

Alfons Labisch

Die Wiederaneignung der Gesundheit

Zur sozialen Funktion des Gesundheitsbegriffs

Vor dem Publikum des *Argument* und der »Jahrbücher für kritische Medizin« die konventionelle medizinische Versorgung zu kritisieren, wäre banal. Mit der Forderung, primäre Prävention in ihrem sozio-ökonomischen Zusammenhang zu diskutieren und auf krankheitsverursachende gesellschaftliche Verhältnisse einzuwirken, liefe man offene Türen ein. Wenn allerdings ein Intimfeind in der Präventionsdebatte sagt, »Der groß angelegte Versuch, durch Prävention Krankenstände und damit Kosten zu senken, darf heute schon als im wesentlichen gescheitert angesehen werden« (Schaefer 1983a, 20), ändert sich die Situation schlagartig: zwar ließ sich mit Schaefer und seiner Schule trefflich über die Theorie und Hierarchie der Risikofaktoren und den daraus abzuleitenden präventiven Interventionen streiten, aber man war sich doch wenigstens über die generelle Bedeutung der Prävention einig. Schaut man nach den alten Mitstreitern einer »kritischen und fortschrittlichen Medizin« — was auch immer das sein mag —, ändert sich die Szenerie wieder: hier wird auf einmal vor der Prävention gewarnt. Medizin allgemein und Prävention als Vorfeld medizinischer Aktionen erscheinen als Herrschaftsinstrumente des totalen Präventionsstaates (z.B. Wambach 1983; dazu Borgers 1984).

Die alte Garde der Medizinkritik, die Verfechter konsequenter Prävention, steht auf einmal allein auf weiter Flur. Was ist, was kann, was soll geschehen? Von drei verschiedenen Richtungen her möchte ich das ange deutete Problem — die Verunsicherung in der Präventionsdebatte — angehen. Zuerst wird die aktuelle Situation der Prävention und Krankheitsfrüherkennung in einigen Schlaglichtern gekennzeichnet. Von völlig anderer Seite her möchte ich dann untersuchen, ob das selten zur Frage gestellte Ziel aller hier diskutierten Bemühungen, nämlich Gesundheit, nicht ein Hauptpunkt der Debatte sein müßte. Schließlich möchte ich neuere Aktivitäten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bzw. des Regionalbüros Europa der WHO vorstellen, die einige der hier angedeuteten Probleme angemessen aufgreifen.

I. Prävention und Krankheitsfrüherkennung — fragwürdige Grundlagen, fragwürdige Hoffnungen und fragwürdiges Ziel

Grundlage jeder Erörterung in der Prävention und Krankheitsfrüherkennung ist das jeweilige Morbiditäts- und Mortalitätsspektrum. Dabei stellen

die Todesursachen und ihre Verteilung die harten, nicht mehr wegzudiskutierenden und meist am besten dokumentierten Daten dar. In der gesundheitspolitischen Diskussion ist es sehr beliebt, von der prozentualen Verteilung von Todesursachen an der Gesamtsterblichkeit zu sprechen. So starben beispielsweise in der Bundesrepublik 1982 50,4% aller Menschen an Herz- und Kreislaufkrankheiten (= HKK) und ungefähr 22,3% an bösartigen Neubildungen (= BN) (Daten 1983); damit erklären zwei Krankheiten bereits 73% aller Todesfälle. Nimmt man unnatürliche Todesursachen (z.B. Unfälle), Lebererkrankungen, chronische Bronchitis und Diabetes mellitus hinzu, erklären sechs Krankheiten annähernd 90% aller Todesfälle.

Derartige Zahlen beeindrucken sehr und zergehen gesundheitspolitischen Sonntagsrednern auf der Zunge. Epidemiologisch sind diese Angaben allerdings unzulässig: sie sind zwar nicht eigentlich falsch, haben aber mangels der Vergleichsgröße keinen Aussagewert. Will man das Sterblichkeitsgeschehen in einer Bevölkerung beurteilen, bedient man sich vielmehr der Relation von Gestorbenen je 100000 Lebende. Um den Faktor der Änderung des Altersaufbaus einer Bevölkerung auszuschließen, werden die Angaben auf eine frühere Population (Volkszählung!) oder eine idealtypische Population (z.B. Deutsches Reich 1910, Schweden u.a.) standardisiert. Die altersstandardisierte Sterblichkeit je 100000 Lebende (= Sterbeziffer) für ischämische Herzkrankheiten lag 1970 bei 174 und 1981 bei 182,2, für BN lag sie 1970 bei 234,8 und 1981 bei 228. Hier merken wir schon auf: einer geringen Zunahme bei ischämischen Herzkrankheiten steht eine Abnahme bei BN gegenüber.

Noch widersprüchlicher werden die Zahlen, wenn man die Bevölkerung in Altersgruppen — zum Beispiel in 5-Jahresgruppen — einteilt und die sogenannte altersspezifische Mortalität beobachtet (ROBRA u.a. 1983). Demnach sank von 1952 bis 1979 die altersspezifische Gesamtmortalität der Frauen kontinuierlich, die der Männer, bis auf die Gruppe der 70-74-jährigen, ebenfalls, wenngleich in geringerem Maße. Altersstandardisiert entwickelt sich die Sterblichkeit an HKK bei Frauen günstig, bei Männern kommt der bis 1970 ansteigende Trend zum Stillstand. Seit Mitte der 60er Jahre fällt die Krebsmortalität in den wichtigsten Altersgruppen der Frauen (30 bis 54 Jahre). Demgegenüber ist das Bild bei Männern sehr uneinheitlich: hier stehen Zunahmen bei Männern zwischen 40 bis 50 Jahren drastische Abnahmen in den Gruppen unter 14 Jahren gegenüber.

Aus den bisherigen Erörterungen ergeben sich folgende Schlüsse:

- Gesundheitspolitisch instrumentalisierte Hiobsbotschaften und Horrormeldungen über katastrophale Zunahmen der allgemeinen Sterblichkeit und der Sterblichkeit an bestimmten Krankheiten sind genauestens zu prüfen.
- In der Bundesrepublik haben wir es — ähnlich wie in den Industriestaaten — bei steigender Lebenserwartung und negativer Bevölkerungsbilanz mit einer zunehmenden Überalterung der Bevölkerung zu tun: die Menschen werden

immer älter und stellen einen immer höheren Anteil an der Gesamtbevölkerung.

- Es erscheint grundsätzlich fragwürdig, Forderungen, die einer Beseitigung von Gesundheitsgefahren und der Förderung der Gesundheit dienen sollen, mit Hiobsbotschaften und Horrormeldungen vorzutragen.

Damit wird keineswegs in Abrede gestellt, daß Industriegesellschaften sowohl kollektive als auch gruppenbezogene und individuelle Gesundheitsgefahren ganz spezifischer Art hervorbringen — genau dies ist vielmehr der Fall. Auch über die Ursachen der steigenden Lebenserwartung (z.B. medizinische Versorgung) wie über die Ursachen der vorherrschenden Krankheiten (z.B. Krebs als »Alterskrankheit«) ist damit nichts gesagt. Nach wie vor müssen wir vielmehr von einer geringen Wirksamkeit der therapeutischen Medizin auf die Volkskrankheiten ausgehen (allg. McKeown 1982; spez. Abholz 1980a); das heißt pharmakologische und/oder operative medizinische Interventionen sind im wesentlichen symptomlindernd und wirken sich kaum auf die Volksgesundheit aus. Auch die Wirkung der Krankheitsfrüherkennung auf Morbidität und Mortalität hat — bis auf Ausnahmen — versagt (Abholz 1977, 1980b).

Trotzdem steigen die Lebenserwartung und der Anteil alter Menschen an der Bevölkerung. Nehmen wir in einem Gedankenexperiment an, daß Vorsorge wirklich wirken würde, müßte — bei niedrigen Geburtenraten — der Anteil älterer Menschen folgerichtig weiter steigen. Alte Menschen erkranken erfahrungsgemäß häufiger, länger und schwerer als jüngere — so läßt sich allein aufgrund der zu erwartenden Altersumschichtung eine Zunahme der Krebssterblichkeit bei Männern um 20% bis zum Jahre 2020 vorausberechnen (Koeppel/Oeser 1982); auch die Prävalenz des hohen Blutdrucks nimmt beispielsweise mit dem Alter zu (Keil u.a. 1982). Dies bedeutet, daß Versorgung und Pflege älterer Menschen erheblich verstärkt werden müssen, sofern man in derzeitigen Versorgungskonzepten denkt.

- Das Argument, Prävention und Krankheitsfrüherkennung seien billiger als Kuration, ist falsch. Sollten Prävention und Krankheitsfrüherkennung wirklich Erfolg haben, werden nachfolgende Probleme der Versorgung einer notwendigerweise immer älter werdenden Bevölkerung die Gesamtkosten langfristig steigen lassen.
- Es führt folglich zu fragwürdigen Konsequenzen, die strategische Vorsorgedebatte einer ökonomischen Argumentation zu unterwerfen (vgl. auch Kristein 1977).
- In der Vorsorgedebatte geht es vielmehr um gesellschaftliche Werte. Diese können nicht nach aktuellen ökonomischen, organisatorischen oder politischen Streitfragen ausgerichtet werden.
- In der Vorsorgedebatte geht es darum, Strategien zu erarbeiten, die den Menschen ermöglichen, durch einen angemessenen Gesundheitsstand ein wirtschaftlich und sozial produktives Leben zu führen.

- Damit stehen sowohl explizite als auch implizite Prämissen (Ökonomie, Intensivierung des medizinischen und sozialen Dienstleistungssektors) als auch das Ziel der Prävention — Gesundheit (?) — zur Debatte.

Ein ständig zitiertes Beispiel für den Erfolg medizinischer Prävention ist die Pockenschutzimpfung nach Jenner. Jüngste historisch-demographische Untersuchungen Imhofs haben gezeigt, daß in der Berliner Dorotheenstadt mit der Einführung der Pockenschutzimpfung zu Beginn des 19. Jahrhunderts die Säuglingssterblichkeit schlagartig sank. Im Verlaufe weniger Jahre erreichte sie aber wieder den alten Stand und ging dann sogar weit darüber hinaus: jetzt starben die Säuglinge und Kleinkinder nicht mehr an Pocken, sondern an der Sommerdiarrhoe (Imhof 1983). Es wurde also nur eine Todesursache gegen eine andere ausgetauscht, weil die allgemeinen Verhältnisse für die weitreichende Intervention der Pockenschutzimpfung noch nicht reif waren. Ist ein präventives Problem gelöst, offenbart sich dahinter sofort ein neues, andersgelagertes Problem: es tritt folglich lediglich ein Wandel des Krankheitspanoramas ein. Ähnliches würde zweifellos auch heute geschehen. Geissler hat mit seinen diffizilen Berechnungen zu »verlorenen Lebensjahren« zwar einen enormen Verlust an Lebensjahren auf der Ebene von Aggregatdaten aufgezeigt: 1975 gingen insgesamt 9,4 Mio. unmittelbare Lebensjahre durch vorzeitigen Tod verloren, davon über 2 Mio. Lebensjahre durch BN, über 3 Mio. Lebensjahre durch HKK und fast 1,3 Mio. Lebensjahre durch Gewalteinwirkung. Insgesamt würde die mittlere Lebenserwartung eines 1975 geborenen Menschen ohne BN der Atmungsorgane aber nur um 4,7 Monate, ohne alle BN um 29,9 Monate, ohne ischämische Herzkrankheiten um 19,5 Monate, ohne alle HKK um 46,7 Monate (!), ohne Kfz-Unfälle um 6,8 Monate, ohne alle Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen um insgesamt 17,7 Monate steigen (WIdO-Mat. 5). So beeindruckend diese Zahlen insgesamt sind, so bescheiden sind sie für einzelne Krankheiten:

- Die Präventionsdebatte ist mit überzogenen Hoffnungen befrachtet. Ist eine Todesursache beseitigt, tritt notwendigerweise — und überraschend schnell — eine andere Todesursache an deren Stelle.
- Es führt daher zu fragwürdigen Konsequenzen, die strategische Vorsorgedebatte nach dem *Ziel* eines maximal erreichbaren und konstanten Gesundheitsideals auszurichten: ein normatives maximales Gesundheitsideal führt zu maximalem Interventionismus.

Dies möchte ich zum Abschluß des I. Kapitels an einigen Beispielen der aktuellen Prävention und Krankheitsfrüherkennung nachweisen (allg. s. Abholz 1977; 1980b; 1982a; Argument-Sonderband 64; ferner WIdO-Mat. 4, 7, 18).

Die Forschergruppe um die Framingham-Studie hat kürzlich ihre jahrzehntelangen Forschungen zusammengefaßt vorgelegt und das Konzept der Risikofaktoren erneut verteidigt. (Dawber 1980; auch Epstein 1982).

Die entsprechenden theoretischen und praktischen Konzepte sind zu außerordentlicher Komplexität herangereift und haben zahlreiche neue Probleme geschaffen (u.v.a. Peppler 1979; Bock/Hoffmann 1982 (dieser Band von Kongreßbeiträgen ist auch insofern interessant, als sowohl der Begriff »Risikofaktoren-Medizin« als auch die Einleitung Bocks ohne Quellenangaben teils wörtlich von Borgers (1979) übernommen wurden); Fassl 1982; Koporal/Zink 1982; Mannebach u.a. 1982; Maschewsky 1982; Schettler 1984). In der Folge biochemisch-physiologischer Betrachtungsweise werden einzelne Menschen als Merkmals- oder Risikoträger definiert. Die Personen mit Risikofaktoren wie zum Beispiel Rauchen, Bluthochdruck, Fehlernährung und hohen Blutfettwerten, Diabetes mellitus etc. müssen in landesweiten Kampagnen ermittelt werden. Anschließend werden sie zum Gegenstand lebenslanger Pharmakotherapie und gesundheitserzieherischer Bemühungen.

Daraus resultiert wiederum das neuartige Problem der »Compliance«, der Behandlungswilligkeit von Personen, denen zunächst jedes Krankheitsgefühl als Motiv, eine lebenslange Therapie durchzustehen, abgeht: Compliance bedeutet also, daß sich die erfaßten Menschen freiwillig und lebenslänglich dem Regime naturwissenschaftlich und statistisch deduzierter Normen und Interventionen unterwerfen, die mit den Wertvorstellungen und der täglichen Lebens- und Entscheidungssituation der erfaßten Menschen wenig oder gar nichts zu tun haben. Das absehbare Versagen dieser Therapie und der entsprechenden Belehrungen wird gemeinhin dem Uneinsichtigen persönlich zugeschoben: Das Opfer ist selbst schuld. Compliance-Strategien, Compliance-Tagungen, Compliance-Handbücher sind die Folge.

In den aus dem Risikofaktorenkonzept abgeleiteten Interventionsstudien konnte oft ein Sinken der Risikofaktoren, teilweise auch der spezifischen Morbidität nachgewiesen werden (zum Beispiel Laaser 1982; Mannebach 1982). Legte man strenge Prüfkriterien an — so etwa der Vergleich mit nicht- bzw. placebobehandelten Kontrollpopulationen —, waren die Ergebnisse widersprüchlich bis bescheiden. Musterbeispiel könnte die großangelegte Karelien-Studie sein: hier sanken zwar die beobachteten Risikofaktoren beträchtlich, auch die beobachtete Morbidität und Mortalität sank, gleichzeitig sank aber auch die Morbidität und Mortalität in der Vergleichsregion, in der nicht interveniert wurde, in ähnlichem Maße (Karelien 1981). Allgemein sank in den USA die Koronarletalität im vergangenen Jahrzehnt beträchtlich (z.B. Gillum u.a. 1983) — eine Entwicklung, die von Schettler als Fortschritt primärer und sekundärer Prävention beansprucht wurde (Schettler 1984, 437; ferner Mörl 1979; dagegen Radoschewsky/Schulz 1980), während die Autoren der Karelien-Studie viel zurückhaltender über die möglichen Ursachen urteilen (Karelien 1981, 303-309). Ein Mitarbeiter der WHO/EURO sagte hierzu: die Karelien-Studie

brachte in bezug auf das Gesundheitsverhalten und das Interesse von Gemeinden und Menschen an ihrer Gesundheit sehr viel, in bezug auf die Risikofaktoren einiges und in bezug auf die Senkung der Morbidität und Mortalität fast nichts. DDR-Autoren führen übrigens das Sinken der Sterbeziffer an ischämischen Herzkrankheiten auf eine bloße Umschichtung von spezifischen Diagnosegruppen innerhalb der Gesamtsterblichkeit an HKK zurück (Eisenblätter u.a. 1981).

Einen besonderen Kritikpunkt in der Präventionsdebatte stellte die Organisation der Krankheitsfrüherkennung in der BRD dar. Als Regelleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde sie in die Hände der niedergelassenen Ärzte gelegt: die Ungleichmäßigkeit des Versorgungsangebots und die fragliche Qualifikation der betrauten Ärzte wurden frühzeitig angesprochen. Außerdem blieb und bleibt es den Versicherten überlassen, die angebotenen Leistungen nachzufragen. Von vornherein war zu erwarten, daß diejenigen Schichten, die routinemäßig zum Arzt gehen, auch die Früherkennung beanspruchen würden, während die besonders gefährdeten unteren Bevölkerungsschichten, die erfahrungsgemäß erst bei erheblichem Krankheitsgefühl den Arzt aufsuchen, auch die Krankheitsfrüherkennung nicht beanspruchen würden: die Inanspruchnahme war demzufolge nach Kassenarten sehr unterschiedlich — am höchsten in den Ersatzkassen der Angestellten und am niedrigsten bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen und Landwirtschaftlichen Krankenkassen. Insgesamt wird die Krankheitsfrüherkennung für Männer und Frauen von der Bevölkerung sehr gering nachgefragt und nimmt tendenziell ab (1981: 31,1% der berechtigten Frauen; 14,8% der berechtigten Männer — im Gegensatz zur erfolgreichen Kinderuntersuchung: 1981 U1 86%; U2 Basisuntersuchung 100%).

Hier taucht das alte Problem der Spezifität der medizinischen Versorgung auf (Hauss 1981, Black 1982; Wartburg 1983): geht man selbst von einer geringen Wirksamkeit medizinischer Krankheitsfrüherkennung aus, erreichen diese Maßnahmen nicht die Bevölkerungskreise, für die sie besonders wichtig wären. Im gesundheitspolitischen Diskurs kommt es in der Folge zu einem geradezu grotesken Gegeneinander und Miteinander. Auf der einen Seite wird die Überversorgung und Medikalisierung aller Lebensbereiche beklagt: »alte Konservative«, für die Vorsorge als soziale Utopie ein Vehikel umstürzlerischer Machenschaften ist (z.B. Herder/Dorneich/Schuller 1982) und »alte Linke«, die die totale Kontrolle durch die Medizin befürchten (z.B. Wambach 1983), sitzen auf einmal — scheinbar — im selben Boot. Gleichzeitig fordern andere »alte Linke« nach wie vor, die »Disparität« im medizinischen Versorgungsangebot endlich zu beseitigen (z.B. Scharf 1978) — und dies zu Recht, da völlig unterschiedliche Tatbestände schichtenspezifischen Gesundheitsverhaltens und schichtenspezifischer Versorgung reflektiert werden.

Auch die alte Garde der Prävention in der etablierten Medizin wird immer skeptischer: Pflanz' Gutachten über die Prävention der HKK war bereits von tiefer Resignation gekennzeichnet (Pflanz 1977). Schaefer hat mit seinem eingangs zitierten Satz seinen Schlußstrich unter die Präventionsdebatte der 60er und 70er Jahre gezogen, setzt aber nach wie vor große Hoffnungen auf die »sog. Primärprävention ..., also die Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung« (?) (Schaefer 1983b, 126).

- Die Euphorie der späten 60er/frühen 70er Jahre über die Möglichkeiten (medizinimmanenter) Prävention und Krankheitsfrüherkennung ist aufgrund theoretischer Ergebnisse und praktischer Erfahrungen einer tiefen Ernüchterung gewichen.
- Das theoretische Umfeld der Präventionsdebatte erreicht einen Komplexitätsgrad, der einfache, durchführbare, kostengerechte und für den Menschen annehmbare Vorsorgeprogramme unmöglich macht.
- Die enorm teuren praktischen Versuchsprogramme haben keinen überzeugenden Erfolg in der Bekämpfung der vorherrschenden Todesursachen gebracht.
- Gleichzeitig ist abzusehen, daß die medizinimmanente Vorsorge und Krankheitsfrüherkennung zu einer lebenslangen Medikalisierung der gesamten Bevölkerung — bei fraglichem Erfolg — führt.
- Die Krankheitsfrüherkennung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung wird (von der Kinderuntersuchung abgesehen) von der Bevölkerung nicht mitgetragen.
- Die Ende der 60er Jahre eingeleitete Präventionsdebatte und die abgeleiteten Maßnahmen enden damit ohne volksgesundheitlichen Erfolg. Prävention und Krankheitsfrüherkennung in der bisherigen Form sind als gesundheitspolitische Strategie gescheitert.
- Gleichzeitig ist evident, daß die vorherrschenden Krankheiten und Todesursachen nur durch eine konsequente Prävention im Bereich der Umwelt und des Verhaltens beeinflußt werden können.

Damit scheint die Diskussion an einem Punkt angelangt, der in der Diskussion und Praxis der Sozialhygiene und Gesundheitsfürsorge vor 1933 schon überwunden war. Die Sozialhygieniker richteten ihren Blick auf einzelne Gruppen innerhalb der Gesellschaft, welche durch besondere, in der Entwicklung der Gesellschaft liegende Ursachen spezifische Abweichungen von der Gesundheit der Allgemeinheit aufwiesen und daher spezifischer umgebungs- und gruppenbezogener Hilfe bedurften. Die Sozialhygiene bezog zwar viele Grundlagen und Anregungen aus der Medizin, war aber sehr stark auf das soziale Umfeld der gefährdeten Gruppen orientiert. In diesem Sinne war die sozialhygienische Praxis eine Gemeinschaftsaufgabe, die gemeinsam von Arzt/inn/en, Fürsorger/inn/en, Kommunalpolitiker/inne/n und vielen Vereinen und Arbeitsgemeinschaften vorangetrieben wurde.

Die marginale Funktion der Medizin in einer umfassenden Gesundheitssicherung beschreibt daher der vormalige Fürsorgearzt Wilhelm Hagen so: der Einfluß der ärztlichen Tätigkeit auf die Volksgesundheit sei ge-

ring einzuschätzen. »Veränderungen der politischen und wirtschaftlichen Struktur sind zweifellos von größerem Einfluß« (Hagen 1963, 166). Die Katastrophen von Warschau 1939 bis 1942 und Berlin 1945 bis 1947 hätten gezeigt, daß das ganze Gebäude der Abwehr, das gegen die Infektionskrankheiten aufgebaut wurde, rasch zusammenbricht. »Insbesondere die Tuberkulosesterblichkeit ist ein Indikator für soziale Störungen« (Hagen 1955, 240).

Das Scheitern der Prävention seit den 60er Jahren beruht auf einem einseitig medizinischen Konzept. Trotz aller Bedenken, sozialhygienische Konzepte und Praktiken undiskutiert auf heutige Probleme zu übertragen — vgl. hierzu weiter unten —, kann man aus dieser in Deutschland bekanntlich durch die Nationalsozialisten vernichteten Tradition wertvolle Gedanken zur aktuellen Debatte ziehen.

II. »Gesundheit« — Ziel oder Mittel?

Ilona Kickbusch hat in einer Kontroverse um die Risikofaktorenmedizin bereits auf die Funktion des Gesundheitsbegriffs für eine neue Gesundheitssicherung aufmerksam gemacht (Kickbusch 1982). Auch im folgenden geht es nicht darum, den Tausenden Definitionen von »Gesundheit« eine neue hinzuzufügen. Vielmehr wird sowohl aus aktueller Sicht der Prävention wie früherer präventiver Bemühungen nach der *sozialen Funktion* von Gesundheitsbegriffen gefragt (ausführlich Labisch 1984).

Zumal in der schöngeistigen gesundheitserzieherischen Literatur wird immer wieder auf antike und mittelalterliche Vorbilder verwiesen: ohne die besonderen Umstände zu berücksichtigen, werden in ahistorischem Rückgriff die hippokratische Diätetik, das Regimen Sanitatis Salernitanum und anderes als Vorbilder für unsere Zeit bemüht (z.B. Schipperges 1983; 1984). Unterschlagen wird dabei, daß sich diese Ratschläge an Menschen richteten, die aufgrund ihrer rechtlichen und wirtschaftlichen Lebensverhältnisse und ihrer Bildung in der Lage waren, ein gesundes Leben zu führen, wenn sie dies wollten — nämlich Fürsten und reiche Bürger. Da es in der Antike keinen Grund gab, soziale Schranken zu verbergen, wurde dieser Sachverhalt auch offen ausgesprochen: Galen stellt im ersten Kapitel des zweiten Buches seiner Gesundheitslehre verbindliche und wirksame Regeln überhaupt nur für denjenigen auf, der völlig frei von jeder sonstigen Verpflichtung nur seinen Interessen leben kann; demgegenüber werde der zur Arbeit gezwungene Mensch, ja selbst derjenige, der aus freien Stücken arbeitet, notwendigerweise durch seine Lebenstätigkeit geschädigt. Das individualistische Gesundheitsideal, das die Gesundheit letztlich der Verantwortlichkeit des einzelnen anheimstellt, ist Bestandteil aristokratischer/großbürgerlicher Lebensführung, die die eigenständige Gestaltung des eigenen Lebenskreises voraussetzt. In der mittelalterlichen Städte-

kultur, verstärkt dann in der Reformation, tritt im Begründungszusammenhang gesundheitserzieherischer Literatur ein Wandel ein. Der Wirtschaftsbürger, insbesondere dann der protestantische Wirtschaftsbürger, unterwirft seine Lebensführung einer gleichermaßen religiösen wie rationalen Richtschnur. Darin wird Gesundheit sowohl eine biologische Lebensgrundlage als auch gesundheitsgerechtes Verhalten eine rationale Richtschnur des täglichen Lebens. Im protestantischen Wirtschaftsbürger wird folglich das individuell rationale Handeln des eigenverantwortlichen Menschen vorformuliert, der sein Leben auf lange Handlungsketten und komplexe Interdependenzgefüge ausrichtet. Gesundheit als verbindliche Richtschnur des täglichen Lebens ist eine spezifisch bürgerliche Lebenshaltung. Im aufgeklärten Bürgertum wird in einer neuen Identität von Vernunft, Physik und Moral das gesunde Leben zum erkennbar vernünftigen und damit zum moralisch richtigen Leben. Eine neue Stufe der Individualisierung und Abstraktion wird erreicht: das gesunde Leben ist nun nicht mehr Voraussetzung für das höhere Ziel des erfolgreichen Wirtschaftslebens, das die Prädestination, die göttliche Gnadenwahl, offenbart — vielmehr werden Weg und Ziel identisch: es geht nur noch um die Kunst, das Leben zu verlängern: Gesundheit wird vom aufgeklärten Bürgertum zu einem Wert an sich erhoben. Gleichzeitig wird im legalistisch-administrativen Konsolidierungsprozeß der Territorialstaaten die Bevölkerung als Produktionsfaktor entdeckt: über die »Medizinische Polizey« werden aktive Formen des öffentlichen Gesundheitswesens entwickelt. Über das als verbindlich hingestellte Ziel »Gesundheit« sollen die Menschen gleichzeitig neue Verhaltensweisen lernen, die den komplexeren gesellschaftlichen Abhängigkeiten entsprechen. Kinder, Mütter, das Landvolk insgesamt wurden in Schulen und Kirchen zu Zwangsobjekten gesundheitlicher Belehrungen, die in alten religiösen Formen und Begriffsverbindungen verbreitet wurden (z.B. Fausts Gesundheitskatechismus; Pastoralmedizin). Damit ist der entscheidende Schritt zur Funktionalisierung eines bislang individuellen Gesundheitsideals für allgemeine gesundheitspolitische Ziele getan. Seit dem Konsolidierungsprozeß moderner Territorialstaaten dient Gesundheit als Argumentationsfigur, um gesellschaftlich notwendige Verhaltensanforderungen in neu zu kolonisierenden peripheren Schichten durchzusetzen. In der Frühphase der Industrialisierung konnte die experimentelle Hygiene schließlich beweisen, welche Umstände gesundheitsschädlich waren und welche nicht. Damit schien Gesundheit mit einem Schlag als die adäquate, wissenschaftlich beweisbare Lebensform des wissenschaftlich orientierten Bürgertums. Gesundheit wird von einem moralisch-ethischen Wert zu einem wissenschaftlich beweisbaren Wert »sui generis«, der mit der wissenschaftlichen Kultur übereinstimmt. Sauberkeit und Reinlichkeit werden zum Allheilmittel öffentlicher und privater Lebensführung. Die durch wissenschaftlich-ingenieur-

- Eisenblätter, D., H. Kant und H. Heine 1981: Zur Entwicklung der Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Krankheiten in der DDR, in: Dtsches Ges.-wesen 36, Nr.49, 2058-2066
- Elias, N., 1969: Über den Prozeß der Zivilisation. 2 Bde., Bern
- Epstein, F.H., 1982: Die Entwicklung des Konzepts der Risikofaktoren, in: Abholz 1982a, 2-6
- Fassl, H., u.a. 1982: Volkskrankheiten in der Industriegesellschaft, Wehr/Baden
- Ferber, Ch.v., 1981: Zur Zivilisationstheorie von Norbert Elias — heute, in: Verhandlungen des 20. Deutschen Soziologentages zu Bremen, Frankfurt/M., 98-122
- Franzkowiak, P., und E. Wenzel 1983: Risikoverhalten und Gesundheitsförderung, in: Hygie, 30-40
- Freudenberger, N., 1981: Die Rolle der Gesundheitserziehung bei der Veränderung des sozialen Umfeldes. Vorschläge für eine Strategie des öffentlichen Gesundheitswesens in den Vereinigten Staaten, in: Int.J.f.GE 24, 156-165
- Gillum, R.F., u.a. 1983: Sudden Death and Acute Myocardial Infarction in a Metropolitan Area 1970-1980: The Minnesota Heart Survey, in: N.-Engl. J. Med. 109, 1353
- Goudsblom, J., 1979: Zivilisation, Ansteckungsangst und Hygiene, in: P. Gleichmann, J. Goudsblom, H. Korte: Materialien zu Norbert Elias' Zivilisationstheorie, Frankfurt/M. 215-253
- Hagen, W., 1955: Die Gesundheitsfürsorge und die Neuordnung der sozialen Leistungen, in: ND des DVÖF, 239-245
- Hagen, W., 1963: Gesundheitsamt Hoechst a.M. 1923-1925, in: Gesundheitsfürsorge 13, 164-167
- Hauss, F., u.a. (Hrsg.), 1981: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Berlin/Bonn
- Herder-Dorneich, Ph., und A. Schuller (Hrsg.), 1982: Vorsorge zwischen Versorgungsstaat und Selbstbestimmung. Stuttgart
- Imhof, A.E. (Hrsg.), 1983: Der Mensch und sein Körper. Von der Antike bis heute, München
- Kaprio, L., 1979: Primary Health Care in Europe. Kopenhagen
- Karelien 1981: Community Control of Cardiovascular Diseases, hrsg. v.d. WHO, Kopenhagen
- Keil, U., u.a. 1982: Ergebnisse der Münchner-Blutdruck-Studie und Aufbau des Münchner-Blutdruck-Programms: in: Öff. Gesundh.-Wesen 44, 727-732
- Kickbusch, I. 1981: Betroffenheit und Beteiligung: ein soziales Konzept der Gesundheitserziehung: in: Intern. Journ. f. Gesundheitserziehung, Bd.24, Suppl.
- Kickbusch, I., 1982: Vom Umgang mit der Utopie: Anmerkungen zum Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation, in: Abholz 1982a, 267-176
- Koeppe, P., und H. Oeser 1982: Prognose der Krebsmortalität in der Bundesrepublik Deutschland 1976-2007, in: Lebensversicher.-Med. 34, 5060
- Korporal, J., und A. Zink 1982: Zur theoretischen und empirischen Fundierung des Konzepts der Risikofaktoren koronarer Herzkrankheiten, in: Abholz 1982a, 3850
- Kristein, M.-M., 1977: Economic issues in prevention?, in: Preventive Medicine 6, 252-264

- Laaser, U., 1982: Thesen zur Kontrolle des erhöhten Blutdrucks, in: *Abholz 1982a*, 91-104
- Labisch, A., 1981: Die »Gemeinschaftliche Gesundheitssicherung« (Primary Health Care) in der Bundesrepublik Deutschland und in der Europäischen Gemeinschaft, in: *Öff. Gesundh.-Wesen* 43, 500-506
- Labisch, A., 1982a: »Gemeinschaftliche Gesundheitssicherung« (Primary Health Care) — Die neue gesundheitspolitische Konzeption der Weltgesundheitsorganisation und ihre Bedeutung für Industriestaaten, in: *Zs.f.Sozialreform* 28, 643-668
- Labisch, A., 1982b: Medizinische Versorgung ohne Konzept. Die medizinische Grundversorgung der Bundesrepublik Deutschland aus der Sicht der »gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung«, Kassel
- Labisch, A., 1984: »Hygiene ist Moral — Moral ist Hygiene«. Soziale Disziplinierung durch Ärzte und Medizin, erscheint in: C. Sachsse, F. Tennstedt: *Geschichte der sozialen Sicherung und Disziplinierung in Deutschland*. München
- Levin, L.-S., 1983: Die Erforschung von Lebensweisen und Strategien zur Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung mediatisierender Strukturen, in: *BzGA* 1983, 19-27
- Mannbach, H., u.a. 1982: Risikofaktoren — Modifikation: Stand der Interventionsforschung, in: *Prävention* 5, 72-79
- Maschewsky, W., 1982: Zum Stand der Belastungs- und Beanspruchungsforschung, in: *Soziale Welt* 33, 328-345
- McKeown, Th., 1982: Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis?, Frankfurt/M.
- Mörl, H., 1979: Risikofaktoren arteriosklerotischer Gefäßkrankheiten, in: *Therapiewoche* 29, 7332-7380
- Newell, K. (Hrsg), 1975: *Health by the People*, Genf
- Pepler, U., 1979: Intervention zur Verminderung kardiovaskulärer Risikofaktoren. Ergebnisse internationaler Studien, in: *Kassenarzt* 19, 3957-3978
- Pflanz, M., 1977: Gutachten: Früherkennung auf Risikofaktoren und Frühstadien von Herz- und Kreislaufkrankheiten — Eine Bestandsaufnahme, in: F.W. Schwartz (Red.), *Herz-Kreislauf-Vorsorgeprogramme in der Bundesrepublik Deutschland*. Kritische Diskussion und Empfehlungen, Köln-Lövenich, 58-103
- Radoschewski, M., und I. Schulz 198: Zu einigen Fragen der Epidemiologie (unter besonderer Berücksichtigung der Herz-Kreislauf-Krankheiten), in: *Zs. ärztl. Fortbildung* 74, 1176-1181
- Report 1978: Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6.-12. Sept. 1978, Genf
- Robra, B.P., u.a. 1983: Zur Entwicklung der Mortalität in der Bundesrepublik Deutschland 1952-1979, in: *Öff. Gesundh.-Wesen* 45, 47-52, 145-149
- Rose, G., M.G. Marmot 1981: Social Class and Coronary Heart Disease, in: *Brit. Heart Journ.* 45, 13-19
- Sachsse, C., und F. Tennstedt 1984: *Geschichte der sozialen Sicherung und sozialen Disziplinierung in Deutschland*, München (im Erscheinen)
- Schaefer, H., 1983a: Strukturfragen aus medizinischer Sicht: Stand und Entwicklung der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, in: *WIdO-Mat.* 21, 19-43

- Schaefer, H., 1983b: Überprüfung des medizinischen Leistungsangebots, in: WIdO-Mat. 21, 109-131
- Scharf, B., 1978: Die Ungleichheit der Gesundheitschancen im Sozialstaat, in: WSI-Mitteilungen 31, 252-261
- Schettler, G., 1984: Primäre und sekundäre Prävention der koronaren Herzkrankheiten, in: Dtsches Ärztebl. 81, 437-443
- Schipperges, H., 1983: Alte Wege zu neuer Gesundheit. Modelle gesunder Lebensführung, Bad Mergentheim
- Schipperges, H., 1984: Die Vernunft des Leibes. Gesundheit und Krankheit im Wandel. Graz
- Spree, R., 1984: Sozialisationsnormen in ärztlichen Ratgebern zur Säuglings- und Kleinkindpflege, erscheint in: J. Martin, A. Mitschke (Hrsg.): Zur Sozialisationsgeschichte der Kindheit, MÜNchen
- Tennstedt, F., 1983: Vom Proleten zum Industriearbeiter. Köln
- Vuori, H., 1981: Primary Health Care in Industrialized Countries, in: Die Allgemeinpraxis, hrsg. v. Gottlieb-Duttweiler-Institut, Rüschlikon/Zürich, 83-111
- Wambach, M.M. (Hrsg.), 1983: Der Mensch als Risiko. Zur Logik von Prävention und Früherkennung. Frankfurt/M.
- Wartburg, W.P.v., 1983: Gleichheit und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Basel
- WHO/EUR/RC 31/10 1981: Regionalprogramm für Gesundheitserziehung und Lebensweisen. Kopenhagen
- WHO/EUR/RC 30 1982: Regionale Strategie zum Erreichen des Ziels »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000«. Kopenhagen
- WHO/EUR/RC 33/9 1983: Einzelziele zur Unterstützung der Regionalstrategie für »Gesundheit 2000«. Kopenhagen
- WIdO (Hrsg.) 1978: Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung (= WIdO-Mat. 4, 2 Bde.), Bonn
- WIdO (Hrsg.) 1979: Gesundheitspolitisch relevante Herz- und Keislaufkrankheiten (= WIdO-Mat. 7), Bonn
- WIdO (Hrsg.) 1983: Früherkennung, Therapie und Nachsorge bei Tumorerkrankungen (WIdO-Mat. 18), Bonn
- WIdO (Hrsg.) 1983: Strukturfragen im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland (WIdO-Mat. 21), Bonn

frühere Erfahrungen und auf das aktuelle Umfeld und nicht eine Reihe individueller Entscheidungen, gewisse Risiken auf sich zu nehmen oder zu vermeiden.

- »Ein effektiver Durchführungsplan zur Förderung einer gesunden Lebensweise darf nicht von einer Verketzerung gesundheitsschädlichen Verhaltens ausgehen und 'dem Opfer die Schuld geben'; statt dessen ist die Gesundheit der Bürger zu fördern durch:
 - Ausbau der Fähigkeiten des einzelnen, im Laufe seines Lebens vernünftige Entscheidungen zu treffen und mit Stressituationen fertig zu werden, auf die er sonst in vielen Fällen durch gesundheitsschädliche Gewohnheiten reagiert.
 - Aufklärung des Bürgers über gesundheitsdienliche Lebensgewohnheiten und Gesundheitsfragen
 - Stärkung des sozialen Unterstützungssystems (Familie, Selbsthilfegruppen usw.) zur Stützung von Einzelbürgern und Risikogruppen
 - Ausarbeitung besonderer Programme über bestimmte Aspekte der Lebensgewohnheiten und Gesundheit.« (WHO/EUR/RC 33/9, 33)

Um gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse herzustellen, sind daher wesentliche Forderungen an die Politik zu stellen, die — zum Beispiel über Alkohol- und Tabaksteuern — vielfältigen Einfluß auf die Lebensgewohnheiten der Bürger nehmen kann. An den Entscheidungen, die sich auf die Lebensgewohnheiten auswirken, ist gemäß der generellen Maxime der »gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung« der Allgemeinheit bei allen offiziellen Stellen (lokalen, regionalen und überregionalen Gesundheitsbehörden, sozioökonomischen Planungsstäben etc.) ein Mitspracherecht einzuräumen.

Gleichzeitig richten sich die Forderungen an den einzelnen und die Gruppe. Die Fähigkeit des einzelnen, richtige Entscheidungen zu treffen und durchzuführen, ist für Gesundheitsfragen zunächst belanglos: diese Entscheidungsfähigkeit ist vielmehr die wichtigste Voraussetzung, um sich ein gesundes Leben anzugewöhnen — bewußte, aktive Lebensführung und gesunde Lebensführung sind folglich — wie wir es oben beim aristokratisch-großbürgerlichen Gesundheitsideal sahen — identisch.

Erst in zweiter Linie geht es darum, Kenntnisse und Motive von einzelnen und Gruppen für eine gesunde Lebensweise und gesunde Lebensgewohnheiten zu stärken. Zu dieser kognitiven Hilfe muß aber soziale Unterstützung vielfältiger Art hinzutreten, um anerzogene und zugelegte gesundheitsschädliche Verhaltensweisen zu vermeiden: hier haben Familie, andere Systeme der sozialen Unterstützung, wie insbesondere Selbsthilfegruppen, ihre Aufgabe, Bürger in die Lage zu versetzen, sich für gesunde Lebensgewohnheiten zu entscheiden und diese beizubehalten.

»Das zentrale Anliegen (sc. der Regionalstrategie; A.L.) ist der Zusammenhang zwischen der Lebensweise und den generellen Umweltbedingungen. Die Bevölkerung hat nicht allein bzw. hauptsächlich deshalb gesundheitsschädliche Lebens-

gewohnheiten, weil es ihr an besserem Wissen mangelt, sondern häufig deshalb, weil es ihr an akzeptablen Alternativen oder sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Impulsen und an Unterstützung für die Wahl geständerer Lebensweisen fehlt. Somit ist der Schlüssel zu diesem Problem die Annahme von gesundheitspolitischen Programmen, die die sozialen, physikalischen, kulturellen und wirtschaftlichen Umweltbedingungen dafür schafft, daß eine gesunde Lebensweise die einfachste Art und Weise zu leben wird.« (WHO/EUR/RC 33/9, 88)

Literaturverzeichnis

- Abholz, H.H., 1977: Der Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen am Beispiel des Lungen-, Brustdrüsen- und Gebärmutterhalskarzinoms sowie polyvalenten Screenings, in: Jahrbuch für kritische Medizin 2 (Argument-Sonderband 17), Berlin/W., 55-80
- Abholz, H.H. 1980a: Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit, in: Deppe 1980, 15-57
- Abholz, H.H., 1980b: Möglichkeiten und Vernachlässigung von Prävention, in: Deppe 1980, 284-296
- Abholz, H.H., u.a. (Hrsg.) 1982a: Risikofaktorenmedizin. Konzept und Kontroverse. Berlin/W.
- Argument-Sonderband 64, 1981: Prävention. Gesundheit und Politik (= Argumente für eine soziale Medizin IX; AS 64), Berlin/W.
- Badura, B. (Hrsg.), 1981: Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung, Frankfurt/M.
- Black, D., u.a. 1982: Inequalities in Health. The Black Report, Harmondsworth
- Blohmke, M., u.a. (Hrsg.) 1975: Handbuch der Sozialmedizin. Stuttgart
- Bock, K.-D./L. Hoffmann (Hrsg.), 1982: Risikofaktoren-Medizin. Fortschritt oder Irrweg? Wiesbaden
- Borgers, D., 1979: Milder Bluthochdruck: Pharmakoprophylaxe oder Primärprävention. Münch.Med.Wschr. 121, 1407-1410
- Borgers, D., 1984: Rezension in *Das Argument* 144, 324ff.
- BzGA = Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) 1983: Lebensweisen und Lebensbedingungen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Köln
- Conrad, P., und J.W. Schneider 1980: Deviance and Medicalisation. From Badness to Sickness. St. Louis
- Daten 1983: Daten des Gesundheitswesens — Ausgabe 1983 — (Schriftl. des BMJFG, Bd.152). Stuttgart
- Dawber, T.R. 1980: The Framingham Study: The Epidemiology of atherosclerotic disease. Cambridge, Mass.
- Deppe, H.-U., 1980: Vernachlässigte Gesundheit. Zum Verhältnis von Gesundheit, Staat, Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Ein kritischer Überblick, Köln
- Djukanovic, V., und E.P. Mach (Hrsg.) 1975: Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries. Genf
- Ehrenreich, J. (Hrsg.), 1978: The Cultural Crisis of Modern Medicine, New York/London

rung einsichtig und sofort nachzuvollziehen (z.B. Hygiene der Säuglingsnahrung; s. allg. Spree 1984). Sollen Prävention und Gesundheitsförderung erfolgreich durchgeführt werden, müssen sie mit den Wertvorstellungen und der Dynamik der jeweiligen Lebenskreise übereinstimmen. Dazu ist es nötig, die notwendigerweise verhaltensbegrenzenden Folgen gesundheitsgerechten Verhaltens zu beachten, die als bedrohlich, weil in die Norm des Lebenskreises eingreifend, empfunden werden können. Dies wird nicht nur aus historischen Beispielen, sondern auch aus Beispielen der Entwicklungshilfe evident: die oktroyierten Gesundheitsmaßnahmen schlagen meist fehl, während die in die Kultur integrierten, zumindest aber vorbereiteten Maßnahmen größere Aussicht auf Erfolg haben. Deutet man gesundheitsschädliche Verhaltensweisen als letztlich selbstschädigende Formen alltäglicher Bewältigungsstrategien, als »kleine Fluchten« (Franzkowiak/Wenzel 1983), dann müssen zusätzlich zur Gesundheitsaufklärung auch lebenskreisadäquate Bewältigungsstrategien angeboten werden:

- Prävention und Gesundheitsförderung sind nicht gegen, sondern nur mit den Menschen durchzuführen.
- Gesundheitsförderndes Verhalten muß zur leichteren Alternative werden.

Diese internationale Erfahrung, die in dem Slogan »to make the healthy choice the easy choice« mündete, war der Ausgangspunkt für die grundlegende Änderung der Gesundheitspolitik der WHO.

Für diese Art der *gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung« in Industriestaaten* sind folgende vier Prinzipien maßgeblich:

- Zwischen Gesundheitsbedürfnissen, den damit verbunden Aufgaben und den einzelnen Betreuungsfunktionen innerhalb der Gesundheitssicherung muß eine enge Beziehung bestehen.
- Die Gemeinschaft — Individuen, Familien und Gemeinschaften/Gemeinden — muß an der Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle der Gesundheitssicherung beteiligt werden.
- Die Gesundheitssicherung muß so wirksam und effizient wie möglich erbracht werden.
- Gemeinschaftliche Gesundheitssicherung ist kein isolierter, eigenständiger Ansatz zur Gesundheitssicherung, sondern der am engsten in der Gemeinschaft verankerte Teil eines umfassenden Gesundheitssicherungssystems.

Innerhalb dieser Grundsätze kommt der Beteiligung von Individuen, Familien und Gemeinschaften an der Gesundheitssicherung die wesentliche Bedeutung zu.

Das gesundheitspolitische Konzept der »gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung« ist sowohl in seiner Bedeutung für Industriestaaten allgemein (Vuori 1981; Labisch 1982a) als auch innerhalb der Europäischen Gemeinschaft (Labisch 1981) und für das medizinische Versorgungsnetz

der Bundesrepublik (Labisch 1982b) vorgestellt und diskutiert worden. Die WHO/EUR hat inzwischen ein eigenes Regionalprogramm vorgelegt: die europäische »Regionale Strategie zum Erreichen des Ziels 'Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000'« (WHO/EUR/RC 30) und die Einzelziele der Regionalstrategie (WHO/EUR/RC 33/9) liegen mittlerweile in deutscher Übersetzung vor; das gleiche gilt für das »Regionalprogramm über Gesundheitserziehung und Lebensweisen« (WHO/EUR/RC 31/10)

III. Lebensweise und Prävention: ein neues Konzept der WHO

Nachdem im I. Kapitel einige Aporien der aktuellen Präventionsdebatte und im II. Kapitel »Gesundheit« als soziales Konstrukt mit gesellschaftspolitischer Zwecksetzung erarbeitet wurden, geht es abschließend darum, Gesundheitsförderung aus der aktuellen Diskussion der »gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung« vorzustellen. In den »Einzelzielen zur Unterstützung einer Regionalstrategie für 'Gesundheit 2000'« (WHO/EUR RC 33/9) sehen wir das bislang umfassendste Programm einer »gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung« in Industriestaaten: hier stellen »gesundheitsfördernde Lebensweisen« einen Bestandteil umfassender Strategien dar, die allgemeine Voraussetzungen für eine gute Gesundheitslage (Frieden, soziale Gleichheit, Ernährung, Schule, Wasser, Wohnung, Arbeit etc.) gesundheitlichen Umweltschutz, bedarfsgerechte Versorgung, Forschung und politische, technische und finanzielle Unterstützungsmaßnahmen umfassen.

Das Kapitel »gesundheitsfördernde Lebensweisen« umfaßt 13 der insgesamt 82 Einzelziele. Es ist in vier Unterpunkte gegliedert, die sich mit gesundheitsfördernden Lebensverhältnissen, allgemeinem Ausbau der Voraussetzungen für eine gesunde Lebensweise, der Förderung bestimmter Arten des gesundheitsdienlichen Verhaltens (Eßgewohnheiten, körperliche Bewegung, zwischenmenschliche Beziehungen, Sexualverhalten) und der Vorbeugung bzw. der Änderung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen und Gewohnheiten (z.B. Rauchen, Alkohol, Drogen, gefährdetes Verkehrsverhalten) befassen.

Unter der hier zu diskutierenden Perspektive der sozialen Funktion des Gesundheitsbegriffs und seiner Folgen sind die Einführung und die beiden ersten Punkte besonders wichtig. Denn hier wird gezeigt, in welche Bedingungen Gesundheit, gesunde Lebensweise, Eigenverantwortlichkeit und soziokulturelle Rahmenbedingungen miteinander wirken und welche Forderungen resultieren, um gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse herzustellen.

Die meisten Gesundheitsprobleme entstehen demnach durch komplexe psychische und körperliche Reaktionen der Menschen auf ihre soziale und wirtschaftliche Umwelt. Die persönliche Lebensweise ist eine Reaktion auf

schen Dienstleistungen steht ein scheinbar allmächtiges, aber ebenso anonymes medizinisches Dienstleistungsmonopol gegenüber: Kontrolle durch Schutz, Schutz durch Kontrolle ist die Maxime dieses Prozesses, der seinerseits nur ein Teilbereich des Gesamtprozesses der sozialen Sicherung ist (v. Ferber 1981; Sachsse/Tennstedt 1984).

Je umfassender das gesellschaftlich garantierte Angebot des medizinischen Dienstleistungsmonopols ist, um so verbindlicher wird der generalisierte Anspruch an ein »gesundheitsgerechtes« Verhalten: dies führt dann letztlich zu dem nicht mehr diskutierten Anspruch, bereits vorgehend — fälschlich: präventiv — sogenannte »Risiken« medizinimmanent zu erfassen und zu therapieren. Falls sich jemand dem daraus folgenden Konformitätsdruck entzieht, etwa indem er als »Dicker« oder »Raucher« riskanten Lebensweisen frönt oder aber nicht die ausreichende »Compliance« bei »präventiven« Therapien zeigt, wird ihm angedroht, beispielsweise durch Sonderprämien das Dienstleistungsangebot zu verteuern oder ihn von bestimmten Leistungen auszuschließen — dieses wäre dann die »präventive« Bestrafung des Opfers.

Der hier stark verkürzt geschilderte Prozeß hat neben vielen anderen Fragen auch für die aktuellen Probleme der Prävention erhebliche Bedeutung. Denn es ist evident, daß Prävention nicht betrachtet und konzipiert werden kann, wenn die allgemeine gesellschaftliche und die lebenskreisspezifische Funktion von Gesundheit vernachlässigt werden. Genau dies ist bis vor kurzem in der Prävention und Krankheitsfrüherkennung geschehen. Hier wurde eine quasi objektive, nicht diskussionsfähige Bedeutung von Gesundheit zugrunde gelegt, die implizit mit einem normativen Regelzustand naturwissenschaftlicher — und falls es »fortschrittlich« wurde: psychischer und sozialer — Parameter identisch ist. Diese gesellschaftlich gesetzte Norm wird mit individuellen und schichtenspezifischen Deutungen von Gesundheit, die einer besonderen alltäglichen Lebens- und Entscheidungssituation entsprechen — und in denen Gesundheit keineswegs Priorität haben muß —, gleichgesetzt.

Die Folge ist, daß gesundheitsfördernde und vorbeugende Maßnahmen und Forderungen in unterschiedlichen Lebenskreisen auf unterschiedliche Resonanz stoßen: in den affirmativ integrierten Lebenskreisen — zum Beispiel bei Angestellten, Facharbeitern etc. — auf hohe, in den nur ansatzweise integrierten Lebenskreise — zum Beispiel ungelernete Arbeiter, ausländische Arbeiter — auf geringe. Ganz offensichtlich wirken aber, wie die berühmte Whitehall-Studie der HKK-Mortalität unter britischen Beamten zeigte, dieselben definierten Gesundheitsgefahren in verschiedenen Lebenskreisen völlig unterschiedlich: in den niedrigsten Schichten kommen die Risikofaktoren am häufigsten vor, gleichzeitig ist ihr Erklärungswert für die Gesamtrelevanz hier am niedrigsten (Rose/Mormot 1981) — damit ist jener Faktor medizinisch nicht erklärbarer Varianz, der

beispielsweise seinerzeit den Weg von der Bakteriologie zur Sozialhygiene erforderlich machte, hier am höchsten.

Auch die disparaten Urteile über den Stand der medizinischen Versorgung finden hier ihren Grund: in den affirmativ integrierten Lebenskreisen besteht objektiv eine Übermedikalisierung — hier beobachten wir nicht nur die relativ höchste Teilnahme an der Krankheitsfrüherkennung und die größte Nachfrage nach gesundheitsrelevantem Wissen und medizinischen Dienstleistungen, sondern auch die größte Bereitschaft, Symptome systemrational zu somatisieren und beim Arzt vorzutragen. In den nur ansatzweise integrierten Lebenskreisen werden gesundheitsfördernde und krankheitsfrüherkennende Maßnahmen individueller und allgemeiner Art hingegen nicht oder kaum angenommen, und der Arzt wird erst sehr spät aufgesucht, so daß hier nach wie vor eine Unterversorgung besteht. In den seit jüngerem zu beobachtenden Lebenskreisen, die sich gegen die industrielle Lebenswelt definieren, ist darüber hinaus die menschenfeindliche Konnotation des Gesundheitsbegriffs der industriellen Welt erkannt, weil erkannt wurde, daß die allgemein verbindliche Gesundheit und die lebenskreisadäquate Gesundheit auseinanderklaffen. Hier erhält die sogenannte »Gesundheitsbewegung« ihre Nahrung, die Gesundheit, gesundheitsfördernde Aktivitäten und auch die Therapie wieder in kleine, überschaubare, »alternative« Lebenskreise — oder im Jargon — »Netzwerke« — übertragen will. Man kann daher vermuten, daß hier das Gesundheitsideal einer zukünftigen, überschaubar organisierten postindustriellen Gesellschaft vorformuliert wird (Levin 1983), in der zugleich angestrebt wird, nicht nur selbst gesund zu leben, sondern auch den Lebenskreis gesund zu halten — und zwar notfalls durch sozialen Widerstand (Freudenberg 1981).

Gesundheitsgerechtes Verhalten breitet sich folglich nur dann aus, wenn sich die gesellschaftlich verordnete Funktion von Gesundheit und die jeweilige Deutung von Gesundheit in den sich assimilierenden Lebenskreisen deckt. Auch die geht wiederum aus der Geschichte der Arbeiterbewegung hervor: die vom reichen Bürgertum gestifteten Hygieneausstellungen (z.B. Dresden 1911) fanden ebenso wie später öffentliche organisierte Gesundheitsausstellungen (z.B. GESOLEI Düsseldorf 1926) massenhaften Zulauf: der Bildungshunger der Arbeiterbewegung in gesundheitlichen Fragen war enorm. Stärker noch als durch rationale Aufklärung wurde gesundheitsgerechtes Verhalten wahrscheinlich durch soziale Nachahmung verbreitet (Goudsblom 1979). Die Integration der Arbeiterschaft in die industrielle Lebenswelt über die Argumentationsfigur Gesundheit hatte nur deshalb diesen beeindruckenden Erfolg, weil die Kolonisationsbemühungen der integrierten Schichten mit den Assimilationsbestrebungen der zu integrierenden Schichten konform liefen. Gleichzeitig waren die hygienischen Belehrungen im Gegensatz zur heutigen Gesundheitsaufklä-

mäßige Assanierung hergestellte öffentliche Gesundheit wird auf die individuelle Gesundheit übertragen und am einzelnen Menschen reifiziert. Damit ist wiederum ein neuer Grad sowohl der Objektivierung und Individualisierung als auch der Verbindlichkeit von Gesundheit erreicht.

Auch dieses neuerliche Gesundheitsideal wird auf die Unterschichten übertragen: Sauberkeit bedeutet Sittlichkeit, Sittlichkeit bedeutet Moral und Verantwortungsbewußtsein. Wasser wird zum säkularisierten Heilspender — nur der säubere Pauper (Arme) ist ein guter Pauper.

In der Sozialhygiene schließlich wird auch der gesellschaftliche Begründungszusammenhang, der bislang philosophisch-moralisch hergeleitet wurde, angemessen wissenschaftlich begründet: die Sozialhygiene liefert in der sozialwissenschaftlich untermauerten Verbindung umgebungshygienischer, bakteriologischer und rassehygienischer Erkenntnisse und Methoden die Theorie umgebungsbezogener und sozialer Gesundheitsgefahren und entsprechender Maßnahmen. In der »hygienischen Kultur« wird die paternalistisch maßregelnde, belehrende und damit politisch sensible Forderung nach Sittlichkeit und Ordnung politisch neutralisiert. Gesundheit wird zu der apolitischen und objektiven Richtschnur der Lebensführung in einer wissenschaftlich organisierten Lebenswelt. Die politische Arbeiterschaft drängte von sich aus — vermittelt durch die Arbeiterärzte und Kassen selbstverwaltung — in die neue industrielle Lebenswelt hinein: durch Gesundheit wird der Prolet zum Industriearbeiter »veredelt« (Tennstedt 1983).

Mit jedem Schub gesellschaftlicher Differenzierung und Integration geht folglich in den rational durchformten westlichen Gesellschaften ein neuer, zumindest beabsichtigter, in der Durchführung aber immer unausweichlicher Zugriff auf das Verhalten der Menschen über den Wert »Gesundheit« einher. Das Verständnis einer »Gesundheit« als einem relativen Wert, der Menschen und ihrem jeweiligen Lebenskreis zugehört, und das Verständnis einer »Gesundheit« als einem objektiven gesellschaftlichen Wert mit entsprechend verbindlichen Verhaltensanforderungen werden vermischt, so daß »Gesundheit« schließlich zu einer nicht mehr kritikfähigen Kategoriesozialen Handeln wird: »Gesundheit« wird zum höchsten Gut.

Gleichzeitig schlüpfen über das Ziel Gesundheit Ärzte und andere medizinische Berufe in die Rolle des Vermittlers gesellschaftlicher Zwecksetzungen. Dieser Prozeß der Professionalisierung der Medizin und der Medikalisierung der Gesellschaft wird teilweise unter dem Begriff »soziale Kontrolle« (z.B. Ehrenreich 1978; Conrad/Schneider 1980) gefaßt. Hier liegt der Gedanke einer gigantischen, bösartigen Geheimapparatur nahe, in der letztlich Kontrolle (gesellschaftliche Machthaber), Kontrollierte (Volk) und die Büttel sowie Ideologien der Kontrolleure (Ärzte/Medizin), Lehrer/Pädagogik etc.) agieren. Diese Vorstellungen erklären nur Epiphänomene.

Vielmehr werden im Prozeß der Zivilisation Monopole von Handlungschancen ausdifferenziert, die vormalig übliche Handlungsformen überschaubarer, personal organisierter Lebenskreise in den anonymisierten Lebenskreisen differenzierter Gesellschaften dauernd und zwingend regeln. Die scheinbar urwüchsigen Verhaltensnormen traditioneller Lebenswelten werden in Kolonisations- und Assimilationsprozessen durch neue Verhaltensnormen rationaler Lebenswelten ersetzt, die als Verhaltensrichtlinien in die Menschen selbst hineinverlegt werden — diesen Prozeß hat Norbert Elias eindrücklich beschrieben (Elias 1969).

Gesundheit wird zu einer Verhaltensnorm des reproduktiven Bereichs. Gleichzeitig wird eine neue gesellschaftliche Gruppe ausdifferenziert, die die ausdifferenzierten Funktionen exklusiv und dauernd übernimmt. Je größer durch den gesellschaftlichen Differenzierungs- und Integrationsgrad der Zwang zur sozialen Disziplinierung (als Erscheinungsform der Rationalisierung) wird, um so mehr kann sich die vormalig marginale Randgruppe der Ärzte über die Vermittlerfunktion des Gesundheitsideals professionalisieren und in immer weitere Bereiche vorstoßen: Ärzte und ihre Wissenschaftler werden zu (schein-)objektiven Richtern über Gesundheit und Krankheit.

Medizin und Ärzte werden folglich nicht zu »Kontrolleuren«. Ärzte und Medizin sind vielmehr als »Mediatoren (Vermittler) Bestandteile eines Prozesses, in dem unterschiedlich differenzierte Kosmologien (Lebenswelten; Lebenskreise) einander ablösen. Musterbeispiele sind hier die Arbeiterärzte: in ihrer Berufsgruppe Außenseiter, arbeiten sie ideologisch und politisch eng mit und für die Klasse, die es in die neue industrielle Lebenswelt zu kolonisieren galt. Von »Medizin als Herrschaftsinstrument« kann in der Arbeitermedizin keine Rede sein. Trotzdem leisteten die Arbeiterärzte entscheidenden Anteil, das Proletariat über medizinisch angemessenes Verhalten in die szientistische Kosmologie des Industriezeitalters zu integrieren.

In diesem Prozeß ist eine therapeutische Kompetenz nicht erforderlich: hier findet das alte Rätsel, warum die Ärzte in ihre zentrale Rolle schlüpfen konnten, obwohl ihre therapeutische Kompetenz sich erst seit sehr kurzer Zeit wesentlich von Laienheilern und volksmedizinischen Fertigkeiten unterscheidet, seine Lösung. Gleichzeitig ist abzusehen, daß entsprechende Dienstleistungen mit der zunehmenden Individualisierung und Rationalisierung der Lebensbereiche nicht abnehmen, sondern nur zunehmen können. Immer weitere Lebenskreise, die vormalig anderen Denkkategorien sowie Schutz- und Disziplinierungsmechanismen unterlagen, werden erschlossen: die vormalig in überschaubaren Lebenskreisen personal organisierte Sorge um und für Gesundheit und Pflege im Krankheitsfall wird enteignet und dem anonymen Monopol »Medizin« zugeschlagen — einem generellen, aber anonymen Versorgungsanspruch nach medizini-