



Bettina Hitzer

Ein Gefühl von Gesundheit: Neue Perspektiven auf die moderne Medizin

In:

Philip van der Eijk / Detlev Ganten / Roman Marek (Hrsg.): Was ist Gesundheit? :

Interdisziplinäre Perspektiven aus Medizin, Geschichte und Kultur

ISBN: 978-3-11-071333-6. - Berlin / Boston: De Gruyter, 2021

(Humanprojekt : Interdisziplinäre Anthropologie ; 18)

Teil 3: Neue Perspektiven auf die evidenzbasierte Medizin

S. 312-321

Persistent Identifier: urn:nbn:de:kobv:b4-opus4-36756

Die vorliegende Datei wird Ihnen von der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften unter einer Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (cc by-nc-sa 4.0) Licence zur Verfügung gestellt.



Bettina Hitzer

Ein Gefühl von Gesundheit: Neue Perspektiven auf die moderne Medizin

Abstract: *The Feeling of Being Healthy: New Perspectives on Modern Medicine.* „Well-being“ and mental health have become increasingly important in the definitions of health since 1945. Has this also changed the feeling of being healthy? The chapter demonstrates that the intuitive feeling of being healthy when the body does not cause any discomfort has been increasingly delegitimized in the last hundred years. It identifies three developments as responsible for this shift: the establishment of the risk factor model, the reconceptualization of health as result of a constant process of rebalancing health and illness, and the emphasis on the subjective component of health.

Gesundheitsdefinitionen sind ebenso zahlreich wie umstritten, vielleicht – so betonen manche Medizinethiker – sogar gänzlich unmöglich, da Gesundheit für jeden etwas Anderes bedeute (Borck 2016; Pöltner 2002). Fast allen Versuchen der letzten Jahrzehnte, Gesundheit auf (k)einen Nenner zu bringen, ist jedoch eines gemeinsam: Das Gefühl spielt eine Rolle. Ob die Präambel der WHO 1948 das „Wohlergehen“ in den Mittelpunkt stellte, der Philosoph Hans-Georg Gadamer eine „Art Wohlgefühl“ als Indikator von Gesundheit benannte, der Soziologe Aaron Antonovsky das „Kohärenzgefühl“ zum Angelpunkt der Salutogenese machte oder die Gesundheitswissenschaftler Klaus Hurrelmann und Peter Franzkowiak Gesundheit als Stadium von „Wohlbefinden und Lebensfreude“ definierten – Gefühl und Empfindung sind zentrale Elemente dessen, was jenseits einer funktionalistischen Perspektive der Abweichung von Normwerten als Gesundheit verstanden wird (Antonovsky 1997; Franzkowiak & Hurrelmann 2018; Gadamer 2010). Dieser Befund verweist darauf, dass das Bemühen um einen ganzheitlicheren Gesundheitsbegriff mit der Aufwertung der subjektiven Dimension von Gesundheit einhergeht, die im Begriff des Gefühls gefasst wird. Bestimmte Gefühle, allen voran das Wohlbefinden, treten hier als Erkennungszeichen oder Vorbedingung von Gesundheit auf. Interessanterweise handelt es sich dabei meistens um ein sich selbst nicht bewusstes Gefühl, so wie es Gadamer in der eingängigen Formel von der „Verborgenheit der Gesundheit“ fasste (Gadamer 2010). Gesundheit ist damit also ein Zustand des Empfindens, als dessen Vorbe-

Bettina Hitzer, Hannah-Arendt-Institut für Totalitarismusforschung e.V. an der TU Dresden

dingung die „Selbstvergessenheit“ gilt und der darum erst rückblickend – aus der Krankheit heraus – überhaupt als solcher wahrgenommen wird. Doch wie viel Raum lassen die Medizin, die Psychologie und die Gesundheitswissenschaft zu Beginn des 21. Jahrhunderts für einen solchen Zustand des „Lebens im Schweigen der Organe“, wie es der Chirurg René Leriche noch 1936 ausdrückte (Leriche 1936)? Hat sich nicht gerade das Gefühl von Gesundheit im 20. Jahrhundert tiefgreifend verändert, weil die Bewahrung von Gesundheit in den Fokus gerückt ist, während zugleich die Eingriffsmöglichkeiten der kurativen Medizin bedeutend erweitert wurden?

Drei neue Perspektiven auf Gesundheit sind dafür verantwortlich. Gesundheit wurde im Verlauf des 20. Jahrhunderts, erstens, immer stärker in den Horizont des Risikos gerückt. Zweitens wurde Gesundheit zunehmend als Prozess verstanden, als etwas, das kontinuierlich geschützt, hergestellt und ausbalanciert werden muss. Und drittens schließlich wurde Gesundheit vermehrt als das Ergebnis einer Entscheidung betrachtet: Gesund ist, wer sich dazu entscheidet, sich gesund zu fühlen – selbst wenn der eigene Körper oder die physiologischen Werte langfristig oder gar dauerhaft von der medizinischen Norm abweichen. Diese drei Prozesse setzten zu unterschiedlichen Zeitpunkten im 20. Jahrhundert ein und veränderten das Gefühl von Gesundheit in je unterschiedlicher Weise.

1 Das Gefühl von Gesundheit im Horizont des Risikos

Gemeinhin gilt die Nachkriegszeit als Geburtsstunde des Risikofaktors in der Medizin. Denn 1947 fiel der Startschuss für die sogenannte Framingham-Studie, deren Ziel es war, langfristig wirksame Risikofaktoren für die Entwicklung von Herz-Kreislaufkrankungen zu identifizieren. Ohne Zweifel verhalf diese bis heute fortgeführte Studie der Epidemiologie chronischer Krankheiten zum Durchbruch und damit der Annahme, dass bestimmte Faktoren innerhalb und außerhalb der Körper gesunder Menschen deren Risiko für eine Herz-Kreislauf-erkrankung signifikant erhöhen (Aronowitz 1998; Leanza 2017; Timmermann 2009). Gesund war fortan eben nicht gleich gesund. Obwohl sich zwei Körper gleichermaßen gesund anfühlen mochten, war der eine Körper schon ein Stück weiter auf dem Weg in die Krankheit unterwegs – wie weit, das ließ sich messen, aber nicht zwangsläufig fühlen. Die Grenze zwischen gesund und krank wurde auf diese Weise durchlässiger und das Gefühl von Gesundheit als Gradmesser von Gesundheit zunehmend entwertet.

Denn bereits ein halbes Jahrhundert zuvor hatte eine Entwicklung begonnen, die darauf hinauslief, Menschen für das in der Gesundheit verborgene Krankheitsrisiko zu sensibilisieren. Die Rede ist von den ersten Kampagnen zur Früherkennung von Krebs, die im späten 19. Jahrhundert entworfen wurden. Hier ging es darum zu vermitteln, dass Erscheinungen des Körpers, die zuvor als alltäglich und harmlos galten, ein frühes Anzeichen für eine lebensbedrohliche Krankheit sein konnten. Menschen, die sich gesund fühlten, sollten zu „Wächtern“ ihres Körpers erzogen werden (Pinell 1992). Eine Haltung gegenüber dem eigenen Körper, die kleinere Störungen als unbedeutend übersah, wurde aus dieser Perspektive umgedeutet zum „indolenten Stumpfsinn“, wie es der Initiator einer dieser Früherkennungskampagnen formulierte (Winter 1911). Die nachfolgenden Jahrzehnte zeigten, dass es keineswegs leicht war, Menschen zu einem anderen, feiner kalibrierten Gefühl von Gesundheit zu erziehen. Auch wenn Hygieneausstellungen mit drastischen Bildern von Tumoren zu Sorge und Aufmerksamkeit mahnten, klagten die Ärzte darüber, dass die meisten Patientinnen und Patienten erst in die Praxis kamen, wenn sie stärkere Beschwerden hatten (Hitzer 2020). Ob dies allein der Tatsache geschuldet war, dass diejenigen, die „zu spät“ kamen, gelegentliche Schmerzen oder kleinere Blutungen außerhalb des Regelkalenders nicht als Störung von Gesundheit wahrnahmen, blieb jedoch offen. Nicht auszuschließen war es, dass sich manche Menschen angesichts dieser Symptome zwar Sorgen machten, den zeitaufwändigen Weg zum Arzt aber scheuten oder grundsätzlich wenig Vertrauen in die medizinische Kunst, Krebs tatsächlich zu heilen, hatten.

Doch die medizinische Infragestellung des Gesundheitsgefühls im Zeichen des Risikos ging weiter. Schon während der 1930er Jahre wurde im lokalen Rahmen ausprobiert, ob Reihenuntersuchungen des symptomlosen Körpers, wie sie bereits der Früherkennung der Tuberkulose dienten, auch Modell für die frühzeitige Entdeckung bestimmter Krebstumoren stehen konnten. In größerem Maßstab führte schließlich die DDR in den 1950er Jahren „Vorsichtsuntersuchungen“ für Frauen ein, die Bundesrepublik folgte mit einigen regionalen Modellversuchen in den 1960er Jahren. Bundesweit wurde das erste Krebsfrüherkennungsprogramm 1971 etabliert, in der DDR 1972 das sogenannte Zytologieprogramm (Hitzer 2017). Die Kampagnen, die beide Programme flankierten, zielten wiederum auf das Gesundheitsgefühl, dessen Konturen in der Bundesrepublik im Auftrag der Kampagnengestalter von Umfrageinstituten erkundet wurden. Dieses zeigte sich bereits verändert: Zwar schienen sich nach wie vor viele gesund zu fühlen, sofern sie keine Beschwerden hatten, sie wussten aber bereits um die Möglichkeit des im symptomlosen Körper verborgenen Risikos – ein Wissen, das viele jedoch aus Angst verdrängten. Um nicht noch mehr Angst zu erzeugen, die ebenfalls verdrängt werden würde, stellten viele bundesdeutsche

Kampagnen das Lebensglück ins Zentrum: ein Glück, das erst längerfristig gesichert sein konnte, wenn die Gesundheit des Körpers medizinisch bestätigt war. Dass unter Umständen ein Tumor gefunden werden konnte, wurde dabei weitgehend ausgeblendet. Ähnliche Strategien werden noch heute vielfach genutzt. Weniger als das Glück wird allerdings das Wohlbefinden – und damit ein zentrales Gefühl vieler Gesundheitsdefinitionen – adressiert. Geradezu paradigmatisch zeigt dies eine Kampagne der Felix-Burda-Stiftung von 2009, die mit dem Slogan „I feel good“ auf sich aufmerksam machte. Hier wurde das intuitive Gefühl von Gesundheit im Sinne eines „Sich-gut-Fühlens“ dekonstruiert mit der Mahnung, dass auch derjenige, der sich gut fühle, Darmkrebs haben könne. Erst nach Besuch einer Darmkrebsvorsorgeuntersuchung – so stellte das Kampagnenplakat in Aussicht – könne man sich besser als gut, nämlich berechtigterweise gesund fühlen (Hitzer 2020). Sofern diese Form der Früherkennungsuntersuchung Erfolg hat, ändert sie also unweigerlich das Gefühl von Gesundheit: Dieses erscheint erst legitim, wenn es medizinisch kontrolliert wurde. Damit bekommt es auch eine Art Haltbarkeitsdatum. Es gilt so lange, bis die nächste Früherkennungsuntersuchung, der nächste Check-up ansteht.

Nicht immer jedoch wird dieses Haltbarkeitsdatum ohne Wenn und Aber verlängert. Manche Befunde liegen zwischen gesund und krank. Dies ist in der Krebs-Früherkennung der Fall, wenn Zellen verändert sind, ohne bereits als Krebs erkennbar zu sein, zum Beispiel bei einem sogenannten Befund Pap II oder III. In diesem Fall wird öfter als sonst vorgesehen kontrolliert, ähnlich wie bei bestimmten Krebstumoren, die nur langsam wachsen und deshalb in vielen Fällen während der Lebenszeit des Betroffenen als Krankheit nicht in Erscheinung treten. Wie verändert diese Praxis des „watchful waiting“ das Gesundheitsgefühl desjenigen, der die Zellveränderung nicht spürt, aber weiß, dass sein Risiko für eine bestimmte Krankheit erhöht ist? Hier trifft sich die Geschichte der Früherkennung mit der anfänglich angedeuteten Geschichte der Risikofaktoren. Denn die Framingham-Studie ist nicht bei der Identifizierung von Risikofaktoren und dementsprechenden Ratschlägen zur Lebensführung stehengeblieben. Ihren Erfolg verdankt sie auch der Tatsache, dass Risikofaktoren wie Bluthochdruck medikamentös behandelt werden können (Timmermann 2006). Mit der pharmazeutischen Intervention bei Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen verwischte die Grenze zwischen gesund und krank noch stärker. Denn Abweichungen von Normalwerten, die lediglich das Risiko für bestimmte Krankheiten erhöhten, wurden nun immer öfter so behandelt, als seien sie bereits Krankheiten. In einigen extremen Fällen unterscheidet sich mittlerweile die therapeutische Intervention bei Risikofaktoren nicht mehr von der Behandlung der Krankheit selbst. Dies ist etwa bei Frauen der Fall, die infolge einer Mutation des BRCA1- oder BRCA2-Gens ein deutlich erhöhtes Risiko für eine Brust- oder Eierstock-

krebserkrankung haben. Manche Betroffene entscheiden sich zu einer prophylaktischen Operation ihrer Brust und Eierstöcke, die sich nicht grundsätzlich von Operationen zur Entfernung von Brust- oder Eierstockkrebs unterscheidet (Löwy 2010). Fühlt sich der Körper, dessen Erkrankungsrisiko auf diese Weise gesenkt wurde, gesund an? Wie fühlt sich der risikobehaftete, aber nicht behandelte Körper an?

2 Das Gefühl der Balance – Gesundheit als Prozess

Während in der Medizin das Risikofaktorenmodell entwickelt und davon ausgehend Modelle der Verhaltens- und Verhältnisprävention konzipiert wurden, richtete sich in anderen Disziplinen der Fokus auf Faktoren der Gesunderhaltung. Kurz nachdem die Framingham-Studie angelaufen war, begann auf der hawaiianischen Insel Kauai eine ähnlich angelegte, wenn auch zahlenmäßig bescheidene Studie. Mehr als vierzig Jahre lang wurden hier die Lebensschicksale von 698 Kindern beobachtet, um herauszufinden, welche Kinder sich trotz widriger Lebensumstände positiv entwickelten (Werner et al. 1977; Werner & Smith 1982). Der Lebenslauf dieser Kinder sollte Aufschluss darüber geben, ob es Schutzfaktoren gebe, die es Menschen ermöglichten, Belastungen und Schicksalsschläge besser zu überstehen. Diese Idee stand am Beginn dessen, was später als „Resilienz“ bezeichnet und von dem Soziologen Ulrich Bröckling als einer der Schlüsselbegriffe des frühen 21. Jahrhunderts identifiziert werden sollte (Bröckling 2017). Aus Sicht der frühen Resilienzforschung war Gesundheit also nichts, was einfach da war, solange es keine Krankheit gab, sondern etwas, was an Vorbedingungen geknüpft war, die identifiziert und hergestellt werden konnten.

Diesen Gedanken griff der amerikanisch-israelische Soziologe Aaron Antonovsky in den 1970er Jahren auf. Ihm war im Rahmen einer Studie über das Klimakterium aufgefallen, dass manche der von ihm befragten Frauen sowohl psychisch als auch physisch gesund waren, obwohl sie als KZ-Überlebende traumatische Erfahrungen hinter sich hatten. Um diesen Befund zu erklären, begann er in der Lebensgeschichte dieser Frauen nach Faktoren zu suchen, die sie vor den schädlichen Folgen ihrer KZ-Erfahrung geschützt hatten (Laukötter 2019). Als zentralen Faktor benannte er schließlich das Kohärenzgefühl. Dieses Gefühl ergab sich nach seiner Beobachtung immer dann, wenn einem Menschen das ihm Zugestoßene erklärbar und mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln sinnhaft zu bewältigen schien (Antonovsky 1987). Das Kohärenzgefühl wurde für Antonovsky zum Dreh- und Angelpunkt seines neu entwickelten Modells der Saluto-

genese. Mit diesem Modell definierte er Gesundheit anders, als es die Medizin bis dato tat. Für ihn war Gesundheit kein statischer Zustand, der durch Krankheit aus dem Gleichgewicht gebracht wurde, sondern Gesundheit schien ihm vielmehr ein dynamischer Prozess, der stetig neu austariert werden musste.

Sowohl der Resilienzgedanke als auch das Modell der Salutogenese gingen in die 1986 von der WHO verabschiedete „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ ein, die in ihrer Definition einen Paradigmenwechsel vollzog und Gesundheit fortan als Prozess festschrieb, der durch die immer wieder neu hergestellte Balance zwischen Schutz- und Risikofaktoren erhalten werden kann. Dieses neue Verständnis von Gesundheit hat vor allem in der Psychologie, Gesundheitswissenschaft und Pädagogik Einzug gehalten. Weite Verbreitung fand dieser Gedanke durch Ratgeber im Buchformat, die Techniken zu präsentieren versprechen, mit denen die eigene Widerstandskraft gestärkt sowie Körper und Geist gegen Katastrophen und Gefahren immunisiert werden könnten. Diese Vorstellungen haben nachhaltigen Einfluss auf das Gefühl von Gesundheit, und auch diese Entwicklung holt die Gesundheit aus ihrer Verborgenheit. Denn die Notwendigkeit, Gesundheit immer wieder neu herzustellen, indem Resilienz trainiert und ein Gefühl von Kohärenz gefördert wird, macht Gesundheit zum Produkt einer dauerhaften Anstrengung. Da Gefühle in diesem Modell zudem eine zentrale Position einnehmen, wird das neue Gefühl von Gesundheit mit dem Empfinden bestimmter als positiv definierter Gefühle sowie einer Haltung verbunden, die Gefühle als bearbeitbar versteht.

3 Anders gesund fühlen

Noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde meist eine klare Grenze zwischen gesund und krank gezogen. Menschen mit Behinderungen galten eindeutig nicht als gesund. Demgegenüber wurden an schwerwiegenden Erkrankungen leidende Menschen nach erfolgreich überstandener Therapie behandelt, als seien sie vollständig und langfristig geheilt, auch wenn dies in manchen Fällen – etwa bei einer Krebserkrankung – durchaus zweifelhaft war und sich die behandelnden Ärztinnen und Ärzten dessen bewusst waren. Diese beiden Umgangsweisen mit der Grenze zwischen gesund und krank änderten sich insbesondere in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts.

Zwei Entwicklungen kamen hier zusammen: Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges wurde in den meisten europäischen Staaten ebenso wie in Nordamerika mehr Gewicht auf Rehabilitationsmaßnahmen gelegt, sowohl im Hinblick auf die vielen „kriegsversehrten“ Männer als auch im Hinblick auf Menschen nach überstandener schwerer Erkrankung (Boldorf 2006; Rudloff 2005). Damit

rückte die Zeit nach der „Heilung“ bei vielen Erkrankungen erstmals in den Fokus medizinisch-therapeutischer Maßnahmen (Cantor 2014). Spätestens seit den 1970er Jahren begann auch bei einigen schwerwiegenden Erkrankungen wie Krebs die Zahl derjenigen zu steigen, die nach Abschluss ihrer Therapie noch monate- oder jahrelang lebten. Ob sie geheilt waren, blieb oft ungewiss – und im Unterschied zu den wenigen Langzeitüberlebenden der ersten Jahrhunderthälfte war dies der deutlich größeren Zahl von Langzeitüberlebenden im letzten Jahrhundertdrittel bewusst. Der amerikanische Medizinsoziologe Arthur W. Frank, selbst ehemaliger Krebspatient, beschrieb diesen neuen Zustand der „Remission“ als einen Zustand des Dazwischen, in dem Krankheit und Gesundheit beständig ineinanderfließen (Frank 2013).

Seit einigen Jahren bevorzugen viele an Krebs erkrankte Menschen nach Abschluss ihrer Therapie die Bezeichnung „survivor“, um auf ihre aktive Rolle während der Therapie aufmerksam zu machen. Dennoch bleibt für viele der Therapieabschluss jahre- oder jahrzehntelang eine „Heilung auf Widerruf“ (Buhl 2019). Das Risiko, dass der Krebs zurückkommt, wird zwar mit den Jahren geringer, bleibt aber zeitlebens höher als bei anderen Menschen. Hinzu kommen oftmals fortdauernde gesundheitliche Beeinträchtigungen als Folge der Tumorerkrankung oder der Therapie. Gesundheitliche Bedürfnisse und körperliche Leistungsfähigkeit der über vier Millionen in Deutschland lebenden „Cancer Survivors“ sind fast immer anders als vor der Erkrankung. Ist damit für diese Menschen ein Gefühl von Gesundheit für immer verloren? Selbsterzählungen von Langzeitüberlebenden deuten auf etwas Anderes hin, einige beschreiben ihren alltäglichen Körperzustand als „gefühlte gesund“ (Löll 2017). Oft basiert dieses neuartige Gesundheitsgefühl auf der Entscheidung, den veränderten, von „Normalwerten“ abweichenden Zustand ihres Körpers als gesund zu akzeptieren. Ein solches Gesundheitsgefühl bleibt in gewisser Weise jedoch angewiesen auf die Gesellschaft, die anerkennen muss, dass sich Gesundheit verschieden anfühlen kann und dass manche Formen von Gesundheit größerer Unterstützung bedürfen als andere.

Diese Art des Gesundheitsgefühls kann anknüpfen an Errungenschaften, die in den 1970er Jahren zunächst von Initiativen wie der „Krüppelbewegung“, später von den *disability studies* erkämpft wurden. Zwar stand hier der Begriff „Normalität“ im Vordergrund (Bösl 2009; Lingelbach & Waldschmidt 2016). Doch auch hier ging es nicht nur darum, was Gesundheit im normativen Sinn ist, sondern auch darum, wie sich Gesundheit anfühlt und auf welche Bedingungen ein Gefühl von Gesundheit für Menschen mit Behinderungen angewiesen ist.

4 Fazit

Der Blick auf die Entwicklung des Gesundheitsgefühls in den letzten hundert Jahren macht deutlich, dass immer weniger Möglichkeiten bleiben, sich dann als „sicher“ gesund zu empfinden, wenn der Körper keine Beschwerden verursacht. Dies ist den neuartigen Logiken der Krankheitsverhinderung und Gesundheitsförderung geschuldet. Früherkennung und Prävention zielen geradezu darauf ab, das intuitive Gesundheitsgefühl zu delegitimieren. Denn ohne Überprüfung kann dieses Gefühl trügerisch sein, ohne eigene Anstrengung ist es womöglich nicht von Dauer. Das, was zunehmend als affektiver Kern des Gesundheitsgefühls in den Vordergrund gestellt wird, das Wohlbefinden, ergibt sich nach den neueren Konzepten von Salutogenese und Resilienzförderung nicht mehr quasi von selbst aus physischer Gesundheit, sondern muss erworben und trainiert werden. Die Entdeckung der Risikofaktoren seit den 1950er Jahren machte aus gefühlt gesunden Menschen vielfach dauerhaft medizinisch überwachte oder pharmazeutisch behandelte Menschen. Der Preis für ein Mehr an Gesundheit und Lebenserwartung ist in beiden Fällen der weitgehende Verlust eines um sich selbst nicht besorgten Gefühls von Gesundheit. Dagegen muss der tatsächliche Gesundheitsgewinn von Prävention und Gesundheitsförderung sorgfältig abgewogen und die Stigmatisierung individueller Entscheidungen gegen entsprechende präventive oder gesundheitsfördernde Maßnahmen vermieden werden. Doch es gibt noch eine andere neuartige Facette des Gesundheitsgefühls: Menschen mit Behinderungen, Menschen mit chronischen Erkrankungen ebenso wie Langzeitüberlebende nach Krebs erheben heute den Anspruch, sich trotz eines vom „Normalen“ abweichenden Körperzustandes gesund zu fühlen. Gefühlte Gesundheit bedeutet heute also sehr oft etwas Anderes als noch 1936, als René Leriche sein Diktum vom „Leben im Schweigen der Organe“ formulierte.

Literatur

- Antonovsky, Aaron (1987): *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well* (1. Aufl.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- Aronowitz, Robert A. (1998): „The Social Construction of Coronary Heart Disease Risk“. In: Robert A. Aronowitz: *Making Sense of Illness: Science, Society and Disease*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 111–144.
- Boldorf, Marcel (2006): „Rehabilitation und Hilfen für Behinderte“. In: Christoph Kleßmann (Hrsg.): *1961–1971. Deutsche Demokratische Republik. Politische Stabilisierung und wirtschaftliche Mobilisierung*. Baden-Baden: Nomos, S. 451–469.

- Borck, Cornelius (2016): *Medizinphilosophie zur Einführung*. Hamburg: Junius.
- Bösl, Elsbeth (2009): *Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland*. Bielefeld: Transcript.
- Bröckling, Ulrich (2017): *Gute Hirten führen sanft. Über Menschenregierungskünste* (1. Aufl.). Berlin: Suhrkamp.
- Buhl, Petra-Alexandra (2019): *Heilung auf Widerruf. Überleben mit und nach Krebs*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Cantor, David (2014): „Before Survivorship: The Moment of Recovery in Twentieth-century American Cancer Campaigns“. In: *Social History of Medicine* 27(3), S. 440–465.
- Frank, Arthur W. (2013): *The Wounded Storyteller. Body, Illness & Ethics* (2. Aufl.). Chicago: The University of Chicago Press.
- Franzkowiak, Peter/Hurrelmann, Klaus (2018): „Gesundheit“. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, S. 175–184, https://www.leitbegriffe.bzga.de/fileadmin/user_upload/leitbegriffe/e-Books/E-Book_Leitbegriffe_2018_08.pdf, besucht am 11. 11. 2020.
- Gadamer, Hans-Georg (2010): *Über die Verborgenheit der Gesundheit. Vorträge und Aufsätze*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hitzer, Bettina (2017): „Krebs fühlen. Die Emotionsgeschichte der Krebserkrankung im 20. Jahrhundert“ [Habilitationsschrift, FU Berlin]. Berlin.
- Hitzer, Bettina (2020): *Krebs fühlen. Eine Emotionsgeschichte des 20. Jahrhunderts*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Laukötter, Anja (2019): „Salutogenese oder die Herstellung von Gesundheit als neue Perspektive für die Psychosomatik“. In: Alexa Geisthövel/Bettina Hitzer (Hrsg.): *Auf der Suche nach einer anderen Medizin. Psychosomatik im 20. Jahrhundert*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 434–447.
- Leanza, Matthias (2017): *Die Zeit der Prävention. Eine Genealogie* (1. Aufl.). Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Leriche, René (1936): „De la Santé à la Maladie“. In: René Leriche (Hrsg.): *L'être humain. Encyclopédie française*, Bd. 6. Paris: Larousse, S. 16.
- Lingelbach, Gabriele/Waldschmidt, Anne (Hrsg.) (2016): *Kontinuitäten, Zäsuren, Brüche? Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen in der deutschen Zeitgeschichte*. Frankfurt am Main & New York: Campus.
- Löll, Christiane (2017): „Besser überleben“. *Süddeutsche Zeitung* 47 vom 25./26. 2. 2017, S. 35.
- Löwy, Ilana (2010): *Preventive Strikes. Women, Precancer, and Prophylactic Surgery*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Pinell, Patrice (1992): *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890–1940)*. Paris: Métailié.
- Pöltner, Günther (2002): *Grundkurs Medizin-Ethik*. Wien: Facultas.
- Rudloff, Wilfried (2005): „Rehabilitation und Hilfen für Behinderte“. In: Günther Schulz (Hrsg.): *1949–1957. Bundesrepublik Deutschland. Bewältigung der Kriegsfolgen, Rückkehr zur sozialpolitischen Normalität*. Baden-Baden: Nomos, S. 517–557.
- Timmermann, Carsten (2006): „A Matter of Degree: The Normalisation of Hypertension, c. 1940–2000“. In: Waltraud Ernst (Hrsg.): *Histories of the Normal and the Abnormal: Social*

- and Cultural Histories of Norms and Normativity*. London & New York: Routledge, S. 245–261.
- Timmermann, Carsten (2009): „Risikofaktoren: Der scheinbar unaufhaltsame Erfolg eines Ansatzes aus der amerikanischen Epidemiologie in der deutschen Nachkriegsmedizin“. In: Martin Lengwiler/Jeanette Madarász-Lebenhagen (Hrsg.): *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*. Bielefeld: Transcript, S. 251–277.
- Werner, Emmy E./Bierman, Jessie M./French, Fern E. (1977): *The Children of Kauai. A Longitudinal Study from the Prenatal Period to Age Ten*. Honolulu: University of Hawaii Press.
- Werner, Emmy E./Smith, Ruth S. (1982): *Vulnerable But Invincible: A Study of Resilient Children and Youth*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Winter, Georg (1911): „Die Bekämpfung des Krebses im Königreich Preussen“. In: *Zeitschrift für Krebsforschung* 10, S. 343–364.