuhn (...) zufolge immer dann herauszubilden scheinen, wenn sich die etablierten Wissenschaften als unfähig erweisen, aktuelle Probleme von großer gesellschaftlicher Tragweite zu verstehen und zu lösen.“ (Schnabel 2007, S. 13; Herv. im Org.) Dabei ist ihm klar, dass die Transformation von Gesundheitswissenschaften als Konglomerat von unter dem gemeinsamen Gegenstand Gesundheit (und Krankheit) versammelten Einzeldisziplinen und Gesundheitswissenschaft als kooperatives transdisziplinäres Gesamtgefüge noch lange nicht vollzogen ist und ganz prinzipiell auch in Frage steht, aber aus seiner Sicht ein notwendiges Ziel bezeichnet, soll Public Health die volle eingeschriebene Wirkung entfalten (Schnabel 2015, S. 309). Zugleich wird Schnabel nicht müde, die Beforschung des Gegenstandes Gesundheit mit wissenschaftlicher Identitätsbildung in Verbindung zu bringen, von der er meint, dass sie in den Gesundheitswissenschaften bis heute noch nicht weit vorangeschritten ist (vgl. z. B. Schnabel 2015, S. 15).

Schnabel resümiert in einem gemeinsamen Beitrag mit Paul Wolters (2011, S. 116), dass sich die Personen, die für die Gründungsphase deutscher Public Health (in Bielefeld und auch anderswo) verantwortlich zeichneten, allerdings zunächst damit beschäftigt waren, den eigenen Platz innerhalb der plural angelegten Gesundheitswissenschaften abzusichern und die Relevanz der jeweiligen Monodisziplinen (Soziologie, Geschichte, Psychologie, Politikwissenschaften, Erziehungswissenschaft, Ökonomie, Medizin, Ökotrophologie usw.) zu betonen. Nach den beachtlichen bundesweiten Erfolgen bei der Etablierung von Public Health formulieren Schnabel und Wolters zunächst die Sorge, dass Gesundheitswissenschaften in Deutschland inhaltlich, konzeptionell und politisch hinter die Ottawa-Charter zurückfallen. Das ist aktuell eine breit geteilte Sorge, analog argumentieren etwa Thomas Gerlinger und Rolf Schmucker (2011), dass die immer forschenden und konsequent formulierten gesundheitspolitischen Konzepte einer „health in all-policies“ längst von einer „economy in all-policies“ überholt worden sind. Diese Entwicklung kann für Public Health

durchaus bestandsgefährdend sein kann, nämlich dann, wenn im Zuge dieser Umformatierung die polizeiliche Dimension von Gesundheit vorrangig durchschlägt und die Individuen auf die volle ökonomische Funktionalität getrimmt werden, bei gleichzeitig äußerst ungesunden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (nach wie vor äußerst lesenswert Kühn 1993; vgl. auch die Beiträge in Schmidt und Kolip 2007; sowie Hensen und Hensen 2008; vgl. ferner Schmidt 2008; Hensen 2011; Schmidt 2017).

Nach Einschätzung von Schnabel und Wolters (2011, S. 121) haben sich die „Initiatoren von Public Health [...] zu lange von der Illusion leiten lassen, dass die Idee der Gesundheitsförderung sich aufgrund der ihr innewohnenden Rationalität den Weg in die bestehenden Gesellschaften schon von selber bahnen werde. Nicht weniger irrig war aber auch die Annahme, dass es gelingen könnte, die Gesundheitswissenschaften zu implementieren und ein System der Gesundheits-sicherung einzuführen, ohne sich kritisch und konstruktiv mit dem medizinisch-mechanistischen Paradigma auseinanderzusetzen und ohne kongeniale Änderungen im System der Krankenversorgung anzustoßen“. Das gelingt aber nur dann, wenn sich eine Gesundheitswissenschaft als „konsequent systemkritische, einheitlich argumentierende und sich ihrer selbst sichere Instanz“ etabliert. (Schnabel und Wolters 2011, S. 121).

Dass die Etablierung einer solche multidisziplinären und identitätsstiftenden Gesundheitswissenschaft ein enorm ehrgeiziges Ziel darstellt, war Schnabel natürlich bewusst: „Wir nennen das, was wir als Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler tun, Gesundheitswissenschaften/Public Health und finden kaum etwas dabei, wenn der mit Abstand größte Teil der unter diesem Namen durchgeführten Forschungen sich mit Fragen der Krankheit beschäftigt.“ Gleichzeitig gibt es aber kaum Alternativen, wenn Public Health als eine immanent kritische Disziplin verstanden werden soll, der es um die maximale Förderung der Bevölkerungsgesundheit in all ihren Dimensionen als disziplinären Kern geht (Schnabel 2015, S. 17–25). Sein eigenes Werk lässt sich zumindest so verstehen, diesen disziplinären Kern vor allem mit den Mitteln soziologischer Theoriebildung entlang unterschiedlicher Ausgangspunkte und Gegenstände herauszuarbeiten.

### *Kritik der Medizinsoziologie als Ausgangspunkt*

In seinem 1988 erschienen Buch *Krankheit und Sozialisation* (die stark gekürzte Version der Habilitationsschrift) arbeitet sich Schnabel insbesondere an der zunächst systemtheoretisch geprägten und später – zumindest in Deutschland – stark marxistisch dominierten Medizinsoziologie ab und versucht bereits früh

einen paradigmabildenden Zugriff, hier noch auf den Gegenstand Krankheit (Schnabel 1988). Die Grundidee ist die Erweiterung einer medizinsoziologischen Perspektive in eine „sozialwissenschaftliche Krankheitsforschung“ (Schnabel 1988, S. 3), die Schnabel einerseits in immanenter Auseinandersetzung mit der Medizinsoziologie und andererseits unter Zuhilfenahme des Sozialisationsparadigmas entwickelt. Der Anspruch ist von Beginn an hoch: Schnabel möchte – in der medizinkritischen Argumentationslinie der Arbeiten von Mitscherlich (1966), Foucault (1988) bis Illich (1975) der 1960er und 1970er Jahre einen systematischen Angriff auf die Definitionsmacht der medizinischen Profession auf den Krankheitsbegriff unternehmen.

Dabei arbeitet er eine heimliche Komplizenschaft zwischen der Medizinsoziologie und der Medizin in Hinblick auf die Definition von Krankheit heraus und attestiert Ende der 1980er Jahre einen „theorielosen und theoretisch defizitären Zustand der Medizinsoziologie“ (Schnabel 1988, S. 7), die Schnabel angreifen und im Sinne einer „sozialisationsanalytischen Fundierung der Medizinsoziologie“ (Schnabel 1988, S. 25) erweitern möchte. Die Erweiterung erfolgt über die vorrangig theoretische Figur einer *Sozialisationspathogenese*, bei der Fragen der *Krankheitsentstehung* mithilfe einer großen Bandbreite von empirischen und theoretischen Studien aus den Bereichen Sozial- und Entwicklungspsychologie, (Medizin-)Soziologie, Sozialepidemiologie und Sozialisationsforschung verarbeitet werden. Der Rückgriff auf eine gesellschaftstheoretisch fundierte Sozialisationstheorie (vor allem Dieter Geulens) soll ein Konzept von Krankheit ermöglichen, das sich jenseits der „Kategorien selbstverschuldeter und fremdbestimmter, Reintegration erzwingender Devianz“ (Schnabel 1988, S. 111) befindet. Heraus kommt ein umfassender theoretischer Entwurf einer „dispositions-kompensationsorientierten Sozialisationstheorie der Krankheitsentstehung und des Krankheitsverlaufs“ (Schnabel 1988, S. 159), der als Blaupause und empirische Forschungsprogrammatische (vor allem in den stark verdichteten Abbildungen 3 bis 10 im zweiten Teil) dienen könnte.<sup>1</sup>

Schnabel hat den Weg selbst nicht weiter verfolgt, sein theoretisches Modell in den nächsten Jahren grundständig empirisch einzuholen oder zumindest an zentralen Stellen aufzufüllen. Das hängt aus meiner Sicht vor allem damit zusammen, dass Schnabel in den folgenden Jahren selbst einen Paradigmenwechsel in Richtung Gesundheitswissenschaft vollzogen hat. Zwar lassen sich an

---

<sup>1</sup>Die scharfe Abgrenzung und Verurteilung einer Perspektive von Krankheit als abweichendem Verhalten zieht sich durch das Gesamtwerk von Schnabel; vgl. z. B. Schnabel (2007, S. 40) und Schnabel (2001) passim.

einigen Stellen bereits direkte Bezüge auf das Gesundheitsthema finden und auch die Kritik an einer kategorialen Trennung von Krankheit und Gesundheit und die Favorisierung eines (später wieder partiell infrage gestellten) Balance-Modells sind in der Habilitation sehr deutlich vertreten (z. B. S. 108, 111, 125). Allerdings sind die Ansätze von Aaron Antonovsky hier noch nicht bekannt, die Bezüge zur später identitätsstiftenden Ottawa-Charter noch nicht präsent; vielmehr dominiert die kritische Auseinandersetzung mit der Medizinsoziologie und der Versuch ihrer grundlegenden Erweiterung, ohne aber den medizinsoziologischen Rahmen konzeptionell vollständig zu verlassen (vgl. zum Perspektivwechsel zwischen Medizinsoziologie und Gesundheitswissenschaft auch Gerlinger 2006, S. 43–44).

*Gesundheitswissenschaften als Heimatdisziplin, Gesundheitskommunikation als theoretische Basis*

Nach der kontinuierlichen Veröffentlichung von Arbeiten zu Gesundheit in den 1990er Jahren (wichtig etwa Kolip et al. 1995) legte Schnabel (2001) dann mit seiner als Lehrbuch aufgebauten Grundlagenstudie zu Familie und Gesundheit einen unmittelbaren Beitrag zu den Gesundheitswissenschaften vor, der ausgehend von soziologischer Zeitdiagnose und Familiensoziologie den Bogen zu konzeptionellen Überlegungen von Interventionen zur Gesundheitsförderung bis hin zur Formulierung von Interventionskriterien spannt. Zwar wird in dieser Studie auch auf zentrale Erkenntnisse der Habilitationsschrift zurückgegriffen (vor allem in Kap. 4 und 8), der Gegenstand Gesundheit wird aber in den Mittelpunkt gestellt und anders theoretisch gerahmt. Als allgemeines Ziel der Studie wird deshalb konsequent die systematische Offenlegung der im familialen Sozialisationsgeschehen aufgehobenen Gesundheitspotenziale benannt (Schnabel 2001, S. 12).

Gesundheitswissenschaft wird in diesem Buch als eine Art angewandte Soziologie betrieben und die Analyse von Gesundheit, ihrer Entstehungsbedingungen sowie ihren Förderungsmöglichkeiten (im Unterschied zum Fokus der Krankheitsgenese) in den analytischen und praktischen Blick genommen. Spannend an dieser Studie ist aus soziologisch-theoretischer Perspektive etwa der souveräne Bezug zu zwei in der Regel höchst kontrovers diskutierten Ansätzen von Jürgen Habermas und Niklas Luhmann, die Schnabel mit Blick auf den Gegenstandsbereich Gesundheit und auf die Konzeption einer adäquaten gesundheitswissenschaftlichen Kommunikationstheorie einfach undogmatisch verbindet (vgl. Abb. 1; wir werden später sehen, dass im vorliegenden Buch diese undogmatische Verbindung auch zu theoretischen Inkonsistenzen führen kann).

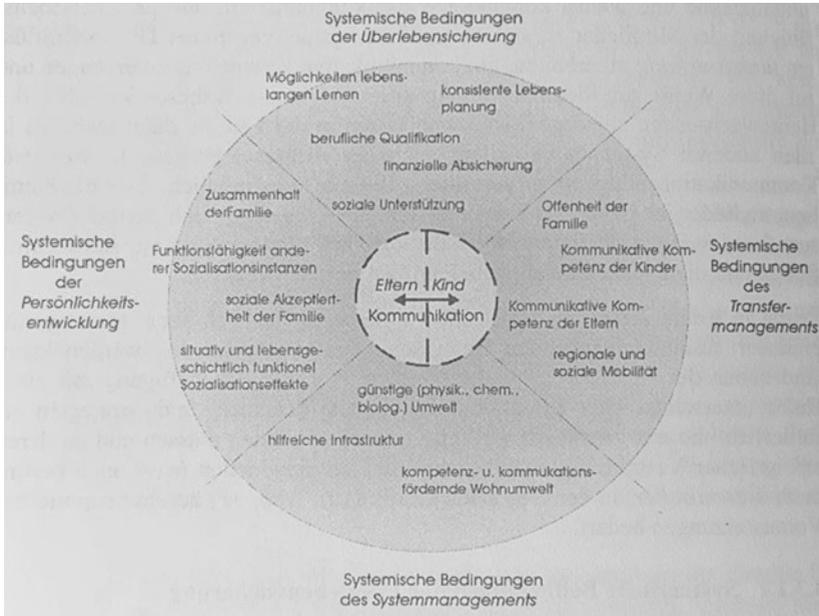


Abb. 1 Quelle: Schnabel (2001, S. 168)

Schnabel geht davon aus, dass vor allem in Familien die Sozialisationsaufgaben erbracht werden müssen und in der Regel auch erbracht werden, die Kindern und Jugendlichen Aussichten auf ein „qualitativ hochwertiges, befriedigendes und damit im weitesten Sinne gesundes Leben“ (Schnabel 2001, S. 38–39) eröffnen. Eine positive Gesundheitssozialisation aber „setzt nicht nur voraus, dass den Beteiligten, vor allem den Eltern oder anderen verantwortlichen Sozialisatoren überhaupt bekannt ist, welche Aufgaben zur rechten Zeit erfüllt werden müssen. Die Angemessenheit elterlichen und kindlichen Handelns hängt außerdem ganz wesentlich davon ab, wie gut beide Seiten in der Lage sind, miteinander zu kommunizieren, d. h. über das situationsangemessenste Verhältnis von gegenseitigen *Erwartungen* und *Erfüllungsangeboten* unter ungleichen Bedingungen erfolgreich zu verhandeln.“ (Schnabel 2001, S. 40)

In Hinblick auf die zeitliche Dimension sieht Schnabel eine Differenz zwischen auf ausbrechende Krankheitsepisoden ausgerichteten Interventionsmedizin und Krankheitsversorgung einerseits und einer auf den gesamten Lebenslauf und auf gesundheitsorientierte Sozialisationsprozesse andererseits

abzielenden Gesundheitsperspektive.<sup>2</sup> Schnabels aus dieser Differenz abgeleitetes starkes und auch aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive absolut konsequentes Argument zum Zusammenhang von Gesundheit und Familie lautet, dass es im Interesse einer gut funktionierenden Gesellschaft liegt, Familien nachhaltig zu unterstützen, *bevor* pathologische Zustände überhaupt auftreten. Schnabel zufolge sind die sozial-, familien- und krankheitspolitischen Institutionen aber so programmiert, dass sie erst eingreifen, nachdem die familialen Ressourcen und Unterstützungsformen erschöpft sind und in eine massive Krise geraten. Das aus der Sozialpolitik stammende Subsidiaritätsprinzip steht für dieses Grundmodell Pate und ist tatsächlich dysfunktional, soll die familiäre Gesundheit insgesamt erhalten bleiben und nicht erst mühsam wiederhergestellt werden müssen. Deshalb ist die nach wie vor geltende Logik der Identifikation von familialen Risikokonstellationen und der risikobezogenen Hilfeleistungen aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive nur ein kleiner Teil:

„Wer Risiken minimiert, tut zweifellos Gutes, weil er die Betroffenen von einer Last befreit, ohne die es sich besser bzw. länger lebt und er gibt den Menschen Ressourcen zurück, über die sie bei fortgesetzter Krankheit nicht verfügen würden. Tatsache ist auch, dass wir uns als erfolgreich Therapierte besser fühlen, oder wenigstens besser fühlen sollten, als wenn wir unter einer Krankheit zu leiden hätten. Mit ‚vollständigem körperlichen, seelischen und sozialem Wohlbefinden‘, auf das Menschen entsprechend der Gesundheitsdefinition der WHO (1946, S. 1) ein natürliches Anrecht besitzen, hat dies [...] nur wenig zu tun.“ (Schnabel und Bödeker 2012, S. 61)

Schnabel zufolge Familien sind stattdessen konsequent zu fördern, ohne dass überhaupt erst Krisen einsetzen. Das ist die radikale aus der Gesundheitswissenschaft folgende Perspektive, nicht erst zu warten, bis etwas kollabiert, sondern entlang unterschiedlicher Anwendungsfelder und -formen die Handlungsressourcen von Subjekten und Familien so zu fördern, die die Widerstandskräfte und Bewältigungsformen Gesundheit erlauben aufrechtzuerhalten. Natürlich bedeutet das nicht, dass Familien in Krisensituationen damit ausgeblendet werden, aber es geht darum, dass das nur ein kleiner Teil gesellschaftlicher

---

<sup>2</sup>Diese Differenz wird allerdings relativiert, wenn es um den Vergleich von Salutogenese und Pathogenese geht, in denen beide eine zeitliche Dimension unmittelbar eingeschrieben ist (Schnabel 2007, S. 74–88). In der hier benannten Differenz geht es vor allem um die versorgungspolitischen Weichenstellungen.

Anstrengungen sein sollte eines deutlich umfassenderen Konzepts einer Familien-gesundheitsförderung.

Dass Schnabel den Kommunikationsbegriff als für die allgemeine Gesundheitswissenschaft und für ihre Praxis, die Gesundheitsförderung, wichtigsten theoretischen Begriff festmacht, ist aus meiner Sicht nicht nur dem Hype um den linguistic turn und der Dominanz kommunikationsorientierter Ansätze in den 1980er und 1990er Jahren geschuldet, von Habermas und Luhmann als zwei der wohl wichtigsten gesellschaftstheoretischen Zugänge dieser Zeit maßgeblich vertreten. Ich werde im Folgenden kurz zeigen, dass Schnabel über die benannten gesellschaftstheoretischen Angebote hinaus geht (I) und anschließend nachzeichnen, dass der Kommunikationsbegriff eine viel versprechende strategische Option zur Etablierung einer eigenständigen Gesundheitswissenschaft liefert, die Schnabel gesehen und konsequent verfolgt hat (II).

(I) Über die Diskussionen um den linguistic turn und die verfügbaren gesellschaftstheoretischen Varianten hinaus geht Schnabel insofern als er *Gesundheit als gesunde Kommunikation* bzw. *gesundes Kommunizieren* unmittelbar verschleißt. Das „Erlernen und situationsangemessene Einsetzenkönnen von kommunikativer Kompetenz und Gesundheitsfähigkeit auf der somatischen, psychischen und psychosomatischen Ebene [sind] eng miteinander verbunden.“ (Schnabel 2001, S. 157) Schnabel liefert eine Definition von Kommunikationskompetenz, bei der sichtbar wird, dass Habermas, Luhmann, Watzlawick, Goffman und andere die eigenen Gedanken nur flankieren: „Unter *kompetentem* Kommunizieren, sollen hier sowohl die sprachlichen wie nichtsprachlichen Fähigkeiten eines Menschen verstanden werden, sich angesichts der zahllosen Aushandlungssituationen in der Familie, bei der Arbeit, unter Freunden, in Schule, Betrieb oder Sportverein, um die Erfüllung emotionaler, kreativer und logisch-rationaler Bedürfnisse zu bemühen, ohne dabei die ähnlich gelagerten Bedürfnisse anderer zu unterdrücken.“ (Schnabel 2001, S. 156) Dabei stellt Schnabel klar, dass Gesundheitskommunikation nicht gleichbedeutend ist mit dem Sprechen über den spezifischen Gegenstandsbereich Gesundheit und/oder Krankheit: „Gesundheitsförderliches Kommunizieren [ist] mit dem Kommunizieren über Gesundheit und Krankheit nicht identisch. Es ist auch nicht davon auszugehen, dass diejenigen, die kompetent über Gesundheit und Krankheit kommunizieren können, deshalb automatisch in der Lage wären, gesundheitsfördernd miteinander umzugehen.“ (Schnabel 2001, S. 177) Schnabels Motiv der Gesundheitskommunikation ist streng interaktionistisch angelegt. Er geht davon aus, dass Gesundheit zwar allen Menschen in irgendeiner Weise mitgegeben worden ist, die Gesundheit im alltäglichen Überlebenskampf aber nur

mit der Unterstützung von relevanten Anderen hergestellt und aufrecht erhalten werden kann (Schnabel 2001, S. 179).

Diese Überlegungen hat Schnabel gemeinsam mit einem seiner Schüler, Malte Bödeker, dann in einer eigenen Monographie systematisiert und weiter entwickelt. Aus den Grundgedanken der Studie Familie und Gesundheit entfalten die beiden Autoren zum einen die drei zentralen Forschungs- und Interventionsfelder der Gesundheitskommunikation: Health Counseling, Health Consulting und Health Campaigning (Schnabel und Bödeker 2012, Kap. 4–6). Zum anderen soll die Studie Gesundheitskommunikation explizit aus der Perspektive von Public Health ausbuchstabieren, um sie von hier aus „für den Einsatz [einer] in der Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit gerichteten Informations-, Aufklärungs- und Forschungspraxis nutzbar zu machen.“ (Schnabel und Bödeker 2012, S. 144) Am Ende steht ein anspruchsvolles Konzept von Gesundheitskommunikation:

*„Inhaltlich zielt die Gesundheitskommunikation als Transportmedium darauf ab, die Einstellungen und Verhaltensweisen der Menschen in einer Weise zu beeinflussen, die diese zu einer möglichst selbstbestimmten, auf die Vermeidung von Erkrankungsrisiken und die Stärkung von Gesundheitsressourcen ausgerichteten Lebensführung befähigt. Dies schließt, wenn es funktionieren soll, die Fähigkeit mit ein, die eigenen Gesundheitsinteressen zu erkennen und bei Bedarf gegen die Widerstände eines nach der Befriedigung anderen Interesses strebenden Lebens-, Arbeits- und Konsumwelt durchzusetzen.“* (Schnabel und Bödeker 2012, S. 73)

Diese Perspektive einer theoretisch fundierten Gesundheitskommunikation (gebündelt etwa in Abb. 3, Schnabel und Bödeker 2012, S. 39) wäre empirisch einzuholen und in die heutigen Konzepte von Health Literacy und eHealth Literacy zu integrieren, die zwar mit einem Literacy-Begriff empirisch operieren (Nutbeam 2000), aber bislang kaum auf sprachwissenschaftliche oder logopädische Expertise zurückgreifen (Harsch und Bittlingmayer 2020; Blechschmidt 2021). Schnabel gelingt es, mit seinen Arbeiten zur Gesundheitskommunikation einen tragfähigen theoretischen und anwendungspraktischen Rahmen zu formulieren, der als allgemeine Orientierung für Public Health gelten kann. Zugleich beinhaltet die konsequente Ausrichtung auf die kommunikative Seite von Gesundheit auch ein disziplinspezifisches Eigeninteresse.

(II) Schnabel betont an vielen Stellen, dass die Gesundheitswissenschaft noch sehr am Anfang steht und noch eine erhebliche Konsolidierung notwendig ist, um diese Wissenschaft als eine eigenständige zu begründen (vgl. z. B. Schnabel 2001, S. 80, 104, 2015, S. 148–150). Die theoretische Entscheidung, mit der Betonung von Gesundheitskommunikation anderes als das Sprechen

über Gesundheit und Krankheit zu verstehen und gesundheitsförderliches Kommunizieren als Public Health-Grundbegriff auszuweisen und auszubuchstabieren hat aber in diesem Sinne eine nicht zu unterschätzende strategische Funktion. Im Zuge des Versuchs, eine eigenständige Gesundheitswissenschaft als Inter- und Multidisziplin im Konzert der bestehenden wissenschaftlichen Arbeitsteilung zu verankern – ein analoger Versuch hat bei der akademischen Etablierung der Soziologie zu Beginn des 20. Jahrhundert etwa zum bahnbrechenden Werk Max Webers „Wirtschaft und Gesellschaft“ geführt – ist die Einführung eines eigenen und eigenständigen Zentralbegriff – analog zu Kultur, Politik, Gesellschaft – unumgänglich. Die wohl umfassendste Definition und allgemeine Bestimmung des Gesundheitsbegriffs in Peter-Ernst Schnabels Werk liefert die folgende Formulierung:

„*Gesundheit* ist das *variable* Produkt eines mehr oder weniger gelingenden, am *Ideal* völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens orientierten *lebenslangen* Auseinandersetzungsprozesses des Menschen mit den Anforderungen, die er *selbst* an sich sowie die *gesellschaftliche* und die *materielle* Umwelt an ihn stellen. Sie fällt umso *besser* und *nachhaltiger* aus, je mehr es dem Menschen auf der Grundlage seiner *biophysischen* Voraussetzungen gelingt, sich durch reflektierende, lernende und schöpferische *Kommunikation* mit sich und Anderen ein möglichst großes Potenzial an *salutogenen* Kompetenzen anzueignen, diese im Austausch mit Anderen auf ihre Wertigkeit hin zu *überprüfen* und allein oder in *Zusammenarbeit* mit Anderen unter der Maßgabe *durchzusetzen*, dass dabei die Rechte *anderer* Menschen, ihr Leben ebenfalls nach gesundheitsdienlichen Gesichtspunkten planen und realisieren zu können, *nicht* beeinträchtigt werden. Sich *Gesundheit* und die zu ihrer Verwirklichung erforderlichen Fähigkeiten auf *legale* Weise und nach bestem *Wissen* und *Gewissen* ein Leben lang aneignen zu können, ist ein fundamentales und natürliches *Recht*, welches jedem Menschen zusteht, *unabhängig* von seinem Geschlecht, seiner ethnischen Herkunft, seiner religiösen Überzeugung und der sozialen Lage, in der er sich befindet.“ (Schnabel 2015, S. 145; Herv. im Org.)

Allerdings eignet sich selbst diese umfassende Bestimmung des Gesundheitsbegriffs nur als Aufhänger, wird der Begriff der Gesundheit, wenn auch in anderer Definition, von Medizin, Pharmakologie und klinischer Psychologie ebenfalls selbstverständlich verwendet. Wenn, wie für Schnabel werkkonstitutiv, Gesundheit etwas anderes sein soll als die bloße Abwesenheit von Krankheit und wenn die starke, aber für eine disziplinäre Verankerung zu allgemeine Perspektive auf umfassendes Wohlbefinden (vgl. World Health Organization 1986) weiter konkretisiert werden soll, dann muss vor allem ein Verständnis von Gesundheit vorgelegt werden, dass sich der professionellen Expertise der am Krankheitsversorgungssystem Beteiligten systematisch entzieht.

Die Kritik an der Medizin, an der Verschränkung von Krankheit und Devianz, an der Etablierung eines ärztlichen Blickes (Foucault 1988), der dazu führt, dass eine Profession besser über die körperlichen und seelischen Zustände Bescheid zu wissen meint, als das Subjekt selbst, sind wichtige Meilensteine einer Kritik am medizinisch-kurativem Deutungsmonopol von Krankheit und Gesundheit. Auch die marxistisch inspirierten Studien, die bereits früh die gesundheitlichen Ungleichheiten fokussieren (z. B. Kühn 1993) oder die Rolle der Gesundheitspolitik und den Zusammenhang von Krankheitsversorgung und staatlicher Kontrolle (Deppe 1987) analysieren, liefern entscheidende Beiträge einer Kritik der bestehenden Verhältnisse. Aber sie bleiben, so stark, wichtig und radikal diese Studien auch sind, weitgehend demselben Paradigma verhaftet, solange sie dem Modus der immanenten Kritik und der Rekonstruktion der Funktionsweisen eines solchen Deutungsmonopols nicht verlassen und so lange sie Schnabel zufolge aus den Einzeldisziplinen erfolgen und nicht den Paradigmenwechsel hin zu einer Gesundheitswissenschaft vollziehen.

Erst der Begriff der Gesundheitskommunikation (im oben dargelegten Verständnis) und der daraus abgeleitete Begriff der gesundheitsförderlichen Kommunikation liefern Definitionen einer Gesundheitswissenschaft als die Wissenschaft, die die Bedingungen, Hindernisse und Ermöglichungsformen gesundheitsförderlicher Kommunikation systematisch erforschen und politisch tragfähig machen soll, begründet einen eigenen Gegenstandsbereich, einen eigenen Zugang und ein eigenes Kompetenzprofil, bei denen das unbestreitbar vorhandene medizinische, pharmakologische, kurative usw. Expertenwissen nur Zaungast ist. Gesundheitskommunikation und gesundheitsförderliche Kommunikation weisen also einen Bereich aus, bei dem die versammelte Expertise naturwissenschaftlicher Erforschung von Krankheiten mit all ihren problematischen Implikationen, der Nähe zur polizeilichen Kontrolle, der Fixierung von Expert\*innen und Laien usw. einfach außen vor bleibt, die Medizin, Medizintechnik und Pharmazie nicht mitspielen dürfen. Das ist in (inter-)disziplinärer Hinsicht die radikalste Variante einer ernsthaft eigenständigen Gesundheitswissenschaft, die bei Peter-Ernst Schnabel eben deshalb aus meiner Sicht nicht zufällig auf dem Kommunikationsbegriff aufbaut (und einen Studiengang Gesundheitskommunikation an der School of Public Health verankert hat). Bereits in dem Begriff der gesundheitsförderlichen Kommunikation und im bisherigen Verlauf der Rekonstruktion sind häufige Verweise auf den Begriff der Gesundheitsförderung angeklungen. Schnabel hat als einer der wenigen diesen Zentralbegriff der Public Health aufgenommen, ausführlich bearbeitet, interpretiert und mit Blick auf gute gesundheitswissenschaftliche Praxis operationalisiert.

*Gesundheitsförderung als Zentralbegriff einer durchgezogenen Gesundheitswissenschaft*

In den letzten zwanzig Jahren ist die grundlegende begriffliche Differenzierung zwischen Prävention und Gesundheitsförderung zunehmend diffuser in ihrer Verwendung geworden. Selbst deutsche Public Health-Ikonen wie Rolf Rosenbrock oder Klaus Hurrelmann bezweifeln seit einigen Jahren die Fruchtbarkeit des Anliegens, hier eine zu scharfe Trennung vorzunehmen und versprechen sich davon erfolgreiche Kooperationen mit Akteuren aus den medizinischen Professionen und ein stärkeres Gewicht von Public Health in gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen.

Peter-Ernst Schnabel hat hingegen die begriffliche Differenzierung stets mit Blick auf die unterschiedliche paradigmatische Grundierung – pathogenetisches Weltbild der Prävention contra salutogenetisches Weltbild der Gesundheitswissenschaft – strikt durchgehalten. Mehr noch, er hat ein für sein eigenes Werk zentrales Buch vorgelegt, das die Trennung dieser beiden Perspektiven ausarbeitet und systematisiert. Das 2007 erschienene Buch „Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren“ ist – vielleicht neben Alexa Frankes starkem Buch zu Krankheits- und Gesundheitskonzepten (Franke 2012) – dasjenige deutschsprachige Werk, das sich theoretisch und konzeptionell mit dem Grundbegriff Gesundheitsförderung am umfassendsten auseinandersetzt. Schnabels mühevollen Begriffsarbeit wird motiviert durch die Überzeugung, dass eine konzeptionelle und begriffliche Konfusion für die Etablierung eines gesundheitsorientierten Versorgungssystems – vor allem mit Blick auf die chronischen Erkrankungen – und einer konsequent auf Gesundheitsförderung abzielenden Versorgungspolitik kontraproduktiv ist und im Sinne der Reproduktion des schlechten Status Quo wirkt (vgl. Schnabel 2007, S. 74). Schnabel argumentiert durchgängig, dass Gesundheitsförderung gänzlich unabhängig von Präventivmedizin begründet und auch mit unterschiedlichen Handlungsfeldern verlinkt werden kann und sollte (Schnabel 2007, S. 23, 2015, S. 198). Gesundheitsförderung wird dabei in erster Annäherung wie folgt gefasst:

„Wir fördern [Gesundheit] (...), wenn wir uns instinktiv und/oder mit gezielten, auf die Überwindung von Widerständen gerichteten Durchsetzungsstrategien, um die Herstellung, Aufrechterhaltung und Verbesserung all derjenigen Lebensumstände, menschlichen Verhaltensbesonderheiten und körperlichen Eigenschaften bemühen, von denen wir ahnen, zunehmend aber auch in wissenschaftlich überprüfter Weise annehmen dürfen, dass und warum sie gut für uns sind.“ (Schnabel 2007, S. 11)

Schnabel bindet sein Verständnis von Gesundheitsförderung konsequent zurück an die von der WHO 1986 veröffentlichte und für ihn immer maßgeblich gebliebene „Ottawa-Charter for Health Promotion“, die Gesundheitsförderung mit starken (gesamtgemeinschaftlichen) normativen Dimensionen wie der Forderung nach subjektiven Partizipationsmöglichkeiten in gesundheitsrelevanten Feldern, der Stärkung individueller Selbstbestimmung und stärkerer Kontrolle der Subjekte über ihre Lebensbedingungen (vgl. übergreifend Bittlingmayer et al. 2009; Schnabel et al. 2009; Bittlingmayer und Ziegler 2012; Schnabel 2015, S. 116–132) verknüpft.<sup>3</sup>

Die starke Rolle des Subjekts in der Konzeptionalisierung von Gesundheitsförderung ist hier deshalb tragend, weil Schnabel zufolge Gesundheit – im Unterschied zu Krankheit – nur vom Subjekt selbst hergestellt und aufrechterhalten werden kann und Public Health-Expert\*innen diese subjektiven Prozesse und Handlungen nur flankieren und konstruktiv begleiten können (Schnabel 2007, S. 22). Gesundheitsförderung zielt also konsequent auf die Stärkung subjektiver Ressourcen. „Gesundheitsförderung setzt bei dem an, was *vorhanden* ist und versucht, durch parallele Interventionen auf der individuellen und auf der sozialen Ebene Menschen dazu zu befähigen, ihre eigenen *Bedürfnisse* zu entdecken, *Verantwortung* für Leben und Gesundheit zu übernehmen und dieses in einer Weise zu tun, über die sie selbst und keine Anderen bestimmen“ (Schnabel 2007, S. 40–41; Herv. im Org.)

Schnabel fasst dann seine theoretischen und konzeptionellen Überlegungen zur Gesundheitsförderung in einer übersichtlichen Tab. 1 zusammen, die Gesundheitsförderung als von Prävention unterschiedlich ausweist und als Zentralbegriff der Gesundheitswissenschaft markiert.

### *Gesundheitsförderung zwischen Individuum und Setting*

Gesundheitsförderung ist trotz der theoretisch starken Stellung des Subjekts weder im WHO-Konzept noch bei Schnabel allein individualistisch gedacht. Stattdessen wird Gesundheitsförderung bei Schnabel und mit Rekurs auf die WHO von einem „systemischen Zugang“ gerahmt, der zweifach verankert ist. Zum einen wird Gesundheitsförderung sehr eng mit dem Begriff des Settings als strategischer Umsetzungsperspektive verbunden, zum anderen wird

---

<sup>3</sup>Schnabel (2007, S. 132) bezeichnet die Ottawa-Charter for Health Promotion als das wichtigste Strategiepapier, das die WHO jemals veröffentlicht hat; vgl. auch Schnabel und Bödeker (2012, S. 154) und Schnabel (2015, S. 207).

**Tab. 1** Besonderheiten des Gesundheitsförderungskonzepts auf einen Blick. (Leicht modifiziert nach Schnabel 2007, S. 140)

	Gesundheitsförderung
Historischer Entstehungsgrund	Wandel im Spektrum der modernen Massenerkrankungen, wachsende Sensibilität für Risiken und Gesundheitsgefährdungen, neue Gesundheitspolitik der WHO
Gegenstand	Entwicklung bzw. Herstellung gesundheitsdienlicher Kompetenzen und Lebensgrundlagen
Grundannahmen	Ganzheitsmodelle der Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit, gesundheitsfördernde vs. Gesundheitsgefährdende Lebensweise- und Lebenslaufkonzepte
Interventionsformen	Symptomunabhängige, allgemeine Maßnahmen der Persönlichkeitsentwicklung, Projektförderung, Setting-Ansatz
Interventionsziele	Reduktion psychosozialer Belastungen, Verbesserungen der Problembearbeitungsfähigkeit der Individuen, Entwicklung gesunder Organisationen
Praxisbeispiele	Programme zur Stärkung der Persönlichkeit und Sinnfindung, zur Verbesserung der Problembewältigungsfähigkeit, partizipative Organisationsentwicklung
Leitdisziplinen	Keine, Interdisziplinarität als egalitäre von gegenseitigem Respekt getragene Zusammenarbeit von Medizin, Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften
Wissenschaftliche Grundlagen	Psychosomatik, Therapie- und Versorgungsforschung, Sozialepidemiologie, Krankheits- und Gesundheitsentstehungs- bzw. Verlaufsforschung
Ausführende Expert*innen	Interdisziplinär qualifizierte Public Health Expert*innen
Trägereinrichtungen	Versicherungsträger, freie Forschungs- und Gesundheitsberatungseinrichtungen, Bund und Länder als Förderer von Forschungs- und Qualifikationsprogrammen
Erfolgskriterien	Stärkung individueller und kollektiver Gesundheitsressourcen, Reduktion gesundheitlicher Risiken, Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung

**Berücksichtigung des Implementationsdilemmas:** Das Dilemma bestimmt alle Akte der Planung und Realisierung, weil Gesundheit als Leitidee der Lebensführung und der Organisation von Lebens- und Arbeitswelt kaum eingeführt ist. Mit Hilfe von hoher Kenntnis, strategischem Geschick und der Bereitschaft zu vielen Kompromissen gelingt es langsam, in Form wirksamer Projekte in den Organisationen und bei den Menschen Fuß zu fassen

Gesundheitsförderung als normativer Maßstab gegen gesundheitliche Ungleichheiten in Anschlag gebracht (das wird im nächsten Abschnitt verhandelt).

Der in theoretischer Hinsicht nicht sehr konsistente und zwischen einer milieu- und lebensweltlichen sowie einer systemtheoretischen Verortung hin und her pendelnde Begriff des Settings (vgl. hierzu das sehr starke Paper Engelmann und Halkow 2008) wird bei Schnabel vorrangig systemtheoretisch gefasst und mit unterschiedlichen Funktionsrollen verbunden, in denen Menschen nur als Funktionsträger, nicht als ganze Persönlichkeiten involviert sind (z. B. Schnabel 2007, S. 135, 2015, S. 136–137; Schnabel und Bödeker 2012, S. 155).

Schnabel zufolge macht Gesundheitsförderung, „die ihren Namen verdient (...)

- immer *auch* die Familie und *nicht nur* Elternteile oder Kinder,
- immer auch die Schule, nicht nur Lehrer und Schüler,
- immer auch den Betrieb, nicht nur die Arbeitgeber oder Arbeitnehmer,
- immer auch das Krankenhaus, nicht nur Ärzte, Patienten oder Pflegepersonal und
- immer auch die Kommune als politisches und soziales Gemeinwesen und nicht nur einzelne ihrer Bevölkerungsgruppen

zum Gegenstand ihrer Aktivitäten, Maßnahmen und Programme“ (Schnabel 2007, S. 132–133).

Auch wenn strittig ist, ob Familien oder Kommunen sich überhaupt sinnvoll als Setting verstehen lassen (vgl. z. B. Geene 2017, 2018), nimmt der Setting-Begriff hier insbesondere die organisationale Mesoebene in den Blick und verlangt in seiner Verknüpfung mit Gesundheitsförderung die Herstellung gesundheitsförderlicher Settings. Damit ist gemeint, dass Kitas, Schulen, Betriebe so umgebaut werden müssen, dass sie möglichst gesundheitsförderlich sind; das hieße in der radikalsten Variante, dass alle Prozesse und Routinen innerhalb eines Settings der Maßgabe, dass die gesundheitsförderlichere Verhaltensweise die näher liegende sein müsste, also nach der Ottawa-Charter der berühmten Formel „making the healthier way the easier choice!“ folgen müssten. Inwieweit das zum Beispiel innerhalb von auf Profitorientierung ausgerichteten Betrieben innerhalb einer kapitalistisch organisierten Ökonomie überhaupt zu bewerkstelligen ist und was (normativ) daraus folgen würde, wenn hier ein unmittelbarer Widerspruch produziert wird, ist innerhalb der Gesundheitswissenschaft eine wenig präse-

Frage.<sup>4</sup> Die häufig als Paradebeispiel sinnvoller Umsetzung Setting-bezogener Gesundheitsförderung hinzugezogenen betrieblichen Gesundheitszirkel müssen gegenüber der oben genannten Maximalforderung bereits grundsätzliche Abstriche machen (vgl. hierzu u. v. a. Kratzer et al. 2011).

Ohnehin ist das meiste, das unter dem Label Setting-bezogene Gesundheitsförderung in der Public Health-Praxis vollzogen wird, *nicht* auf die *Herstellung eines umfänglichen gesundheitsförderlichen Settings* ausgerichtet, sondern betreibt *Gesundheitsförderung in Settings* (Rosenbrock 1998; Rosenbrock und Geene 2000), nutzt also bestehende Settings, um einzelne Maßnahmen und Programme umzusetzen, die nicht auf das volle Spektrum dessen abzielen, was mit Gesundheitsförderung weiter oben skizziert wurde. Settings wie Schulen oder Kitas dienen dann eher als gut überschaubare Feldzugänge, um Programme einfacher implementieren zu können. Zudem wird in der Forderung individueller Gesundheitsförderung immer auch die starke Forderung mit formuliert, dass die Individuen direkten Einfluss auf ihre Lebens- und Arbeitswelten nehmen können, während die Settings im Rahmen einer Gesundheitsförderung in Settings selbst kaum oder gar nicht zur Debatte stehen. Die Verknüpfung zwischen Subjekt und Struktur im Konzept der Gesundheitsförderung, zwischen der konsequenten individuellen Ressourcenstärkung und der überindividuellen Settingperspektive der Organisationsentwicklung ist, so viel sollte deutlich geworden sein, theoretisch noch nicht sauber entfaltet und bietet ein großes Spektrum normativ unterschiedlich gehaltvoller und mehr oder weniger miteinander in Widerspruch stehender Motive an.

### *Gesundheitsförderung zwischen Ressourcenstärkung, gesundheitlicher Ungleichheit und Gesellschaftskritik*

In theoretischer Hinsicht nicht weniger spannungsreich als das Verhältnis von Subjekt und Setting ist die Verknüpfung zwischen der Stärkung subjektiver Gesundheit und der Analyse gesellschaftlicher Rahmenbedingungen.

---

<sup>4</sup>Analoges gilt auch für das Setting Schule, das in Deutschland (aber nicht nur hier) mit der massiven *Produktion* von gesundheitlichen Ungleichheiten selbst einhergeht, und zwar dann, wenn sie innerhalb der deutschen Schulformhierarchie normal funktioniert; vgl. z. B. Gomolla und Radtke (2009). Die aktuell wieder populärer werdenden Ansätze einer schulischen Gesundheitsförderung reichen nicht annäherungsweise an die schulische Produktion gesundheitlicher Ungleichheit heran; vgl. hierzu immer noch maßgeblich Bauer (2005); vgl. ferner mit Blick auf die Förderung schulischer Gesundheitskompetenzen Paakkari et al. (2019) und Paakkari (2015).

Ausgangspunkt ist hier die Überlegung, dass die individuelle Aufrechterhaltung von Gesundheit von gesellschaftlichen Bedingungen abhängig ist, die *außerhalb der subjektiven Handlungsreichweite* liegen. Das gilt gerade auch für die von Schnabel favorisierte salutogenetische Perspektive. Unter Rekurs auf Faltermeier führt Schnabel aus, dass nicht nur die meisten Bedingungsfaktoren, die zur Entwicklung eines starken Kohärenzsinn führen, der wiederum für die Aufrechterhaltung in der Salutogenese eine überragende Rolle spielt, außerhalb der individuellen Handlungsreichweite liegen, sondern auch *die Wirkungen des Kohärenzsinn mit sozialen Faktoren verbunden* sind (vgl. Faltermaier 1994; Schnabel 2007, S. 84–85; analog argumentiert Hagen Kühn mit Blick auf die Wirkungen verhaltensbezogener Präventionsprogramme; vgl. Kühn 1993, S. 98 ff.). Damit kommt als gesundheitsförderliche Rahmenbedingung nicht nur die organisationale Mesoebenenstruktur des Settings als systematischer Anwendungsort von Gesundheitsförderung in den Blick, sondern eben auch gesellschaftliche Ungleichheitsstrukturen insgesamt. Dabei soll die Gesundheitswissenschaft die Forderung der WHO exekutieren, sich advokatorisch einzusetzen für alle diejenigen, „die gesundheitlich zu kurz kommen, d. h. dazu gezwungen werden, unter Bedingungen zu leben und zu arbeiten, die ihre Gesundheit gefährden.“ (Schnabel 2007, S. 20) Hierbei sind zwei Perspektiven, Empowerment for Health (I) und Kritik der gesundheitlichen Ungleichheit (II) anschlussfähig, die in Schnabels Werk jeweils ihren Platz haben, aber – nicht nur bei Schnabel, sondern in der gesamten Public Health – recht unverbunden nebeneinanderstehen.

(I) Die Stärke einer auf Empowerment abzielenden Gesundheitsförderung liegt zweifellos darin, dass sie, zumindest in Schnabels Variante, konsequent auf Hilfe zur Selbsthilfe setzt und (wie oben schon erwähnt) betont, dass Public Health die individuelle motivationale Hinwendung zur bewussten Aufrechterhaltung der eigenen Gesundheit lediglich flankieren kann. Wird die Gesundheitswissenschaft übergriffig und kommandiert eine gesundheitsförderliche Lebensführung, kippt sie um in Healthismus und endet in der Beschuldigung wenig handlungsmächtiger Subjekte (Kühn 1993; Schmidt 2008, 2014; Bittlingmayer und Sahrai 2014). Schnabel präzisiert:

Empowerment for health zielt darauf ab, Menschen dabei zu helfen, Fähigkeiten zu entwickeln, kraft derer sie in der Lage sind, ihre soziale Umwelt bewusst und ihr Leben selbst zu gestalten, d. h. gesundheitsbewusst zu *planen* und dieses selbst dann allein und/oder mit Hilfe anderer durchzusetzen, wenn sie dabei auf Widerstände stoßen. Infolge des erfolgreichen Einsatzes von Empowerment-Strategien konnte den Menschen ein größtmöglicher Teil der *Verantwortung* für die Gestaltung ihrer

Lebenswelt und für den Umgang mit Gesundheit und Krankheit *zurückgegeben* werden. Und dieses soll unter möglichst geringem Einsatz von Fremdhilfe, allenfalls mit den Mitteln der Hilfe zur *Selbsthilfe*, d. h. überwiegend durch die Stärkung bereits *vorhandener* Fähigkeiten geschehen [...].“ (Schnabel 2007, S. 36; Herv. im Org.)

Von hier aus lässt sich, vielleicht etwas arg verallgemeinernd, die Gesundheitswissenschaft *entweder* als *Profession* etablieren, die den Auftrag eines empowerment for health in die Professionsdefinition einschreibt und auf diese Weise Gefahr läuft, das advokatorische Moment mehr oder weniger festzuschreiben. Diese Tendenz ist etwa klar im Empowerment-Verständnis der Sozialen Arbeit/Sozialpädagogik sichtbar, wenn in der wichtigen Einführung von Norbert Herriger die professionelle Bearbeitung von Empowerment gegenüber dem Selbstempowerment sozialer Bewegungen normativ bevorzugt wird und Soziale Arbeit/Sozialpädagogik damit als Selbstzweck ontologisiert wird (Herriger 2020). *Oder* Gesundheitswissenschaft lässt sich im Kontext von Empowerment mit der alten Metapher der Geburtshilfe in Verbindung bringen. Sie soll dann explizit dazu beitragen, sich selbst überflüssig zu machen, in dem sie zur Transformation gesellschaftlicher Verhältnisse beiträgt, die die Bedingungsfaktoren unzureichender Gesundheitsförderung abschafft.<sup>5</sup>

Peter-Ernst Schnabel hat tatsächlich beide Perspektiven bedient, indem er sich nachhaltig um die Professionalisierung der Gesundheitswissenschaft verdient gemacht hat. Insbesondere seine Public Health Lehrbücher, die Entwicklung einer theoretisch orientierten Praxisperspektive und die stetige Einbeziehung der Frage nach beruflichen Arbeitsfeldern für Public Health sind dabei zu nennen. Schnabel ist aber nicht dabei stehen geblieben, sondern hat seine Arbeiten häufig bis zu dem Punkt vorangetrieben, der es um die massive Umgestaltung der aktuellen gesellschaftlichen Bedingungsfaktoren für die Gesundheitsproduktion ging (siehe hierzu auch die Ausführungen zum vorliegenden Buch weiter unten). Dennoch bleibt das Verhältnis zwischen diesen beiden Polen auch bei Schnabel widersprüchlich, wenn er etwa an zentralen Stellen seiner Werke nach Entwicklung der radikalen Perspektive der Gesundheitsförderung, der Salutogenese und der

---

<sup>5</sup>Um fair zu bleiben: Es gibt auch analoge Perspektiven innerhalb der Sozialen Arbeit; vgl. Cruikshank (1999), Lenz und Stark (2002) und Gershon et al. (2011). Ferner ließen sich von diesem Punkt aus unmittelbare Verknüpfungsmöglichkeiten zwischen der Gesundheitsbildung und critical health literacy sowie des von James Banks entwickelten Konzepts des „transformative citizen“ entwickeln, das auf einer auf Transformation ausgerichteten „citizenship education“ aufruht; vgl. Banks (2021).

Ottawa-Charter versucht, diese den Ansätzen innewohnende Radikalität mit den vorhandenen gesellschaftlichen Strukturen pragmatisch in Verbindung zu bringen (vgl. z. B. Schnabel und Bödeker 2012, S. 156–157). Nur an sehr wenigen Stellen finden sich explizit kapitalismuskritische Äußerungen oder werden die starken theoretischen Zugänge zur Gesundheitsförderung zeitdiagnostisch und zu einer entlang seiner eigenen Begriffsverwendung durchaus möglichen Radikalkritik bestehender Gesellschaftsverhältnisse verlängert.

(II) Gesundheitsförderung ist noch in einer weiteren Dimension immanent mit gesellschaftlichen Strukturen verbunden. In den letzten zwanzig Jahren hat sich auf der Grundlage immer neuer Studien eindeutig gezeigt, dass westliche Industriegesellschaften – in unterschiedlichem Ausmaß – von gesundheitlichen Ungleichheiten betroffen sind (vgl. u. v. a. Kroll 2010; Lampert et al. 2011; Pförtner 2013; Tuppat 2020; Lampert 2020). Gesundheitliche Ungleichheiten werden entlang von sozialen Determinanten von systematischen Unterschieden bei Krankheitsrisiken, gesundheitsförderlichen oder -abträglichen Verhaltensweisen oder Lebenswartung definiert (vgl. z. B. Lampert 2020, S. 530–535). Schnabel rezipiert in seinem Werk präzise die vorliegenden Untersuchungen zur gesundheitlichen Ungleichheit aus ganz unterschiedlichen Disziplinen (ein gutes Beispiel hierfür ist die Studie Schnabel 2001). Diese Befunde werden bei Schnabel aus der Perspektive der Gesundheitsförderung skandalisiert. Er rekurriert in seinen Studien mit Blick auf die Thematik sozialer Determinanten von Gesundheit vor allem auf Marmot und später Wilkinson (in Schnabels Büchern tauchen vor allem folgende einschlägige Studien auf Wilkinson und Marmot 2003; Wilkinson 1996; Wilkinson und Pickett 2010; sowie besonders zentral Marmot 2000). Schnabel bezieht sich hier explizit auf die in der White Hall Studie präsentierten Befunde, dass die Überlebenschancen bzw. Mortalität von in modernen westlichen Industriegesellschaften lebenden Menschen stärker von der Schicht- und Klassenzugehörigkeit bestimmt werden als durch individuelle Verhaltensrisiken, die Zugänge zu kurativen Dienstleistungen oder der individuellen genetischen Ausstattung (Schnabel und Bödeker 2012, S. 67).

Schnabel selbst trägt wenig dazu bei, das empirische Wissen über gesundheitliche Ungleichheiten zu erhöhen. Auch präsentiert er in seinen ganzen Büchern kaum einzelne Befunde, sondern liefert Zusammenfassungen über für ihn relevante Teile des jeweiligen Forschungsstands über gesundheitliche Ungleichheiten. Allerdings bleibt Schnabel sich auch hier treu und gibt sich nicht mit krankheitsorientierten Indikatoren bei den sozialen Determinanten zufrieden. Denn Schnabel zufolge müssen gesundheitliche Ungleichheiten als systematische Verknüpfungen von Dimensionen der Sozialstruktur einerseits und unterschiedlichen Krankheitsindikatoren andererseits mit Blick auf Gesundheitswissenschaften

und Gesundheitsförderung zusätzlich daraufhin befragt werden, inwieweit unterschiedlich privilegierte soziale Gruppen unterschiedliche Möglichkeitsräume haben, ihr Gesundheitspotenzial zu realisieren. Gesundheitliche Ungleichheiten werden bei Schnabel als Ressourcenungleichheiten konzeptionalisiert, die etwa dazu führen, dass Kindern, Jugendlichen, Familien, Arbeiter\*innen und anderen Gruppen systematisch die Aufrechterhaltung der eigenen Gesundheit erschwert wird. Das steckt hinter der Rede von ungesunden Lebens- und Arbeitsbedingungen. Normativ geht es darum, „im Namen der Gesundheitsförderung vor allem solche Maßnahmen zu planen und durchzuführen, die darauf abzielen, die gesellschaftlich ungleiche Verteilung von Chancen der Verfügung über Gesundheitsressourcen unter dem Gesichtspunkt einer gerechteren Verteilung neu, und zwar durch Kompetenzentwicklung auf Seiten von Individuen und Organisationen, zu organisieren“ (Schnabel 2007, S. 88). Indikatoren für eine solche Ungleichverteilung der Gesundheitsressourcen sind bei Schnabel nicht nur ökonomische Ressourcen, sondern auch Zeit, Distress, wenig Einflussmöglichkeiten auf die eigenen Arbeitsbedingungen, deutlich eingeschränkte Erreichbarkeit von vulnerablen Gruppen durch gesundheitsfördernde Maßnahmen oder eben Kompetenzunterschiede zur Aufrechterhaltung individueller Gesundheit.

Vor diesem Hintergrund bedeutsam ist die häufig wiederholte Forderung, den Status quo *gesundheitlicher* Ungleichheiten ohne Rekurs auf das pathogenetische Paradigma und anders als über Krankheiten oder vermeintliche Risikofaktoren zu bestimmen, nicht zuletzt um die Wirksamkeit von Gesundheitsförderung selbst besser und transparenter zu machen. Denn aus unterschiedlichen Krankheitslasten lässt sich kein direkter Bedarf nach verstärkter Gesundheitsförderung ableiten, wenn die Trennung zwischen den beiden Paradigmen Pathogenese und Salutogenese, wie Schnabel das durchgängig fordert, ernstgenommen wird.

Der erste und wichtigste Schritt besteht Schnabel und Bödeker zufolge (2012, S. 225–226) dann darin, individuelle und systemische Gesundheitsindikatoren zu entwickeln, die auf die Herstellung, Aufrechterhaltung und Verbesserung von Gesundheit abzielen. Schnabel zählt zu den *Determinanten individueller Gesundheit* „die körperliche Verfassung, die seelische Konstitution, bestimmte Verhaltensweisen, salutogene Kompetenzen, der individuelle Versorgungstatus, der Zugang zu gesundheitsförderlichen Vorsorgeangeboten, die Teilhabe am politischen, kulturellen und gesellschaftlichen Gemeindeleben und neben einer individualverträglichen sozialen auch eine von physiologisch und psychisch belasteten Einträgen möglichst freie materiale Umwelt.“ (Schnabel 2015, S. 181) Die systemischen Determinanten von Gesundheit bleiben sehr vage und werden nicht gesellschaftsstrukturell, sondern organisational und institutionell verortet und mit „Organisatoren einer günstigen und persönlichkeitsstärkenden

Sozialisation“ (Schnabel 2015, S. 182) in Verbindung gebracht. Schnabel räumt ein, dass die von ihm genannten gesundheitlichen Determinanten noch längst keine den sozialen Determinanten von Krankheiten analogen evidenzbasierten Gesundheitsindikatoren bezeichnen und es wird in den theoretischen Rahmungen von Gesundheitsindikatoren deutlich, dass es Überschneidungen zu den pathogenetischen Indikatoren gibt, vor allem bei den Ressourcenausstattungen und Verhaltensweisen. Schnabel sieht aber die künftige Entwicklung „gesundheitsindikatoren-gestützter Gesundheitsverteilungsforschung“ (Schnabel 2015, S. 183) für die Gesundheitswissenschaften als notwendigen und wichtigen Schritt (vgl. hierzu auch Schnabel und Bödeker 2012, S. 216–220). Der Blick auf Gesundheitsindikatoren als diagnostischem Werkzeug zu Bestimmung gesellschaftlicher Zustände leitet über zum Motiv von Gesundheitswissenschaften und ihrem Verhältnis zur Gesellschaftskritik.

#### *Gesundheitswissenschaften als Gesellschaftskritik*

Wenn sich zeigen lässt, dass gesellschaftliche Strukturen systematisch die optimale Entfaltung von Gesundheitsressourcen für bestimmte Bevölkerungsgruppen einschränken, dann ließe sich – in Analogie zum Konzept der strukturellen Gewalt Johan Galtungs – argumentieren, dass sich diese Strukturen im Sinne des menschenrechtlichen Versprechens Gesundheit für alle (WHO 1946, S. 1315) verändern müssen. Peter-Ernst Schnabel adressiert das Motiv der Gesellschaftskritik auf der Grundlage der Gesundheitswissenschaften häufiger in seinen Büchern. Am systematischsten in seiner Studie „Einladung zur Theoriearbeit in den Gesundheitswissenschaften“ aus dem Jahr 2015. Schnabel konstatiert, dass die Frage, ob Gesundheitswissenschaften als kritische Wissenschaft betrieben werden soll, äußerst strittig ist (Schnabel 2015, S. 177) und nur wenn sie mit „Ja“ beantwortet wird, weitergefragt werden kann nach der Berechtigung und normativen Einschätzung aktueller gesellschaftlicher Verhältnisse (Schnabel 2015, S. 164–165).<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup>Gesundheitswissenschaften als kritische Wissenschaftspraxis grenzt Schnabel dabei gegen einen affirmativen und per definitionem unkritischen Positivismus ab, der gesellschaftlichen Zustände bloß registriert, ohne sich um die normative Einschätzung oder gar Veränderung problematischer gesellschaftlicher Strukturen zu kümmern; vgl. z. B. Schnabel (2015, Kap. 4, vor allem S. 158, ferner S. 293 und 300–304). Der Positivismusbegriff, den er hier zu Grunde legt, ist sehr eng an der Positivismuskritik Adornos und Horkheimers angelehnt und wird wichtigen selbst radikalkritischen Hauptvertretern des Positivismus wie vor allem Otto Neurath nicht gerecht; vgl. hierzu z. B. Dahms (1994) und Stöltzner und Uebel (2006).

Im hierfür zentralen achten Kapitel geht Schnabel der Frage nach, was Gesundheit als gesellschaftskritischer Begriff genauer bedeutet. Er greift hierzu selektiv auf Theoriebestände der Kritischen Theorie zurück (Fromm, Bloch, Horkheimer und Adorno sowie Habermas) und formuliert sehr deutlich, dass eine auf Gesundheit und Gesundheitsförderung gerade für unterprivilegierte oder marginalisierte Gruppen ausgerichtete Praxis an den Grundprinzipien kapitalistisch organisierter Gesellschaften rütteln würde (Schnabel 2015, S. 277). Allerdings ist, positiv formuliert, der Horizont der „Herstellung von Verhältnissen, unter denen gesundheitsförderliches Verhalten relativ problemlos zu realisieren ist“ (Schnabel 2001, S. 190), bereits in seiner Studie zu Familie und Gesundheit aufzufinden, auch wenn dieses Motiv hier nebensächlich ist. Deutlicher konturiert wird die gesellschaftskritische Konsequenz, die aus einer konsequenten Gesundheitsförderungsperspektive folgt, in der Studie „Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren“, indem Schnabel darauf hinweist, dass der/die Gesundheitswissenschaftler/in mit Blick auf die Aufrechterhaltung der Gesundheit nicht nur das Versorgungssystem oder das Arzt-Patient\*innen-Verhältnis, sondern darüber hinaus die gesamten gesellschaftlichen Verhältnisse, einschließlich der wirtschaftlichen und berufspolitischen Interessen in den Blick nehmen muss (Schnabel 2007, S. 89). Fast analog formuliert Schnabel acht Jahre später, „dass es durchgreifender und nachhaltiger Veränderungen in Wissenschaft, Kultur und Wirtschaft und veränderter politischer Verhältnisse, kurz: einer *anderen* Gesellschaft bedarf, um die systemtypische Unter- und Fehlversorgung der Bevölkerungsmehrheit mit präventiven Dienstleistungen (...) zugunsten einer auf Gesundheitssicherung zielenden Politik vorbeugenden Versorgungshandelns zu beenden“. (Schnabel 2015, S. 280) Schnabel greift die Diagnose Erich Fromms von der kranken Gesellschaft (1955) auf und argumentiert, dass sich der Zustand aktueller Gesellschaften gegenüber den 1950er Jahren eher verschlechtert haben dürfte (Schnabel 2015, S. 288).<sup>7</sup>

Schnabel gelingt es, seine theoretische Perspektive, dass Gesundheit und Gesundheitsförderung im von ihm entfaltenen Verständnis (bzw. dem klassischen Verständnis der WHO Ottawa-Charter von 1986) mit den aktuellen (spät-)kapitalistischen und wohlfahrtsstaatlich eingehetzten bzw. neoliberal

---

<sup>7</sup>Die Diagnose, dass die Gesellschaft krank ist, trifft auch Herbert Marcuse in einem Vortrag von 1968 und begründet das erstaunlich analog zur auf Gesundheit und Gesundheitsförderung gestützten Argumentationslinie Schnabels: „Eine Gesellschaft ist krank, wenn ihre fundamentalen Institutionen und Beziehungen (d. h. ihre Struktur) so geartet sind, daß sie die Nutzung der vorhandenen materiellen und intellektuellen Mittel für die optimale Entfaltung der menschlichen Existenz (Humanität) nicht gestatten.“ Marcuse (1968, S. 11).

transformierten gesellschaftlichen Strukturen im Widerspruch stehen, auf einer allgemeinen Ebene plausibel zu machen. Allerdings bleiben die Analysen hier sehr vage und die konkreten Pathologien und Wirkmechanismen kapitalistischer Ökonomien für die (fehlende) Aufrechterhaltung von Gesundheit werden nicht konkreter bestimmt. Auch bleiben die theoretischen Spannungsfelder, die sich aus der systemischen, von funktionalen Teilsystem ausgehenden Perspektive einerseits und gesamtgesellschaftlichen Bestimmungen zur Verbesserung oder Verschlechterung von Gesundheit andererseits ergeben ausgeblendet. Zudem bleibt das theorieimmanent widersprüchliche Verhältnis zwischen einem systemisch und interaktionistisch verankerten, normativ aufgeladenen Kommunikationsbegriff, der als konstitutiv für die Gesundheitswissenschaften insgesamt stehen soll einerseits und den Verweisen auf mündige und emanzipierte, in der Subjektphilosophie der Kritischen Theorie verankerten Subjekte, die selbst richtig und informiert über ihre Gesundheit entscheiden im Dunkeln. Schließlich lässt sich bei Schnabel eine Aporie ausmachen, wenn er einerseits ausführt, dass „*Humanisierung* und *Egalisierung* der gesellschaftlichen Verhältnisse als Vorbedingung einer gesundheitsförderlichen Gesellschaft“ (2015, S. 290; Herv. im Org.) betrachtet werden müssen und andererseits zugleich betont, dass Gesundheitsförderung selbst die gesellschaftlichen Verhältnisse verbessern und transformieren soll. Wenn Gesundheitsförderung selbst von bereits verbesserten gesellschaftlichen Verhältnissen abhängt, dann ist von ihr keine transformatorische Kraft zu erwarten.

Unabhängig von den offenen gesellschaftstheoretischen Fragen, sind die benannten Widersprüche und die identifizierte Aporie aus meiner Sicht nicht Peter-Ernst Schnabel anzukreiden, sondern sie liegen in der Sache selbst. Schnabel zufolge muss Gesundheit mit einem starken handlungsfähigen und bewussten Subjekt in Verbindung gebracht werden, ein Subjekt, das sich gegenüber dominanten und übermächtigen gesellschaftlichen und herrschaftlichen Strukturen als widerständig erweist. Gesundheit ist dabei kein passiv erlebter, sondern ein durch die Subjekte im Lebensverlauf hergestellter heterostatischer Zustand, d. h. er ist ergebnisoffen, aktiv und mit subjektiven Anstrengungen verbunden (Schnabel und Bödeker 2012, S. 78). Darüber hinaus ist Gesundheitsförderung selbst immanent ein partizipatives Moment eingeschrieben. Gesundheitsförderung zielt ab auf die Beteiligung der Subjekte „an der gesundheitsdienlichen Gestaltung ihrer Lebens- und Arbeitsbedingungen“ und auf den „verantwortungsbewussten Umgang mit ihrer eigenen und der Gesundheit der Mitmenschen“ (Schnabel und Bödeker 2012, S. 147). Die Gesundheitswissenschaften können, wie bereits erwähnt, als mündig konzeptionalisierte Subjekte in ihren Strategien der Aufrechterhaltung von Gesundheit begleiten, aber nicht