

Rainer Müller (1995): Thesen zur Gesellschaftlichkeit von Gesundheit, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 2. Beiheft 1995, S. 27-38

1. Das Verständnis von Gesundheit ist von sozialen Kontexten und von sozialen Deutungsmustern abhängig.

Obwohl Gesundheit eine zentrale Argumentationsfigur bei Individuen, professionellen und institutionellen Akteuren sowie in Politikarenen ist, zerbricht der scheinbare Konsens schnell, wenn dezidiert nach dem politischen und sozialen Gehalt von "Gesundheit" gefragt wird. Es lassen sich derzeit folgende Positionen ausmachen, die in sich nicht konsistent sind. Die Beschreibung der Positionen versteht sich als thesenartig. Im Einzelnen müßte gezeigt werden, in welchen sozialen und politischen Kontexten und Milieus mit welchen Interessen die Verständnisse kreiert wurden und werden und welche Konsequenzen für Politiken sich daraus ergeben.

Das technokratische Verständnis von Gesundheit

Dieses Verständnis speist sich aus den klassischen naturwissenschaftlich-technischen Traditionslinien der Hygiene und Medizin. Nicht selten wird dieses technokratische und expertenzentrierte Konzept als Ausgrenzungsmodus gegen Randgruppen und Personen gewandt, die nicht den moralischen Gesundheitsregeln (z.B. des Drogenverzichts) folgen. Auch in medizinisch begründeten Postulaten der Verhaltensprävention (Ernährung, Tabakverzicht) kommt dieses Konzept zum Tragen. Es suggeriert programmatisch die Überwindung von Alter, Krankheit und Gebrechen als naturgegebenen menschlichen Daseinsbeschränkungen. Die in der technologischen Produktion herrschende Maxime von Funktionalität und Machbarkeit wird zum zentralen Handlungsprinzip und Wertmaßstab.

Die hedonistische Sichtweise

Gesundsein wird in der hedonistischen Sicht auf das Freisein von Unlust und Leiden reduziert, erscheint als Vision einer von physischen und psychischen Problemen befreiten Gesellschaft. Eine solche hedonistische Sichtweise beherrscht "alternative" Positionen bisweilen ebenso stark wie klassische schulmedizinische. Gesundheit als Zielvorstellung ist in dieser Auffassung definiert durch die Abwesenheit von Leid, Beschwerden, Gebrechen. Gesundheit als ein Prozeß der Anpassung, als Fähigkeit, auch Schmerz, Krankheit und Tod als integralen Bestandteil des Lebens zu erfahren, diese Definition erfährt aus beiden Lagern eine Absage.

Anti-industrialistische Konzepte

Anti-industrialistische Konzepte sind eine konkrete Utopie bislang meist schuldig geblieben. Zwar wird eine Versöhnung von Ökonomie und Ökologie häufig unterstellt, jedoch kaum differenziert erörtert. In der Kritik gegenwärtiger gesellschaftlicher Verhältnisse herrscht jedoch Entschiedenheit: Die allein an materiellem Wohlstand orientierte Überfluß- und Wegwerf-Gesellschaft, ihre Maximen eines unbegrenzten ökonomischen Wachstums und eines sozial ungebremsten technischen Fortschritts erscheinen als Inbegriff krankmachender Lebensbedingungen und als negatives Gegenbild von Gesundheit. Gesundheit ist hier eine Metapher, die für Lebensqualität und Wohlbefinden auch in der Genügsamkeit steht.

Demokratie-zentrierte Sichtweisen

Die vielfältigen demokratie-zentrierten Sichtweisen von Gesundheit zeigen kaum mehr Überlappungen mit medizinischen Definitionen. Der Weg steht hier weit mehr im Blickpunkt als das Ziel. Es geht um Autonomie und Selbstverantwortung des Individuums, um Partizipation sozialer Gruppen und Initiativen an Entscheidungsprozessen. Darin werden "salutogenetische" also krankheitsabschirmende und gesundheitsförderliche Strukturelemente sozialen Handelns gesehen. In einer generellen Ausweitung demokratischer Prinzipien der diskursiven Willensbildung und politischen Teilhabe werden zentrale Maximen gesehen. Sie schaffen Voraussetzungen für eine gesellschaftliche Neuorientierung und Konsensbildung in Bezug auf "Gesundheit", auf "gesundheitsgerechte" Gestaltung von Arbeits- und Lebensbedingungen.

Das sozio-psychologische Verständnis

Das sozio-psychologische Verständnis schließlich ist in der Konkretion seiner Zielvorstellungen sehr stark auf soziale Netzwerke und Unterstützungsleistungen, auf Selbsthilfe- und Nachbarschaftsgruppen orientiert. Es definiert Gesundheit vor allem in sozialpsychologischen Zusammenhängen: Kommunikation, Solidarität, rationale (d.h. vor allem: gesprächsorientierte) Formen der Konfliktbewältigung. Unterstützungsleistungen werden als jene (vielfach neu zu entwickelnde) Formen sozialen Handelns betrachtet, die eine Somatisierung individueller Probleme verhindern und eine persönlichkeitsförderliche Qualität sozialer Erfahrung gewährleisten sollen.

2. Gesundheitskonzepte haben einen historischen Entwicklungskontext. Der Public Health-Begriff ist mit der Geschichte der bürgerlichen Gesellschaft und der Stadt verknüpft.

Der neuzeitliche Gesundheitsdiskurs beginnt mit der Aufklärung seit etwa Mitte des 18. Jahrhunderts. In diesem Diskurs artikuliert sich das selbbewußt werdende Bürgertum. Gesundheit wird als Metapher für einen Lebensstil und einen Lebensentwurf formuliert, der sich bewußt gegen den ausbeuterischen und verschwenderischen Stil der Aristokratie abgrenzt und auf Freiheitsrechte des Individuums besteht. Als gesundheitsgerecht wird Mäßigung, sparsamer und effektiver Umgang mit allen Ressourcen in Selbstbestimmung verstanden. Gesundheit wird mit Arbeits- und Leistungsfähigkeit gleichgesetzt und als herstell- bzw. gestaltbar angesehen.

Die Geschichte der Stadt ist die Geschichte der Emanzipation des Bürgertums gegenüber dem Feudalismus. Die Städte waren der Ort der ökonomischen, technischen, kulturellen und politischen Innovation. Die Perspektive der Stadtentwicklung kann als das Versprechen auf ein von politischen, sozialen und natürlichen Zwängen befreites Leben (Häußermann, Siebel 1987) interpretiert werden. Dieses Versprechen enthielt Leitbilder, die sich auch auf das gute und gesunde sowie lange Leben bezogen und eine Befreiung von Krankheit und Leid versprachen. Sowohl in der bürgerlichen wie auch in der proletarischen Stadtgeschichte wurde Gesundheit zu einem Leitbild, welches entsprechend den klassenspezifischen Erfahrungen und Interessen formuliert wurde. In der bürgerlichen Stadtpolitik wurde Gesundheit in der "öffentlichen Gesundheitspflege" zum Fluchtpunkt für die Hygienisierung der Lebenswelt. Im Prozeß der Vergesellschaftung haben sich seit Mitte des vorigen Jahrhunderts Bewertungen von Gesundheit durchgesetzt, die sich an den Effizienz- und Rationalitätskriterien städtischen Lebens messen und dies durch naturwissenschaftliche Orientierungen auf Körperllichkeit, lokale Krankheitsvorgänge und akute Ursache-Wirkungsbeziehungen untermauern können. Die bakteriologische, physikalisch-chemische und technische Hy-

giene wird zur dominanten Bezugswissenschaft. Leitbild des herrschenden Gesundheitsbegriffs ist dementsprechend der "human motor", der funktionstüchtige, leistungsfähige, saubere und sittliche Bürger ("Homo hygienicus"). Die Medizin übernimmt mehr und mehr die Deutungsmacht von Krankheit und Leiden einerseits und von Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit andererseits (Labisch 1992).

Das Emanzipationsversprechen städtischer Zivilisation wurde später auch von der sich ausbildenden Arbeiterbewegung reklamiert. Die soziale Integration der Unterschichten orientierte sich an diesem Verständnis. Die Arbeiterbewegung nahm dieses Bild auf, wendete es allerdings insofern als sie das Recht auf Gesundheit zum Maßstab der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod und somit zum Kampfbegriff münzte (Milles 1993).

3. Es lassen sich alltags- bzw. lebensweltliche Gesundheitsverständnisse der Laien von medizinischen und sozialwissenschaftlichen Gesundheitstheoremen unterscheiden.

Fragen sowohl zu Überschneidungsbereichen des medizinischen Modells mit dem psychosozialen Modell als auch zur Anknüpfungsfähigkeit der wissenschaftlichen Konzepte mit lebensweltlichen Deutungen sind offen.

In der alltagsweltlichen Interpretation hat nach Auffassung mancher Autoren Gesundheit mit Abwesenheit von Krankheit, mit zielgerichteten Fähigkeiten und Voraussetzungen für ein produktives Leben und mit einer positiv erfüllten Lebensverfassung durch allgemeines Wohlbefinden zu tun (Flick 1991, Gerhardt 1993, Faltermaier 1994). Allerdings wird man durchgängig ein derartig konsistentes Verständnis wohl nicht finden, sondern eher Deutungen ausmachen, die mit den genannten Positionen der These 1 in Verbindung stehen. Ein autonomes Bedürfnis nach körperlicher Unversehrtheit und Wohlbefinden kann unterstellt werden. Allerdings sind Bedürfnisstrukturen, auch in Bezug auf Gesundheit, gesellschaftlich geprägt und unterliegen einem historischen Wandel.

Im biomedizinischen Modell kommt Gesundheit lediglich als Legitimationswert vor. Es wird als Ziel ärztlichen Handelns ausgegeben. Gesundheit wird als Nicht-Krankheit gedeutet. Wenn Krankheit biologischer Strukturdefekt oder physiologische Funktionsstörung ist, dann ist Gesundheit in diesem Verständnis normale Struktur bzw. normale Funktion. Entsprechend werden Normalitätsvorstellungen von Experten definiert. Die Subjektivität des Patienten mit seiner jeweiligen sozialen Situation kommt nur implizit vor. Das Medizinsystem ist auf Krankheit orientiert, einen wissenschaftlich fundierten Gesundheitsbegriff hat es nicht entwickelt (v. Uexküll, Wesiack 1988). Das biomedizinische Modell hat sehr stark die Deutungen und Orientierungen von Laien geprägt. Erst recht ist es das vorherrschende Konzept im sozialversicherungsrechtlichen Umgang mit Erkrankten und potentiell Kranken in den verschiedenen Institutionen des "Gesundheits"systems.

Im sozialwissenschaftlichen Konzept von Gesundheit lassen sich psychologische von soziologischen Modellen unterscheiden, die wiederum je nach theoretischen und methodischen Traditionen differieren. In der Psychologie gibt es eine Tradition der Erfassung gesundheitlichen Wohlbefindens, der psychologischen Alltagstheorie und der Persönlichkeitstheorie von Gesundheit. Zu den soziologischen Konzepten gehören solche der ethnographischen Forschung, der sozialepidemiologischen Ausrichtung,

Public Health-Konzepte wie auch eigentliche soziologische Theorien zur Gesundheit (Noack 1993). Ein soziologisches salutogenetisches Modell hat Antonovsky entwickelt. Er hat sich mit der Frage beschäftigt, wie es sich eigentlich erklären läßt, daß Menschen trotz vielfältiger und allgegenwärtiger physischer, chemischer, biologischer und psychosozialer Stressoren gesund bleiben oder wieder gesund werden. Für die Erhaltung oder Verbesserung der Position eines Individuums auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum definiert er in seinem Modell einige Bedingungen. Als entscheidend wird eine umfassende psychosoziale Orientierung, das Kohärenzgefühl, welche die Mobilisierung und wirksame Koordinierung der Widerstandsressourcen erst ermöglicht, angesehen. Aus drei Elementen setzt sich das Kohärenzgefühl zusammen: Fähigkeit zum Verständnis der inneren und äußeren Welt, Handlungs- und Bewältigungsfähigkeit und Sinnhaftigkeit der voraussehbaren Entwicklung und des eigenen Tuns (Antonovsky 1987). Sozialwissenschaftliche Modelle haben die in These 1 genannten demokratiezentrierten Sichtweisen und sozio-psychologischen Verständnisse stark inspiriert. Programmatiken der WHO und Konzepte von Public-Health basieren auf diesen Theoremen.

4. Gesundheit ist Ausdruck einer individuellen Lebensgeschichte, d.h. Ergebnis einer tätigen Auseinandersetzung mit den inneren Bedürfnissen und den äußeren eben auch sozialen Lebensumwelten.

Der Mensch als lebendiger Organismus ist auf ökologische Situationen, Umwelten, bezogen. Dies erfolgt durch Informationen zwischen den situationalen Kontexten einschließlich der sozialen in der fließenden Gegenwart. Über biorhythmische Regulation werden die Prozesse koordiniert und gekoppelt. Das Körperliche ist so gesehen ein geronnener Lebensprozeß, in den das artspezifische und individuelle Gedächtnis eingeschrieben ist. Das Körperselbstbild, d.h. das Ich mit seinen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Bedürfnissen ist das Produkt der Lebenstätigkeit in der Biographie. In dieser tätigen Vermittlung zwischen inneren und äußeren Raum-Zeit-Strukturen, in denen Gleichgewichte (Homöostase) aufrechterhalten bzw. wieder hergestellt werden, bildet sich ein "funktionales Optimum" (Löther 1983) heraus, was als Gesundheit bezeichnet werden kann. In der Ottawa-Deklaration kommt dies zum Ausdruck, wenn es dort heißt: "Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können".

Der Homöostasebegriff ist, wie die Kategorien Selbstregulation oder Selbstreproduktion, im Begriff der Autopoiese (Maturana 1982) aufgehoben. Krankheiten können danach als temporäre Beeinträchtigungen des Prozesses der Selbstorganisation oder als Versuch angesehen werden, Homöostase wiederherzustellen. Die Beeinträchtigungen können durch inadäquaten Dialog, durch inadäquate soziale Kommunikation, also Entfremdungssituationen, hervorgerufen werden. Die Störung in der Selbstregulation kann auch durch einen biotischen Defekt hervorgerufen werden. Jedoch ist nur der biotische Defekt rein biotisch. Der daraufhin angestoßene Prozeß ist ein Selbstregulationsprozeß des Gesamtorganismus, der der dialogischen, sozialen Unterstützung bedarf. In den Prozeß des Gesundwerdens sind die organismischen Subsysteme: neuroendokrines System zur Erhaltung der Homöostase, vegetativ-somatisches System mit seinen somatischen Reaktion auf äußere Einwirkungen, das reparatorisch kompensatorische System, das auf der Zellebene Reparaturmechanismen bereitstellt und das Immunsystem mit seinen Abwehrkomponenten wirksam. Die Subsysteme

stehen in synergetischer Koppelung durch das Zentralnervensystem. Darüber sind sie an das Gedächtnis, die sozialen Deutungsmuster, d.h. an die soziale Umwelt angebunden (Jantzen 1991).

An dieser Stelle ist ein kritischer Kommentar zu derzeitig vorherrschend werdenden Genetik- bzw. Molekularbiologie notwendig.

Auch das Genom, also die Summe der genetischen Informationen, unterliegt Prozessen der Selbstregulation. In diesem Verständnis kann das Gen nicht als eine fixierte konstante molekulare Größe betrachtet werden, sondern als eine Einheit, die sich in der Zelle in der Auseinandersetzung mit der Umgebung entwickelt. Gene werden also in der Entwicklungsgeschichte des einzelnen Organismus gebildet. Ihr An- und Abschaltverhalten unterliegt dem Kommunikationsaustausch in den dynamischen Prozessen der Selbstregulation. Gene führen also nicht deterministisch durch die Entwicklungsgeschichte des Individuums (An der Heiden 1991).

So haben eineiige Zwillinge verschiedene Immunsysteme oder auch verschiedene Fingerabdrücke trotz der gemeinsamen Basis eines gleichen Genoms. Die Bedeutung sozialer Interaktion in den biologischen Zusammenhängen zwischen Genom und Phänotyp lassen sich bei der Entwicklung von verschiedenen Organismen, wie z.B. Insekten, beobachten. Ebenso kann man dies bei den Krebserkrankungen studieren. So konnte gezeigt werden, daß eine streßabhängige Immunsuppression ein mindestens ebenso hohes Risiko für einen Menschen zur Entstehung von Krebs hat, als ein bestimmtes Onkogenmuster. Weiterhin wurde nachgewiesen, daß Patienten mit denselben Krebsarten nicht notwendigerweise ein entsprechendes Onkogenmuster haben. Umgekehrt gibt es Menschen mit bestimmten Onkogenmustern, wie man sie bei bestimmten Krebspatienten vermehrt findet, die aber dennoch nicht an Krebs erkranken. Man kann also aus der Kenntnis des Genoms nicht auf eine spätere Erkrankung schließen. Wenn also ein Organismus sein Immunsystem, und damit den gesamten Organismus, in der Auseinandersetzung mit der Umgebung (z.B. Infektionen) individuell ausbildet, wenn selbst soziale Kommunikationsmuster für den Zusammenhang zwischen Genom und Phänotyp funktional bedeutsam sind, dann wird man aus dem Konzept der genetischen Prädisposition, d.h. also der Aussage, daß genetische Veranlagung für das Entstehen der häufigsten Krankheitsarten bedeutsam sind, wenig für die Diagnose und Therapie von chronischen Krankheiten lernen (Reiber 1993, Zänker 1991).

5. Soziale Ungleichheit vor Gesundheit, Krankheit und Tod ist ein sozialer Tatbestand.

Die Evidenz sozialer Ungleichheit vor Gesundheit, Krankheit und Tod zeigt sich global nicht nur im Vergleich zwischen entwickelten und unterentwickelten Ländern, sondern selbst in hochentwickelten Industrieländern. Dies belegen empirische Analysen auf Basis von amtlichen Statistiken und eigens erhobenen Daten, denn sie zeigen einen engen Zusammenhang zwischen sozialökonomischer Schicht bzw. Klasse und Indikatoren der Morbidität, Mortalität und Gesundheit. In Europa lassen sich Wirkungen ökonomischer und sozialer Krisen mit ihren verheerenden Folgen für die Gesundheit nicht nur zwischen den Ländern, sondern ebenfalls in den Ländern selbst studieren. Nicht nur aus den mittel- und osteuropäischen Staaten werden beträchtliche soziale Ungleichheiten vor Gesundheit berichtet; selbst in Schweden und den Niederlanden hat sich in den 1980er Jahren die Ungleichheitsschere geöffnet (Whitehead 1992, S. 219, 290 ff). In Großbritannien z.B. wurden diese Tatbestände genauer erforscht (Abel-Smith 1990, Townsend 1990, Whitehead 1992). Für die 70er Jahre dokumentiert

der "Black-Report" und für die 80er Jahre der "Health-Divide"-Bericht "Inequalities in Health" in Großbritannien (Townsend, Davidson 1992, Whitehead 1992). Zwar haben sich durchschnittliche Lebenserwartung und andere Gesundheitsindikatoren für die Gesamtbevölkerung im Laufe der Zeit verbessert, jedoch weisen Personen in den unteren sozialökonomischen Schichten nicht nur eine höhere Mortalitätsrate auf, sie sind auch im Verlauf des Lebens häufiger krank und dies in einem jüngeren Alter (Whitehead 1992, S. 263). Größere Unterschiede fand man ebenfalls bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit und des Wohlbefindens. Die größten Differenzen in der Krankheitshäufigkeit zwischen den sechs sozialen Klassen ließen sich in der Altersgruppe der 45- bis 64jährigen feststellen. In England besteht ein Süd-Nord-Gefälle. Differenzen existieren zwischen z.T. benachbarten Wohngebieten, die dem sozioökonomischen Gradienten folgen.

In der Bundesrepublik ist die Berichterstattung und Forschung über soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod unterentwickelt. Die vorliegenden empirischen Befunde weisen ebenso die soziale Ungleichheit vor Gesundheit, Krankheit und Tod aus (Ritz 1992, Mielck 1994).

Wurde die Ungleichheit nicht bestritten, so wurde jedoch kontrovers diskutiert, ob sich die Unterschiede vergrößern oder verringern und warum sie bestehen. Mittels Langzeitstudien und speziellen Analysen konnte gezeigt werden, daß sich die Schere bei den Erwachsenen in England weiter öffnete. Es wurde eine steigende Ungleichheit über einen Zeitraum von 40 Jahren (1931-1971) hinweg beobachtet. Bei den Kindern gab es allerdings Verbesserungen (Abel-Smith 1990, S. 172).

In der Bilanzierung der Forschungsergebnisse werden vier Gründe für die Ungleichheit genannt: 1. Artefakt wegen Methoden und Daten, 2. soziale Selektion, 3. kulturelle, verhaltensmäßige Gründe (Lebensstil), 4. materielle sozioökonomische Faktoren. Es wird der Schluß gezogen, daß der sozialökonomische Status der Person bzw. der Gruppe den Hauptgrund für die Unterschiede abgibt. D.h. materielle und soziale Deprivation sind Bedingungen für erhöhte Morbidität und Mortalität und für gesundheitliches Unwohlsein in den unteren sozialen Schichten (Abel-Smith 1990, Townsend 1990).

6. Die sozialökonomische Situation von Personen bzw. Gruppen konstituiert ihr soziales, psychisches und körperliches Wohlbefinden, d.h. ihre Gesundheit.

Epidemiologische Befunde, wie Studien der verschiedenen Theoreme der Streßforschung und der sozialen Unterstützung belegen empirisch wie theoretisch diesen Sachverhalt. Vergleichende Studien zwischen Ländern und über Zeitperioden haben gezeigt, daß die Verteilung von Gesundheit in der Gesellschaft einem ähnlichen Muster folgt wie die Verteilung von Wohlstand. Nicht nur die Indikatoren von Morbidität und Mortalität folgen diesem Trend, wie bereits in der These 5 angesprochen, sondern auch Risikofaktoren, die dem Lebensstil zugerechnet werden, verteilen sich unterschiedlich auf die sozial-ökonomischen Schichten. Obwohl sich also ein solcher sozialer Gradient auch für gesundheitsriskantes Verhalten zeigt, kommen Studien, die sich mit dem Zusammenhang von sozialer Ungleichheit der Gesundheitschancen mit den sozialen Lebensstilen in Abhängigkeit vom sozial-ökonomischen Status beschäftigen, zu dem Ergebnis, daß zwar die unteren Schichten in höherem Maße verhaltensabhängige Risikofaktoren aufweisen, aber selbst wenn diese Faktoren statistisch neutralisiert werden, liegen die Indikatoren der Morbidität in den unteren Schichten noch immer deutlich höher als bei den oberen Schichten (Marmot, Rose u.a. 1978). In der britischen Studie zum Thema "Health and lifestyle survey" konnte dies empirisch

nachgewiesen werden (Blaxter 1990). Selbst wenn die gesundheitsgerechten Verhaltensnormen in allen sozial-ökonomischen Schichten umgesetzt werden könnten, wären ihre Wirkungen sozial ungleich. So ist der Gesundheitseffekt gleichen Verhaltens, wie z.B. Nichtrauchen, in den unteren sozialen Schichten geringer als bei den höheren Schichten. Gesündere Lebensweisen scheinen in den Wohngebieten mit hohem Status zu einer besseren Gesundheit zu führen als in innerstädtischen Regionen oder Industrieregionen. Also nicht nur das Gesundheitsverhalten, sondern auch dessen Wirkung hängen von den sozial-ökonomischen Lebensbedingungen der Personen ab.

Lebensstilorientierte Gesundheitskampagnen sind in unteren sozialen Schichten weniger erfolgreich. Die Gründe, daß die Botschaften kaum ankommen, sind in den Restriktionen der sozialen Kontexte der Personen zu suchen. Sie haben mit einer Fülle von Alltagsproblemen zu kämpfen. Die geringen wirtschaftlichen Möglichkeiten und die soziale Fremd- und Selbstwahrnehmung vermitteln ein Gefühl der Machtlosigkeit. Die tatsächlichen Handlungsspielräume sind eingeschränkt.

Zentrale Gesundheitsziele wie gleiche "Gesundheitschancen" und "Verlängerung der gesunden Lebensspanne" sind miteinander verwoben. Die Annahme, daß mit steigender Lebenserwartung im Alter durch chronische Erkrankungen und Behinderungen quasi automatisch sich eine mindere Lebensqualität einstellt, wird durch empirische Studien nicht belegt. Ob und zu welchem Ausmaß gewonnene Lebensjahre zu einer Minderung der Lebensqualität in Folge von chronischer Erkrankung und Behinderung sich einstellt, hängt wesentlich davon ab, zu welcher sozial-ökonomischen Schicht die Person gehört. House, Kessler u.a. (1990) haben in einer Langzeitstudie über 25 Jahre diese Frage geprüft und sie kommen zu der Aussage, daß zwar die Zahl der chronischen Einschränkungen für alle untersuchten Personen unabhängig von der sozialen Schichtzugehörigkeit mit dem Alter ansteigt, jedoch eine deutliche Schere zwischen den unteren sozialen Schichten beim Eintritt der chronischen Erkrankung sich zeigt. Für die oberen sozial-ökonomischen Schichten gilt, daß, wenn überhaupt chronische Erkrankungen auftreten, sie ins hohe Alter verschoben sind. In den unteren und mittleren sozialen Schichten treten solche Chronifizierungsprozesse als Manifestationen früher auf.

7. Erwerbsarbeit ist eine Bedingung von Gesundheit, jedoch auch Quelle von Gesundheitsgefährdung und Schädigung.

Psychologie und Soziologie haben herausgefunden, daß gesundheitsförderlich diejenigen Arbeitsbedingungen sind, die ein günstiges Verhältnis von Zuständen der positiven und negativen emotionalen Befindlichkeit herbeiführen. Als gesundheitsgerecht erweist sich eine Arbeit, wenn Voraussetzungen für optimale Aktiviertheit geschaffen sind, Gelegenheiten zur Selbstverwirklichung geboten werden und die Entfaltung von Kompetenzen und produktivem Verhalten möglich ist. Außerdem ist wichtig, daß die eigene Tätigkeit als sinnvoll erlebt wird und zu einem persönlichen Engagement motiviert. Weiterhin müssen Autonomietendenzen der Person und eigene Kontrollüberzeugungen sowie Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit begünstigt werden (Ulich 1994).

Zur Pathogenität von Erwerbsarbeit liegen zahlreiche empirische und theoretische Befunde vor (Konietzko, Dupuis 1989). Nicht nur zu den klassischen Risiken, wie Arbeitsunfall und Berufskrankheiten, sondern ebenso zu dem Themenkomplex arbeitsbedingte Erkrankungen haben Belastungs-Beanspruchungs-Forschung, Streßstudien sowie epidemiologische Analysen die Evidenz des Risikos Erwerbsarbeit offenkundig gemacht (Milles, Müller 1985).

Allerdings müssen auch jene gesundheitlichen und sozialen Folgen von Erwerbsarbeit beachtet werden, die jenseits der spezifischen arbeits- bzw. berufsbedingten Erkrankung liegen. Die negativen Effekte erwachsen aus den mehr oder weniger direkten materiellen und immateriellen Zwangsbedingungen der Lohnarbeit (Mergner, Mönkeberg-Tun, Ziegler 1990). Beispielsweise seien nur die Zwangsbedingungen der Arbeitszeitregime der Anpassungsdruck aus der Arbeits- und Betriebsdisziplin mit seinen generellen Beschränkungen der individuellen Einflußmöglichkeiten und der Mit- sowie Selbstbestimmung genannt. Zu bedenken bleibt, daß bei der Gestaltung der Arbeits- und Leistungsanforderungen als Konfliktfeld zwischen Bedürfnissen und Ansprüchen der Beschäftigten und den Vorgaben und Produktivitätsnormen der Unternehmen beträchtliche Unterschiede zwischen Betrieben existieren. Marstedt unterscheidet bei der Charakterisierung impliziter betrieblicher Konzepte im Umgang mit Gesundheit und Krankheit vier Grundmuster. Das ökonomische Konzept definiert Gesundheitsfragen ausschließlich als Kostenfaktor. Das produktionistische Verständnis akzeptiert Gesundheitsansprüche nur restriktiv als rechtliche Auflagen. Im betriebsgemeinschaftlichen Konzept werden Gesundheit bzw. Krankheit situationsabhängig individuell in Form von Fürsorge und Bevormundung behandelt. Das technokratische Konzept hat Gesundheits- bzw. Krankheitsfragen systematisch kodifiziert und über das Management reguliert (Marstedt 1990).

8. Ein individuelles Interesse an Gesunderhaltung und Gesundwerden ist in allen sozialen Schichten vorhanden.

Gesundheit als Fähigkeit und Voraussetzung für ein produktives Leben (These 3) ist Grundbedingung für die soziale Existenz, die gesellschaftliche Akzeptanz und Teilhabe. In Gesundheit verschränken sich allerdings individuelle Ansprüche, Hoffnungen und Interessen mit den vielfältigen Verhaltenserwartungen der Gesellschaft. Die Verschränkungen sind nicht ohne Konflikte, Widersprüche und Inkonsistenzen. Es kann deshalb kein genuines, hierarchisch übergeordnetes handlungsleitendes Interesse an Gesundheit bzw. Gesunderhaltung oder Gesundwerden durchgängig für alle Personen unterstellt werden. Festgehalten werden muß jedoch grundsätzlich an einem individuellen Recht auf Selbstbestimmung über Gesundheit.

Die Artikulation von Gesundheitsinteressen richtet sich nach dem sozialen Kontext der Person. Sie ist geprägt durch erfahrene Risiken und Gefährdungen sowie den Fähigkeiten und Fertigkeiten, sich für seine Bedürfnisse aktiv einzusetzen. So haben Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Erfahrungen mit betrieblicher Rationalisierung und den daraus herrührenden Belastungen und Beanspruchungen. Sie können ihre Abhängigkeit am Arbeitsplatz einschätzen und darauf bezogen Mitbestimmungsinteressen und Beteiligungsfordernisse artikulieren. Sie sehen ihre Gesundheitsinteressen jedoch in einem Konflikt mit den dominanten Partialinteressen des Betriebes und der Ökonomie (Marstedt u.a. 1993).

9. Gesundheit ist machbar, jedoch muß dies als eine gesellschaftspolitische Aufgabe verstanden werden.

Die These "Gesundheit ist machbar" stellt eine Verkürzung dar und ist im Zusammenhang mit den vorherigen Aussagen zu relativieren. Mit dieser Zuspitzung soll auf die Wissens- und Erfahrungsbestände zur Gestaltbarkeit von gesundheitsrelevanten Arbeits- und Lebensbedingungen und damit auf die Politikfähigkeit von Gesundheit ver-

wiesen werden. Es soll nicht unterschlagen werden, daß in dieser These auch Fortschrittsgläubigkeit zum Ausdruck kommt.

Die Machbarkeit von Gesundheit kann nicht lediglich eine Verheißung sein, die sich an den Einzelnen wendet, wobei er als Träger von Krankheiten bzw. Krankheitsrisiken gedacht wird oder als jemand angesehen wird, der durch selbstgefährdende Verhaltensmuster bzw. durch defizitär gekennzeichnete Copingstrategien der Entstehung von Krankheiten Vorschub leistet. Eine solche Präventionslogik löst die Subjektivität des Einzelnen auf und entkleidet ihn seiner Gesellschaftlichkeit.

Gesundheit ist ein Individualrecht, was Politik stärker als eine Herausforderung aufzunehmen hat. Wenn Gesundheit von Risiken bzw. Gefährdungen und von den Ressourcen abhängig ist und Risiken wie Ressourcen sozial ungleich verteilt sind, dann hat eine auf Gesundheit bezogene Politik schichtspezifisch an den Risiken und Gefährdungen anzusetzen, um sie zu reduzieren und zu minimieren und Prozesse zu organisieren, die den Individuen die Ressourcen zur Verfügung stellt, um adäquat mit den belastenden Herausforderungen umgehen zu können. Unser Wissen über Gesundheitsrisiken und angemessene Bewältigungsmöglichkeiten sind ausreichend vorhanden, erst recht für die Bereiche Arbeitswelt, Wohnen, Verkehr, Ernährung und Umwelt (Wasser, Boden, Luft) (Kühn 1993, Rosenbrock u.a. 1994).

Auch die Sozialpolitik ist hier stärker gefordert. Die deutsche Sozialpolitik und ihre institutionelle Gliederung ist stark geprägt von der historischen Unterscheidung zwischen Armenfrage und Arbeiterfrage (Leibfried, Voges 1992). Die Standardrisiken der industriellen Arbeit, wie Krankheit, Frühinvalidität, Alter und Unfall, wurden über Recht und Geld durch eine Politik der ökonomischen Umverteilung und der Redistribution von Geldleistungen für Lohnausfall und medizinisch-ärztliche Leistungen geregelt. Akute Gesundheitsgefährdungen wurden im Rahmen des Arbeitsschutzes versucht zu kontrollieren. Armut blieb Gegenstand kommunaler Fürsorge. Durch beratend kontrollierende Individualleistungen nach Bedürftigkeitsprüfung wurde eine soziale Integration betrieben. Wenn es einen Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit, vorzeitigen Tod und gestörtes gesundheitliches Wohlbefinden gibt, dann hat Sozialpolitik die Trennung in Arbeit und Armut sowie Krankheit und Gesundheit aufzugeben und zu einer Strategie überzugehen, die die sozial-ökonomische Sicherung eines jeden Bürgers/einer jeden Bürgerin garantiert. Es ist eine integrative, nicht-diskriminierende Sozialpolitik notwendig, die auf die Existenzsicherung ökonomisch wie sozial abstellt. Sozialpolitik ist dann Gesellschaftspolitik. Gleichheit, auch in Bezug auf Gesundheit, wird in dieser Sicht nicht dem marktlogischen Spiel der Wirtschaftskräfte überlassen. Eine Politik, die die Ungleichheit von Gesundheit, Krankheit und Tod bekämpfen will, hat auf vielen Ebenen anzusetzen.

10. Eine Healthy Public Policy muß als eine Gesellschaftspolitik verstanden werden, die auf verschiedenen Ebenen und in den unterschiedlichen Bereichen der Gesellschaft das Leitbild Gesundheit aufgreift und die Gestaltung von Arbeits- und Lebenszusammenhängen unter ökologischen, sozialverträglichen und menschengerechten Kriterien betreibt.

In diesem Zusammenhang gilt es zu erkennen, daß ein Verständnis über die Verteilung von Gesundheit in der Bevölkerung mit einer Theorie der ökonomischen sozialen Entwicklung verbunden werden muß. Man muß erkennen, daß bestimmte Wirtschaftstheoreme in ihrer praktischen Umsetzung die Ursache für Verarmung und damit für Krankheit und vorzeitigen Tod sind. Nicht nur in globaler Perspektive zeigen sich die verheerenden Konsequenzen bestimmter ökonomischer Politiken, bezogen auf Armut

und Gesundheit, sondern auch in Ländern, die ökonomische Modelle wie den Monetarismus zum Regulationsprinzip erhoben haben. Auch hier ist Großbritannien der 80er Jahre ein Beispiel für die negativen Auswirkungen einer rigiden ökonomistischen Gesellschaftspolitik auf die soziale Lage von breiten Bevölkerungsteilen mit ihren negativen Wirkungen auf die gesundheitliche Lage.

Literatur

Abel-Smith, B.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Die britische Diskussion. In: Zeitschrift für Sozialreform Heft 3/4 1990, S. 169-178

An der Heiden, U.: Der Organismus als selbstherstellendes dynamisches System. In: Zänker, K.S. (Hg.): Kommunikationsnetzwerke im Körper. Psychoneuroimmunologie – Aspekte einer neuen Wissenschaftsdisziplin. In: Spektrum der Wissenschaft, Heidelberg 1991, S. 127-154

Antonovsky, A.: Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well, San Francisco 1987

Blaxter, M.: Health and lifestyles, London 1990

Faltermaier, T.: Gesundheitsbewußtsein, Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag, Weinheim 1994

Flick, U.: Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen, Heidelberg 1991

Gerhardt, U.: Gesundheit - ein Alltagsphänomen. In: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik des WZB Nr. P 93-206, Juli 1993

Häußermann, H., Siebel, W.: Neue Urbanität, Frankfurt 1987

House, J.S., Kessler, R.C. u.a.: Age, Socioeconomic Status, and Health: In: The Milbank Quarterly, Band 68, Nr. 3, 1990, S. 383

Jantzen, W.: Gesundheit und Krankheit - Versuch einer tätigkeitstheoretischen Neubestimmung. In: A. Keil, Milles, D., Müller, R. (Hg.): Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsförderung, Bremerhaven 1991, S. 202-213

Konietzko, J., Dupuis, H. (Hg.): Handbuch der Arbeitsmedizin, Landsberg, München, Zürich 1989

Kühn, H.: Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA, Berlin 1993

Labisch, A.: Homo Hygienicus, Frankfurt 1992

Leibfried, St., Voges, W. (Hg.): Armut im modernen Wohlfahrtsstaat, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 32, 1992

Löther, R.: Gesundheit und Krankheit. In: Hörz, H. u.a. (Hg.): Wörterbuch Philosophie und Naturwissenschaften, Berlin/DDR 1983, S. 323-324

Marmot, N.G., Rose, G. u.a.: Employment Grade and coronary heart disease in british civil servants. In: Journal of Epidemiology and Community Health, Band 32, 1978, S. 244-249

Marstedt, G.: Schattenwürfe sozialer Rationalisierung. Zum Bedeutungswandel von Gesundheit und Krankheit in der Arbeitswelt. In: Psychosozial, Heft II, Nr. 42, 1990, S. 74-86

Marstedt, G., Last, R., Wahl, W.-B., Müller, R.: Gesundheit und Lebensqualität, hrsg.: Angestelltenkammer Bremen, Bremen 1993

Maturana, H.: Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit, Braunschweig 1992 1982

Mergner, U., Mönkeberg-Tun, E., Ziegler, G.: Gesundheit und Interesse: Zur Fremdbestimmung von Selbstbestimmung im Umgang mit Gesundheit. In: Psychosozial, Heft II, Nr. 42, 1990, S. 7-20

Mielck, A. (Hg.): Krankheit und soziale Lage. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland, Opladen 1994

Milles, D. (Hg.): Gesundheitsrisiken, Industriegesellschaft und soziale Sicherung in der Geschichte, Bremerhaven 1993

Milles, D., Müller, R. (Hg.): Berufsarbeit und Krankheit, Frankfurt 1985

Noack, H.: Gesundheit: Medizinische, psychologische und soziologische Konzepte. In: Gawatz, R., Novak, P.: Soziologische Konstruktionen von Gesundheit, Ulm 1993, S. 13-32

Reiber, H.: Gene und Dynamik der Selbstorganisaiton, Vortrag Bremen, 9.9.1993

Ritz, H.-G.: Soziale Ungleichheit vor Tod in der Bundesrepublik Deutschland, Bremerhaven 1992

Rosenbrock, R., Kühn, H., Köhler, B.M. (Hg.): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung, Berlin 1994

Townsend, P.: Individuelle oder gesellschaftliche Verantwortung für vorzeitigen Tod? In: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 3/4 1990, S. 178-201

Townsend, P., Davidson, N.: The Black report. In: Inequalities in health, London 1992, S. 1-213

von Uexüll, Th., Wesiack, W.: Theorie der Humanmedizin, München 1988

Ulich, E.: Arbeitspsychologie, Zürich 1994

Whitehead, M.: The health divide. In: Inequalities in health, London 1992, S. 215-356

Zänker, K.S.: Knotenpunkte eines psycho-somatischen Netzwerkes: Moleküle und Zellen des Immunsystems, Hormone und Neuropeptide, Gefühle und Stress. In: Zänker, K.S. (Hg.): Kommunikationsnetzwerke im Körper. Psychoneuroimmunologie - Aspekt einer neuen Wissenschaftsdisziplin. In: Spektrum der Wissenschaft