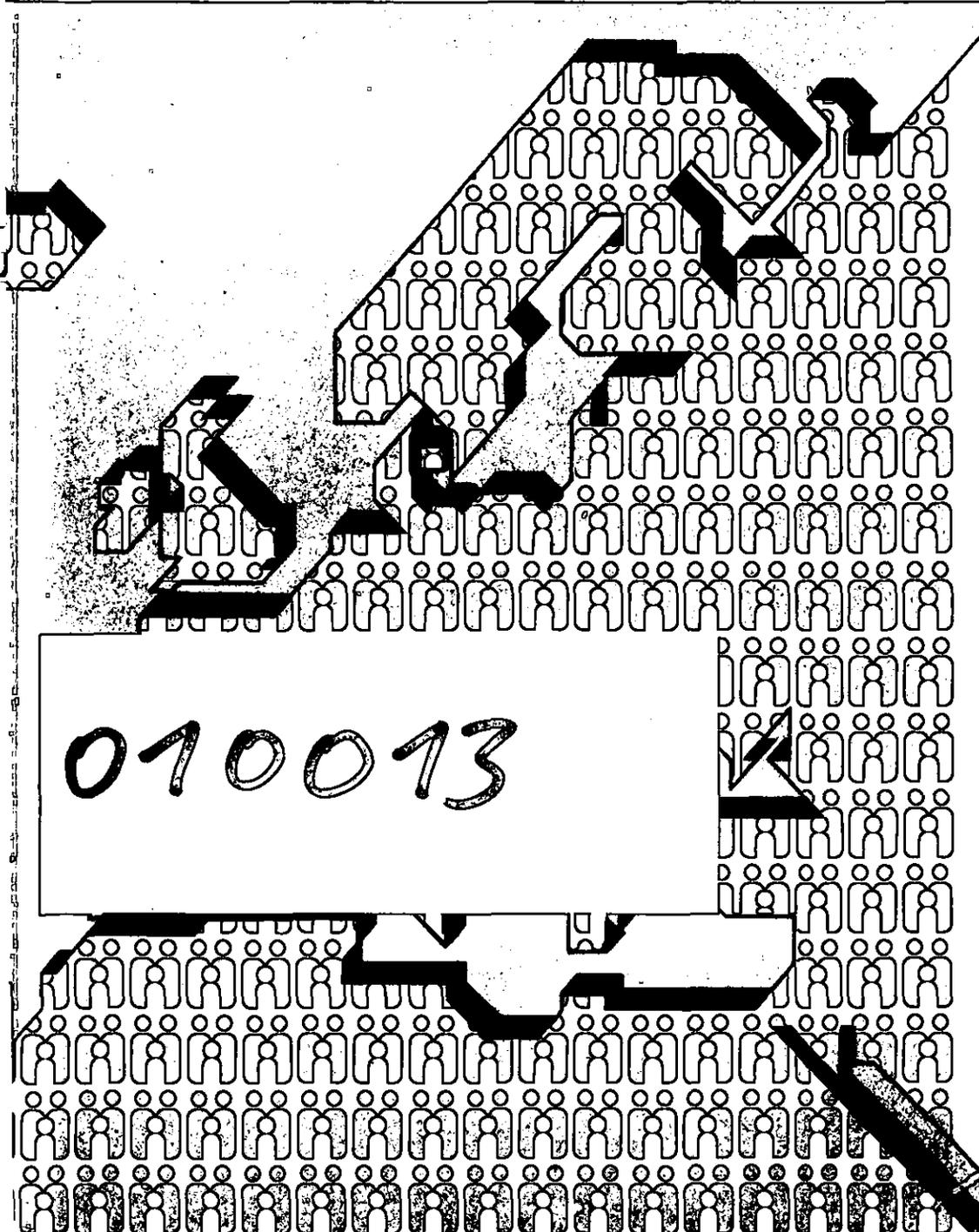




**Europäische Monographien
zur Forschung in Gesundheitserziehung**

5



010013

Europäische Monographien
zur Forschung
in Gesundheitserziehung **5**

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-No. 10013
(1.1.14)

Hinweise für die Autoren

Beiträge zur Veröffentlichung werden nur angenommen, wenn sie an anderer Stelle nicht erschienen sind oder erscheinen werden. Die veröffentlichten Beiträge werden Eigentum der Herausgeber und können nur mit schriftlicher Erlaubnis des Chefredakteurs an anderer Stelle vollständig oder auszugsweise veröffentlicht werden. Die zur Veröffentlichung angenommenen Beiträge dürfen ohne die Einwilligung des Chefredakteurs und des Herausgebers auch nicht in einer anderen Sprache veröffentlicht werden.

Drei qualitativ hochwertige Kopien (einschließlich des maschinengeschriebenen Originals) sollten eingereicht werden; eine Kopie des Manuskripts behält der Autor. Zur Veröffentlichung vorgesehene Beiträge können in englischer, französischer oder deutscher Sprache eingereicht werden. Am Beginn eines jeden Artikels sollte eine sachliche, möglichst kurze, normalerweise nicht mehr als 300 Worte enthaltende Zusammenfassung gegeben werden. Das Manuskript ist einseitig zu beschreiben, mit einem zweizeiligen Abstand, breitem Rand und Numerierung der Seiten. Ein separates Blatt, aus dem der Titel des Artikels sowie Name(n), Qualifikation und Mitgliedschaften des Autors bzw. der Autoren hervorgehen, ist beizufügen. Quellenangaben sollten am Ende des Artikels auf einem separaten Blatt in alphabetischer Reihenfolge wie folgt erscheinen: Name und Anfangsbuchstaben der Vornamen, Titel des Artikels, vollständiger Titel der Zeitschrift, Jahrgangsnummer, Erscheinungsjahr und Seitenangabe, z.B.

BAYLISS, R.I.S.: Gicht. *British Medical Journal*, 1(1979), 1695-1696. Bei Büchern sollten außerdem Erscheinungsort, Verlag und Erscheinungsjahr angegeben werden:

MAUSNER, B. und PLANT, S.E.: Rauchen. Eine Verhaltensanalyse. New York: Pergamon Press, 1971.

Bei Quellenangaben im Text sollten der Name des Autors und das Erscheinungsjahr in Klammern angegeben werden, z.B. (Schmidt, 1979) oder Schmidt (1971) zeigte, daß...

Jede Tabelle und Abbildung ist auf einem separaten Blatt mit dem Hinweis auf die gewünschte Textstelle (Tabelle II hier) wiederzugeben. Die Abbildungen sollten Originalzeichnungen oder Hochglanzfotos (keine Fotokopien) sein, der Name des Autors und der Titel des Beitrages sollten mit Bleistift rückseitig vermerkt werden. Die Tabellen und Abbildungen müssen mit den entsprechenden Überschriften ohne zusätzliche Erläuterung verständlich sein. Die Maßeinheiten sind genau anzugeben. Der Autor erhält die Korrekturfahnen zur Überprüfung und zur Korrektur von Druckfehlern. Änderungen in Abbildungen und Tabellen sowie umfangreichere textliche Veränderungen sollten vermieden werden; das übliche Maß überschreitende Autorkorrekturen gehen zu Lasten des Autors.

Für die vom Verfasser geäußerten Ansichten oder Erklärungen übernehmen weder die Redakteure noch die Herausgeber die Verantwortung.

Redaktionsbüro: Woodburn House, Canaan Lane, Edinburgh EH10 4SG, Schottland.

Europäische Monographien
zur Forschung
in Gesundheitserziehung 5



Bericht über ein Seminar

LEBENSWEISEN UND LEBENSBEDINGUNGEN
IN IHREN AUSWIRKUNGEN AUF DIE GESUNDHEIT
*veranstaltet von der Weltgesundheitsorganisation,
Regionalbüro für Europa (Kopenhagen) und der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
(Köln) in Höhr-Grenzhausen, 18.-21. Oktober 1982.*

Veröffentlicht im Rahmen des Europa-Büros
der Internationalen Union für Gesundheitserziehung und in Zusammenarbeit
mit dem Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation

Herausgegeben von der Scottish Health Education Group in Englisch,
von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Deutsch
und vom Comité français d'Education pour la Santé in Französisch

Redaktion: Dr. L. Baric
Redaktionsassistentz: J.K. Davies, C. Coltart
Redaktion der deutschen Ausgabe: R. Erben
Redaktion der französischen Ausgabe: C. Vilain

BERATUNG: EUROPÄISCHE ARBEITSGRUPPE DER IUGE ZUR FORSCHUNG IN
GESUNDHEITSERZIEHUNG:

J.K. Davies (*Vorsitzender, Schottland*)
Dr. J. Figa-Talamanca (*Italien*)
Dr. W. de Haes (*Niederlande*)
Dr. K. Koskela (*Finnland*)
Dr. Z. Liedtke (*Polen*)
Dr. N. Malinskaya (*UdSSR*)
Dr. D. A. Player (*Schottland*)
C. Vilain (*Frankreich*)
G. Welsch (*Bundesrepublik Deutschland*)

Die in den einzelnen Beiträgen zum Ausdruck gebrachten Meinungen stimmen nicht in jedem Fall mit denen der Herausgeber überein.

Vorwort

Es besteht wenig Zweifel darüber, daß weitere Fortschritte im Gesundheitsbereich dadurch zu erreichen sind, daß einzelne Aspekte alltäglichen Lebens (wie z.B. Rauchen, Ernährungs- und Bewegungsverhalten), aber auch grundsätzlich die Qualität des Lebens (wie z.B. Arbeitsbedingungen, Freizeit, soziale Beziehungen und Freundschaften) verbessert werden. Veränderungen in diesen Bereichen sind freilich auch abhängig von den komplexen ökonomischen, politischen, sozialen und physikalischen Umweltbedingungen einer Gesellschaft. Deshalb ist es selbstverständlich notwendig, genau darauf zu achten, wie die unterschiedlichen Ebenen von Lebensbedingungen und Lebensvollzügen aufeinander bezogen sind. Erst bei genauer Kenntnis dieses Sachverhaltes können konkrete Programme entwickelt werden, die verstärkt die Gesundheit fördern, indem sie die Bevölkerung in allen Programmphasen aktiv beteiligen. In Anbetracht unseres Verständnisses von Gesundheit als eines weitgehend sozialen Konzepts muß gerade dieser letzte Punkt besonders betont werden.

Das Regionalbüro für Europa der WGO hat diese Perspektive in seinem Arbeitsprogramm aufgenommen und eine Reihe von Tagungen mit Wissenschaftlern, Gesundheitserziehern, Kommunikationsexperten und Vertretern betroffener Bevölkerungsgruppen vorgesehen, um die Rolle der WGO bei der Unterstützung von Gesundheitsförderungsprogrammen in ihren Mitgliedsstaaten genauer zu umreißen. Das in dieser Publikation vorgestellte Seminar war insbesondere deshalb wichtig, weil es einmal mehr daran erinnerte, auf bereits bestehende Ressourcen und Ansätze in der Region zurückzugreifen und sie miteinander zu vernetzen, d.h. einen Erfahrungsaustausch zwischen ihnen in Gang zu setzen. Unsere Aufgabe ist es, nach einer Entwicklungsstrategie zu suchen, die auf kulturelle und soziale Schwankungen in den Mitgliedsländern sensibel reagiert und die zur gleichen Zeit Konzepte, Methoden und Forschungsergebnisse in den Mitgliedsländern der Region aufgreift und der Öffentlichkeit zugänglich macht. «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000» wird sich nur erreichen lassen, wenn darüber hinaus die intersektorale Kooperation und Kommunikation auf allen Ebenen vorangetrieben werden. Die Bevölkerung selbst muß in den Mittelpunkt unserer Programme und Strategien gestellt werden, damit sicher-

gestellt wird, daß Veränderungen in ihren Lebensweisen sozial verantwortlich gestaltet werden; Schuldzuweisungen einzelnen Personen oder Bevölkerungsgruppen gegenüber stellen keine probate Strategie dar.

Ich hoffe sehr, daß diese Publikation in breiten Kreisen gelesen und diskutiert wird; das Regionalbüro für Europa der WGO ist sehr daran interessiert, Kommentare, Kritiken und weiterführende Vorschläge von ihnen zu erhalten.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Leo A. Kaprio', with a long horizontal stroke extending to the right.

Dr. Leo A. Kaprio

Direktor des Regionalbüros für Europa,
Weltgesundheitsorganisation Kopenhagen

Leitartikel

Das vorliegende Heft der «Europäischen Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung» unterscheidet sich von den bisherigen Ausgaben. Es ist ausschließlich einer Tagung zum Thema «Lebensweisen und Lebensbedingungen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit», die von der WGO-EURO und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt worden ist, gewidmet. Diese Neuerung (es steht noch nicht fest, ob sie beibehalten wird) ist auf die allgemeine Zielsetzung dieser Ausgabe zurückzuführen, die darin besteht, einer breiten, an der Gesundheitserziehung interessierten Leserschaft Informationen über Politik und methodische Probleme sowie umfassende Forschungsergebnisse zugänglich zu machen. Ein weiteres Ziel besteht darin, den Gedanken- und Informationsaustausch unter denjenigen zu fördern, die zukünftige Entwicklungen auf diesem Gebiet entscheidend beeinflussen können.

Folglich bringt dieses Heft vorrangig Beiträge zu politischen Strategien, die im Zusammenhang zu sehen sind mit neuen Aufgabenstellungen der Mitgliedsländer der WGO nach der Unterzeichnung der Deklaration von Alma-Ata. Ein Expertenteam beschäftigt sich mit den aus diesen Aufgaben resultierenden Implikationen, und die folgenden Beiträge spiegeln die Meinungen dieser Experten wider und begründen, warum sie diese Ansätze unterstützen.

Offenbar sind sich alle Teilnehmer darüber einig, daß die Gesundheitserziehung zur Lösung weltweiter gesundheitlicher Probleme keinen zufriedenstellenden Beitrag geleistet hat und daß Veränderungen, d.h. neue Ansätze, erforderlich sind. Einige dieser Veränderungen sind heute bereits Bestandteil der WGO-Strategie: die Gesundheitserziehung als ein Teil der Gesundheitsförderung; man konzentriert sich weniger auf «Verhalten» als auf «Lebensweisen»; die gesundheitliche Primärversorgung wird als vorrangig eingestuft und die primäre medizinische Versorgung als ergänzendes System; die Abkehr von der staatlichen und professionellen Verantwortlichkeit in Richtung auf eine stärkere Eigenverantwortlichkeit des einzelnen; der einzelne wird in die Lage versetzt, diese Verantwortung zu übernehmen, indem die gesellschaftlichen Bedingungen entsprechend angepaßt werden und die Kompetenz des einzelnen gestärkt wird, um Gesundheitsprobleme und Krankheiten auf dem Wege der Selbstversorgung und der Selbsthilfe besser bewältigen und die angemessenen Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können.

In ihren Beiträgen machen die Teilnehmer verschiedene Vorschläge, wie solche Veränderungen auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung herbeigeführt werden können. Sie warnen aber auch vor möglichen Gefahren und noch nicht absehbaren Auswirkungen. Die politischen und sozialen Implikationen, die damit verbunden sind, berücksichtigen sie ebenso wie die erforderliche professionelle Reorganisation bei der Bereitstellung der gesundheitlichen Versorgung. Sie weisen darauf hin, daß die Ziele der WGO von Angehörigen medizinischer und bürokratischer Strukturen fehlinterpretiert werden und beispielsweise auch als Rechtfertigung dienen können, um sich noch mehr in private Angelegenheiten der Betroffenen einzumischen — z.B. bei dem Versuch, die Lebensweise insgesamt und nicht nur bestimmte Verhaltensmuster verändern zu wollen. Die Teilnehmer stimmten überein, daß mehr Forschung erforderlich sei, und zwar angefangen bei der Definition der verschiedenen Konzepte, der systematischen Untersuchung von Problemen und der Konzentration auf Evaluationsforschung, die jeder gesundheitserzieherischen Intervention vorangehen müsse.

Die vielleicht wichtigste Empfehlung der Teilnehmer betraf die Einbeziehung von Politikern und Entscheidungsträgern bei der Diskussion um die praktische Umsetzung der Deklaration von Alma-Ata. Es ist bereits abzusehen, daß der Hauptwiderstand und die meisten Vorbehalte aus diesem Personenkreis kommen werden, denn sie wären von den vorgeschlagenen Veränderungen am meisten betroffen und müßten sie teilweise sogar selbst vornehmen. Zur Strategie der WGO gehören auch Maßnahmen, um den Veränderungsprozeß zu kontrollieren und auszuwerten, denn aus solchen Beobachtungen lassen sich wertvolle Erkenntnisse ziehen.

Unsere Leser werden die auf diesem Gebiet erfolgten Entwicklungen mit Interesse verfolgen. Wir hoffen daher, daß die Gestaltung dieser Ausgabe positive Resonanz finden wird und daß künftig ähnlich konzipierte Ausgaben erscheinen können.



Dr. Leo Baric
Verantwortlicher Redakteur

Lebensweisen und Gesundheit

■ Einführende Betrachtungen

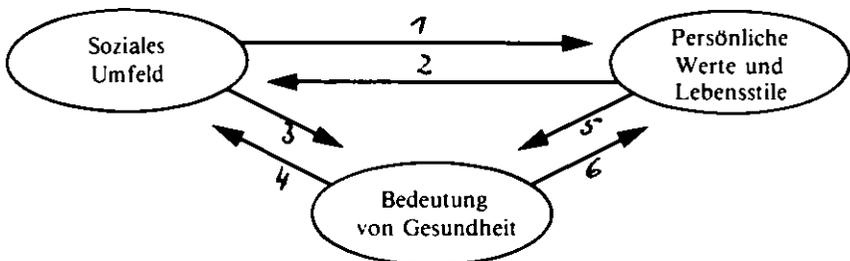
«Wenn du als Fremder in eine Stadt kommst, so betrachte die Lage, die Winde, das Aufgehen der Sonne, die Gewässer, den Boden und die Art und Weise, in der die Einwohner leben und welchen Zielen sie nacheifern — denn wenn du diese Kenntnisse hast, wirst du verstehen, welche Krankheiten für diesen Ort typisch sind, sowie welche Ausprägungen verbreiteter Krankheiten du hier finden wirst.»

Diese Anweisung, sie wird meist Hippokrates zugeschrieben, finden wir in einem Lehrbuch der medizinischen Schule von Kos. Obwohl 2000 Jahre alt mutet sie erstaunlich modern an. Sie soll in diesem Zusammenhang stellvertretend auf eine Entwicklung hinweisen, die immer häufiger als Paradigmenwechsel in der Medizin bezeichnet wird. Der Paradigma-Begriff hat durch Thomas S. Kuhns Darstellung der Struktur wissenschaftlicher Revolutionen eine neue Deutung erlangt (Kuhn, 1967). Er umschreibt damit die Denk- und Wahrnehmungsmuster einer Wissenschaft. Eine wissenschaftliche Revolution und damit die Veränderung der Deutungsmuster erfolgt nicht aufgrund von «Bestätigungen» oder «Widerlegungen» einzelner Aussagen (obwohl sich im Prozess des Niedergangs eines Paradigmas immer mehr Phänomene als nicht «lösbar» erweisen), sondern aufgrund des Wandels der «geschichtlichen Perspektive». Problemstruktur, Sprache, Regeln und Erfolgskriterien einer Wissenschaft ändern sich von Grund auf. Viele Kritiker der Medizin und Gesundheitsversorgung sehen das traditionelle medizinische Paradigma der Herausforderung durch neue Denkweisen und Lösungsmodelle ausgesetzt und in einem Ablösungsprozess durch eine sozialmedizinisch-ökologische Denkweise begriffen.

Zum Beispiel postuliert auch Ralph Catalano (Catalano, 1979) in einer Darstellung der Paradigmen-Abfolge der Theorie des Gesundheitswesens, daß die Lehre der Medizin nunmehr zu ihren Ursprüngen zurückkehrt und mit der ökologischen Perspektive und dem Lebensweisenansatz sowohl die ganzheitliche Betrachtung des Individuums wie auch die notwendige Balance der Interaktion zwischen Umfeld und Individuum in ihrer vollen Bedeutung wiedererkennt. Viele würden bezweifeln, daß dieser Wandel hin auf ein ökologisches Paradigma von Gesundheit und Krankheit schon vollzogen ist, und auch die Beiträge dieses Bandes sind eher Ausdruck des Bemühens, die ganze Breite des Spektrums von der individuellen bis zur gesamtgesellschaftlichen Verantwortung zu erfassen, das von einem «Lebensweisenkonzept» der Gesundheit angesprochen wird. Deutlich aber wird die Abgrenzung gegenüber dem individualistisch geprägten «Erreger-Paradigma», das seit dem Ende des 19. Jahrhunderts die Medizin und die professionelle Auffassung von Gesundheit und Krankheit geprägt hat und weiter nachwirkt in eindimensionalen Varianten des Risikofaktorenkonzepts der Trennung von körperlichem und seelischem Wohlbefinden. Catalano schildert den historisch bedeutsamen Prozeß der zunehmenden Entfremdung zwischen der medizinischen Profession und den Vertretern eines sanitär orientierten öffentlichen Gesundheitswesens, die schlußendlich den Weg zu einer ganzheitlichen sozialen Medizin verbaute. Die Errungenschaften des «Erreger-Paradigmas» sind unbenommen, nur, und dies wird besonders deutlich in den Beiträgen dieses Bandes, sie sind nicht mehr ausreichend, um den massenhaft auftretenden Gesundheitsstörungen am Ende des 20. Jahrhunderts adäquat zu begegnen. Das Gesundheitswesen ist den Ansprüchen einer Gesundheitsförderung aufgrund vielschichtiger Fehlentwicklungen nicht gewachsen.

Die daraus folgende Herausforderung anzunehmen, ist eine der Aufgaben, die sich die Weltgesundheitsorganisation für das Jahr 2000 gestellt hat (Global Strategy for Health for All by the Year 2000, 1981). Die Regionalstrategie des Europabüros der Organisation benennt die Fehlentwicklungen der letzten 20 Jahre und fordert die Mitgliedsländer auf, sich gemeinsam zu einer Reorientierung der Gesundheitsversorgung unter Einbeziehung der Grundprinzipien von Alma Ata (Regionale Strategie zur Erreichung des Zieles «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000», 1981) bereitzufinden. Drei wesentliche Konzepte bestimmen die inzwischen auf der Ebene der Operationalisierung weitergeführte Strategie: Lebensweisen und ihr Einfluß auf die Gesundheit, Prävention im weitesten Sinne und basisorientierte, gemeinschaftliche Gesundheitsversorgung. Wurde das Lebensweisenkonzept zu Beginn der Strategiediskussion noch stark individualistisch gefaßt und auf das gesundheitsschädliche Verhalten einzelner hin definiert, so ist in den letzten zwei Jahren, zwischen 1980 und 1982, eine deutliche Orientierung auf einen sozialen Gesundheitsbegriff hin erfolgt. Die ersten Arbeitsgruppen, die von der WGO zum Thema einberufen wurden, sahen sich noch einer schier unlösbaren Aufgabe gegenüber: denn welche Faktoren der Art und Weise in der wir leben, der Lebensbedingungen, denen wir ausgesetzt sind, beeinflussen unsere Gesundheit nicht? Schrittweise wurden Klärungen erreicht. Das Programm «Gesundheitserziehung und Lebensweisen» betonte die Bedeutung des sozialen Umfeldes für das gesundheitliche Wohlbefinden und verdeutlichte die Rolle der sozialen Unterstützung und der sozialen Verankerung, sowie die Rolle von Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit als soziale Teilhabe an der Gesundheit (Kickbusch, 1981). Die Vorlage eines konzeptionellen Papiers zu «Lebensweise und Gesundheitsförderung» für den 11. Kongreß der Internationalen Union für Gesundheitserziehung ermöglichte die Unterscheidung zwischen individuellen und gemeinschaftlichen Lebensstilen (WGO, 1982). Eine ganzheitliche Sichtweise tritt hervor, die nicht nur körperliches Wohlbefinden ins Auge faßt, sondern das seelische Gleichgewicht, die emotionale Zufriedenheit und die soziale Integration verbindet — und damit auf die Definition von Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation zurückverweist. Eine umfassende Darstellung der Komponenten eines ganzheitlichen Paradigmas der Medizin ist nachzulesen bei James S. Gordon, doch sieht er, wohl realistischer als Catalano, die ökologische Perspektive noch im Anfangsstadium ihres Einflusses auf die tradierten Konzeptionen von Gesundheit und Krankheit (Gordon, 1980).

Die Beiträge dieses Bandes verdeutlichen auch, daß die gesellschaftlichen Grundbedingungen und die weltpolitischen Konstellationen unsere Lebensweisen und unsere Zukunft entscheidend mitbestimmen. James Robertson hat im Auftrag des Europabüros der Weltgesundheitsorganisation drei Szenarios für die zukünftige gesellschaftliche Entwicklung und damit drei mögliche Entwicklungslinien für Gesundheitspolitik im nächsten Jahrzehnt aufgezeigt (Robertson, 1983). Er weist auf den



engen Zusammenhang zwischen dem sozialen Umfeld, den persönlichen Werten und Lebensstilen und der Bedeutung von Gesundheit hin.

Zum heutigen Zeitpunkt ist in den industrialisierten Ländern die Einflußrichtung 1, 3 und 5 stark, während 2, 4 und 6 sehr schwach sind. In einer Gesellschaft, die Gesundheit einen größeren Wert beimißt, wäre das Verhältnis zwischen der Stärke der Pfeile ein umgekehrtes. Robertsons positives Szenario erhofft von einer postmedizinischen Ära eine Gesundheitspolitik, die vorrangig der Erhaltung von Gesundheit dient und damit einen Wandel vom Paradigma der Medizin zum Paradigma der Gesundheit anzeigt.

Die Lebensweisen-Diskussion, die gegenwärtig innerhalb und im Umfeld der Weltgesundheitsorganisation geführt wird, will herausfordernd und stimulierend wirken. Wir müssen angesichts der neuen Probleme im Gesundheitswesen neue Fragen stellen und neue Antworten finden — mögen Sie manchmal auch die ernsthafteste Rückbesinnung auf eine fast 2000 Jahre alte Sichtweise sein. Es wäre eine große Erregungenschaft für das Ziel Gesundheit für alle im Jahr 2000, wenn die alte Lehre von Kos wieder die vorherrschende Sichtweise der Medizin werden sollte.



Dr. Ilona Kickbusch

Regionalbeauftragte für Gesundheitserziehung
Regionalbüro für Europa der WGO

LITERATUR

- Catalano, Ralph (1979). *Health Behaviour and the Community: an Ecological Perspective*. New York: Pergamon Press.
- Gordon, James S. (1980). The Paradigm of *Holistic Medicine*. In *Health for the Whole Person: the Complete Guide to Holistic Medicine*. Boulder, Colorado: Westview Press, S. 3-27.
- Kickbusch, Ilona (1981). Betroffenheit und Beteiligung: ein soziales Konzept der Gesundheitserziehung. *Internationales Journal für Gesundheitserziehung*, Suppl. für Vol. XXIV, Nr. 4, Okt.-Dez. 1981.
- Kuhn, Thomas S. (1967). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Robertson, James (1983). *Scenarios for Lifestyles and Health*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- WGO (1981a). *Strategy for Health for All by the Year 2000*. Geneva: WHO, "Health for All" Series No. 3.
- WGO (1981b). *Regionale Strategie zur Erreichung des Zieles «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000»*, WGO-Regionalbüro für Europa, EUR/RC 30/8 Rev. 1, 9.3.1981.
- WGO (1982). Gesundheitserziehung und Lebensweisen. Perspektiven des Programmes zur Gesundheitserziehung des WGO-Regionalbüros für Europa. *Internationales Journal für Gesundheitserziehung*, Nr. 3/4.

Inhalt

VORWORT	V
<i>Leo Kaprio</i>	
LEITARTIKEL.....	VII
<i>Leo Barić</i>	
LEBENSWEISEN UND GESUNDHEIT: EINFÜHRENDE BETRACHTUNGEN	IX
<i>Iлона Kickbusch</i>	
1. DIE AUSWIRKUNGEN VON LEBENSBEDINGUNGEN UND LEBENSWEISEN AUF DIE GESUNDHEIT — SYNTHESE DES SEMINARS	1
<i>Eberhard Wenzel</i>	
1. Vorbemerkung	2
2. Gegenstand und Ziele der Tagung	3
3. Eröffnung der Tagung und Begrüßung der Teilnehmer	4
4. Zum wissenschaftlichen Hintergrund des Lebensweisen-Konzepts	5
5. Vorschlag für eine Lebensweisen-Konzeption des Regionalbüros für Europa der WGO.....	6
6. Gesundheits- und sozialpolitische Einschätzung des Lebensweisen- Konzepts	8
7. Sozialepidemiologische Einschätzung des Lebensweisen-Konzepts	9
8. Sozialpsychologische Einschätzung des Lebensweisen-Konzepts.....	10
9. Zur Differenzierung und Weiterentwicklung des Lebensweisen- Konzepts im Rahmen der Gesundheitsförderung.....	11
9.1 Gesundheitsförderung und Lebensweisen — mediatisierende Konzepte	12
9.2 Die Umverteilung von Ressourcen im Gesundheitssystem	13
9.3 Maßnahmen auf nationaler Ebene	13
9.4 Maßnahmen auf Gemeinde-Ebene	15
9.5 Beteiligung der Betroffenen an Entscheidungsprozessen.....	15
9.6 Die Rolle des professionellen Systems	16
9.7 Forschungsprobleme hinsichtlich des Lebensweisen-Konzepts....	16
EMPFEHLUNGEN	18

II.	DIE ERFORSCHUNG VON LEBENSWEISEN UND STRATEGIEN ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG MEDIATISIERENDER STRUKTUREN	19
	<i>Lowell S. Levin</i>	
1.	Die Gesundheitsbewegung in den USA	20
2.	Hintergründe und Faktoren für das amerikanische Interesse an Lebensweisen	21
3.	Implikationen für eine an Lebensweisen orientierte Politik und Praxis	23
4.	Schlußfolgerungen	26
III.	SOZIALEPIDEMIOLOGIE IN THEORIE UND PRAXIS	29
	<i>Bernhard Badura</i>	
1.	Zum Lebensweisen-Konzept in der Gesundheitsforschung	31
2.	Das Paradigma der Sozialepidemiologie: Konzepte, Hypothesen, Resultate	34
3.	Eine neue Gesundheitsphilosophie: Prämissen, Optionen, Interventionen	41
3.1	Interventionsbereich Familie	42
3.2	Gesundheitsselbsthilfegruppen, Nachbarschaftshilfe, peer-group-Einfluß	43
3.3	Schule, Hochschule	44
3.4	Arbeitswelt	45
4.	Schlußbemerkung	45
IV.	GESUNDHEITSERZIEHUNG IM VERHÄLTNIS ZU ANDEREN SOZIALISATORISCHEN EINFLÜSSEN. GRENZEN INDIVIDUELLER PROBLEMLÖSUNGSMÖGLICHKEITEN	49
	<i>Klaus Horn</i>	
1.	Vorbemerkung	50
2.	Das Risikofaktorenmodell in Verbindung mit Massenpädagogik	51
3.	Das Risikofaktorenmodell aus wissenschaftlicher und persönlicher Sicht als Gesundheitsrichtschnur	51
3.1	Wozu soll Gesundheit gut sein?	52
3.2	Das Risikofaktorenmodell und die daran orientierte Gesundheitserziehung als «symbolische Politik»	56
3.3	Widerstandspotentiale gegen ein aktives gesellschaftliches und persönliches Verhältnis zur eigenen Gesundheit	57
4.	Welche Chancen bieten Lebensstil-Konzepte der Gesundheitserziehung?	62

5. Empfehlungen	66
5.1 Gesundheitserziehung als Teil der Gesundheitsförderung	66
5.2 Gesundheitserziehung als Hilfe zur Selbsthilfe	67
5.3 Die Rolle der Medizin für die Gesundheit	68
V. PLANUNGSASPEKTE DER GESUNDHEITSERZIEHUNG: «ÜBER DIE ROLLE UND PRIORITÄTEN DER GESUNDHEITSERZIEHUNG IN DER WGO- STRATEGIE ZUR ERREICHUNG VON GESUNDHEIT FÜR ALLE BIS ZUM JAHR 2000»	73
	<i>Werner Schmidt</i>
1. Von welchen Grundlagen haben wir auszugehen?	74
2. Welche Hauptrichtungen der Strategie der Planung der Gesundheitserziehung auf nationaler Ebene kann man aus der Strategie HFA 2000 ableiten?	76
2.1 Öffentlichkeitsarbeit zur Unterstützung des Kampfes zur Sicherung des Friedens und Einstellung des Wettrüstens (Frieden-Leben-Gesundheit)	76
2.2 Öffentlichkeitsarbeit, Gesundheitsinformation und Aufklärung zur Entwicklung der Lebensbedingungen	77
2.3 Inhaltliche Akzentuierung der Gesundheitserziehung auf die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Lebensweise	78
2.4 Die Erhöhung der Wirksamkeit der Gesundheitserziehung	83
VI. ADAM UND EVA IM GARTEN DER GESUNDHEITSFORSCHUNG: ÜBER SOZIALPOLITIK UND GESUNDHEITSFORSCHUNG	87
	<i>Ann Oakley</i>
1. Lebensweisen und Schwangerschaftsverlauf	89
2. Gesundheitsforschung und Gesundheitspolitik: Woher schöpfen wir unsere Gewißheit inmitten der Ungewißheit?	91
3. Gesundheitspolitik und Sozialpolitik: Der Weg nach vorn	94
VII. LEBENSWEISEN UND POLITIK AUS DER SICHT DER ÖFFENTLICHEN VERWALTUNG	97
	<i>Jan H. Halm</i>
1. Einführung	98
2. Politik	99
3. Lebensweisen und Politik	100
4. Allgemeine Perspektiven	101
5. Vorschläge	102
6. Abschließende Bemerkungen	103
TEILNEHMERLISTE	104

I Die Auswirkungen von Lebensbedingungen und Lebensweisen auf die Gesundheit — Synthese des Seminars

von Eberhard Wenzel

EBERHARD WENZEL, Forschungsgruppe Jugend und Gesundheit, ist Erziehungswissenschaftler. Er war als Berater der WGO für die Planung, Organisation und Berichterstattung des Seminars verantwortlich.

Anschrift: Forschungsgruppe Jugend und Gesundheit,
Kaiserstraße 63, D-6900 Heidelberg / Bundesrepublik
Deutschland.

1. Vorbemerkung

Die Regional-Strategie «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000» des Regionalbüros für Europa der Weltgesundheitsorganisation (Dokument EUR/RC 30/8) bezeichnet als einen — unter drei — Schwerpunkten zukünftiger gesundheitspolitischer und -erzieherischer Anstrengungen die Förderung von gesundheitsunterstützenden Lebensweisen. In dem Dokument wird vorgeschlagen, Maßnahmen hierzu sowohl individuell- als auch gemeinde-orientiert zu entwickeln und durchzuführen. Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, daß die sozio-ökonomischen Lebensbedingungen einen wesentlichen Einfluß auf die Gestaltung gesundheitsfördernder Lebensweisen haben. Die in der Regional-Strategie angedeutete Hinwendung zu einem sozialen Konzept von Gesundheit hat in der Folge zu einem «Regionalprogramm für Gesundheitsförderung und Lebensweisen» (Dokument EUR/RC 31/10) geführt, in dem drei Aufgabenbereiche festgehalten sind:

- Gesundheitsförderung,
- präventive Gesundheitserziehung,
- unterstützende Gesundheitserziehung.

Die sozio-ökonomischen und -kulturellen Lebensbedingungen werden in diesem Programm als strukturierende Größen für die Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensweisen interpretiert. Individuelle Entscheidungen in bezug auf Gesundheitsverhalten werden in Abhängigkeit zu den gesellschaftlichen Arbeits- und Lebensbedingungen gesehen, deren Einfluß von einem ausschließlich individuell orientierten Gesundheitsförderungskonzept weitgehend vernachlässigt wird.

Demgegenüber wird vorgeschlagen, die sozialen Netzwerke, innerhalb derer die Menschen leben, als Rahmen für die Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen zu nehmen; dem Gesundheitsverhalten wird so seine soziale Dimension wieder hinzugefügt — ganz im Einklang mit der WGO-Definition von Gesundheit, die neben physischem und psychischem auch soziales Wohlbefinden umfaßt.

Beide genannten WGO-EURO-Dokumente formulieren eine gesundheitserzieherische Problemstellung, zu deren differenzierter Bearbeitung eine Reihe von Arbeitsschritten durchgeführt werden muß. Das Konzept «Lebensweisen» bedarf soziologischer, sozialpsychologischer und sozialepidemiologischer Klärungen, um es für konkrete Gesundheitsförderungsprogramme fruchtbar zu machen. Aus diesem Grunde wurde eine intensive Konzeptualisierungsphase durchgeführt, deren Arbeitsergebnisse im Rahmen verschiedener Experten-Tagungen des Regionalbüros diskutiert wurden. Die Ergebnisse dieser Tagungen haben die weitere Differenzierung des Lebensweisen-Konzepts nachhaltig beeinflußt.

Angesichts der Entscheidung, sich während des 33. Regionalkomitees 1983 in Madrid in der technischen Diskussion mit dem Lebensweisen-Konzept und seiner Bedeutung für die Gesundheitsförderung zu beschäftigen, hat sich die Bundesrepublik Deutschland bereit erklärt, einen internationalen Erfahrungsaustausch über die Auswirkungen von Lebensbedingungen und Lebensweisen auf die Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro für Europa der WGO finanziell und organisatorisch zu unterstützen. Auf dieser Tagung sollte einmal der konzeptionelle Entwicklungsstand des Lebensweisen-Ansatzes dokumentiert und diskutiert werden; zum anderen sollte geprüft werden, in welchem Umfang dieses Konzept gesundheitserzieherisch und gesundheitspolitisch praktikabel sein könnte.

Entsprechend dieser allgemeinen Zielsetzung wurden für die Tagung Experten aus den Bereichen (Sozial-) Wissenschaft, Gesundheitserziehung und Gesundheitspoli-

tik eingeladen, um eine facettenreiche Einschätzung und Diskussion der Arbeitspapiere zu ermöglichen.

2. Gegenstand und Ziele der Tagung

Auf der Suche nach den Ursachen für die mangelnde Effektivität und Effizienz bisheriger Gesundheitserziehungskonzepte wird die Orientierung an individuell festmachbaren Indikatoren medizinischen «Fehlverhaltens» als besonders wesentlich angesehen. Ein sozialmedizinischer Ausdruck für diese Orientierung ist das Risikofaktoren-Modell. Gesundheits- und Krankheitsverhalten werden nach diesem Modell als ein Komplex biochemisch und physiologisch nachweisbarer Faktorenkonstellationen im Individuum angesehen, der je nach Standard und Richtung durch entsprechende, kausal nachweisbare Aktivitäten bzw. Eingriffe in den alltäglichen Lebensablauf verändert werden könne. Ernährung, Genußmittelkonsum, mangelnde körperliche Bewegung wurden unter anderem als Bereiche individuellen Verhaltens identifiziert, die im Rahmen von Präventions- und Interventionsstudien gezielt beeinflußt werden sollten. Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme solcher Studien hat freilich unlängst zu Tage gefördert, daß ihre strategische und methodische Konzeption unzureichend und ineffektiv ist; ihre Realitätsgerechtigkeit muß angesichts der ausgebliebenen positiven Effekte bezweifelt werden. Es ist daher nicht verwunderlich, wenn eine stärkere sozialwissenschaftliche Orientierung im gesundheitserzieherischen, -politischen und epidemiologischen Denken und Handeln Platz greift.

Der Ausgangspunkt für eine Veränderung des Ansatzes ist die Auffassung, daß menschliches Verhalten ein Komplex von (Verhaltens-) Strukturen und Sequenzen ist, die sich unter spezifischen wirtschaftlichen, ökologischen, sozialen und kulturellen Bedingungen und Zusammenhängen entwickeln und manifestieren. Gesundheitsverhalten ist so gesehen Teil dieser Strukturen; es wird von ihnen geformt, wie es andererseits auf sie zurückwirkt. Ursache und Wirkungen dieser Verhaltensweisen lassen sich nicht eindeutig kausal erklären.

Bei Interventionen in das Netz dieser Beziehungen ist die Vielschichtigkeit bestimmter Verhaltensweisen und des Alltagslebens, in dem sie hervorgebracht werden, zu berücksichtigen; darüber hinaus ist in Rechnung zu stellen, daß die Auswirkungen einzelner Interventionsmaßnahmen nicht in vollem Umfang kontrolliert werden können.

Menschliches Verhalten wird in diesem Zusammenhang als der jeweils aktuelle Ausschnitt eines lebenslangen Sozialisationsprozesses betrachtet; es gewinnt seinen Sinn und seine Funktion vor allem auch auf dem Hintergrund der individuellen Lebensgeschichte. Weil menschliches Verhalten als fortdauernder Prozeß betrachtet wird, können Veränderungen dieses Prozesses unter Berücksichtigung seiner sozialen und individuellen Entwicklungsbedingungen sowie unter Einbezug der gesellschaftlichen Lebensbedingungen und Lebensweisen angestrebt werden. Gesundheitsriskantes Verhalten wird demnach nicht allein als Ergebnis einer individuellen Entscheidung angesehen, sondern vor allem auch hinsichtlich seiner sozialen, kulturellen und ökonomischen Abhängigkeit *und* Funktionalität zu analysieren sein, bevor erfolgversprechende Präventions- und Interventionsstrategien erprobt werden. In diesem Sinne muß das klassisch-epidemiologische Konzept um seine soziale Dimension erweitert werden, d.h. für Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung muß ein sozialepidemiologisches Konzept entwickelt werden, das neben individuellen auch gesellschaftliche Indikatoren aufgreift.

Als Zielsetzungen für die Tagung wurden vorgegeben :

- a) Übersicht über soziologische und psychologische Konzepte und Forschungsergebnisse im Hinblick auf Persönlichkeitsentwicklung und Lebensweisen ;
- b) Übersicht über sozialwissenschaftliche Konzepte und Forschungsergebnisse im Hinblick auf Lebensbedingungen und Lebensweisen ;
- c) Übersicht über sozialepidemiologische Konzepte und Forschungsergebnisse im Hinblick auf Präventions- und Interventionsstudien bezüglich gesundheitsrisikanten Verhaltens ;
- d) Einschätzung der gesundheitspolitischen Relevanz des Lebensweisen-Konzepts hinsichtlich Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung ;
- e) Entwicklung von Empfehlungen für nationale und internationale politische Entscheidungsträger hinsichtlich zukünftiger Aktivitäten und Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung und Gesundheitsforschung.

Zu den ersten vier Zielgrößen wurden Grundlagen-Papiere erstellt, die einen Überblick über die Problemlage präsentieren sollten. Die Teilnehmer der Tagung wurden gebeten, zu diesen Papieren aus ihrer jeweiligen nationalen Sichtweise Stellung zu nehmen. Die daran sich anknüpfende Diskussion sollte in einem weiteren Schritt überleiten zu der Aufgabenstellung, aus (sozial-) wissenschaftlicher, gesundheitserzieherischer und gesundheitspolitischer Sicht mögliche Wege der Integration des Lebensweisen-Konzepts in konkrete Programme auszuleuchten und zu empfehlen.

3. Eröffnung der Tagung und Begrüßung der Teilnehmer

Dr. Kickbusch (WGO-EURO, Regionalbeauftragte für Gesundheitserziehung) wies in der Begrüßung der Teilnehmer darauf hin, daß das WGO-Regionalbüro für Europa mit der Durchführung dieser Tagung die Erwartung verbinde, einen großen Schritt weiter zu kommen bei der Konkretisierung des Lebensweisen-Konzepts. Seine wichtige Stellung und Funktion für die Realisierung der Regional-Strategie «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000» ergebe sich auch aus der Tatsache, daß Europa die einzige Region der WGO ist, in der Gesundheitsprobleme industrialisierter Staaten bearbeitet würden.

Die Hinwendung zu einem sozialen Konzept Gesundheit müsse deshalb auch als Reflex auf die spezifischen sozialen, politischen und kulturellen Lebensbedingungen dieser Staaten verstanden werden. Allerdings sei hierbei die Vielfalt der sozialen und politischen Systeme innerhalb der europäischen Region in Rechnung zu stellen ; die Frage der Übertragbarkeit des Lebensweisen-Konzepts auf alle Mitgliedsstaaten von WGO-EURO müsse für jeden Einzelfall sorgfältig geprüft werden.

Herr Voigtländer (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit) unterstrich die Bedeutung des Lebensweisen-Konzepts im Zusammenhang mit der zunehmenden sozialen Verantwortung für die Gesundheit jedes einzelnen Bürgers. Gesundheit müsse nicht nur als privates, sondern auch als öffentliches Gut betrachtet werden, dessen Erhaltung bzw. Förderung zu den wesentlichen Gemeinschaftsaufgaben einer Gesellschaft gehören.

Der Vorsitzende der Tagung, Prof. Levin (Yale University) betonte in seinen einleitenden Ausführungen, daß das Lebensweisen-Konzept dann einen inspirierenden Beitrag zur öffentlichen Gesundheitsförderung leisten könne, wenn es gelingt, es auf drei Ebenen zu präzisieren :

- a) *Gesundheitspolitik*: Die Implikationen des Konzepts für das öffentliche Gesundheitswesen müssen für drei Bereiche geklärt werden: programmatische und legislative Entwicklungen sowie für die Gesundheitsförderung;
- b) *Präventions- und Interventionsmaßnahmen*: Der innovative Charakter und die strategischen Folgerungen für Gesundheitsförderung und -erziehung müssen praxisnah dargestellt und vermittelt werden;
- c) *Forschung*: Defizite im Bereich der Grundlagen- und angewandten Forschung sowie Möglichkeiten zu ihrem Abbau müssen im einzelnen aufgelistet werden.

4. Zum wissenschaftlichen Hintergrund des Lebensweisen-Konzepts

Im Rahmen der Gesundheitsforschung ist der Begriff «Lebensweise» im Zusammenhang mit der Kritik am Risikofaktoren-Modell erneut in die wissenschaftliche Diskussion eingeführt worden. Hatten es Sozialmedizin und Epidemiologie um die Jahrhundertwende noch relativ einfach, angesichts der damaligen Infektionskrankheiten bestimmte pathogene Faktoren als deren Auslöser zu identifizieren, so hat sich durch die grundlegende Veränderung des Krankheitsbildes in den hochindustrialisierten Staaten — Zunahme von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, verschiedene Krebserkrankungen etc. — die Aussagefähigkeit und -kraft der klassischen Medizin verringert. Die sog. «Zivilisationskrankheiten» entziehen sich — wie der Begriff bereits andeutet — einer ausschließlich individuell orientierten Analyse und Therapie, wie sie von der Medizin favorisiert werden. Es handelt sich nicht allein um Krankheiten an der Zivilisation, sondern offensichtlich auch um Krankheiten an der Zivilisation, die ihre je individuelle Ausprägung erfahren. Mit dem Begriff «psychosoziale Faktoren», der z.B. für die Erklärung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen herangezogen wird, ist ein Bündel an Einflußgrößen auf die Gesundheit der Menschen umschrieben, das wesentlich im sozialen, politischen und kulturellen Lebensbereich angesiedelt ist. Diese Faktoren beeinflussen das alltägliche Verhalten der Menschen am Arbeitsplatz, in der Ausbildung, Familie und Freizeit, ohne daß im Einzelfall ihre zum Teil gesundheitsgefährdenden Wirkungen individuell etwa beseitigt werden könnten. Gesundheitsrisiken sind nicht nur dem individuellen Entscheidungsverhalten zuzuschreiben, sondern gerade in den Industriegesellschaften in großem Maße sozial, politisch und kulturell verursacht.

Im Risikofaktoren-Modell wird gesundheitsgefährdendes Verhalten nur auf der Ebene individueller Verhaltensmuster betrachtet, von denen angenommen wird, daß sie spezifische Erkrankungen zur Folge haben können. Es wird unterstellt, daß es dem Menschen offenstehe, sich frei und ungezwungen für oder gegen seine Gesundheit zu entscheiden; in reduzierter Form wird zumindest davon ausgegangen, daß das Individuum Gefährdungen seiner Gesundheit persönlich durch entsprechende Entscheidungen z.B. in Bereichen wie Ernährung, Genußmittelkonsum, Bewegungsverhalten reduzieren könne. Die darauf ausgerichteten Präventions- und Interventionsprogramme haben freilich mit ihrer partiellen Folgelosigkeit aufgezeigt, daß die soziale Dimension von Gesundheit, d.h. vor allem die Lebensbedingungen und Lebensweisen von Menschen bzw. Bevölkerungsgruppen einen erheblichen Einfluß auf die Genese und Therapie von «Zivilisationskrankheiten» haben. Die Wiederentdeckung eines zeitweilig verborgenen Gesundheitssystems — nämlich die sozialen Netzwerke wie Familie, Nachbarschaftsbeziehungen, Freundschaftsgruppen, Freizeitgruppen etc., in denen Menschen als soziale Wesen ihr Leben ver-

bringen —, die durch die Mißerfolge dieser Studien beschleunigt wurde, hat schließlich den Blick freigemacht auf die sozialwissenschaftlichen und sozialepidemiologischen Zusammenhänge bei der Entstehung, dem Verlauf und der Behandlung gesundheitsriskanten Verhaltens. Begriffe wie «Lebensweise», «Lebensbedingungen», «Lebensqualität» werden seitdem verstärkt in der Diskussion über Gesundheitsförderung und -erziehung verwendet.

Konzeptionell betrachtet wird freilich die Einführung des Begriffs «Lebensweise» in Gesundheitsförderungs- und -erziehungsprogramme erschwert:

- Im anglo-amerikanischen Sprachraum ist der Begriff «Lifestyle» seit 1970 zunehmend in die wissenschaftliche Literatur über Gesundheitsprobleme aufgenommen worden. Ohne seine soziologische Geschichte zu berücksichtigen, wird dort im allgemeinen unter «Lifestyle» eine spezielle Verhaltensweise, wie z.B. Rauchen, Alkohol trinken etc. verstanden. Orientiert an der kommerziellen Verwertung von Gesundheitsproblemen in Form von Fitness-Programmen, «Lifestyle-Programmen», Entwöhnungstherapien u.a.m., hat der inflationäre Gebrauch des Wortes «Lifestyle» für Gesundheitserzieher durchaus einen bitteren Beigeschmack. Die modische Variante eines genuin sozialwissenschaftlichen Konzepts scheint für sie nicht ohne weiteres in Gesundheitsförderungsprogramme zu passen. Ohne soziologische und sozialpsychologische Fundierung wird der Begriff dennoch in der einschlägigen Fachliteratur verwendet. Die dort anzutreffende Unklarheit und Mehrdeutigkeit erschwert die Konzeptionalisierung des Begriffs erheblich.
- Im deutschen Sprachraum hat der Begriff «Lebensweise» eine soziologische Tradition, die bis zu Max Weber zurückreicht (andere Autoren verfolgen ihn zumindest in seinen Konnotationen bis Karl Marx zurück). Allerdings ist er insbesondere in der jüngeren Vergangenheit relativ selten verwendet worden. Die Übersetzung des englischen Wortes «Lifestyle» in «Lebensstil» findet sich im deutschen Sprachraum hauptsächlich im Bereich der Jugendforschung als Kennzeichnung für spezifische «subkulturelle Stile» einzelner Jugendgruppen.
- Im französischen Sprachraum erzeugt der Begriff «style de vie», würde man so «Lifestyle» übersetzen, starke Assoziationen zu bestimmten Werbeaussagen. Stilvolles Leben im Sinne modischer und status-bezogener Accessoires wäre dann seine Bedeutung. Die Übersetzung «mode de vie» scheint angemessener, auch wenn damit nicht in vollem Umfang das erfaßt wird, was mit «Lebensweise» gemeint ist. — Ähnlich gelagerte Probleme gibt es für andere europäischen Sprachen, so daß die zu erarbeitende Konzeption jeweils national begrifflich präzisiert werden muß.

Diese begrifflichen Fragen haben allerdings, nach übereinstimmender Auffassung der Tagungsteilnehmer, keine Bedeutung für die Einschätzung der gesundheitsriskanten Problemlagen und ihrer Verknüpfung mit den sozio-strukturellen Lebensbedingungen in den einzelnen Ländern der europäischen Region.

5. Vorschlag für eine Lebensweisen-Konzeption des Regionalbüros für Europa der WGO

In der Regional-Strategie «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000» wird in dem Abschnitt über Lebensweisen programmatisch darauf hingewiesen, daß es sich bei dieser Konzeption um einen Ansatz handele, der sowohl individuelle als gemeindeorientierte Elemente enthalten solle. Mit Lebensweisen sollen folglich Vorgänge erfaßt werden, die zwischen individuellem Verhalten und seinen sozialen, politi-

schen und kulturellen Bedingungen als intervenierende Variable angesiedelt sind; «Lebensweisen» als mediatisierendes sozialwissenschaftliches Konzept, das die Kluft zwischen dem Individuum und den allgemeinen gesellschaftlichen Institutionen und Wertsystemen zu füllen vermag. In diesem Sinne sind Lebensweisen sowohl im Hinblick auf ihre individuellen als auch ihre kollektiven Ausprägungen zu bestimmen. Darüber hinaus ist mit dem Lebensweisen-Konzept angestrebt, Gesundheitsverhalten als einen Ausschnitt aus dem gesamten Repertoire an Verhaltensmustern zu begreifen; es steht in wechselseitigen Abhängigkeiten zu anderen Werten, Normen und Verhaltensformen und kann nur zu analytischen Zwecken von ihnen isoliert werden.

Lebensweisen in industrialisierten Gesellschaften sind entscheidend durch die Aufspaltung des Alltags in Arbeits- und Freizeitbereich bestimmt; sie werden aber auch von sozial-ökologischen Kernzonen alltäglichen Handelns (Arbeitsplatz, Wohnung, Wohnquartier, öffentliches Verkehrssystem etc.) sowie eher an der Peripherie liegenden Gebieten sozialer Interaktion (Freizeitparks, kulturelle Institutionen usw.) wesentlich vorstrukturiert; Zugang zu diesen Gebieten und deren Verfügbarkeit wirken auf die Gestaltung im Freizeitbereich ein, und damit auf die Möglichkeit, belastende Anforderungen innerhalb der Kernzonen produktiv zu kompensieren.

Die Lebensweise einer *sozialen Gruppe* kennzeichnet die Gesamtheit von Bedeutungsmustern und Ausdrucksformen, die von ihr im Verlauf der kollektiven Anstrengungen herausgebildet werden, um die Anforderungen und Widersprüche der allen Mitgliedern gemeinsamen sozialen Strukturen und Situationen zu *bewältigen*. In der Lebensweise vereinigen sich anforderungsspezifische — d.h. auf die (sozialen, politischen, ökonomischen und kulturellen) Umweltbedingungen bezogene — Bewältigungsleistungen mit zustandsspezifischen, auf das subjektive Befinden ausgerichteten Verarbeitungsleistungen. In der Lebensweise kommt zum Ausdruck, unter welchen Lebensbedingungen eine soziale Gruppe zu welchen (Re-) Aktionsformen gelangt, d.h. die Lebensweise gibt Aufschluß darüber, welche handlungsleitenden Orientierungen eine Gruppe in der kontinuierlichen Auseinandersetzung mit ihren Lebensbedingungen zu entwickeln vermag. Diese Orientierungen in Form von gemeinsam geteilten sozialen Werten, Normen, Sprachformen, Interaktionsritualen usw. stellen ein Reservoir für Individuen bzw. Untergruppen dar, aus dem sie persönliche und soziale Identität schöpfen; es ermöglicht ihnen, ihrer spezifischen Lebenssituation Sinn und Bedeutung zu verleihen.

Die Lebensweise eines *Individuums* kennzeichnet die Gesamtheit normativer Orientierungen und Handlungsstrukturen, die im Verlauf seiner Biographie in der kontinuierlichen Auseinandersetzung zwischen Subjekt und gesellschaftlicher bzw. natürlicher Umwelt entwickelt wird. In der Lebensweise kommen subjektive Motivationen sowie Handlungspotentiale zum Ausdruck, die individuell, je nach sozialer Situation genutzt werden. Die soziostrukturellen Lebensbedingungen und ihre subjektiven Bewältigungs- und Deutungsmuster werden in Form von sozialen Handlungsorientierungen aufgelöst. In der individuellen Lebensweise sind persönlichkeitspezifische Variationen, Anreicherungen bzw. Auslassungen der kollektiven Lebensweise enthalten; gleichwohl bleibt das Individuum seiner jeweiligen sozialen Bezugsgruppe verbunden, d.h. eine Veränderung seiner Lebensweise ist an den kollektiv entwickelten Rahmen gebunden — es sei denn, mit der Veränderung geht auch ein Wechsel der sozialen Bezugsgruppe einher, bzw. die Gruppe selbst strebt eine solche Veränderung an.

Mit diesem Lebensweisen-Konzept wird ein enger Bezug zwischen Lebensbedingungen, Lebenstätigkeiten und spezifischen, sozial geformten Bewältigungsstrategien

hergestellt. Charakteristisch ist das Verknüpfen von individuellen und kollektiven Lebensweisen unter Bezugnahme auf die jeweiligen soziostrukturellen Lebensbedingungen. Individuelles Verhalten wird verstehbar als wesentlich sozial geformtes — was unter anderem den Schluß nahelegt, daß seine Veränderung immer auch in Bezug zu sozialen Veränderungen zu setzen ist. Damit ist für den Bereich Gesundheitsförderung und -erziehung angezeigt, daß *integrative Strategien* von Prävention und Intervention entwickelt werden müssen, deren Hauptmerkmal darin besteht, daß sie zwischen den verschiedenen sozialen Sektoren vermitteln, aber auch in ihnen wirksam werden.

6. Gesundheits- und sozialpolitische Einschätzung des Lebensweisen-Konzepts

Der vom Regionalbüro für Europa vertretene Ansatz, Gesundheit als soziales Konzept zu betrachten, als Utopie, mit der alltäglich umgegangen wird, ist von den Teilnehmern grundsätzlich begrüßt worden. Das Regionalprogramm «Gesundheitserziehung und Lebensweisen» wurde in seinem konzeptionellen und strategischen Ansatz in vollem Umfang unterstützt. Die hier vorgelegte gesundheitspolitische Programmatik weist auf die Schwachstellen einer individuell orientierten Gesundheitsförderungspolitik präzise hin und präsentiert ein überzeugendes Konzept zu seiner Überwindung.

Mit dem Begriff «Lebensweise» als zentraler Kategorie für gesundheitsfördernde Maßnahmen ist ein Konzept vorgestellt worden, das die positiven Elemente von Gesundheitsverhalten in ihren komplexen Zusammenhängen anzugeben vermag. Die Entwicklung von Lebensweisen, die der Gesundheit förderlich sind, stellt eine zukunftsorientierte, positive Grundeinstellung für die Gesundheitserziehung zur Verfügung. Nicht die Reparatur beschädigten Lebens, sondern die *Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensweisen und -bedingungen als zentrale Aufgabe der Gesundheitserziehung* muß gerade angesichts der strukturellen Krise, in der sich die Industriegesellschaften befinden, vorrangige Bedeutung erlangen. Eine solche Strategie vermag einen konstruktiven Beitrag zur Überwindung von gesundheitsgefährdenden Umwelt- und Lebensbedingungen leisten.

Gleichwohl sind die mit dem Konzept verbundenen Erwartungen an den ökonomischen, politischen und sozialen Realitäten in den verschiedenen Ländern der europäischen Region zu messen. Während in den sehr weit industrialisierten Staaten die Strukturprobleme zu einer erheblichen Einschränkung auch des finanziellen Spielraums für Veränderungen des Gesundheitsversorgungssystems führen, gilt für weniger industrialisierte Länder, daß die ökonomische Rezession ihre materiellen und finanziellen Möglichkeiten zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems wesentlich reduziert. Darüber hinaus muß bedenklich stimmen, daß die «überentwickelten» Industriestaaten aus ökonomischen Gründen immer häufiger potentiell gesundheitsgefährdende Produkte (Genußmittel, Medikamente etc.) — und parallel dazu mit ihnen verknüpfte Lebensweisen — in weniger entwickelte Länder exportieren. Dies trifft nicht nur innerhalb der europäischen Region zu, sondern im verstärkten Umfang auch in den Beziehungen zu Ländern der Dritten Welt. Gegenüber den kurzfristigen ökonomischen Strategien nimmt das auf kontinuierliche, langfristige Entwicklungsprozesse ausgerichtete Lebensweisen-Konzept eine Position ein, die in den alltäglichen politischen Diskussionen und Auseinandersetzungen nur unter schwierigen Bedingungen zum Tragen kommen kann.

Ein weiterer Grund für mögliche Schwierigkeiten, das Konzept gesundheitspolitisch zu realisieren, ist darin zu sehen, daß Gesundheitsförderung eigentlich nur selten als *Hauptstrategie* von Gesundheitspolitik betrachtet wird. Die weitgehende Ausrichtung des Gesundheitssystems an der medizinischen Profession hat eine Krankheitsorientierung der Gesundheitspolitik zur Folge, die sich insbesondere bei der Finanzierung technischer ärztlicher Leistungen auswirkt. Damit wird aber bereits ein großer Teil der zur Verfügung stehenden Finanzmittel für Gesundheitspolitik abgezogen. *Gesundheitsförderung und Lebensweisen als politisches Programm müssen deshalb auch gegenüber der medizinischen Profession ein Konzept für eine Neugestaltung ihrer Rolle im Gesundheitsversorgungssystem entwickeln.*

Gesundheit als soziales, öffentliche Verantwortung integrierendes Konzept stellt ein politisches Programm dar, dessen Implikationen durchaus sorgfältig geprüft werden müssen. In seinem Ansatz, die Handlungs- und Wahlmöglichkeiten der Bevölkerung zu erweitern, einen nicht unwesentlichen Grad an Selbstbestimmung in Gesundheitsfragen an das Laiensystem zurückzugeben, gleichzeitig aber die öffentliche und staatliche Verantwortung für die Rahmenbedingungen gesundheitsfördernder Lebensweisen zu unterstreichen — in diesem Ansatz liegt ein strategisches Balance-Konzept vor, dessen politische Realisierung sich an den eingefahrenen Strukturen des Gesundheitssystems in den verschiedenen Ländern der europäischen Region reibt. Einmal könnte die Einführung des Lebensweisen-Konzepts durchaus mit einer Zunahme sozialer Kontrolle über die alltäglichen Lebenstätigkeiten der Bevölkerung bezahlt werden; dann nämlich, wenn Gesundheit — mehr oder weniger unter der Hand — zu einem totalitären Konzept umstilisiert wird, das seitens des Staates der Bevölkerung gegenüber vertreten wird. Andererseits könnte aber auch das Lebensweisen-Konzept dazu mißbraucht werden, die Individualisierung von sozialen Gesundheitsproblemen fortzuschreiben; dann nämlich, wenn Gesundheit vornehmlich als Aufgabe des Individuums betrachtet wird, seine Lebensweise gemäß wie immer begründeter Standards auszurichten. Beide Richtungen mißglückter Balancierung müssen in Betracht gezogen werden, wenn eine gesundheits- und sozialpolitische Umsetzung des Konzepts angestrebt werden. Gerade unter den schwierigen ökonomischen Bedingungen vieler Länder in der europäischen Region muß mit der Implementation des Lebensweisen-Konzepts sehr sorgfältig umgegangen werden. Seine nationale Differenzierung — bei der das europäische Regionalbüro der WGO wichtige Hilfestellungen leisten kann — ist angesichts der politischen, sozialen und kulturellen Vielfalt erforderlich.

7. Sozialepidemiologische Einschätzung des Lebensweisen-Konzepts

So wie das Lebensweisen-Konzept für die Gesundheitsförderung und -erziehung einen relativ neuen Ansatz darstellt, steckt auch die Sozialepidemiologie noch in den Anfängen ihrer theoretischen und methodischen Entwicklung. Obwohl sie bereits im vergangenen Jahrhundert wesentlich zur Beseitigung von Volkskrankheiten in den aufstrebenden Industriestaaten beigetragen hatte, wurde ihr Stellenwert im Gesundheitsversorgungssystem bei zunehmender Stabilisierung der hygienischen Verhältnisse in den Städten immer geringer eingeschätzt. Mit der gesundheitlichen Grundversorgung der Bevölkerung ging eine schrittweise Individualisierung des medizinischen Systems einher, die schließlich den sozialen Entstehungsbedingungen von Krankheiten, aber auch von Gesundheitsverhalten immer weniger Beachtung schenkte. Erst in jüngster Zeit — im Rahmen der Kritik an der kurativen Medizin —

ist in der klassischen Epidemiologie wieder der Versuch zu beobachten, die sozialen, ökologischen und ökonomischen Lebensbedingungen in ihre analytischen und strategischen Konzepte aufzunehmen. Angeregt von der Streßforschung — zum Teil auch als Kritik an ihr — sind sozialepidemiologische Studien verstärkt in den Mittelpunkt wissenschaftlicher Bemühungen getreten, der sich ausweitenden «Zivilisationskrankheiten» in den Industriegesellschaften Herr zu werden.

Der wissenschaftliche Ansatz der Sozialepidemiologie gründet sich auf einer Kritik der klassischen Epidemiologie *und* der herkömmlichen Sozialwissenschaften. Die allenthalben zu beobachtende Kluft zwischen medizinischen und sozialwissenschaftlichen Disziplinen wird unter anderem auch dadurch verursacht, daß von beiden Seiten häufig ein Monopolanspruch in Bezug auf die Analyse und Interpretation von Gesundheits- bzw. Krankheitsverhalten durchzusetzen versucht wird. Demgegenüber bemüht sich die Sozialepidemiologie, die Komplementarität unterschiedlicher Disziplinen herauszustellen und sie für die Bewältigung der Gesundheitsprobleme in den verschiedenen Gesellschaften zur Anwendung zubringen. Die Entwicklung der theoretischen Grundlagen und neuer Wege ihrer empirischen Überprüfung haben für die Sozialepidemiologie zum jetzigen Zeitpunkt vorrangige Bedeutung.

Im Plädoyer für eine ökologische Orientierung sozialepidemiologischer Konzepte trifft sich dieser Ansatz mit den Grundannahmen des Lebensweisen-Konzepts. Die vorliegenden Forschungsergebnisse lassen eine verstärkte Hinwendung zu den sozialen Dimensionen von Gesundheit als notwendig erscheinen. Zugleich haben sie aber auch deutlich gemacht, daß Gesundheitsförderung und -erziehung einer grundlegenden theoretischen und methodischen Konzeption bedürfen, um zu begründeten Präventions- bzw. Interventionsstrategien gelangen zu können. Einer der Gründe für die mangelnde Effektivität bisheriger Strategien wird darin gesehen, daß sie ohne ausreichende konzeptionelle Durchdringung vorschnell in der Realität erprobt wurden. Die Mißerfolge, die dadurch erzeugt wurden, sind der Gesundheitsförderung per se angelastet worden, ohne daß klar gemacht werden konnte, wie sehr es sich hierbei um Probleme einer unzureichenden wissenschaftlichen Differenzierung und Begründung für die gewählten Strategien handelt.

In Ergänzung zu dem vorgestellten Lebensweisen-Konzept könnte der sozialepidemiologische Beitrag darin liegen, die Verknüpfung klassisch medizinischer und sozialwissenschaftlicher Ansätze und Forschungsstrategien weiterzuentwickeln. Eine genauere Bestimmung des sozialwissenschaftlichen Beitrags zur Gesundheitsförderung und -erziehung müßte dem vorausgehen. Schließlich führt ein so gestaltetes Arbeitskonzept zu einer theoretisch und methodisch begründeten Auswahl an Präventions- und Interventionsstrategien.

8. Sozialpsychologische Einschätzung des Lebensweisen-Konzepts

Die Zunahme psychosomatischer Befindlichkeitsstörungen hat in der Sozialpsychologie schon recht früh zu theoretischen Überlegungen darüber geführt, welche Faktoren und Ereignisse im Laufe des individuellen Sozialisationsprozesses mit diesen Störungen in Verbindung gebracht werden können. Die verschiedenen analytischen und therapeutischen Modelle (von der Psychoanalyse zu speziellen Ausprägungen der Psychotherapie), die bis heute dazu entwickelt worden sind, greifen allerdings noch relativ selten die sozialen Lebensbedingungen der Menschen im Rahmen ihrer Ansätze auf.

In der Auseinandersetzung mit der medizinischen bzw. klassisch-psychiatrischen Behandlung psychosomatischer Störungen hat sich eine sozialpsychologisch orientierte Psychoanalyse entwickelt, die der Frage nachgeht, welches Verhältnis das Individuum zu seinem Körper entwickelt und wie diese Entwicklung unter den gegebenen gesellschaftlichen Lebensbedingungen vonstatten geht bzw. von ihnen beeinflusst wird. Eine sozialhistorische Analyse industrieller Gesellschaften weist nach, daß mit einem zunehmenden Grad an Industrialisierung und Rationalisierung von Arbeits- und Lebensprozessen gleichzeitig eine stärkere Trennung zwischen Individuum und Körper einhergeht. Diese Trennung wird von der kurativen Medizin untermauert, die im Patienten wesentlich einen Körper bzw. ein Körperteil sieht, der unter Einsatz ausgeklügelter Technologien wieder instandgesetzt wird.

Auf der Ebene sozialen Handelns zeigt sich die Trennung von Subjekt und Körper in der Einführung der Krankenrolle. (Interessanterweise gibt es zur Rolle des Patienten bzw. Kranken kein Pendant in Form der Rolle des Gesunden.) Allerdings wird in dieser Rolle gerade bei psychosomatischen Störungen relativ häufig der Körper für soziale, psychologische Zwecke instrumentalisiert. Mit der Krankheit und der Übernahme der Krankenrolle sind Kompensationsbedürfnisse gegenüber Verletzungen, die im alltäglichen Leben erzeugt werden, verknüpft. Die Lebensweisen und Lebensbedingungen drücken der subjektiven Befindlichkeit ihren Stempel auf. Sozialpsychologisch wesentlich ist die Frage, welche Bewältigungsstrategien Individuen entwickeln, um den gesellschaftlichen Anforderungen und Widersprüchen gegenüber, ihre Persönlichkeit (Identität) erhalten zu können.

Im Rahmen der Gesundheitserziehung wird seit einiger Zeit die Frage gestellt, in welchem Ausmaß gesundheitsriskante Verhaltensweisen (wie z.B. Rauchen, Alkohol-Konsum, unausgewogene Ernährung etc.) nicht als Reflex auf soziale, ökonomische, ökologische und politische Lebensbedingungen zu interpretieren sind, für den es zumindest subjektiv keine greifbare Alternative gibt. Die Kompensation konflikthafter sozialer Situationen und Strukturen durch Risikoverhalten stellt für Industriegesellschaften ein epidemisch verbreitetes Phänomen dar. Offensichtlich liegt in solchem Verhalten ein Sinn und eine Funktionalität verborgen, die erst bei einer detaillierten Analyse der Lebensbedingungen und Lebensweisen der Bevölkerung erkennbar werden kann. Eine sozialpsychologische Feinanalyse der Genese und Dynamik gesundheitsriskanten Verhaltens muß allerdings in Rechnung stellen, daß unter den gegenwärtigen Lebensbedingungen die Frage nach einem veränderten Körperverhältnis im wesentlichen keine psychologische ist. Gesundheit als soziales Phänomen impliziert den politischen Kontext ihrer Definition. Was Gesundheit ist — und vor allem, wem sie dienen soll — muß im politischen Raum diskutiert werden. Für das Individuum stellt sich hier die Frage, ob Gesundheit einen Gebrauchswert an sich darstellt oder ob sie wesentlich funktionalisiert wird, d.h. Warencharakter annimmt. In der Frage nach einem veränderten Körperverhältnis muß aus sozialpsychologischer Sicht das Problem der sozialen Kontrolle mitdiskutiert werden.

9. Zur Differenzierung und Weiterentwicklung des Lebensweisen-Konzepts im Rahmen der Gesundheitsförderung

In welchem Maß das Lebensweisen-Konzept als Grundlage für Gesundheitsförderungsprogramme auf nationaler und internationaler Ebene dienen kann, welche Ergänzungen und Differenzierungen in der zukünftigen Arbeit berücksichtigt werden sollten und welche Prioritäten dem europäischen Regionalbüro der WGO bei der

Vorbereitung für die inhaltliche Diskussion auf dem 33. Regional-Komitee 1983 in Madrid empfohlen werden können, waren Gegenstände der Diskussionen in den Arbeitsgruppen sowie in der abschließenden Plenarsitzung. Die folgende, ergebnisorientierte Darstellung faßt diesen Arbeitsprozeß zusammen.

9.1 Gesundheitsförderung und Lebensweisen — mediatisierende Konzepte

Um die Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensweisen unterstützen zu können, erscheint es zweckmäßig, jene Elemente in der Lebenswelt zu identifizieren, die den Rahmen für die Herausbildung von entsprechenden Verhaltensstrategien setzen: sozio-ökonomische Lebensbedingungen (welche Finanzmittel benötigt ein Mensch, um gesund leben zu können, und steht dieses Geld persönlich zur Verfügung?), Zeit (erfordern gesunde Lebensweisen einen zusätzlichen Zeitaufwand und wie ließe sich dieser Aufwand in das gegebene Zeitbudget der verschiedenen sozialen Gruppen integrieren?), soziale Werte und ihre Legitimation (welcher Wert wird einer gesunden Lebensführung in den verschiedenen sozialen Gruppen beigemessen und wie werden diese Werte legitimierbar?), informelles System sozialer Unterstützung (über welche sozialen Netzwerke mit welchen Strukturen und Funktionen verfügen die Menschen je nach sozialer Lage, und für welche Zwecke machen sie von ihnen Gebrauch?), Ressourcen (welche vorhandenen personellen und materiellen Ressourcen innerhalb des Laiensystems tragen zur Entwicklung gesunder Lebensweisen bei, z.B. welche Bedeutung und Funktionen übernehmen Frauen im Bereich der Gesundheitsvorsorge in unterschiedlichen sozialen Gruppen?).

Eine nach sozialen Schichten differenzierte Analyse von Lebensbedingungen und Lebensweisen kann stets dazu beitragen, daß das Lebensweisen-Konzept seine noch zu beobachtende Mittelschicht-Orientierung verliert. Seine Anwendbarkeit ist immer abhängig von einer realistischen Analyse der sozialen Lebensbedingungen.

Die Implementation des Konzepts hängt wesentlich davon ab, ob es gelingt, glaubwürdige Strategien zur Gesundheitsförderung zu entwickeln, die die integrierende und mediatisierende Qualität des Lebensweisen-Ansatzes im Hinblick auf die Gesundheits- und Sozialpolitik unterstreichen. Während das Lebensweisen-Konzept zwischen individuellem bzw. kollektivem Verhalten und dessen sozio-strukturellem Kontext vermittelt, spiegelt die Gesundheitsförderung die Notwendigkeit für eine neue, öffentliche Gesundheitspolitik wider, die zwischen konkreten Gesundheitserziehungsmaßnahmen und generellen staatlichen Aktivitäten angesiedelt ist; ohne Zweifel sind beispielsweise im Bereich gesetzgeberischer Maßnahmen Aktivitäten erforderlich, die eine Verbesserung der Lebensqualität in den Industriegesellschaften herbeiführen (z.B. für die Sektoren Umwelt, Arbeit, Sozial- und Krankenversicherung, Familienrecht etc.).

Das Hauptziel von Gesundheitsförderungsprogrammen wird darin gesehen, die Quantität und Qualität von Optionen für die Entwicklung gesundheitsunterstützender Lebensweisen zu erhöhen. Aufgrund unterschiedlicher sozialer, ökonomischer, ökologischer und kultureller Lebensbedingungen ist davon auszugehen, daß es *eine* gesunde Lebensweise, die für alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen gültig und erreichbar ist, nicht gibt. Die Komplexität industrieller Gesellschaften legt deshalb ein *pluralistisches Konzept der Gesundheitsförderung* nahe, das flexibel genug ist, um die Vielfalt von Lebensformen innerhalb der Länder und ihren Regionen abzubilden.

9.2 Die Umverteilung von Ressourcen im Gesundheitssystem

Es ist nicht davon auszugehen, daß die finanziellen und materiellen Aufwendungen für das Gesundheitswesen in den Staaten der europäischen Region wesentlich angehoben werden können. Es zeigt sich vielmehr, daß anläßlich ökonomischer Krisen die Ausgaben für Gesundheitsförderung und -erziehung relativ rasch zur Disposition stehen. Die vorschnelle Streichung von Mitteln verstellt freilich oft den Blick für strukturelle Veränderungen des Gesundheitssystems, z.B. Möglichkeiten für eine Umverteilung der Ressourcen. Allerdings muß dabei deutlich gesehen werden, daß das Gesundheitswesen nicht in einem politischen Vakuum angesiedelt ist, sondern von den unterschiedlichsten politischen Interessen und Gruppen nachhaltig beeinflusst wird. Gesundheitsförderung und -erziehung sind auch genuin politische Aktivitäten, die hinsichtlich ihrer ökonomischen und sozial-kulturellen Auswirkungen beurteilt werden. Die vom Lebensweisen-Konzept ausgehende soziale Orientierung für Prävention und Intervention muß auf dem Hintergrund der noch immer weitverbreiteten Förderung der kurativen Medizin auch als Ansatz interpretiert werden, der die gegenwärtige Organisationsform des Gesundheitswesens zumindest partiell in Frage stellt; d.h. er wird dadurch zum Gegenstand konflikthafter politischer Auseinandersetzungen, wobei die mit dem Ansatz verbundene Frage einer Umverteilung von finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen gewiß eine bedeutende Rolle spielt.

Eine höhere Gewichtung und stärkere Integration des Laiensystems in das öffentliche Gesundheitswesen, die Neudefinition der Professionellen-Rolle in Präventions- und Interventionsprogrammen, ein Wechsel von klassisch-klinischorientierten zu sozialen und ökologischen Strategien der Gesundheitsförderung, sowie ein grundsätzliches Überdenken von Prävention und Intervention werden als Bereiche angesehen, in denen die vorhandenen Mittel und gesetzlichen Regelungen sorgfältig überprüft werden sollten; dies gilt auch für die jeweilige Organisation und Verwaltung der Bereiche, deren strukturelle Funktionalität bisweilen bezweifelt werden muß.

Gleichzeitig ist jedoch auch zu beobachten, daß an die Gesundheitsförderung überzogene und unrealistische Erwartungen gestellt werden, insbesondere im Hinblick auf die Bewältigung sozial-struktureller Probleme. Die sozial problematischen und gesundheitlich gefährdenden Auswirkungen von längerer Arbeitslosigkeit in vielen industrialisierten Ländern können durch entsprechende Gesundheitserziehungsprogramme kaum gemildert werden. Hier handelt es sich um ein Strukturproblem der Gesellschaft, das auch auf dieser Ebene gelöst werden muß; die Zunahme psychischer und somatischer Erkrankungen bei Arbeitslosen ist die Folge einer ökonomischen Krisensituation, die durch Maßnahmen des Gesundheitswesens allenfalls auf der Ebene der Symptombehandlung abgeschwächt werden kann. Die Grenzen von Gesundheitsförderung sind wesentlich durch die strukturellen Lebensbedingungen gegeben.

9.3 Maßnahmen auf nationaler Ebene

Die Lebensbedingungen und die Lebensqualität einer Gesellschaft werden in ihrer Struktur durch politische, legislative und ökonomische Entscheidungen auf nationaler Ebene festgelegt. Unabhängig davon, welchen Spielraum regionale bzw. lokale Institutionen bezüglich der Ausgestaltung des Gesundheitswesens haben, ist für die Länder der europäischen Region von einer staatlichen Gesamtverantwortung im Bereich Gesundheitspolitik auszugehen, die sich — von Land zu Land verschieden

— in Form von Rahmenvorgaben auch für die Gesundheitsförderung ausdrückt. Sie sind das Ergebnis eines inhaltlichen und politischen Zusammenspiels unterschiedlicher Organisationen, Interessengruppen und staatlicher Institutionen auf allen Arbeits- und Funktionsebenen des Gesundheitswesens.

Es ist deshalb erforderlich, komplementäre Strategien für die Gesundheitsförderung zu entwickeln, die die lokalen, regionalen und nationalen Programme miteinander verknüpfen und aufeinander abstimmen. Es muß auf nationaler Ebene sozusagen ein Netzwerk der Gesundheitsförderung entwickelt werden, das die Aktivitäten in den Bereichen zentral/dezentral, aktiv/passiv, professionelles System/Laiensystem, staatliche/lokale Verantwortlichkeiten ausbalanciert. Damit soll nicht ein durchgängig festgeschriebenes, jeden einzelnen Arbeitsschritt bzw. Programmpunkt fixierendes System der Gesundheitsförderung angestrebt werden, das letzten Endes einen totalitären Charakter annehmen müßte; vielmehr ist damit ein nationales «Frühwarnsystem» gemeint, das auf Defizite, bereits erprobte Ansätze, gemeinsame Aktivitäten, intersektorale Verknüpfungsmöglichkeiten, Innovationspotentiale u.a.m. aufmerksam macht. Es soll die Kommunikation und Kooperation zwischen den unterschiedlichen Organisationen und Arbeitsgruppen, die im Bereich Gesundheitsförderung tätig sind, fördern.

Als Beispiel für eine mögliche Organisationsform dieses Netzwerks ist das kanadische Programm für Gesundheitsförderung vorgestellt und diskutiert worden. Seine Strategie basiert auf zwei Grundsatzentscheidungen, die von den entsprechenden politischen Gremien getroffen worden sind:

- a) die Beteiligung der Betroffenen an der Entwicklung und Durchführung von Gesundheitsförderungsprogrammen sowie Selbsthilfe und gegenseitige soziale Unterstützung sind der inhaltliche und strategische Ausgangspunkt nationaler Maßnahmen;
- b) die sozial-strukturellen Bedingungen und Folgen der Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensweisen müssen zum Gegenstand einer breiten, öffentlichen Diskussion gemacht werden, um die Bereitschaft der Bevölkerung zur Mitarbeit an dieser Entwicklung zu erreichen.

Davon ausgehend nimmt das kanadische Institut für Gesundheitsförderung Kontakt zu den verschiedenen sozialen Gruppierungen auf, um gemeinsam mit ihnen herauszufinden, welche Interessen und Bedürfnisse sie bezüglich der Gesundheitsförderung haben, wo Schwerpunkte gesetzt werden sollen und welche Maßnahmen ergriffen werden können; nach einer entsprechenden Entscheidungsphase werden diesen Gruppen finanzielle und materielle Mittel zur Verfügung gestellt, um praxisorientiert und bevölkerungsnah Lösungsansätze zu entwickeln; daneben ist es bestrebt, ein Netzwerk für Kommunikation und Kooperation zwischen den einzelnen Gruppen zu organisieren; schließlich unternimmt es Anstrengungen, zusätzliche Ressourcen für Gesundheitsförderung den Gruppen gegenüber aufzuschließen und ihnen zur Verfügung zu stellen.

Die bisherigen Erfahrungen mit dieser Strategie werden positiv eingeschätzt; zwar habe es anfangs Probleme bei der Neuorganisation der Aufgaben und Funktionen des Instituts gegeben — die Reduzierung der Kontrollmöglichkeiten und -befugnisse und die Abgabe von Definitionsmacht an die Bevölkerung wurde nicht von allen Mitarbeitern gleichermaßen begrüßt —, doch hat sich mittlerweile die Erkenntnis durchgesetzt, daß die Initiierung und Koordinierung von Gesundheitsförderungsprogrammen auf den verschiedenen lokalen und regionalen Ebenen eine erfolgversprechende Tätigkeit einer zentralen Einrichtung sein kann.

9.4 Maßnahmen auf Gemeinde-Ebene

Lebensweisen werden dort entwickelt, wo Menschen wohnen, arbeiten, aufwachsen, erzogen werden und ihre Freizeit verbringen: in der Gemeinde. Lokale Institutionen, Organisationen und Gruppen sind die Träger und Vermittler praktischer Gesundheitsförderung. Ihre Aktivitäten stehen einmal in bezug zu nationalen Programmen; zum anderen sind sie auf die örtlichen Gegebenheiten und Erfordernisse ausgerichtet. Als staatliche Einrichtung verfügen sie über die formale, als nicht-staatliche Einrichtung über die soziale Legitimation, im Rahmen und in Ergänzung nationaler Gesundheitsförderungsprogramme Angebote zur Entwicklung gesundheitsunterstützender Lebensweisen bereitzustellen.

Gesundheitsläden, ambulante Dienste, psychosoziale Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Vereine, Berufsverbände, Schulen, Weiterbildungseinrichtungen, Betriebe, Kirchen usw. sind wichtige Adressaten von Gesundheitsförderungsprogrammen. Zugleich sind sie diejenigen Institutionen, die der Bevölkerung den Rahmen für die Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensweisen zur Verfügung stellen. Soziale und kulturelle Werte, Einstellungen und Verhaltensweisen, Bewältigungsstrategien und der Umgang mit dem eigenen Körper werden neben der Familie vor allem von und in den sozialen Institutionen und Räumen der Gemeinde entwickelt.

Das Potential für soziale Aktivitäten innerhalb der Bevölkerung, sei es auf der Ebene von Freundschafts- und Nachbarschaftsgruppen oder in Vereinen, sozialen Gruppen und anderen Netzwerken, stellt die Basis für die Gestaltung gesundheitsfördernder Lebensweisen dar. Die Einbeziehung aller Bevölkerungsgruppen in entsprechende Aktionen und Programme ist angesichts ihrer sozial-integrierenden Wirkung besonders herauszustellen. Dies gilt vor allem im Hinblick auf jugendliche und ältere Mitbürger, für die durch solche Maßnahmen die Gefahr der sozialen Isolierung bzw. Marginalisierung erheblich reduziert werden kann.

In den zu beobachtenden Initiativen und sozialen Bewegungen auf lokaler Ebene, die sich um Gesundheits- und Umweltprobleme im allgemeinen, sowie um spezifische Formen der Gesundheitsversorgung im besonderen kümmern (z.B. Frauenbewegung, «alternative» Ernährungsläden und Gesundheitshäuser), sind innovative und kreative Ansätze zu sehen, die die herkömmlichen Formen der Gesundheitsförderung betroffenennah und bedürfnisorientiert ergänzen. Sie haben für die Entwicklung eines konsum-kritischen Bewußtseins innerhalb der von ihnen erreichten Bevölkerungsgruppen wesentliche Beiträge geleistet.

9.5 Beteiligung der Betroffenen an Entscheidungsprozessen

Es besteht kein Zweifel daran, daß die Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensweisen nur unter Einbeziehung der Bevölkerung realisiert werden kann. Die soziale Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung ist von allen Gruppen der Gesellschaft zu tragen und zu teilen. Deshalb ist es notwendig, daß Regeln und Verfahren gefunden werden, die die Beteiligung der Betroffenen bei der Entscheidung über Gesundheitsförderungsprogramme auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene sicherstellen. Eine so verstandene Beteiligung vermag einen wichtigen Beitrag zur Reduzierung der Distanz zwischen Laiensystem und Entscheidungsträgern zu leisten; eine Distanz im übrigen, die heute noch für eine Reihe von Fehlentwicklungen in der Gesundheitsversorgung mitverantwortlich gemacht werden kann.

Die im Laiensystem, insbesondere in den aktiven sozialen Gruppen repräsentierte praktische und methodische Kompetenz im Hinblick auf Gesundheitsförderung und

-erziehung stellt ein reichhaltiges Reservoir dar, das durch seine Integration in die Planung und Durchführung entsprechender Aktivitäten genutzt werden sollte.

9.6 Die Rolle des professionellen Systems

Das soziale Konzept von Gesundheit stellt einen strategischen Ansatz dar, der herkömmliche Formen der Gesundheitsförderung und -erziehung nicht außer Kraft setzt, sondern ergänzt. Das professionelle medizinische System ist bislang wesentlich individuell und an Krankheiten orientiert. Es ist deshalb erforderlich, den sozialen Kontext von Gesundheit ihm gegenüber verstärkt zu Bewußtsein zu bringen. Mit dem Lebensweisen-Konzept, insbesondere durch seine Verknüpfung von konkreten Verhaltensweisen mit den jeweiligen Lebensbedingungen, ist eine Strategie der Gesundheitsförderung verbunden, die die verschiedenen Rollen und Funktionen aufzeigt, die Laien und Professionelle innerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens spielen. Dabei handelt es sich nicht um konkurrierende Rollen, sondern um Handlungsfelder, die sich inhaltlich und wirkungsmäßig komplementieren.

Die Integration des Lebensweisen-Konzepts in die Gesundheitsförderung und -erziehung darf allerdings nicht zur Folge haben, daß für diesen Ansatz «Experten für Lebensweisen» ernannt bzw. ausgebildet werden. Die soziale Dimension von Gesundheit ergibt sich aus den Lebensbedingungen und den Lebensweisen der Bevölkerung. Nur in der Zusammenarbeit zwischen Laiensystem und professionellem System können jene Faktoren identifiziert und Strategien entwickelt werden, die gesundheitsfördernde Lebensweisen hervorbringen. Es ist die Kompetenz des Laiensystems, die eine ausschlaggebende Rolle bei der Realisierung des Lebensweisen-Konzepts spielt.

9.7 Forschungsprobleme hinsichtlich des Lebensweisen-Konzepts

Die Erforschung der Lebensbedingungen und Lebensweisen verschiedener Bevölkerungsgruppen stellt eine Aufgabe dar, die von den Sozialwissenschaften bearbeitet wird. Für eine ganze Reihe von Aspekten werden kontinuierlich empirische Projekte durchgeführt, deren Ergebnisse unter dem speziellen Gesichtspunkt «Gesundheit» zusammengetragen werden können. Eine so verstandene «sekundäre Analyse» verfügbarer empirischer Daten liefert eine wichtige Grundlage zur Einschätzung der Lebenssituation unterschiedlicher sozialer Gruppen.

Eine detaillierte Analyse des Zusammenhangs von Lebensbedingungen bzw. Lebensweisen und spezifischen Ausprägungen des Gesundheits- und Bewältigungsverhaltens unter Berücksichtigung von klinischen und sozialen Aspekten stellt einen Zentralbereich sozialepidemiologischer Forschung dar. Es erscheint deshalb notwendig, Sozialepidemiologie als Schwerpunkt zur empirischen Überprüfung des Lebensweisen-Konzepts im Hinblick auf Gesundheitsförderung und -erziehung einzurichten und mit den entsprechenden finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen auszustatten. Die im sozialepidemiologischen Forschungsansatz enthaltene Verknüpfung von klinischen und sozialen Aspekten gesundheitsrelevanten Verhaltens läßt diese Disziplin außerordentlich interessant erscheinen bezüglich Grundlagenforschung und angewandter Forschung.

Darüber hinaus können wichtige Impulse für Forschungsprogramme von einem zu entwickelnden Netzwerk ausgehen, in das existierende Untersuchungen, Projekte

und Programme, die für das Lebensweisen-Konzept relevant sind, eingewoben werden. Nationale und internationale Kooperation und Kommunikation sind in diese Richtung weiter zu fördern.

Wissenschaftliche Untersuchungen über Lebensweisen und Gesundheit werden mit einer Reihe von methodologischen Problemen konfrontiert. Der Komplexität des Gegenstandsbereichs angemessen ist hier Methodenvielfalt, die von quantitativen Verfahren (z.B. Repräsentativerhebungen) bis hin zu qualitativen Studien (z.B. biographischen Analysen oder teilnehmenden Beobachtungen) reicht.

Empfehlungen

Die vom Regionalbüro für Europa der WGO initiierte Hinwendung zu einem sozialen Konzept von Gesundheit ist von den Teilnehmern der Tagung begrüßt worden und hat umfassende Unterstützung erhalten. Es bestand Einvernehmen darüber, daß eine elementare Bedingung für die Realisierung des vorgestellten und diskutierten Konzepts die Erhaltung des Friedens im Zusammenhang mit den Bemühungen um nukleare Abrüstung ist. Für die zukünftige Arbeit im « Regionalprogramm für Gesundheitserziehung und Lebensweisen » wurden folgende Empfehlungen ausgesprochen:

- Fortsetzung der Differenzierung des Lebensweisen-Konzepts unter besonderer Berücksichtigung sekundärer Analysen verfügbarer Forschungsprojekte und -daten, die von Relevanz für den Zusammenhang von Gesundheit und Lebensweisen sind;
- Förderung und Verbreitung des Lebensweisen-Konzepts innerhalb der Europäischen Region vor allen Dingen durch die Organisation und Teilnahme an Konferenzen, Seminaren, Workshops, die sich mit Gesundheitsförderung und Gesundheitspolitik befassen;
- Initiierung von nationalen und internationalen Netzwerken für Gesundheitspolitiker, -erzieher und Wissenschaftler, um nationale Ansätze zur Entwicklung von Programmen für Gesundheitsförderung und Lebensweisen nachhaltig zu unterstützen;
- Entwicklung und Durchführung eines Forschungsprogramms « Sozialepidemiologie » auf nationaler Ebene und Etablierung eines Erfahrungsaustausches bezüglich theoretischer und methodischer Konzepte innerhalb der Europäischen Region;
- Entwicklung von Präventions- und Interventionsstrategien auf Gemeinde-Ebene, die wesentlich an den Lebensbedingungen der Bevölkerung anknüpfen und unter Beteiligung der Betroffenen geplant und durchgeführt werden;
- Initiierung einer breiten, öffentlichen Diskussion über den Zusammenhang von Lebensbedingungen, Lebensweisen und Gesundheit, um das soziale Konzept von Gesundheit in enger Kooperation mit den öffentlichen Medien, Politikern, Professionellen und der Bevölkerung bekanntzumachen.

II Die Erforschung von Lebensweisen und Strategien zur Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung mediatisierender Strukturen

von **Lowell S. Levin**

Prof. Dr. **LOWELL S. LEVIN** ist Professor für öffentliches Gesundheitswesen an der Abteilung für Epidemiologie und öffentliches Gesundheitswesen an der Yale School of Medicine. Er ist als Berater der WGO tätig und führte den Seminar-Vorsitz.

Anschrift: Yale University, School of Public Health,
60 College Street, New Haven, Connecticut 06510/U.S.A.

1. Die Gesundheitsbewegung in den USA

Bei uns in den Vereinigten Staaten essen, schlafen, spielen und arbeiten wir buchstäblich nach dem Muster bestimmter Lebensweisen. Man könnte sogar sagen, daß wir von der Vorstellung gesunder Lebensweisen besessen sind — worin diese bestehen, wie wir andere davon überzeugen können, sie zu übernehmen. Wir haben sogar einen richtigen «Lebensplan für (Ihre) Gesundheit» aufgestellt, der «die Lebenserwartung dramatisch erhöhen..., vor verbreiteten Krankheiten wie z.B. Krebs schützen... und das Wohlbefinden *jetzt* steigern soll» (Vickery, 1978). Tatsächlich *wurde* schon behauptet, wir seien «besessen», und zwar von Christopher Lasch, dem amerikanischen Historiker, der die zeitgenössische amerikanische Kultur als «Kultur des Narzißmus» bezeichnete. Und das sicher nicht zu Unrecht (dazu einige Daten aus einer Stichprobe mit 225 Versuchspersonen — Spangler):

Rucksackwandern	4,8%	~ 10 Pers.
Yoga	5,0%	~ 11 Pers.
Jogging	11,5%	~ 26 Pers.
Achten auf die Inhaltsangaben von Lebensmitteln	15,5%	~ 35 Pers.
Meiden Kaffee	26%	~ 59 Pers.
Meiden Lebensmittelzusätze	27%	~ 60 Pers.
Kontrollieren den Konsum von Salz	30%	~ 61 Pers.
Kontrollieren den Konsum von Zucker	32%	~ 72 Pers.
Nehmen Vitamine ein	32%	~ 72 Pers.
Bevorzugen qualitativ hochwertige Lebensmittel	45%	100 Pers.
Und, was ganz schrecklich ist — aber beruhigend:		
Trinken Alkohol	82%	185 Pers.

Ich muß sagen, daß viele meiner Kollegen aus der Gesundheitserziehung im Vergleich zu den öffentlichen Initiativen zur Gesundheitsförderung ins Hintertreffen geraten sind. Sie machen sich jetzt Gedanken, wie dieser Gesundheits-Enthusiasmus wieder gedämpft werden kann, wie die Menschen vor den Gefahren ihres Übereifers geschützt werden können. Einige Experten des öffentlichen Gesundheitswesens meinen, daß wir zu weit gegangen sind bzw. die Dinge falsch angepackt haben, daß wir denen gegenüber, die uns immer geholfen haben, undankbar sind — den Naturwissenschaftlern, weisen Hausärzten und den Gesundheitsbehörden, z.B. Ernährungswissenschaftlern und Gesundheitserziehern. Von jeder dieser Bewegungen gibt es nochmals Unterbewegungen und sektiererische Abspaltungen. Es gibt nicht nur die «Gesund-leben»-Bewegung, sondern auch eine «Ganz-gesund-leben»-Bewegung; dann existiert neben der «wholistischen» (vom engl. «whole» = «ganz» abgeleitet), mit «w» geschrieben, auch noch die holistische Gesundheitsbewegung — ohne «w». Und dann gibt es natürlich auch noch das ganze Konglomerat von Bewegungen im Rahmen der sogenannten «alternativen Gesundheitsbewegung». Einige davon verfügen über charismatische Oberhäupter, andere nicht. Darauf scheint es auch gar nicht so sehr anzukommen; das Wachstum dieser Bewegungen ist jedenfalls phantastisch — von der Ost- bis zur Westküste (und sogar im Mittelwesten).

Ich möchte nun, ausgehend von meinen Lebenserfahrungen in den USA, die durch meine zehnjährige Arbeit in Europa eine zweite Dimension gewonnen haben, die

amerikanischen Verhältnisse als Fallbeispiel und Bezugsrahmen verwenden, um über die treibende Kraft hinter der explosionsartigen Zunahme von Lebensweisen zu reflektieren. Davon ausgehend werde ich einige der Hauptprobleme nennen, denen sich die staatlichen Stellen sowie die Gesundheitsberufe und -rollen stellen müssen.

2. Hintergründe und Faktoren für das amerikanische Interesse an Lebensweisen

Zunächst einmal möchte ich bemerken, daß ich nicht der Versuchung erliegen werde, eine Erklärung für diese Vorgänge von der Warte der Sozialpsychiatrie aus zu liefern, obwohl die USA von einer solchen Analyse durchaus profitieren könnten. Statt dessen schlage ich vor, einige der Haupttendenzen im Gesundheitsbereich vorzustellen bzw. anzudeuten, die zusammengenommen die Szenerie für den Boom neuer Lebensweisen bilden bzw. zumindest dazu beigetragen haben. Wie ich schon angedeutet habe besteht die Möglichkeit, daß all diese Tendenzen Artefakte tiefer greifender, auslösender Mächte sind, auf geheimnisvolle Art verbunden mit dem enttäuschten Vertrauen auf eine *kollektive* Rettung der Gattung Mensch (oder überhaupt *irgendeiner* Gattung); oder auch voller Hoffnung und dem zunehmenden Optimismus, daß die Entdeckung seiner selbst und die Verbesserung der Qualität des persönlichen und familiären Lebens letztendlich eine neue gesellschaftliche Ordnung ergeben werden, so wie Regentropfen auf einer gewachsenen Fläche ineinanderfließen.

Es klingt schon fast klischeehaft, wenn man sagt, daß der entwickelte — oder besser gesagt der überentwickelte — Teil der Welt voll im Übergang zu einer nachindustriellen Gesellschaft begriffen ist, einer Dienstleistungsökonomie, deren Kern aus Informationssystemen besteht. In den USA spiegelt sich diese neue Ära in drei Tendenzen wider, die von dem Trendspezialisten John Naisbitt wie folgt charakterisiert werden: Von der zentralen Macht zur dezentralen Macht; von Einzeloptionen zu Mehrfachoptionen; und (mit Naisbitts Worten) vom «high tech» zum «high touch»*. Jede dieser drei Tendenzen ist im alltäglichen Zusammenleben erkennbar.

Dezentralisierung: Es besteht wenig Interesse an nationalen und starkes Interesse an regionalen Wahlen; das staatliche Fernsehprogramm wird reduziert, das Kabelfernsehen dagegen breitet sich weiter aus; überregionale Zeitschriften werden eingestellt, während immer mehr Zeitschriften mit spezieller Thematik auf den Markt kommen; «Unbekannte» sind an die Stelle der Film-«Stars» im Filmgeschäft getreten; der «Tante-Emma-Laden» wird wieder eingeführt; die Größe von Firmenzusammenschlüssen schrumpft und es gibt wieder mehr Kleinunternehmen; die Bevölkerung verteilt sich wieder mehr auf Städte mittlerer Größenordnung.

Von Einfach- zu Mehrfachoptionen: Automobilindustrie (explosive Zunahme der angebotenen Modelle); mehr Optionen in bezug auf Essen, Kunst, Musik, Kleidung (Mode ist «kaputt»), Wohnen (Alleinwohnen, Wohngemeinschaften, Wohnmobile, Caravans, sogar «Wohnpläne für's Leben»); mehr Wahlmöglichkeiten im Unterhaltungs- und Freizeitangebot (neben Basketball: Bocci-Ball, La Crosse und schlimmer noch: Fußball!).

* Wortanalogie, die man im Deutschen etwa als «Übergang von einer technisch dominierten zu einer gefühlsbetonten Lebensweise» umschreiben könnte.

Vom «high tech» zum «high touch»: Naisbitt bezeichnet z.B. als kompensatorische Reaktion auf «high tech»: An die Stelle der hochtechnisierten medizinischen Versorgung bei chronischen Krankheiten tritt die Selbsthilfe oder Nachbarschaftshilfe; das Hospital wird zum «Hospiz»; die Zahl der Krankenhausgeburten liegt *fast* schon unter der von Hausgeburten (der Engpaß liegt derzeit in der unzureichenden Zahl von Geburtszentren); die «Do-it-yourself»-Bewegung (jetzt schon ein eigener Industriezweig); Hausgärten (nie mehr Plastiktomaten!); Heimarbeit (oder zumindest ein Arbeitsplatz in Wohnnähe).

Die wichtigsten daraus hervorgegangenen gesundheitlichen Ableger sind z.B.:

- a) Die Wiederentdeckung nicht-professioneller Gesundheitsressourcen (226 Millionen Selbstversorger und 17 Millionen Mitglieder von Selbsthilfegruppen).
- b) Horizontale, gemeindenahe Gesundheitsförderungsstrategien werden bevorzugt (Netzwerkssysteme treten an die Stelle vertikaler, elitärer Hierarchien).
- c) Das zunehmende Interesse an «alternativen» Strategien der gesundheitlichen Versorgung als Wahlangebote (ersatzweise oder zusätzlich) zur allopathischen (staatlich verordneten) Medizin.
- d) Das stark gewachsene öffentliche Interesse an lokal/*persönlich* ausgerichteter Gesundheitserhaltung und -förderung allgemein. Außerdem, wie noch anzufügen sein wird, der parallel verlaufende, exponentielle Zuwachs der *Gesundheits* gegenüber der Krankheitsindustrie (Gesundheitsfarmen sind «in», Krankenhausbetten — 100 000 — bleiben leer). Tatsächlich wird die *Medizin selbst* zur menschlichen Berufung, einhergehend mit der Entmystifizierung als Folge der Verbürokratisierung der Medizin (Patienten sind jetzt Verbraucher und Ärzte Anbieter). Auch der Zugang der Öffentlichkeit zu *medizinischem Wissen* hat sich vergrößert: Es gibt schon 3 500 allopathische und 1 500 nicht-allopathische Schriften und 2000 Erziehungsprogramme zur Selbstversorgung; auch die Verfügbarkeit medizinischer Hilfsmittel hat sich verbessert (Selbstuntersuchungs-Sets, Schwangerschaftstests, Urintests, Blutdruckmeßgeräte und sogar Sets zur zahnärztlichen Selbstversorgung werden angeboten). So vertritt auch ein großer (und einflußreicher) Teil der amerikanischen Bevölkerung die Ansicht, daß die «Selbstversorgung und Selbstbedienung die beste, kostengünstigste, sicherste und zufriedenstellendste Methode zur Verbesserung der Leistungen der Gesundheitsdienste» sei.

Eine weitere gesundheitsbezogene Implikation bzw. Analogie der wichtigsten gesellschaftlichen Tendenzen ist in der Entdeckung zu sehen, daß Talcott Parson's Ansichten über die Familie als Quelle pathogener Erscheinungen den Blick dafür getrübt hat, daß die Familie auch positive gesundheitliche Leistungen vollbringt: Schutz, Wachstum, Erziehung, Ernährung, Unterstützung, Entscheidungshilfen, Abwendung von Gefahren, Normalisierung abweichender Verhaltensformen und allgemein ein großes Maß gründlicher gesundheitlicher Fürsorge. In ähnlicher Form wußte und schätzte die Bevölkerung schon von jeher, was von der Sozialwissenschaft erst neu entdeckt werden mußte: daß nämlich ein «Geflecht sozialer Bindungen» (dieser Begriff wurde, wie ich meine, zuerst von Durkheim verwendet und geriet dann in Vergessenheit) für Gesundheitsförderung, -schutz und -pflege von großer Bedeutung ist. Als ein Geflecht von Bindungen bezeichnet man «diejenigen Institutionen, die zwischen dem einzelnen in seiner Privatheit und den großen Institutionen des öffentlichen Lebens stehen» (Berger und Neuhaus, 1977). Neben der Familie wurden weitere verbindende Faktoren ermittelt, die der Gesundheitsförderung dienen, z.B. die erweiterte Familie, der Freundeskreis, die Nachbarschaft, freiwillige Hilfsdienste von Laien wie Telefonberatung, Krisenzentren etc. und in neue-

rer Zeit auch religiöse Glaubensvereinigungen. Die Würdigung des gesundheitlichen Potentials derartiger Ressourcen, die früher kaum wahrgenommen wurden, rückt jetzt wieder mehr in den Vordergrund, insbesondere durch die Arbeit von Cassel, Syme, Tyroller, Berkman, Kleinmann, Pratt, Katz u.a. Ellen Idler und ich sind bei der Untersuchung verschiedener Studien über gesundheitsfördernde Ressourcen zu dem Ergebnis gekommen, daß diese, ohne zu übertreiben, als ein «verstecktes Gesundheitssystem» bezeichnet werden können. Die Art und Weise der Einflußnahme scheint gleichermaßen vorhersehbar und spezialisiert als auch interaktiv zu sein, wobei durchaus eine eigene Vorstellung über die Formen kontinuierlicher Pflege (bzw. die sogenannte progressive Patientenversorgung) vorhanden ist. Und all dies geschieht ohne die Anleitung, Billigung oder Unterstützung staatlicher Gesundheitsplaner oder medizinischer Experten.

3. Implikationen für eine an Lebensweisen orientierte Politik und Praxis

Seltsamerweise hatte die Analyse sozialer Tendenzen und der sozialen Natur der Lebensweisen als solche keine großen Auswirkungen auf die Förderung von Lebensweisen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken sollen (was gelegentlich auch tatsächlich zutrifft). Am offensichtlichsten läßt sich dies wohl mit der Tatsache erklären, daß die erste Stellungnahme zu den Auswirkungen von Lebensweisen durch das öffentliche Gesundheitswesen streng am klassischen epidemiologischen Begriffsmuster ausgerichtet war; sie wurden als spezielle Verhaltensweisen («Gewohnheiten») bezeichnet, die *individuell* (später ergänzt durch *kollektiv*) das Risiko einer Erkrankung erhöhen (später die Gefahr von Erkrankungen *allgemein*). Der Begriff «Lebensweise» war so, wie er im öffentlichen Gesundheitswesen verwendet wurde, im wesentlichen nur eine bequeme Bezeichnung für ein Sammelsurium vorwiegend einzelner gesundheitlicher Verhaltensweisen.

Die Vertreter des öffentlichen Gesundheitswesens waren *nicht* besonders daran interessiert, Lebensweisen als Ausdruck gesellschaftlicher Realität oder von Kultur zu begreifen und eingehender zu untersuchen, oder als den «modus operandi» des Zusammenlebens, sowohl als Ergebnis der gesellschaftlichen Struktur als auch einer verbindenden Kraft (oder eines sozialen Puffers). Das hat dazu geführt, daß vom öffentlichen Gesundheitswesen Strategien verfolgt wurden, die meiner Ansicht nach von politischer Naivität und Beschränktheit zeugen, da sie dem Denken verhaftet sind, daß eine einzelne Ursache auch einer einzelnen Wirkung zuzuordnen ist; die häufig auch überflüssig sind, weil bereits von Laien ausgehende Initiativen existieren; die festgefahren sind in klinisch-experimentellen Methoden; die oft nur Medikamente verteilen und selten das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten stärken; die oft rein symptomorientiert vorgehen; die strukturelle Faktoren ignorieren; die manchmal auch (zumindest in den USA) mit dazu beitragen, daß Krankenpflegeeinrichtungen abgebaut werden und «neue Märkte» erschlossen werden können.

Den amerikanischen Gesundheitsplanern wird nun bewußt, daß die Einbeziehung von Lebensweisen eine Möglichkeit zur Neustrukturierung des öffentlichen Gesundheitswesens eröffnen könnte, eine beratende Funktion in der Strömung des öffentlichen Interesses. Das Problem dabei besteht darin, daß viele historisch gewachsene Werte und gesundheitliche Einstellungen aufgegeben werden müssen; daß die Macht, die dem Spezialistentum innewohnt, abgegeben werden muß; daß das klinische Instrumentarium zur Verhaltensänderung nicht mehr als öffentliche Politik praktiziert wird; daß die krankhafte Betonung von Gesundheit als moralischer Im-

perativ fallen gelassen wird, ebenso wie die Einstellung, Gesundheit habe mit Politik nichts zu tun. Das ist natürlich leichter gesagt als getan. Das etablierte öffentliche Gesundheitswesen in den USA wird dazu übergehen müssen, Laien, ganz normale Bürger, in die Entscheidungsprozesse miteinzubeziehen, es wird künftig stärker *durch als über* soziale Gruppen arbeiten müssen. Die in den 60er und frühen 70er Jahren praktizierte Konsumentenmitbestimmung war offenbar eher affektiv als effektiv — eine Art politischer *coitus interruptus*. Konsumenten wurden eingeladen (sogar vorgeladen), an der Lösung von Problemen mitzuwirken, die zuvor von Gesundheitsspezialisten aufgeworfen und definiert worden waren. Die Mitarbeit an der Lösung von Problemen war in Ordnung, die Beteiligung an der *Findung* von Problemen dagegen selten erwünscht.

Die Tendenzen in Richtung auf eine Dezentralisierung, Entprofessionalisierung, Entmystifizierung und Gesundheitspopulismus werden dazu führen, daß weitere Anpassungsschritte der an Lebensweisen orientierten öffentlichen Gesundheitspraxis vorgenommen werden müssen, insbesondere in bezug auf Strategien zur Bereitstellung von Angeboten und weg von den überkommenen Managementstrategien. Allein dies wäre schon ein äußerst heikler Prozeß. Die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens vom medizinischen zum sozialen Modell enthält die allgegenwärtige Gefahr der Medikalisierung des sozialen Lebens und damit der Herausbildung einer neuen Form von sozialer Kontrolle.

Dieser Entwicklung liegt der einfache Sachverhalt zugrunde, daß die post-professionelle Ära auf dem Gebiet der Gesundheit und vieler Krankheitsarten immer mehr zu einer Realität wird, die vereinfachende und unzutreffende Unterscheidungen zwischen Verbrauchern und Anbietern von Gesundheit in Frage stellt. Einhergehend damit wird auch die Macht in Frage gestellt, die der Kontrolle gesundheitlicher Informationen und Technologien, den Eckpfeilern der Vorherrschaft des Spezialistentums, eigen ist. Bis zu diesem Punkt erklärten sich die Gesundheitsspezialisten noch bereit, nachzugeben, besonders in Bereichen, an denen sie traditionell wenig Interesse hatten, wie z.B. der Gesundheitsförderung. Aber sobald das Geschäft mit der Krankheit schrumpft, werden mit Sicherheit Gegenreaktionen einsetzen, um diese Macht zu erhalten: Die Erfindung neuer Krankheiten und die Aneignung spezieller Techniken der Gesundheitsförderung. Für beide gibt es schon Beispiele: Einmal die Erfindung neuartiger medizinischer Phänomene wie Geburtsvorbereitung, Vorbereitung auf die Elternschaft etc., und zum anderen neue Spezialisierungszweige wie Sportgynäkologie oder der 200,-\$-Gesundheitstest vor dem Jogging. Darin zeigt sich die Realität des Machtverlustes. Die alten Gewohnheiten der Gesundheitsspezialisten lassen sich schwer aufbrechen, aber der öffentliche Druck zugunsten *öffentlicher Initiativen*, die mit den von der Bevölkerung empfundenen Interessen übereinstimmen, nimmt zu. Diese Initiativen können dazu beitragen, daß die Praxis der öffentlichen Gesundheitsversorgung unter Beteiligung der Spezialisten als auch der Bevölkerung erneuert wird.

Ich sehe es so, daß sich diese Initiativen in drei Gesetzgebungsbereiche einordnen lassen: Gesetze, die bestehende Verhaltens- und gesellschaftliche Tendenzen verstärken; Gesetze zum Schutz der Gesundheit durch strukturelle Maßnahmen; und schließlich Gesetze, die der Bevölkerung mehr Macht und Einflußnahme in gesundheitlichen Fragen ermöglichen bzw. erlauben.

Verstärkende Gesetze werden gegenwärtig verabschiedet, teilweise mit erschreckendem Fanatismus. Das am weitesten verbreitete Beispiel für eine solche Gesetzgebung sind die Anti-Raucher-Gesetze. In Minnesota z.B. ist das Rauchen in öffentlichen Gebäuden nicht erlaubt. Reisende Raucher nehmen alles mögliche auf sich, um Flüge mit Unterbrechung in den Flughäfen Minnesotas zu vermeiden.

Gesetze zum *Schutz* der Öffentlichkeit brauchen etwas länger, um sich durchzusetzen, jedoch sind die Lücken in der Gesetzgebung weitgehend durch erstaunlich viele freiwillige Aktionen seitens der Industrie kompensiert worden, die auf das wachsende Bewußtsein der Öffentlichkeit aufmerksam reagiert hat. Beispiele dafür sind der Verzicht auf Zucker und Salz in der kommerziellen Babynahrung, auf Zucker in Limonadengetränken sowie das massenhafte Angebot von Nahrungsmitteln ohne künstliche Farbstoffe, Konservierungsstoffe oder Salz. Die Vorschriften zur Kennzeichnung von Lebensmitteln berücksichtigen das öffentliche Interesse, über Risiken beim Konsum sogenannter gesunder Nahrungsmittel wie z.B. Brot oder Gemüsekonserven Bescheid wissen zu wollen.

Die dritte Kategorie der Gesetzgebung, die dem Verbraucher in bezug auf die Gesundheit mehr Macht und Einfluß sichern soll, ist bisher am wenigsten fortgeschritten. Sie soll der Bevölkerung bestimmte Informationen zugänglich machen, die für Entscheidungen über gesundheitliche Fragen notwendig sind (z.B. das Recht, die Krankenakte einzusehen oder einen zweiten Arzt heranzuziehen); außerdem soll die Verfügbarkeit eines breiten Spektrums diagnostischer und therapeutischer Hilfen und Maßnahmen geregelt werden.

Man betrachtet die wachsende Kompetenz der Bevölkerung bei der persönlichen Gesundheitspflege und im professionellen Versorgungssektor als einen Faktor, der iatrogene Wirkungen, vor allem Abhängigkeit (blindes Vertrauen) von professionellen Ressourcen abbauen kann. Zwar existieren verschiedene Ansätze auf Freiwilligenbasis, die dem verbreiteten (aber unorganisierten) öffentlichen Interesse entgegenkommen, den Prozeß der gesundheitlichen Versorgung besser kontrollieren zu können, aber diese Ansätze waren zwar gut gemeint, wirkten sich jedoch eher wie eine Public-Relations-Maßnahme des amerikanischen Krankenhausverbandes und des Ärztesbundes aus. Ganz gewiß ist das Problem des gleichberechtigten Zugangs zu bestimmten Ressourcen bisher noch nicht angegangen worden.

Die gebildeten Schichten haben noch immer bessere Chancen, eine gewisse Kontrolle auszuüben als die weniger gebildeten, die Minoritäten und die (in bezug auf iatrogene Krankheiten) besonders gefährdeten Gruppen wie Kinder, Frauen und ältere Menschen. Und die der medizinischen Praxis zugrunde liegenden Gesetze bleiben intakt. Die volle Durchsetzung dieser Gesetze würde jedem Ansatz zur Selbstversorgung und Selbsthilfe zuwiderlaufen. Sie stammen aus einer Zeit, als in bezug auf Krankheitsmuster, Technologie und das öffentliche Gesundheitsverständnis noch ein anderes Klima herrschte. Heute sind sie archaische Überbleibsel einer vergangenen, industriell und professionell geprägten Zeit. Man müßte sie zusammen mit der Bevölkerung (d.h. Laien) von Grund auf ändern.

Die Bewertung sozialer Tendenzen und der sozialen Natur von Lebensweisen hat die Erforschung von Lebensweisen nicht nachhaltig beeinflußt, obwohl es vereinzelt aufsehenerregende Ansätze dazu gegeben hat (vgl. nochmals die Arbeit von John Cassel). Noch bleibt die Wissenschaft den Strategien der Verhaltensänderung verhaftet. Im besten Fall kann eine derart ausgerichtete Forschung verdeutlichen, wie Verhaltensänderungen durch die Einbeziehung sozialer und kultureller Werte wie «schlechte» oder ungesunde Gewohnheiten besser gesteuert werden können. Meiner Meinung nach geht diese Forschung total am Wesen des sozialen Trends vorbei und könnte wegen der latent vorhandenen Manipulation sozialer und kultureller Wertvorstellungen sogar Schaden anrichten. Dagegen wäre ein Ansatz zur Erforschung von Lebensweisen, der am öffentlichen Interesse erweiterter Optionen und Kontrollmöglichkeiten im Gesundheitssektor ausgerichtet ist, an ganz anderen Fragen und Problemfeldern interessiert sowie an einer Politik, die zur Stärkung und

Unterstützung öffentlicher Initiativen führen würde. Ein solcher Themenkatalog könnte — neben vielen anderen — folgende Bereiche umfassen:

- Veränderungen in der Struktur der Familie, des Wohnens und Arbeitens, soweit sie die Gesundheit beeinflussen;
- eine eindeutige Charakterisierung nicht-professioneller Gesundheitsressourcen;
- Ursache(n) und Kontrolle von Entfremdung und Isolation;
- gemeindenahe Strategien zur Verbreitung gesundheitlicher Ressourcen, insbesondere im Mikrobereich der Nachbarschaft;
- der Einfluß des Bildungsstandes auf die Gesundheit;
- der politische Mißbrauch des öffentlichen Interesses an der Selbstversorgung und Selbsthilfe;
- die Förderung der Kooperation zwischen den Generationen;
- soziale Gesundheitsleistungen religiösen Ursprungs;
- soziale und professionelle Ursachen von Abhängigkeit;
- Erziehungsmethoden, die zum Abbau von Passivität und zur Förderung gesundheitlicher Einflußnahme und Kontrolle beitragen;
- die Veränderung der Gesundheitsberufe: Abbau der Kontrollfunktionen und Unterstützung von Laienaktivitäten und -einflußmöglichkeiten;
- Humanisierung der professionellen Pflege; die Eigenart kompensatorischer «high touch» Strategien;
- Faktoren, die den gleichberechtigten Zugang zu gesundheitlichen Ressourcen für Laien und gleichen Schutz bei der Inanspruchnahme professioneller Ressourcen betreffen;
- die Kontrolle des «Gesundheitswahns» als krankheitsverursachendem Zustand; die negative Bewertung abweichenden Verhaltens.

Ein solcher Katalog noch offener Forschungsthemen hat selbstverständlich sektorenübergreifenden und interdisziplinären Charakter. Es ist sehr wahrscheinlich, daß die Forschungsmasse zum Thema *Gesundheit* weitgehend aus dem traditionellen Zuständigkeitsbereich des Gesundheitssektors herausfallen wird. Daraus ließen sich interessante Implikationen in bezug auf die Fragen ableiten, *wie* eine derartige Forschung betrieben wird, wer sie betreibt und welche Konsequenzen die Einbeziehung neuer politischer Ansätze auf die öffentliche Gesundheitspolitik haben würde.

4. Schlußfolgerungen

Meine zentrale These läßt sich dahingehend zusammenfassen, daß wir eine neue Perspektive zur Verbindung von Lebensweisen und Gesundheitsförderung finden müssen, eine Perspektive, die *beide in den Zusammenhang breiterer gesellschaftlicher Tendenzen stellt und sie ihrem Ursprung und ihrer Entwicklung nach als soziale Phänomene definiert*. Dies ist ein ökologisches und nicht ein rein medizinisches, verhaltensbezogenes, soziales, umweltorientiertes oder auch politisches Modell. Es berücksichtigt, daß die gesundheitliche Realität multifaktoriell ist und daß Gesundheit ein öffentliches Gut ist.

Meine Sorge gilt nunmehr der drohenden Perspektive, daß Lebensweisen zu einem neuen Banner, einer neuen Religion werden, um die sich medizinische Spezialisten und Vertreter des öffentlichen Gesundheitswesens scharen, Konformität mit gesundheitlichen Normen fordern und so von der Notwendigkeit struktureller Verän-

derungen abgelenkt wird. Dies wäre die düsterste Zukunftsvision, die man sich für die Vereinigten Staaten recht gut vorstellen könnte. Wichtig ist aber, daß wir jetzt noch die Möglichkeit haben — bei Symposien wie diesem z.B. — die weitreichenden *politischen* Implikationen unserer Arbeit über Lebensweisen und Gesundheitsförderung eingehend und objektiv zu überprüfen. Die Zeit der Unschuld ist vorbei. Es ist gesund, Verantwortung zu zeigen.

LITERATUR

- Berger, P. L. & Neuhaus, R. S. (1977). *To Empower People*. Washington: AEI, S. 2.
Spangler, Marie (1982). Palo Alto: SR International.
Vickery, Donald M. (1978). *Life Plan for Your Health*. Reading, MA: Addison-Wesley.

III Sozialepidemiologie in Theorie und Praxis

von **Bernhard Badura**

Prof. Dr. BERNHARD BADURA ist Professor für Sozialpolitik an der Universität Oldenburg.

Anschrift: Universität Oldenburg, Fachbereich
Sozialwissenschaften, Westerstraße 2-12, D-2900 Oldenburg /
Bundesrepublik Deutschland.

In den vergangenen hundert Jahren haben sich unsere wissenschaftlichen Erkenntnisse immer rascher erweitert und gewandelt. Diese Entwicklung machte auch vor unseren Vorstellungen über die Ursachen von Gesundheit und Krankheit nicht halt. Mit der Entwicklung der modernen Medizin einher ging die Verbreitung einer monokausalen und naturwissenschaftlich begründeten Krankheitsvorstellung. In ihrer einfachsten Form läuft diese Krankheitsvorstellung darauf hinaus, Krankheit sei stets auf einen bestimmten pathogenen Faktor (Bazillus, Virus usw.) zurückzuführen. Immer wenn der menschliche Organismus mit solch einem pathogenen Faktor in Berührung kommt oder von ihm befallen wird, kommt es zur Entstehung einer spezifischen Krankheit. Bezogen auf die zur damaligen Zeit verbreiteten Infektionskrankheiten schien diese Theorie zunächst überzeugend, wissenschaftlich begründbar und auch praktisch verwertbar.

Inzwischen hat sich das Krankheitspanorama weitgehend gewandelt. Haupttodesursache sind heute die sogenannten «Zivilisations-Krankheiten», an erster Stelle die Herz-Kreislauferkrankungen und die verschiedenen Krebsformen. Gewandelt, nicht nur erweitert, hat sich auch unser Wissen über die Ursachen von Gesundheit und Krankheit. Als weitgehend akzeptiert gilt heute, daß es sich bei Gesundheit und Krankheit nicht um monokausal, sondern um multikausal bedingte Phänomene handelt. Hauptziel eines Teils medizinischer Forschung wurde daher die Suche nach demjenigen Bündel von Faktoren, das für die Entstehung einer einzelnen Krankheit verantwortlich sein könnte. Besonders bekannt wurde in diesem Zusammenhang das «Risikofaktor-Konzept» der Herz-Kreislaufforschung. Mit der Annahme, Bluthochdruck, Rauchen und Blutfettgehalt seien die wichtigsten Vorboten des Herzinfarktes, verbreitete sich auch die Auffassung, der Schlüssel zur Krankheitsverhütung liege in einem vom einzelnen selbst zu verantwortenden Wandel seiner «Lebensweise».

Inzwischen mehren sich ernstzunehmende Zweifel an der Erklärungskraft des Risikofaktoren-Konzepts und an der Wirksamkeit einer sich darauf berufenden Gesundheitserziehung. Vor allem Annahmen und Erkenntnisse der modernen Sozial-epidemiologie zwingen uns zu einer neuerlichen Revision unserer Vorstellungen über die Ursachen von Krankheit und Gesundheit. Sie geben uns damit zugleich auch neue Hinweise darüber, wie Gesundheitserziehung und primäre Prävention in Zukunft generell wirksamer gestaltet werden könnten.

Der Schwerpunkt sozialepidemiologischer Arbeit liegt in der Erforschung psychosozialer Risiken und/oder psychosozialer Schutzfaktoren. Die Gesundheitstheorie der Sozial-epidemiologie läßt sich auf zwei Grundmodelle reduzieren. In dem einen, dem heute verbreitetsten, wird der direkte Einfluß von psychosozialen Risiken oder Schutzfaktoren auf Wohlbefinden, Krankheit und Mortalität untersucht. In einem zweiten, im folgenden Papier umrissenen Grundmodell geht es um die gleiche Problemstellung — allerdings ergänzt um die Frage der Bedeutung, die der Variable Lebensweise im Kontext sozialepidemiologischer Forschung zukommt bzw. zukommen könnte. Ziel des folgenden Papieres ist es aufzuzeigen:

- a) inwiefern der traditionelle Ansatz der Risikofaktoren durch sozialepidemiologische Überlegungen ergänzt und modifiziert werden muß,
- b) welche empirischen Erkenntnisse hierzu bereits vorliegen,
- c) welche praktischen Folgerungen sich aus der Sicht der Sozial-epidemiologie für eine präventive Gesundheitspolitik moderner Industriegesellschaften ergeben.

• Für Hinweise und kritische Kommentare zu danken habe ich: Josef Bauer, Gary Kaufhold, Harald Lehmann und Millard Waltz.

1. Zum Lebensweisen-Konzept in der Gesundheitsforschung

Ungesunde Lebensweise (life-style) gilt als Hauptursache moderner Massenkrankheiten. Daß überhöhter Tabak- und Alkoholkonsum, Über- oder Fehlernährung, Bewegungsarmut, Drogen- und Medikamentenmißbrauch einen erheblichen Einfluß auf Wohlbefinden und Gesundheit haben, bestreitet heute niemand mehr. Erheblich kontroverser fallen dagegen Antworten auf die Frage aus, warum es zu einer solch massenhaften Verbreitung ungesunder Lebensweisen kommen konnte und welche praktischen Schlüsse aus dem bisher hierzu akkumulierten Wissen gezogen werden sollten. «Lebensweise» (life-style) ist uns als Wort der Umgangssprache wohlvertraut; als wissenschaftlicher Begriff hat es noch keinen festen Platz. Manche verbinden damit eine eher deskriptive Bedeutung; sie bezeichnen mit life-style eine Vielzahl gesundheitsrelevanter Lebens- und Konsumgewohnheiten. Dieses zugegeben immer noch recht weite Verständnis liegt auch den folgenden Ausführungen zugrunde.

Für andere hat Lebensweise eine eher normative Bedeutung. Sie verstehen darunter Verhaltensformen oder Gewohnheiten, für die sich der einzelne in freier Selbstverantwortung entschieden hat, die also selbst- und nicht fremdbestimmt sind. Von hier aus ist es dann nur noch ein kleiner Schritt zur Auffassung, gesundheitsgefährdende Lebensweisen seien selbstverschuldete Risiken und zu einer Gesundheitserziehung, die ihre Hauptaufgabe in Appellen an das Gesundheitsbewußtsein des einzelnen sieht.

Wie nicht zuletzt auch der relativ geringe Erfolg dieser traditionellen Gesundheitserziehung zeigt, wird ein normatives Verständnis von life-style, werden daran orientierte praktische Maßnahmen der Komplexität sozialer Realität nicht gerecht. Menschliches Handeln in Gesellschaft orientiert sich nicht nur an wohlüberlegten Zielen; auch die Wahl der geeigneten Mittel wird nicht immer streng rational kalkuliert. Ein angemessenes Verständnis gewohnheitsbildender und gewohnheitsstabilisierender psychischer und sozialer Einflüsse ist daher eine notwendige Voraussetzung jeder wirksamen Intervention. Nur eine wohldurchdachte und empirisch belegte Theorie liefert uns praktisch verwertbare Einsichten in gesellschaftliche Zusammenhänge: darüber, wie der einzelne von diesen Zusammenhängen geprägt wird oder von ihnen abhängt, und wieweit er seinerseits aktiv auf seine Lebensverhältnisse und sein eigenes Verhalten einzuwirken vermag. Interventionsprogramme, die auf derartige Einsichten verzichten, gehen an der gesellschaftlichen Realität vorbei mit entsprechenden Konsequenzen für ihren Erfolg. Wirksame Intervention bedarf sozialepidemiologischer Grundlagen, das ist die These dieses Papiers.

Wichtige Einsichten über den Zusammenhang zwischen Lebensweise (life-style) und Gesundheitsrisiken verdanken wir der medizinischen Epidemiologie. Lebensweise wird hier in der Regel quantitativ erfaßt, z.B. durch die Anzahl der pro Tag und Lebenszeit gerauchten Zigaretten, durch den Umfang der aufgenommenen Kalorien oder die konsumierte Menge reinen Alkohols. Lebensweise wird dabei also nicht als in irgendeinem Sinne gesellschaftlich bedingtes Verhalten begriffen, sondern in Form chemisch oder biologisch meßbarer Werte erfaßt. Zur Feststellung isolierter Kausalzusammenhänge zwischen natürlicher Umwelt und Organismus ist dieses Verfahren sicherlich angemessen. Ganz und gar nicht angemessen ist es aber, derartig erfaßte Meßgrößen mit «Verhalten» oder «Gewohnheiten» gleichzusetzen. Verhaltensweisen und Gewohnheiten wurzeln in einer Vielzahl sozialer, emotionaler, kognitiver und (bei Suchtkrankheiten) auch somatischer Faktoren, die selbst wiederum gesellschaftlich bedingt und entsprechend theoretisch verstanden und in Forschung und Praxis berücksichtigt werden müssen. Kennzeichnend für das sozialepi-

demiologische Krankheitsverständnis ist die Annahme, daß mit Begriffen wie Gesundheit und Krankheit biochemische, psychische und soziale Sachverhalte angesprochen werden. Wohlbefinden, Krankheitsentstehung und Krankheitsverlauf bedürfen, so gesehen, deshalb nicht nur naturwissenschaftlicher, sondern auch psychologischer und soziologischer Erklärungen (Stone/Cohen/Adler, 1980).

Besonders eindrucksvoll zeigen sich die Grenzen eines ausschließlich naturwissenschaftlichen Krankheitsverständnisses im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Wenn an dieser Stelle auf Ergebnisse der englischen «Whitehall Study» zurückgegriffen wird, dann nur deshalb, weil die grundsätzlich bereits in zahlreichen anderen Studien belegten Befunde dort noch einmal anhand neuer und methodisch kaum mehr ernsthaft bezweifelbarer Ergebnisse bestätigt werden.

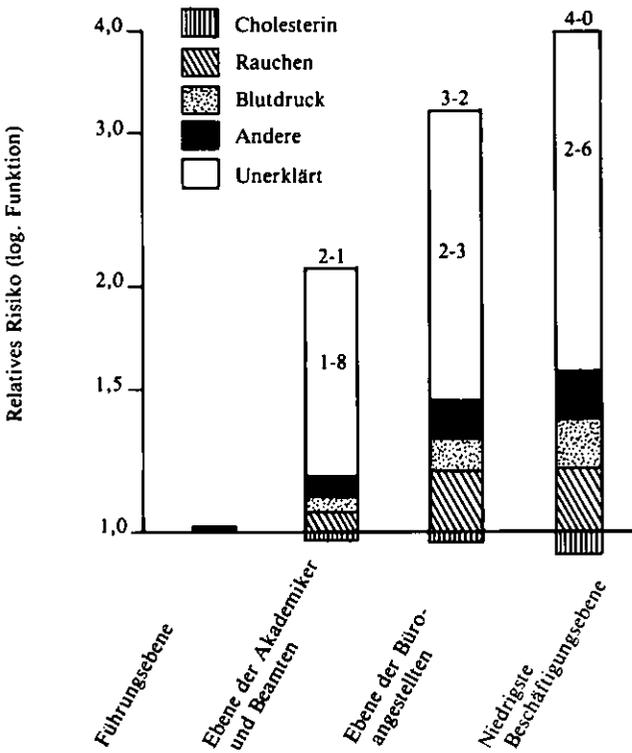
Die «Whitehall Study» (Rose und Marmot, 1981) erfaßt ein Total von 17.530 im Staatsdienst Beschäftigten im Alter zwischen 40 und 64. Erhoben wurden zahlreiche für koronare Herzkrankheiten typische Symptome, Anzeichen und Risikofaktoren. Nach Ablauf von 7 1/2 Jahren erhobene Mortalitätsdaten erbrachten folgende Ergebnisse:

- a) Von den 960 Angehörigen der höchsten Statusgruppe (administrative) starben nur neun am Herzinfarkt. In der untersten Statusgruppe (n = 1625) starben dagegen 87. Selbst altersbereinigt war in der untersten Statusgruppe die Rate noch 3,6 mal höher als in der höchsten.
- b) Die Männer der untersten Statusgruppe rauchten häufiger und intensiver; in der multivariaten Analyse erklärt Rauchen jedoch nur einen recht geringen Teil der Unterschiede in der Mortalität.
- c) Alle bekannten Risikofaktoren zusammengenommen bilden zwar einen recht guten Prädiktor für den Herztod, lassen aber einen weit größeren Teil der Mortalität unerklärt (s. *Tab. 1*).
- d) Für den (größeren) Teil der unerklärten Mortalität müssen also andere als die immer wieder genannten klassischen Risikofaktoren verantwortlich sein.
- e) Angesichts dieses Forschungsstandes nicht ausgeschlossen werden darf die Möglichkeit, daß zumindest einige der gegenwärtig diskutierten (s.u.), aber nicht ähnlich ausgiebig belegten psychosozialen Risiken auch den sogenannten Standardrisikofaktoren zugrundeliegen, d.h. sich auf die Dauer als möglicherweise erklärungskräftiger erweisen könnten als Rauchen, Bluthochdruck und Serumcholesterin. Auch neue Ergebnisse der Framingham-Studie verweisen auf diese bislang offensichtlich unterschätzte Möglichkeit, daß die traditionellen Risikofaktoren nur Mediatoren psychosozialer Krankheitsursachen sein könnten (Haynes *et al.*, 1980). Für die Planung und Durchführung präventiver Interventionsprogramme wäre dies von außerordentlicher Bedeutung.

In der Herz-Kreislauf-Forschung ist die Vermutung, psychosoziale Faktoren könnten bei der Entstehung somatischer Krankheiten eine Rolle spielen, kaum mehr ernsthaft umstritten. Ganz anders sieht es noch im Bereich der Krebsforschung aus. In einer eben publizierten, mehrere hundert Seiten langen Zusammenfassung aller epidemiologisch erforschten Krebsrisiken wird psychosozialen Faktoren ein einziger kurzer Abschnitt gewidmet, der es verdient, hier ungekürzt zitiert zu werden:

«Zwei Kategorien von Umweltfaktoren, die wir außer acht gelassen haben (und die daher vielleicht als «unbekannte Faktoren» eingestuft werden können), sind die des psychologischen Stresses und einer Art Zusammenbruch der immunologischen Kontrolle. Beide Faktoren sind in Abständen das ganze Jahrhundert hindurch im-

Tab. 1



Relatives Risiko, an koronarer Herzerkrankung zu sterben, entsprechend der Beschäftigungsebene und dem Anteil der Differenzen, die statistisch durch verschiedene Risikofaktoren erklärt werden können.

Die nicht geschwärzten oberen Teile in jeder Abbildung zeigen, die Diskrepanz zwischen dem, was «erklärt» werden kann und dem, was unerklärt bleibt, selbst wenn sämtliche andere Faktoren, die wir gemessen haben, berücksichtigt werden (d.h. Alter, Rauchen, Blutdruck, Körpergröße, Übergewicht, Freizeitbeschäftigung sowie Glukosetoleranz, einschließlich der Cholesterinbestimmung im Serum, die aber einen entgegengesetzten Risikogradienten zeigte» (Rose und Marmot, 1981).

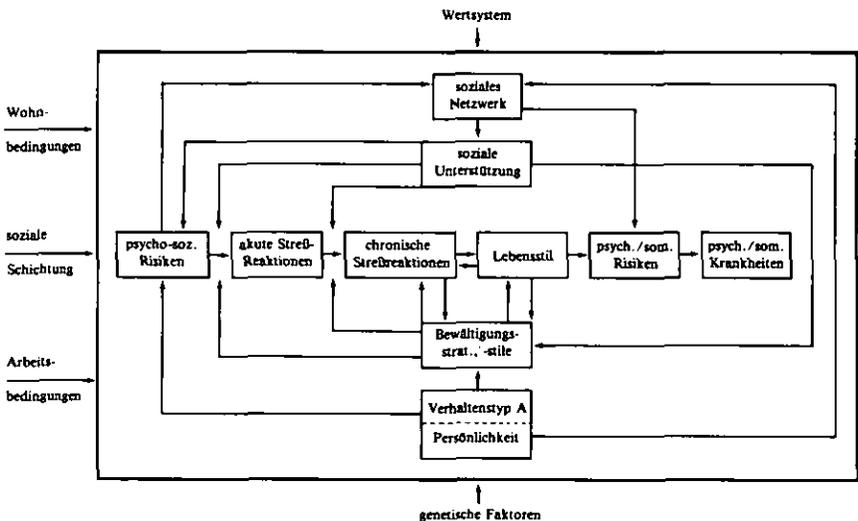
mer wieder im Zusammenhang mit der Krebsentstehung zitiert worden. Es ist natürlich möglich, daß psychologische Faktoren eine gewisse Wirkung ausüben, z.B. durch Regulierung der hormonellen Sekretion; doch nichts deutet darauf hin, daß sie die Krebshäufigkeit in irgendeiner Weise beeinflussen, es sei denn, daß sie zum Rauchen, Trinken, übermäßigem Essen oder irgendwelchen anderen schädlichen Gewohnheiten verleiten. In diesem Zusammenhang ist es vielleicht von Bedeutung, daß Untersuchungen an Patienten in Nervenheilstätten keine Beweise für unerwartete Risiken liefern» (Doll und Peto 1981, S. 1255 ff.).

Warum psychosoziale Faktoren in der Krebsforschung so lange derartig vernachlässigt werden konnten, ist eine wissenschafts-soziologisch interessante Frage.

2. Das Paradigma der Sozialepidemiologie: Konzepte, Hypothesen, Resultate

Trotz zum Teil erheblicher Unklarheiten in der Begriffsbildung, im theoretischen Verständnis und im vorhandenen Wissen gilt als kaum mehr bestritten, daß psychosoziale Faktoren für das allgemeine Wohlbefinden sowie für die Entstehung zahlreicher verbreiteter und auch lebensbedrohender Krankheiten (mit-)verantwortlich sind. In den vergangenen Jahrzehnten haben Sozialwissenschaftler das theoretische Verständnis und unser Wissen über die Ursachen von Krankheit und Gesundheit erheblich erweitert. Dabei zeichnet sich ein Erklärungsmodell ab, das ich das sozialepidemiologische Paradigma nennen möchte. Aaron Antonovsky verdanken wir die wichtige Unterscheidung zwischen Pathogenese und Salutogenese und damit den Hinweis, daß die Erhaltung von Gesundheit im Rahmen dieses neuen Paradigmas von großer Bedeutung ist. Das traditionelle Verständnis der medizinischen Epidemiologie orientiert sich demgegenüber primär an pathogenetischen Vorstellungen. Viele der im folgenden angesprochenen Kausalzusammenhänge sind noch völlig unzureichend erforscht. Auch zentrale Begriffe sind oft noch unklar bestimmt. Auch leiden die vorliegenden empirischen Analysen daran, daß ihr Forschungsdesign Mängel aufweist, die Studienpopulation schlecht ausgewählt ist oder sonstige methodische Mängel vorliegen. Auf der anderen Seite verfügen wir bereits über eine ganze Reihe gut belegter Erkenntnisse, die die Fruchtbarkeit sozialepidemiologischer Fragestellungen und die praktische Bedeutung sozialepidemiologischer Erkenntnisse unterstreichen (Vgl. *Diagramm 1*).

Diagramm 1. Sozialepidemiologisches Modell der Krankheitsverhütung, -entstehung



Die Analyse psychosozialer Faktoren setzt beim Mensch-Umwelt-Verhältnis an. Als psychosoziale Risiken gelten dabei Umweltbedingungen, die zu einer plötzlichen und schwerwiegenden oder länger andauernden Überforderung des Menschen führen mit der Folge erheblicher Fehlanpassungen auf der körperlichen und/oder der emotionalen Ebene und/oder im Bereich der Lebensführung und des Sozialverhal-

tens. Psychosoziale Krankheitsfaktoren werden dabei als Diskrepanz zwischen menschlichen Bedürfnissen, Fähigkeiten und Erwartungen auf der einen Seite und gegebenen Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung, gegebenen Anforderungen und Situationen auf der anderen begriffen (z.B. Levi, 1979). Unter Streßforschern bahnt sich heute ein Konsens an dahingehend, daß es sich beim Streßphänomen um interdependente Stressor-Mensch-Zusammenhänge handelt, und daß die subjektive Deutung eines Stressors für das Streßgeschehen von zentraler Bedeutung ist. Wie sich am Beispiel des Faktors Lärm aufzeigen ließe, kommen als Auslöser krankheitsrelevanter psychosozialer Faktoren durchaus nicht nur Elemente der sozialen, sondern auch der physischen Umwelt in Betracht. Oft müssen auch Bedingungen der sozialen oder materiellen Umwelt in ihren Wechselwirkungen gesehen werden. Im Zentrum der Erforschung psychosozialer Krankheitsrisiken standen ursprünglich somatische Folgen («Alarmreaktion», «Widerstand», «Erschöpfung» — Selye, 1976) plötzlich auftretender und rapider Veränderungen. In den vergangenen Jahrzehnten wurde diese physiologische Perspektive um psychologische und soziologische Fragestellungen erweitert.

In der sozialepidemiologischen Forschung lassen sich heute drei Arten psychosozialer Risiken unterscheiden:

- a) belastende Lebensereignisse (life-events), wie der unerwartete Verlust einer wichtigen Bezugsperson, das plötzliche Eintreten einer schweren Krankheit oder der Verlust des Arbeitsplatzes;
- b) chronische körperliche und nervliche Belastungen in der Arbeitswelt und/oder in der Familie wie etwa chronische Arbeitsüberlastungen, andauernde Konflikte mit dem Vorgesetzten oder dem Ehepartner oder enttäuschte Karriereerwartungen und schließlich
- c) kritische Übergänge (transitions) im Lebenszyklus, etwa von der Kindheit ins Erwachsenenalter, von der Schule in die Arbeitswelt, von der Arbeitswelt in das Rentnerleben.

Auch auf der Seite der abhängigen Variable haben sich Erweiterungen ergeben. Entsprechend der WGO-Gesundheitsdefinition konzentriert sich die Erforschung von Streßreaktionen nicht mehr nur auf die physiologische, sondern auch auf die emotionale und die soziale Verhaltensebene. Ein weiterer wichtiger Schritt in der Entwicklung sozialepidemiologischer Forschung bestand in der Entdeckung und Berücksichtigung intervenierender Variablen, denen eine vor psychosozialen Risiken schützende, sie abmildernde oder neutralisierende oder aber auch verschärfende Wirkung unterstellt wird. Zu nennen wären hier zum einen Persönlichkeitsfaktoren und Bewältigungsmuster, zum zweiten soziale Bindungen, soziale Netzwerke und unterstützende soziale Interaktionen. In Anlehnung an John Cassels Vorstellung von einem «sozialen Immunsystem» (1976) möchte ich in diesem Zusammenhang von einem *psychosozialen Immunsystem* sprechen. Damit wird die Existenz sozialer und psychischer Faktoren vermutet, die den einzelnen vor seelischen oder aber auch vor körperlichen Schäden schützen oder die ihm helfen, derartige Schäden und ihre Folgen zu bewältigen.

Über den Zusammenhang zwischen psychosozialen Risiken, physiologischen Streßreaktionen und Gesundheitsrisiken existiert mittlerweile eine umfangreiche Literatur. Untersucht wurden diese Zusammenhänge unter anderem bei der Entstehung von Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Bronchialasthma, Magen-Darmgeschwüren (Nitsch, 1981). Im Zentrum sozialepidemiologischer Forschung stehen bisher nicht physiologische, sondern emotionale Streßreaktionen und

Streßfolgen auf der Verhaltensebene. Für die aktuelle Forschung kennzeichnend ist jedoch der Versuch, auch die physiologische Ebene verstärkt miteinzubeziehen. Vermutet wird, daß Lebensereignisse wie der Verlust einer wichtigen Bezugsperson, drohende oder tatsächliche «soziale Entwurzelung» durch Umzug, drohende oder tatsächliche Arbeitslosigkeit, oder die plötzliche Diagnose einer schweren chronischen Krankheit bei sich selbst oder bei engen Angehörigen zu Angst, Unsicherheit oder Depression führen, das Selbstwertgefühl beeinträchtigen und sozialen Rückzug fördern oder aber den subjektiven Zwang zur Anpassung an gesundheitsförderliche oder auch gesundheitsgefährdende Gruppennormen erhöhen können. Vermutet wird dieser Zusammenhang auch für chronische Arbeitsbelastungen oder andauernde Konflikte mit dem Ehepartner oder mit den Kindern, sowie für die Bewältigung kritischer Übergänge im Lebenszyklus. Vermehrter Tabak- oder Alkoholkonsum, aber auch Fehlernährung sind in diesem Zusammenhang verbreitete, kulturell akzeptierte Strategien zur Kontrolle und Bewältigung emotionaler Streßreaktionen. Sobald sie sich stabilisieren, d.h. nicht mehr nur kurzfristig andauernde Reaktionen bleiben, sondern zu dauerhaften (Zwangs-) Gewohnheiten werden, haben wir es mit riskanten Lebensweisen zu tun. Die Variable «life-style» bildet aus sozial-epidemiologischer Sicht also ein Element innerhalb eines umfassenderen Erklärungszusammenhanges und wird nicht als Residualkategorie verwendet, die für all das herhalten muß, was in der traditionellen Epidemiologie als großer, unerklärter Restzusammenhang stehenbleibt.

Am relativ stärksten untersucht wurde bislang der Zusammenhang zwischen Lebensweise und Adoleszenz. Im Übergang zum Erwachsenenleben und den damit verbundenen psychischen, somatischen und sozialen Veränderungen, scheinen sich für das spätere Leben bedeutsame Verhaltensmuster auszuprägen. In diese Zeit fällt oft die Entscheidung über Rauchgewohnheiten, beginnt der Alkoholkonsum, entwickelt sich das Sexualverhalten, werden andere gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen, wie etwa die Einstellung zum medizinischen Versorgungssystem geprägt. In diesen Zeitraum fällt auch die beginnende Ablösung von der Familie, gewinnen peer-groups oft einen wichtigen, verhaltensprägenden Einfluß. Einzelne gesundheitsgefährdende Lebensweisen wie Rauchen, Drogenmißbrauch oder Alkoholismus scheinen Jugendlichen bei der Bewältigung von Gefühlen der Langeweile, der Isolation, der Zwecklosigkeit oder bei der Bekämpfung eines niedrigen Selbstwertgefühls zu helfen: "It is probably the interaction of the direct effects of substances like tobacco and alcohol with individual psychological factors that underlies the establishment and persistence of their abuse" (McAlister, 1979, p. 202). Auch peer-group-Normen oder Vorbilder subjektiv wichtiger Bezugspersonen scheinen diese Form der Streßbewältigung naheulegen oder zu bestärken (McAlister, 1979; Brown, 1979).

In der bisherigen Forschung einen beträchtlichen Raum beanspruchen auch die Gesundheitsrisiken belastender Lebensereignisse (life-events). Mit der Holms-Rahe und ähnlichen Life-Event-Skalen verbindet sich der Versuch, den Einfluß aller potentiell gesundheitsrelevanten Lebensereignisse zu erfassen. Demgegenüber erscheint mir die Erforschung einzelner «Ereignisse» für das psychische und somatische Wohlbefinden ertragreicher. Wichtige Forschungsfelder sind hier:

- die Verwitwetenforschung,
- die Erforschung über Implikationen und Folgen von Schwangerschaft und Geburt,
- die Folgen von Trennung und Scheidung,
- von geographischer Mobilität,

- von drohender oder tatsächlicher Arbeitslosigkeit,
- von (vorzeitiger) Verrentung,
- von schwerer Erkrankung und Hospitalisierung.

Über die Folgen dieser Ereignisse für Selbstbild, psychisches und körperliches Befinden entstand in den vergangenen Jahrzehnten eine umfangreiche Literatur. Die Ergebnisse dieser Forschungen führten auch zu zahlreichen praktischen Maßnahmen im Bereich der Gemeindemedizin (Gottlieb, 1982).

Chronische Belastungen in Arbeitswelt und Familie haben zwar zunächst meist weniger dramatische Folgen, können den Gesundheitszustand längerfristig jedoch erheblich beeinflussen (Pearlin und Liebermann, 1979). Arbeitsüberlastung oder Unterforderung, aber auch familiäre Belastungen oder soziale Isolation können zu Übergewicht oder zu überhöhtem Alkohol- und Nikotinkonsum beitragen (Pearlin und Radabaugh, 1976). Sozialwissenschaftler sehen die Entstehung und Bewahrung riskanter Lebensweisen in einem umfassenderen Kausalzusammenhang in Abhängigkeit von Einflüssen aus der sozialen Umwelt, in Verbindung mit Persönlichkeitsmerkmalen und Bewältigungsstrategien. In der traditionellen medizinischen Epidemiologie finden diese Zusammenhänge keine Berücksichtigung. Insgesamt gesehen wurde gerade der Einfluß chronischer Belastungen bisher wohl erheblich unterschätzt. Die Forschung konzentrierte sich hier auf die psychischen und somatischen Folgen von Arbeitsplatzunsicherheit, überhöhtem Konkurrenz- oder Leistungsdruck, physisch oder chemisch riskanten Arbeitsbedingungen, Arbeitsüberlastung, Nacht- oder Schichtarbeit und ähnliches mehr. Ob und unter welchen Bedingungen riskante Lebensweisen bereits vor Eintritt in das Erwerbsleben angelegt sind oder ihre Ursache primär in der Arbeitswelt haben, und welche Rolle in diesem Zusammenhang Doppelbelastungen durch Arbeits- und Familiensituation spielen, ist bislang, wie so vieles auf diesem Gebiet, weithin unerforscht. Einzelne, sehr ernst zu nehmende Hinweise existieren jedoch über den Zusammenhang zwischen Arbeitssituation und Zigarettenrauchen (Caplan *et al.*, 1975; Kasl, 1979).

Einiges mehr wissen wir über den Zusammenhang von Arbeitsbelastung, psychischer Gesundheit und Wohlbefinden (Kasl, 1979). Auch hier liegt die Vermutung nahe, daß niedrige Arbeitszufriedenheit bedingt durch eine ungünstige Arbeitsumgebung, monotone oder fragmentierte Arbeitsinhalte, wenig Kontaktmöglichkeiten mit Arbeitskollegen, geringe Handlungsspielräume und Aufstiegsmöglichkeiten oder konfliktreiche Arbeitsbeziehungen mit Vorgesetzten, Kollegen oder Untergebenen, gesundheitsgefährdende Lebensweisen eher fördern denn verhindern. Insgesamt gesehen leidet die Forschung auf diesem Gebiet noch an einer Vielzahl methodischer und konzeptueller Mängel, und sie weist erhebliche Lücken auf. Jedoch deuten das Gewicht der angesprochenen Probleme und die bereits vorhandenen Forschungsergebnisse auf die sozial — und gesundheitspolitische Dringlichkeit verstärkter Anstrengungen auf diesem Gebiet. In jüngerer Zeit hat die Erforschung psychosozialer Risiken vor allem aus der Soziologie und der Psychologie neue und vielversprechende Impulse erhalten.

Von allen sozialepidemiologischen Konzepten wohl am bisher ausgiebigsten diskutiert wurde das sogenannte «Typ-A-Verhaltensmuster» oder, wie es wegen seines spezifischen Krankheitsrisikos gelegentlich auch genannt wird, das «coronary prone behavior pattern». Typ-A-Verhalten äußert sich in: «competitive achievement striving», «a sense of time urgency» und «aggressiveness». Forschungen haben ergeben, daß Typ-A-Männer ein Herzinfarkterkrankungsrisiko haben, das über dem Zweifachen dessen liegt, dem Typ-B-Männer ausgesetzt sind (Rosenman *et al.*, 1975). Obwohl Typ-A einen von den klassischen Risikofaktoren unabhängigen

Einfluß auf das Herzinfarkttrisiko ausübt (Jenkins, 1976), scheint dieser Einfluß zum Teil doch durch sie vermittelt zu sein. Während eine Forschungsrichtung gegenwärtig dieser Frage nachgeht und sich um eine Aufdeckung weiterer somatischer Mediatoren des Typ-A-Verhaltensmusters bemüht, suchen andere nach psychosozialen Bedingungen für seine Entstehung. Eine bessere theoretische Klärung dieses Konzepts deutet sich auch in Versuchen an, das Typ-A-Verhaltensmuster mit anderen sozialepidemiologischen Ansätzen, etwa dem Kontrollkonzept (Glass und Carver, 1980) zu verknüpfen. Sehr ehrgeizige und durchsetzungsbewußte Menschen werden um so mehr dazu neigen — so wird vermutet — sich selbst zu überfordern, je öfter sie ihr Bestreben bedroht sehen, auf ihre Umwelt kontrollierend Einfluß zu nehmen. Eine weitere Klärung psychosozialer Bedingungen von Herz-Kreislaufkrankungen, möglicherweise auch anderer Leiden, könnte in der bislang noch unerforschten Möglichkeit liegen, daß Typ-A-Menschen — eben wegen ihrer ausgeprägten Aggressivität und ihrem Bedürfnis nach Umweltkontrolle — weniger soziale Unterstützung von Freunden, Bekannten, Arbeitskollegen oder vom Ehepartner erhalten oder akzeptieren.

Verstärkte Bemühungen um eine aktive Umweltkontrolle sind jedoch nur eine Möglichkeit der Bewältigung stresshafter Situationen. Die bislang überwiegend von Psychologen vorangetriebene Copingforschung beschäftigt sich auch mit kognitiven (z.B. Re-Definition eines Stressors) und verhaltensbezogenen Formen der Stressbewältigung, wie etwa mit Möglichkeiten des stress-sharing durch Gespräche mit Freunden oder innerhalb einer Selbsthilfegruppe (Lazarus und Launier, 1978; Schafft, 1981). Die in modernen Gesellschaften leicht zugängliche Möglichkeit der Stressbewältigung durch Einnahme von Medikamenten oder überhöhten Alkohol- und Tabakkonsum wurde bereits erwähnt.

Als Ansatzpunkte für gesundheitsfördernde Maßnahmen bieten sich hier u.a. Versuche und Maßnahmen an, die die aktive Auseinandersetzung (Problemlösung) des einzelnen mit stressauslösenden Bedingungen erleichtern; weiter solche, die die Fähigkeit des einzelnen fördern, mit dem Stresszustand und seinen Folgen besser fertigzuwerden (Emotionsregulierung). Wo Stressoren für einzelne nicht veränderbar sind, würden Programme, die darauf abzielen, die Motivation zur Stressbeseitigung zu stärken, vermutlich eher das Gegenteil bewirken, d.h. zu verstärkter Hilflosigkeit oder Resignation beitragen. Mit Blick auf die folgenden Überlegungen von recht hohem gesundheitspolitischem Gewicht dürfte die Frage sein, wann Menschen unter erhöhten psychosozialen Belastungen

- a) eher zu sozialem Rückzug oder zum Abbruch sozialer Kontakte neigen,
- b) wann sie auf diese Bedingungen eher mit einer verstärkten Suche nach Hilfe und Verständnis aus ihrem sozialen Umfeld reagieren, und wann sie
- c) medizinische und soziale Dienste nachfragen.

Das Hauptinteresse der psychologisch orientierten Gesundheitsforschung konzentrierte sich bisher auf den Zusammenhang zwischen Stresssituationen, Persönlichkeit, Bewältigungsverhalten auf der einen und psychischen und somatischen Stressreaktionen oder Krankheitsrisiken auf der anderen Seite. Parallel dazu beschäftigten sich Soziologen seit einigen Jahren mit der Bedeutung gesellschaftlicher Faktoren für Wohlbefinden, Krankheitsentstehung und Krankheitsbewältigung (Cobb, 1976). Im Zentrum dieser Forschungsrichtung steht gegenwärtig der Zusammenhang zwischen sozialen Bindungen, sozialen Beziehungen und sozialen Interaktionen und den drei Dimensionen des WGO-Gesundheitsbegriffes. Empirisch gut belegt ist mittlerweile der direkte Einfluß positiv empfundener sozialer Beziehungen auf das psychische Wohlbefinden (z.B. Gove, 1972; Gove, 1973; Pearlin und John-

son, 1977; Henderson, 1980; Turner *et al.*, 1982; Thoits, 1982; Badura und Waltz, 1982). Eine zweite Forschungsrichtung beschäftigt sich mit dem Einfluß sozialer Unterstützung auf die physische Gesundheit. Auch dieser Zusammenhang wird mittlerweile durch eindrucksvolles Datenmaterial belegt (z.B. Medalie und Goldbourt, 1976; Lynch, 1977; Berkman und Syme, 1979; Berkman, 1982). Besonderes Interesse gilt daneben der Frage, inwieweit soziale Unterstützung vor Belastungen schützt oder ihre Bewältigung erleichtert. Bei belastenden Lebensereignissen scheint eine enge Partnerbeziehung Frauen vor Depression zu schützen (Brow und Harris, 1978). Auch Gesundheitsrisiken der Arbeitslosigkeit oder der Verrentung scheinen geringer, wenn sie nicht zugleich mit einer Beeinträchtigung oder einem Verlust von als positiv und wichtig empfundenen sozialen Beziehungen einhergehen (Gore, 1973; Gore, 1978; Cobb und Kasl 1977; Minkler 1981; Lowenthal und Haven, 1968). Eine Vielzahl von Studien und eigene Forschungsergebnisse belegen schließlich den positiven Einfluß sozialer Unterstützung bei der Bewältigung von Folgen chronischer Krankheiten wie Herzinfarkt, Hirnschlag oder Krebs (Appel 1982, Badura, 1981; Badura und Waltz, 1982).

Das Supportkonzept scheint uns neue Wege zur Beantwortung folgender Fragen zu eröffnen: Warum bewältigen Menschen ähnliche Belastungen unterschiedlich gut? Welche sozialen Bedingungen fördern oder beeinträchtigen das psychische oder somatische Wohlbefinden? Gibt es so etwas wie ein psychosoziales Immunsystem? Die bislang vorliegenden und insgesamt ermutigenden Forschungsergebnisse bedürfen jedoch noch erheblicher Klärung und Ergänzung. Hier wie auch in anderen Bereichen sozialepidemiologischer Forschung besteht z.T. Unklarheit über die Bedeutung zentraler Begriffe, ist der Forschungsstand noch sehr lückenhaft, wissen wir wenig oder nichts über die den statistisch belegten Zusammenhängen zugrundeliegenden Kausalmechanismen (Dr Matteo und Hays, 1981). Zugleich muß betont werden, daß die Wandlung vom medizinisch-epidemiologischen Forschungsparadigma zum Paradigma der Sozialepidemiologie zwar erst in den Anfängen steckt, dennoch bereits jetzt schon Ergebnisse erbracht hat, die unser zukünftiges Denken und Handeln auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung revolutionieren könnten. Der Gesundheitsrelevanz sozialer Beziehungen und Interaktionen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, weil sich daraus unmittelbare Konsequenzen für gemeindebezogene Maßnahmen ergeben können; zum einen was die Förderung und Unterstützung traditioneller Netzwerke in Familie, Nachbarschaft, Schule, Arbeitswelt und zum zweiten was die Förderung und Unterstützung neuer Formen informeller Gesundheitsversorgung betrifft. Aus diesem Grunde finden auch Gesundheits-selbsthilfegruppen in zahlreichen Ländern eine wachsende Beachtung (Kickbusch und Trojan, 1981, Badura und v. Ferber, 1981). Beurteilt man diese Entwicklung grundsätzlich positiv, so muß doch auch daran erinnert werden, daß der Einfluß informeller Gruppen auf die Gesundheit ihrer Mitglieder keinesfalls immer günstig sein muß, sondern unter manchen Bedingungen eher ungünstig sein kann. Der skandinavische Streßforscher Levi unterstreicht deshalb einerseits die «likelihood of great potential in the proper use of what is probably a group defense reaction», warnt andererseits aber auch vor «the enormous danger of its improper use» (1979, S. 228). Eine ausführlichere Darstellung des sozialepidemiologischen Paradigmas scheint an dieser Stelle nicht angebracht (siehe dazu Badura, 1981); zusammenfassend sollen jetzt einige Implikationen und Konsequenzen angedeutet werden.

Im Rahmen der medizinischen Epidemiologie hat der Faktor «life-style» eine zentrale Bedeutung für die Entstehung so wichtiger Krankheiten wie Herzinfarkt oder Lungenkrebs. Außer acht gelassen wird dabei zweierlei:

- a) Neben einem riskanten «life-style» müssen meist auch noch andere Faktoren eine pathogene Wirkung ausüben, damit es zur Entstehung von Krankheitssymptomen kommt. Anders läßt sich z.B. auch der immer wieder bestätigte Befund nicht deuten, daß die klassischen Risikofaktoren nur einen insgesamt recht begrenzten Teil der Herzinfarkt mortalität zu erklären vermögen.
- b) Nachweislich gesundheitsschädigendes Verhalten wird selbst wiederum durch eine Reihe sozialer und psychischer Faktoren gefördert. Der Einfluß von Alter, Geschlecht, sozio-ökonomischem Status, des Verhaltens von Eltern und von peer-groups ist hierfür mittlerweile empirisch gut belegt. Sozialepidemiologische Forschungen könnten zu einer weiteren Klärung und Ergänzung dieser bereits bekannten Zusammenhänge beitragen und dadurch die Grundlagen präventiver Maßnahmen verbessern.

Aus sozialepidemiologischer Sicht entstehen riskante Verhaltensweisen als Folge psychosozialer Belastungen, die der einzelne unter weiter zu spezifizierenden Bedingungen mit einem riskanten Genußmittelkonsum zu bewältigen sucht. In seinem gesellschaftlichen Umfeld existieren hierfür meist zahlreiche Anreize, Vorbilder oder auch informelle Zwänge. Wir sollten also mehr darüber wissen, welche chronischen und/oder akuten Belastungen beim Übergang ins Jugendalter und in spätere Phasen des Lebenszyklus bewältigt werden müssen, auch darüber, welchen Einfluß dabei intervenierende Faktoren (Coping, Persönlichkeit, Netzwerk, supportive Interaktionen) ausüben. Ohne eine durchdachte und in wichtigen Teilen empirisch gesicherte Theorie ist eine gezielte Prävention derart komplex bedingter Krankheitsrisiken nicht möglich.

Das Paradigma der Sozialepidemiologie kann in diesem Zusammenhang unser Denken revolutionieren, einmal weil es uns auf die Bedeutung neu entdeckter Krankheitsrisiken aufmerksam macht; zum zweiten weil es unsere Aufmerksamkeit auf Faktoren lenkt, denen entweder eine vor Krankheit schützende Rolle zukommt oder die die Bewältigung chronischer oder akuter Leiden erleichtern. Geboren ist damit die Idee eines «psychosozialen Immun- und Bewältigungssystems». Die hier zusammengefaßten Überlegungen und Befunde sollten deutlich machen, daß es sich auch aus gesundheitspolitischer Sicht lohnt, einer solchen Idee verstärkt nachzugehen. Folgende Fragen müßten dabei vorrangig weiter geklärt und erforscht werden:

- Was konstituiert ein wirksames psychosoziales Immun- und Bewältigungssystem?
- Wie und unter welchen Voraussetzungen wirken seine Elemente primärpräventiv oder beeinflussen sie die Wiedergewinnung von Gesundheit und die Bewältigung chronischer Krankheiten?
- Welche sozio-ökonomischen Bedingungen fördern oder erschweren die Konstitution und den Erhalt eines solchen Systems?
- Welche Maßnahmen sind zur Förderung psychosozialer Schutz- oder Bewältigungsfaktoren geeignet und wie lassen sie sich wirksam einsetzen?

Sollte sich bestätigen, daß Umfang und Qualität sozialer Netzwerke einen unspezifischen Einfluß auf Krankheitsrisiken ausüben (Berkman und Syme, 1979), könnten sich allein daraus für die Gestaltung gesundheitspolitischer Maßnahmen ganz erhebliche Konsequenzen ergeben.

3. Eine neue Gesundheitsphilosophie: Prämissen, Optionen, Interventionen

Immer weniger Wissenschaftler hoffen, die «Hauptkiller» moderner Industriegesellschaften: die Herz-Kreislaufleiden und die am stärksten verbreiteten Krebsarten, ließen sich in naher Zukunft durch spezifische therapeutische Maßnahmen wirksam bekämpfen. Die Hoffnung auf derartige «Durchbrüche» hat uns möglicherweise bereits viel zu lange vor Anstrengungen in den Bereichen der Prävention und der Rehabilitation abgehalten. Aber selbst wenn uns eine Neuorientierung gesundheitsspolitischer Prioritäten zugunsten von Prävention und Rehabilitation gelingen sollte, wäre auch dies zunächst nur ein erster Schritt in die richtige Richtung. Überhöhte Hoffnungen auf rasche Erfolge sind auch hier nicht angebracht. Wirksame Prävention ist nur auf der Basis verlässlicher Ergebnisse anwendungsbezogener Forschung möglich, verlässliche Ergebnisse anwendungsbezogener Forschung setzen ihrerseits gesichertes Grundlagenwissen voraus. Diese triviale Einsicht scheint in den nationalen Forschungspolitiken — auch im Gesundheitsbereich — oft nicht ausreichend berücksichtigt zu werden. Wissenschaftler, die sich für eine verstärkte Förderung der Grundlagenforschung im Bereich der Prävention einsetzen, suchen dabei an Erfolge der Sozialreformer des 19. Jahrhunderts anzuknüpfen. Damals gelang es in erster Linie durch verbesserte Lebens- und Ernährungsbedingungen der städtischen Arbeiterschaft, die Sterberate im Bereich der Infektionskrankheiten drastisch zu reduzieren. Der seitdem stattgefundenen Wandel der Lebensbedingungen veränderte auch das Krankheitspanorama: An die Stelle der Infektionskrankheiten als Haupttodesursache traten neue gefährliche Leiden im Herz-Kreislaufbereich und vor allem der Lungenkrebs. Die den Maßnahmen der Sozialreformer zugrundeliegende Gesundheitsphilosophie hat dadurch an Gültigkeit und Aktualität nichts eingebüßt. Wichtigstes Element dieser Philosophie ist die Annahme, daß Massenerkrankungen ihre Wurzeln in Umweltbedingungen haben, und daß der Mensch, da er diese Bedingungen selbst schafft, sie auch wieder selbst beseitigen oder zumindest in ihren Auswirkungen abmildern müsse. Nicht Heilung einzelner Kranker, sondern Identifizierung von Risikopopulationen und Interventionen in riskante Umweltbedingungen sowie Förderung der Krankheitsresistenz und der Gesundheit bilden die Hauptmaximen einer sich als Sozialreform verstehenden Gesundheitspolitik.

Stellt man die Gesundheitsphilosophie der traditionellen Medizin derjenigen gegenüber, die sich mit dem Paradigma der Sozialepidemiologie verbindet, wird deutlich, daß *beide* auf einer langen Tradition fußen. Für die eine Tradition steht die Erhaltung der Gesundheit für die andere die Heilung von Krankheit im Vordergrund:

«Die Mythen von Hygieia und Askulap symbolisieren die nie enden wollende Oszillation zwischen zwei verschiedenen Standpunkten in der Medizin. Gesundheit ist für die Verehrer von Hygieia die natürliche Ordnung der Dinge, eine positive Eigenschaft, auf die die Menschen ein Anrecht haben, wenn sie ihr Leben richtig führen. Für sie besteht die wichtigste Funktion der Medizin darin, die natürlichen Gesetze, die einem Menschen einen gesunden Geist in einem gesunden Körper sichern, zu entdecken und zu lehren. Die Anhänger von Askulap glauben skeptischer oder lebensnäher, daß die Hauptaufgabe des Arztes darin besteht, Krankheiten zu behandeln und die Gesundheit dadurch wiederherzustellen, daß jede Form von Mängeln, die durch Zufälle der Geburt oder des Lebens verursacht wurden, korrigiert wird. (Dubos, 1959, S. 109; zitiert nach McKeown, 1982, S. 25 f.)

In der Bundesrepublik mehr noch als in den angelsächsischen oder skandinavischen Ländern wurde die Tradition der (Sozial-) Hygiene von der der Behandlungsmedi-

zin sehr weitgehend verdrängt. Die Folgen dieser Entwicklung sind erheblich. Sie erstrecken sich von der Art und Weise, wie Probleme von Gesundheit und Krankheit im Alltagsbewußtsein wahrgenommen werden, über wissenschaftliche Grundlagen und Schwerpunktsetzungen in der Forschung bis hinein in das therapeutische Handeln des einzelnen Arztes.

Dem Krankheitsbegriff der Behandlungsmedizin liegt die von der Öffentlichkeit mittlerweile weithin geteilte Auffassung zugrunde, der menschliche Körper sei eine Maschine, die durch Intervention in ihre inneren Vorgänge vor größeren Schäden bewahrt oder geheilt werden könne. Wissenschaftliche Grundlagen dieser auf somatische Vorgänge konzentrierten Krankheitsphilosophie liefern ausschließlich die Naturwissenschaften und hier vor allem die biomedizinische Laborforschung. Im Zentrum diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen der Behandlungsmedizin steht der einzelne Mensch, zumeist sogar nur noch eines seiner Organe.

Die Gesundheitsphilosophie der Sozialepidemiologie zielt demgegenüber auf Erhaltung von Gesundheit, nicht Heilung von Krankheit. Sie richtet die Aufmerksamkeit auf Gesundheitsrisiken in der sozialen Umwelt und auf psychosoziale Faktoren, die vor Krankheit schützen oder ihre Bewältigung erleichtern (psychosoziales Immun- und Bewältigungssystem). Ihr wissenschaftlicher Ansatz ist interdisziplinär und fußt auf Einsichten und Methoden der Soziologie, der Psychologie und der Medizin. Auch ihr Ziel ist es letztlich zu intervenieren — jedoch eher zugunsten der Gesundheit ganzer Populationen. Ziel sozialepidemiologisch-sozialhygienischer Interventionen ist die Entdeckung, Milderung oder Beseitigung riskanter Umweltbedingungen zum einen und die Stärkung gesundheitsförderlicher Faktoren zum anderen. Als ein wichtiges Instrument dieser neuen (alten) Gesundheitsphilosophie könnte sich die *Strategie der Netzwerkförderung* erweisen. Unter Netzwerkförderung verstehe ich Maßnahmen, die (a) der Förderung, Entlastung oder Mobilisierung vorhandener Netzwerke in Familie, Arbeitswelt und Gemeinde dienen und solche, die (b) auf die Initiierung oder Förderung neuer Netzwerkelemente, z.B. auf Gründung von Selbsthilfegruppen oder Selbsthilfeorganisationen, abzielen.

Die Strategie der Netzwerkförderung ist unspezifisch, weil es ihr um die Verbesserung allgemeiner Gesundheitsbedingungen geht, und sie ist optional, da sie auf die Erweiterung von Gesundheitsressourcen abzielt, ohne dabei zugleich über die Nutzung und Wirkung im Einzelfall bestimmen zu wollen. Diese Überlegungen laufen auf den Vorschlag hinaus, Netzwerkförderung als neue Strategie neben die der Behandlung, der Belastungsreduktion oder der Einkommensverbesserung verstärkt ins Auge zu fassen und zu erproben.

Überträgt man die Prämissen dieser ökologischen Gesundheitsphilosophie auf die Gesundheitsprobleme Europas am Ende des 20. Jahrhunderts, dann ergeben sich aus sozialepidemiologischer Sicht zwei Hauptzielsetzungen:

- (a) Bekämpfung nicht nur physikalischer und biochemischer, sondern auch psychosozialer Risiken und
- (b) Förderung und Stärkung des psychosozialen Immunsystems (psychosozialer Schutz- und Bewältigungsfaktoren).

3.1 Interventionsbereich Familie

Die Familie wird in der Forschung bislang oft recht einseitig als immer noch für das psychische Wohlbefinden wichtigster Lebensbereich betrachtet. Relativ wenig Beachtung wurde der Möglichkeit geschenkt, daß chronische oder akute familiäre Belastungen sowohl beim Heranwachsenden wie bei den Eltern, vor allem in Verbin-

dung mit Belastungen in Schule und Arbeitswelt, auch für das somatische Befinden von außerordentlicher Bedeutung sein können. Arbeitsüberlastung, kommunikationsfeindliche Arbeitsbedingungen, interpersonelle Konflikte und ähnliches mehr können auch für im Haushalt Tätige erhebliche Risiken bergen. Hier wie auch in der Schule und in der Arbeitswelt sollte das Problem der chronischen Belastungen (Pearlin *et al.*, 1981) verstärkt erforscht und gesundheitspolitisch berücksichtigt werden. Zu denken wäre dabei vor allem an chronische Überforderungen durch Doppelbelastung der erwerbstätigen Ehefrau, durch Haushalts- und Erwerbstätigkeit oder Überlastung durch Pflege chronisch kranker oder behinderter Familienangehöriger. Wenn man im zuletzt genannten Bereich dem verbreiteten Wunsch nach familiärer anstelle stationärer Pflege nachgibt, wofür sowohl humanitäre wie auch *Kostenargumente sprechen, sollte zugleich auch an eine Entlastung der Hauptpfleger* gedacht werden (Kickbusch, 1981). Nicht nur der zu Pflegenden, sondern auch der Hauptpfleger, beide leiden oft an zunehmender sozialer Isolation. Die erhebliche körperliche und psychische Überbeanspruchung — so muß vermutet werden — enthält für den Pflegenden selbst meist ein beträchtliches Krankheitsrisiko (Social-data, 1980). Ein Mehr an ambulanten Pflegediensten, Ausbau von Gesundheitszentren und verstärkte Einbeziehung der Angehörigen chronisch Kranker und Pflegebedürftiger in die medizinische und psychosoziale Beratung könnte hier wesentliche Entlastungen schaffen.

Die zunehmende Erwerbstätigkeit der Frau und die wachsende Zahl chronisch Kranker und Pflegebedürftiger sind Entwicklungen, denen die Gesundheitsversorgung moderner Industriegesellschaften bisher zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt hat (für die Bundesrepublik vgl. v. Ferber, 1982). Die primärpräventiven Folgen verbesserter ambulanter Pflege für die Familie insgesamt, besonders aber für den Hauptpfleger, werden in diesem Zusammenhang oft völlig übersehen. Praktische Hilfe von außen entlastet nicht nur die Familie, sondern fördert überdies oft auch ihre Bereitschaft zur emotionalen Unterstützung chronisch Kranker und Pflegebedürftiger. Selbst- oder fremdauferlegte Belastungen der Eltern in Haushalt und Arbeitswelt beeinträchtigen sicherlich auch ihre Möglichkeit, durch Vorbild, Verständnis, Geduld und Zuwendung die Lebensweise der heranwachsenden Kinder positiv zu beeinflussen.

3.2 Gesundheitsselbsthilfegruppen, Nachbarschaftshilfe, peer-group-Einfluß

Vor allem in Zeiten akuter Krisen sind Familienangehörige oder Alleinstehende auf externe Unterstützung angewiesen. Als Anbieter externer Unterstützung sind neben *den medizinischen und sozialen Diensten in einigen Ländern zunehmend auch Gesundheitsselbsthilfegruppen* tätig. Gesundheitsselbsthilfegruppen ermöglichen ihren Mitgliedern Informationsaustausch, Aussprachemöglichkeiten, Knüpfung neuer Beziehungen; sie geben Orientierungshilfe und üben, das gilt vor allem für Gruppen im Bereich der Suchtkrankheiten, ein gewisses Maß an offenbar therapeutisch notwendiger sozialer Kontrolle aus. Diese Gruppen helfen bei der Bekämpfung von Angst, Ungewissheit, Depression, sie geben ihren Mitgliedern Halt und Ermutigung; sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zur psychosozialen Versorgung in Bereichen, in denen heute weder die Familie noch medizinische oder soziale Dienste dazu ausreichend in der Lage zu sein scheinen. Entstehung und Förderung von Gesundheitsselbsthilfegruppen sollte daher ein wichtiges Ziel jeder Gesundheitspolitik sein. Berücksichtigt werden muß dabei, daß das von den Mitgliedern zumeist sehr hoch geschätzte Prinzip der Selbständigkeit und Unabhängigkeit ihrer Gruppen ge-

achtet und weder durch die Voraussetzungen noch durch die Instrumente staatlicher Förderung ausgehöhlt wird.

Neben diesen neuen Formen der Streßbewältigung sollte die Bedeutung traditioneller Hilfesysteme innerhalb von Nachbarschaft und Gemeinde nicht vergessen werden. Soziale Kontaktmöglichkeiten bilden die Voraussetzung jeder Form praktischer oder psychosozialer Unterstützung, auf die die meisten Menschen nicht nur in Krisenzeiten, sondern auch zur Bewältigung ihrer Alltagsprobleme angewiesen sind. Stadtplanung, Wohnungsbau und vom Arbeitsmarkt ausgehende Mobilitätswänge haben sich, was Entstehung und Erhalt solcher natürlicher Hilfesysteme betrifft, in den vergangenen Jahrzehnten wohl überwiegend negativ ausgewirkt. Besonders hier wird der oft enge Zusammenhang zwischen sozialer und natürlicher Ökologie in seiner Bedeutung für das Wohlbefinden deutlich. Waren es früher überwiegend ungenügende sanitäre Wohnbedingungen, von denen ein hohes Krankheitsrisiko ausging, so sollte heute verstärkt auf die sozialen Folgen von Wohnungsbau- und Verkehrsplanung geachtet werden.

Mehr als im Bereich der Gesundheitsselbsthilfegruppen und der Nachbarschaftshilfe wird im Bereich der peer-groups Jugendlicher die Ambivalenz des Gruppenkonzepts für Wohlbefinden und Gesundheit deutlich. Sicherlich trifft auch für peer-groups viel von dem zu, was über die Bedeutung der Gesundheitsselbsthilfegruppen und der Nachbarschaftshilfe gesagt wurde. Auch peer-groups helfen bei der Bewältigung täglicher Belastungen und akuter Krisen; auch sie erlauben «stress-sharing» durch gemeinsame Bewältigung von Angst, Ungewissheit, Hilflosigkeit; auch sie geben Orientierungshilfen, die weder von der Familie noch von anderen Instanzen akzeptiert werden würden, und auch sie erleichtern die Knüpfung sozialer Kontakte. Wenn der Einfluß von peer-groups insgesamt gesehen für die Persönlichkeitsentwicklung und die Gesundheitsförderung als grundsätzlich positiv eingeschätzt werden muß, so gilt dies hier wie auch im Falle der Familie und der Selbsthilfegruppen nicht unter allen Umständen. «Peer conformity pressure» scheint in Verbindung mit den Veränderungen und Schwierigkeiten der Adoleszenz eine der wichtigsten Ursachen für den Beginn jugendlicher Genußmittelabhängigkeit zu sein. Deshalb sollten präventive Maßnahmen eine Milderung dieser Veränderungen und Schwierigkeiten anstreben und versuchen, «peer conformity pressure» in einem gesundheitsförderlichen Sinne zu beeinflussen. Auch Maßnahmen, die das in diesem Alter erwachende Umweltbewußtsein verstärken, sollten in diesem Zusammenhang gesehen werden.

3.3 Schule, Hochschule

In der Gesundheitserziehung spielt die Schule seit langem eine große Rolle. Die damit meist verbundene Sichtweise der Schule primär als Ort der Vermittlung gesundheitsbezogener Informationen greift mittlerweile jedoch erheblich zu kurz. Schulen und Hochschulen entwickelter Industriegesellschaften wandelten sich in den vergangenen Jahrzehnten zunehmend in leistungsorientierte Massenorganisationen, deren Arbeitsbedingungen für Schüler und Lehrer oft mit erheblichen Belastungen verbunden sind. In diesem Zusammenhang häufen sich auch Anzeichen für eine wachsende soziale Isolation der Schüler untereinander und für eine gegenseitige Verstärkung schulischer und familiärer Schwierigkeiten. Als streßauslösende Randbedingungen werden genannt: Leistungs- und Prüfungsdruck, individuelle Konkurrenz, zu starke Gewichtung theoretischen Wissens auf Kosten emotionaler und praktischer Fähigkeiten, Bewegungsarmut, Anonymität und Fremdbestimmtheit. Als

Krankheitsfolgen werden genannt: Angst, Verhaltensstörungen, vegetative Störungen wie Magenschmerzen, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit sowie Alkohol- und Drogenmißbrauch und Suizidhandlungen (Nitsch und Hackforth, 1981).

Dies alles macht deutlich, daß schulbezogene präventive Maßnahmen über Informationsvermittlung hinausgehen und zukünftig auch an der Schulorganisation, den Curricula und an der Lehrerausbildung, z.T. aber auch an außerschulischen Bedingungen ansetzen müßten. Für verstärkte Bemühungen auf diesem Gebiet spricht nicht zuletzt auch die lange Zeit, die Jugendliche mittlerweile in Schule und Hochschule verbringen, sowie die zahlreichen biographischen Diskontinuitäten, die meist mit dem Durchlaufen verschiedener Ausbildungsstufen verbunden sind. Ein besonderer Schwerpunkt sollte bei (unspezifischen) Maßnahmen liegen, die die emotionalen und sozialen Fähigkeiten der Schüler und Lehrer fördern und bei Maßnahmen, die die individuelle Konkurrenz der Schüler untereinander mindern.

3.4 Arbeitswelt

Mittlerweile liegt eine ganze Anzahl von Arbeiten über den Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen, psychosozialen Risiken und Krankheit vor (vgl. dazu zuletzt: House, 1981). Ihre Ergebnisse sind insgesamt zwar ermutigend, in ihren praktischen Konsequenzen jedoch oft alles andere als eindeutig. Die Gründe dafür liegen vor allem in der Komplexität des Streßgeschehens selber, in der Unausgereiftheit der Meßverfahren, in der z.T. recht langen Latenzzeit der untersuchten Krankheiten und, nicht zuletzt, in den interpersonellen Unterschieden bei der Stressorwahrnehmung und der Streßreaktion. Für die Produktion verlässlichen und handlungsrelevanten Wissens erschwerend wirkt auch der Umstand, daß selbst innerhalb ein und derselben Berufsgruppe die konkreten Arbeitsbedingungen oft erheblich variieren. An dieser Stelle gilt es, an eine Bemerkung von McKeown zu erinnern: «Wie gut ein Wirksamkeitsnachweis sein muß, um öffentliches Handeln zu rechtfertigen, ist eine... Frage, auf die es keine allgemeine Antwort gibt. Trotzdem sollte man sich im klaren darüber sein, daß ein schlüssiger Nachweis für schädliche oder vorteilhafte Gesundheitseinflüsse oft eine unrealistische Forderung beinhaltet» (1982, S. 181). Als Grundlage praktischen Handelns würden oft gut dokumentierte Daten über betriebliche Arbeitsbedingungen und die betriebliche Verteilung von Krankheitsarten und Krankheitshäufigkeiten ausreichen (v. Ferber *et al.*, 1982). Die Verantwortung dafür, daß diese Daten meist nicht gesammelt werden und die Anzahl auch im psychosozialen Bereich gut ausgebildeter Betriebsärzte in allen europäischen Ländern viel zu gering ist, liegt außerhalb der Forschung. Grundsätzlich scheint sich heute unter Streßforschern ein Konsens dahingehend anzubahnen, daß eine Erweiterung der Handlungsspielräume, eine bessere Aufklärung über arbeitsbedingte Krankheitsrisiken sowie eine Förderung supportiver Arbeitsbeziehungen sich auf die Gesundheit der Erwerbstätigen positiv auswirken dürften.

4. Schlußbemerkung

Die in diesem Papier skizzierte Gesundheitsphilosophie bietet zahlreiche Ansatzpunkte präventiver Intervention — und dies selbstverständlich nicht nur auf der Gemeindeebene. In vielen Bereichen bedarf vielmehr die Beseitigung von Risiken wie auch die Stärkung von Bewältigungs- und Schutzfaktoren einer überregionalen Planung und Intervention. Ein erster Schwerpunkt sollte bei Bemühungen zur Humanisierung des Arbeitslebens liegen. Diese sollen sich nicht mehr nur — wie im konven-

tionellen Arbeitsschutz — auf Bemühungen zum Schutz vor physikalischen und biochemischen Risiken beschränken. Nicht Anpassung des Menschen an eine riskante Arbeitswelt, sondern umgekehrt: Anpassung der Arbeitswelt auch an die psychosozialen Möglichkeiten und Bedürfnisse des Menschen sollte Hauptmaxime einer intensivierten Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz sein. Ein zweiter Schwerpunkt sollte bei der Verkehrspolitik liegen: bei Fragen der Sicherheit von Kraftfahrzeugen und Straßen sowie bei der Frage, inwiefern durch eine Reduzierung des Transportbedarfs nicht nur Energie-, sondern auch Gesundheitskosten eingespart werden könnten. Die Gesundheitsrelevanz von Umweltschutz, Ernährungs- und Landwirtschaftspolitik liegt auf der Hand. Hier gilt es insbesondere, gesicherte Erkenntnisse über Gesundheitsrisiken von Luft-, Wasser- und Bodenverschmutzung bzw. -vergiftung zu berücksichtigen. Der Beschäftigungspolitik kommt wegen der Gesundheitsbedeutung drohender oder tatsächlicher Arbeitslosigkeit oder beruflich erzwungener Mobilität eine besondere Bedeutung zu. Ein weiterer Schwerpunkt muß im Bereich des Konsumentenschutzes liegen, etwa bei der Beschränkung von Alkohol- und Tabakreklame, bei der Förderung des Patientenschutzgedankens, der Selbsthilfebewegung oder bei der Mobilisierung der Öffentlichkeit für Gesundheitsbelange. Auch Möglichkeiten einer verstärkten Konsumentenmitbestimmung sollten überdacht werden und dies sowohl auf der kommunalen wie auf der nationalen Ebene.

Der Forschungs- und der Bildungspolitik kommt bei der Weiterentwicklung und Anwendung der in diesem Papier angestellten Überlegungen eine zentrale Bedeutung zu. Ausgehend von der weiter oben skizzierten Gesundheitsphilosophie sollte der Schwerpunkt hier zum einem bei der Förderung der Grundlagenforschung über den Zusammenhang zwischen natürlichen und sozialen Umweltbedingungen und allgemeinen oder spezifischen Morbiditätsraten liegen. Da wir uns, wie der im ersten Teil des Papiers gegebene Überblick zeigt, zukünftig vor allem auf die komplexen Kausalzusammenhänge zwischen Umwelt, Person und Verhalten konzentrieren sollten, scheint auch eine interdisziplinäre Vorgehensweise unerläßlich. Der sozialegpidemiologischen Forschung gelingt es zunehmend, beide Faktorenklassen — medizinbiologische und psychosoziale — zu erfassen und in ihren Wirkungen theoretisch zu deuten. Einer kontinuierlichen, institutionell fest verorteten sozialegpidemiologischen Forschung kommt daher in einer zukünftigen Forschungspolitik eine hohe Priorität zu. Nur eine solchermaßen gebündelte Anstrengung von epidemiologisch ausgebildeten Soziologen, Psychologen und Umweltmedizinern verspricht ein angemessenes Verständnis zahlreicher zentraler Gesundheitsprobleme moderner Gesellschaften.

Da der epidemiologischen Forschung, oft zu Recht, der Vorwurf ihrer praktischen Irrelevanz gemacht wurde, sollte ein zweiter Schwerpunkt bei der Förderung gemeinde- und arbeitsweltbezogener Interventionen und Einrichtungen liegen. Dem öffentlichen Gesundheitswesen könnte im Rahmen einer verstärkt präventiv-ökologisch orientierten Gesundheitsversorgung eine zentrale Aufgabe bei der Anwendung sozialegpidemiologischer Grundlagenforschung zur Bekämpfung moderner Massenkrankheiten zufallen.

Auch Ausbildung und Einsatz von Arbeits- und Gemeindefeldmedizinern, aber auch von nichtmedizinischem Gesundheitspersonal (z. B. Sozialarbeiter) sollte intensiviert und den veränderten Bedingungen und Aufgaben im Gesundheitswesen auf der Schwelle zum Jahre 2000 angepaßt werden. Was die dringend notwendige theoretische, methodische und praktische Ausbildung auf dem Gebiet der Sozialegpidemiologie betrifft, sollte an deren Konzentration in einer überregionalen Einrichtung gedacht werden.

LITERATUR

- Antonovsky, A. (1979). *Health Stress and Coping*. London: Jossey-Bass.
- Appel, A. (1982). *The Psychological Setting Imminent Myocardial Infarction*. Maastricht (Matrizenabzug).
- Badura, B. (Hg.) (1981). *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozial-epidemiologischer Forschung*. Frankfurt / M.: Suhrkamp.
- Badura, B. & Ferber, Chr. v. (Hg.) (1981). *Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen*. München: Oldenbourg.
- Badura, B. & Waltz, M. (1982). *Social Support and Well-being: the Measurement of Social Support*. Beitrag für den X. Weltkongreß für Soziologie, Mexico City.
- Berkman, L. & Syme, S. (1979). Social Networks, Host Resistance and Mortality, *American Journal of Epidemiology*, 109, S. 186-204.
- Berkman, L. (1982) Social Network Analysis and Coronary Heart Disease. In *Psychological Problems Before and After Myocardial Infarction*. Basel: Karger Verlag, S. 37-49.
- Brown, G. & Harris, T. (1978). *Social Origins of Depression: Study of Psychiatric Disorder*. London: John Wiley.
- Brown, S.S. (1979). The Health Needs of Adolescents. In *Healthy People*. Washington: Government Printing Office, S. 335-364.
- Caplan, R.; Cobb, S. & French, J. (1975), *Relationships of Cessation of Smoking with Job Stress, Personality and Social Support*. *Journal of Applied Psychology*, 60, S. 211-219.
- Cassel, J. (1976), The Contribution of the Social Environment to Host Resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, S. 1-25.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, S. 300-314.
- Cobb, S. & Kasl, S. (1977), Termination: The Consequences of Job Loss. In *National Institute of Occupational Safety and Health*, Publication. S. 77-224.
- DiMatteo, R. & Hays, R. (1981). Social Support and Serious Illness. In Gottlieb, B.H. (Hg.): *Social Networks and Social Support*. Vol. 4, Beverly Hills, London: Sage Studies in Community Mental Health. S. 117-143.
- Doll, R. & Peto, R. (1981). The Causes of Cancer: Quantitative Estimates of Avoidable Risks of Cancer in the US Today. *Journal of the National Cancer Institute*. S. 1255 f.
- Dubos R., (1959). *Mirage of Health*. New York: Anchor Press.
- Ferber, Chr. v. (1981). Wie läßt sich die Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen verbessern? *Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkasse-Materialien*. Bonn, Bd. 14, S. 103-122.
- Ferber, Chr. v. et al. (1982). Medizinsoziologie und Prävention. Am Beispiel der Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz. In *Soziale Welt*, Sonderband 1, S. 277-306.
- Glass, D.C. & Carver, Ch. S. (1980). Helplessness and the Coronary-prone Personality. In Garber, J. & Seligman, M.E.P. (Hg.): *Human Helplessness: Theory and Application*, New York: Academic Press, S. 223-243.
- Gore, S. (1973). *The Influence of Social Support and Related Variable in Ameliorating the Consequences of Job Loss*. Dissertation. Pennsylvania Univ., Microfilm Nr. 74-2416.
- Gore, S. (1978). The Effect of Social Support in Moderating the Health Consequences of Unemployment. *Journal of Health and Social Behaviour*, 19, S. 157-165.
- Gottlieb, Th. (1982). Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis? Frankfurt / M.: Suhrkamp.
- Gove, W. (1972). The Relationship between Sex Roles, Marital Status and Mental Illness. *Social Forces*, 51, S. 34-44.
- Gove, W. (1973). Sex, Marital Status and Mortality. *American Journal Sociology*. S. 45-67.
- Haynes, S.; Feinleib, M. & Kannel, W. (1980). The Relationship of Psychosocial Factors to Coronary Heart Disease in the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology*, 111, S. 37-58.
- Henderson, S. (1980). A Development in Social Psychiatry: the Systematic Study of Social Bonds. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, S. 63-69.
- House, J.F. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, MA; Addison-Wesley.
- Jenkins, D. (1976). Recent Evidence Supporting Psychological and Social Risk Factors for Coronary Disease, *New England Journal of Medicine*, 224, S. 987-1038.

- Kaplan, B.; Cassel, J. & Gore, S. (1977). Social Support and Health, *Medical Care*, 15 Supplement, S. 47-57.
- Kasl, S.V. (1979). Epidemiological Contribution to the Study of Work Stress. In Cooper, C.L. & Payne, R. (Hg.): *Stress at Work*. Chichester: J. Wiley.
- Kickbusch, I. (1981). Die Bewältigung chronischer Krankheit in der Familie: Einige forschungskritisch-programmatische Bemerkungen. In Badura, B. (Hg.): *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit*, a.a.O. Frankfurt/M.: Suhrkamp, S. 317-342.
- Kickbusch, I. & Trojan, A. (Hg. 1981). *Gemeinsam sind wir stärker. Selbsthilfegruppen und Gesundheit*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1978). Stress-related Transactions between Person and Environment. In Lewis, M. & Pervin, L.A. (Hg.): *Perspectives in Interactional Psychology*, New York: Plenum Publications, S. 287-327.
- Levi, L. (1979). Psychosocial Factors in Preventive Medicine. In *Healthy People*. Washington: Government Printing Office, S. 207-252.
- Lowenthal, M. & Haven, C. (1968). Interaction and Adaption: Intimacy as a Critical Variable. *American Sociological Review*, 33, S. 20-30.
- Lynch, J.J. (1977). *The Broken Heart*. New York: Harper and Row.
- McAlister, A.C. (1979). Tobacco, Alcohol, and Drug Abuse: Onset and Prevention. In *Healthy People*. Washington: Government Printing Office, S. 157-206.
- McKeown, Th. (1982). *The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis?* Abingdon: Burgess & Son.
- Medalie, J. & Goldbourt, U. (1976). Angina Pectoris among 10 000 Men, *American Journal of Medicine*, 60, S. 910-916.
- Minkler, M. (1981). Research on the Health Effects of Retirement and Uncertain Legacy. *Journal of Health and Social Behaviour*, 22, S. 117-130.
- Nitsch, J.R. (1981). Streßtheoretische Modellvorstellungen. In ders. (Hg.): *Streß, Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. Bern: Huber, S. 52-187.
- Nitsch, J.R. & Hackforth, D. (1981). Streß in Schule und Hochschule, eine handlungspsychologische Funktionsanalyse. In Nitsch, J.R. (Hg.): *Streß, Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*, a.a.O. Bern: Huber, S. 263-311.
- Pearlin, L. Radabaugh, C. (1976). Economic Strains and the Coping Function of Alcohol. *American Journal of Sociology*, 82, S. 652-663.
- Pearlin, L. & Johnson, I. (1977). Marital Status, Life Strains and Depression. *American Sociological Review*, 42, S. 704-715.
- Pearlin, L. & Lieberman, M. A. (1979). Social Sources of Emotional Distress. *Research in Community and Mental Health*, 1, S. 217-248.
- Pearlin, L. et al. (1981). The Stress Process. *Journal of Health and Social Behaviour*, 22, S. 337-356.
- Rose, G. & Marmot, M. G. (1981). Social Class and Coronary Heart Disease, *British Heart Journal*, 45, S. 13-19.
- Roseman, R. H. et al. (1975). Coronary Heart Disease in the Western Collaborative Group Study: Follow-up Experience of 8 1/2 Years, *Journal of American Medical Association*, 233, S. 872.
- Schafft, S. (1981). Selbsthilfe und chronische Belastung — Unterstützung und Belastung in einer Selbsthilfegruppe krebserkrankter Frauen. In Badura, B. (Hg.): *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit*, a.a.O. S. 285-316. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Selye, M. (1976). Stress in Health and Disease. *History and General Outline of the Stress Concept*. Boston: Butterworth.
- Socialdata (1980). *Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger*, Band 80. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stone, G.; Cohen, F. & Adler, N. (1980). *Health Psychology: Theories, Applications and Challenges of a Psychological Approach to the Health Care System*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Thoits, P.A. (1982). *Conceptual, Methodological, and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress*. Matrizenabzug.
- Turner, J. R. et al. (1982). *Social Support: Conceptualization, Measurement, and Implication for Mental Health*. Matrizenabzug.

IV Gesundheitserziehung im Verhältnis zu anderen sozialisatorischen Einflüssen. Grenzen individueller Problemlösungsmöglichkeiten

von Klaus Horn

Prof. Dr. KLAUS HORN ist Professor für Sozialpsychologie an der Universität Frankfurt und Abteilungsleiter am Sigmund-Freud-Institut.

Anschrift: Sigmund-Freud-Institut, Ausbildungs- und Forschungsinstitut für Psychoanalyse, Myliusstraße 20, D-6000 Frankfurt am Main / Bundesrepublik Deutschland.

1. Vorbemerkung

Der Leser dieser Arbeit wird sich mit einem alten sozialwissenschaftlichen Problem herumzuschlagen haben, welches natürlich auch dem Verfasser nicht entgangen ist: Es werden weitgespannte Zusammenhänge, insbesondere zwischen sozialstrukturellen Gegebenheiten einerseits und Formen sozialen Handelns andererseits thematisiert, die sich nicht ohne weiteres operationalisieren und in der üblichen Weise insgesamt empirisch untersuchen lassen. Aus diesem Grunde ist ja in den verschiedensten Wissenschaftsbereichen wiederholt argumentiert worden, von solchen Sachverhalten (z.B. massenpsychologischen), die nicht ordentlich experimentell erkundet werden können, besser auch nicht zu reden — um eine berühmte Maxime abzuwandeln. Stattdessen könne man übersichtlichere Einheiten, z.B. Gruppen untersuchen (so beispielsweise Hofstätter, 1957).

Diesen heroischen Empirismus* halte ich allerdings eher für ein Problem als für eine Problemlösung. Denn mit der Kapitulation vor methodischen und methodologischen Erkenntnisproblemen sind ja jene im engeren Sinne «empirisch» relativ schwer zugänglichen Problemlagen nicht irrelevant geworden, weder wissenschaftlich noch — in unserem Fall vor allem — gesundheitspolitisch. So sollten wir unser Erkenntnisinteresse nicht ohne weiteres methodischen und methodologischen Begrenzungen des Augenblicks opfern, sondern ständig am Erweitern dieser Grenzen arbeiten, wenn Anlaß dazu ist. Und ich meine, im Bereich von Gesundheit und Krankheit ist Anlaß genug, Erkenntnismittel zu aktivieren, die bis in die jüngste Zeit weitgehend brachgelegen haben.

Natürlich geht es hier in allererster Linie um gesundheitspolitisch relevante Probleme und mögliche wissenschaftliche Beiträge zu deren Lösung und nicht um methodische und methodologische Fragen der Wissenschaft selber. Dennoch war es mir wichtig, diese Hinweise gleich eingangs dieses Papiers zu formulieren. Es entwickeln sich Selbstverständlichkeiten, sowohl auf der handwerklichen Seite der Wissenschaft als auch Erwartungshaltungen bei ihren Auftraggebern bzw. Konsumenten. Aufgrund ihres Laienstatus müssen letztere häufig von stereotypisierten Erkennungszeichen für «gute Wissenschaft» ausgehen, an die sie sich zunächst einmal halten, wenn sie mit dem notwendig schnellen ersten Blick, bei dem es oft bleiben muß, sich für Vertrauen oder Mißtrauen gegenüber den jeweiligen Ergebnissen entscheiden. Die hier vorgelegte Arbeit ist, das sei offen ausgesprochen, eher für strapazierfähige Leser geschrieben, die nicht nur der Erkenntnismechanik objektiver Methoden trauen, sondern auch dem plausiblen Argument, welches sie nachvollziehen müssen. Es werden in erster Linie Sinnzusammenhänge formuliert, gesellschaftlich organisierte, aber nicht notwendig bewußt befolgte Zwecke; ebenso persönliche Motive, die sich in Formen sozialen Handelns entdecken lassen**.

* Es gibt auch andere, an anderen Tabus orientierte erkenntnisfeindliche Haltungen, z.B. die gegen den Szientismus gerichteten Vorstellungen des Ökonomen F. A. Hayek (1952), der überhaupt nichts als real gelten lassen wollte, was über die Annahmen in den Köpfen der jeweiligen Handelnden hinausgeht. — Schon die Vielfalt der Tabus in der Geschichte der Erkenntnisweisen sollte uns gegenüber einseitigen und dogmatischen Positionen wenigstens nachdenklich stimmen.

** Der Erkenntniswert interpretativer Sozialwissenschaft ist in den letzten Jahren wiederentdeckt worden. Vgl. z.B. Rabinow *et al.*, 1979, Reason und Rowan, 1981, Soeffner, 1981.

2. Das Risikofaktorenmodell in Verbindung mit Massenpädagogik

Einige problematische Aspekte der Logik dieses gesundheitspolitischen Modells. Was Weiner (1981, S. 644) über das amerikanische Gesundheitssystem gesagt hat, gilt mehr oder weniger auch für andere nationale Versorgungssysteme, wenn wir nach den in den achtziger Jahren zu bewältigenden Problemen fragen. Zum ersten ist mit deutlich begrenzten Ressourcen umzugehen; zweitens müssen wir den in den sechziger Jahren entstandenen Skeptizismus hinsichtlich der Motive und der Kompetenz der Institutionen des Gesundheitssystems endlich politisch umsetzen, und drittens müssen wir akzeptieren, daß Gesundheitsprobleme äußerst komplex, nicht einfach zu verstehen und zu lösen sind, ja daß es für manche Probleme vielleicht auch keine Lösung gibt. Jedenfalls nicht in der bislang vorgestellten Form, möchte ich hinzufügen. Ganz sicher gehört zu diesem ganz wichtigen Lernprozeß der Wissenschaftler und Gesundheitspolitiker auch die Distanzierung von jener Kombination, die bis in die jüngste Zeit das Rückgrat eines zentralen Teils der Gesundheitspolitik ausmacht, aber so wenig Erfolg gebracht hat: der Abschied vom medizinischen Risikofaktorenmodell und der daran ausgerichteten autoritativen Gesundheitserziehung. Ich will einige der Argumente gegen diese unheilige Allianz rekapitulieren und zuspitzen.

3. Das Risikofaktorenmodell aus wissenschaftlicher und persönlicher Sicht als Gesundheitsrichtschnur

Mit den neuen Volkskrankheiten, insbesondere des Kreislaufsystems, hoch korrelierende Einzeldaten spezifischer medizinischer Art wie Rauchen, Bewegungsarmut, Hochdruck, Übergewicht usf. sind wohl allzusehr — jedenfalls mittelbar — zu kausalen Krankheitsfaktoren erklärt worden. Solche Größen können jedoch, wie Göckenjan (1980, S. 159f) im Anschluß an Raucheruntersuchungen hervorhebt, auch nur Begleiterscheinungen einer primären Krankheitsursache sein, welche aufgrund des Dazwischentretens derartiger Sichtbarrieren nicht mehr in den Blick gerät. Insofern genügen derartige wissenschaftliche und gesundheitspolitische Orientierungen keineswegs dem Anspruch einer wirklich kausalen Prophylaxe. Hinzu kommt das Problem, daß solche im Rahmen der sich naturwissenschaftlich verstehenden Medizin zustande gekommenen Orientierungsdaten gegenüber dem Lebensalltag der Bürger ganz abstrakte Größen sind. In aller Regel gibt es viele Wege, vom «riskanten» Gewicht zum «normalen» zu gelangen; aber das muß der Gesundheit überhaupt nicht zuträglich sein, wenn die Strategien nicht im einzelnen und spezifisch den persönlichen Anforderungen angepaßt sind. So muß beispielsweise das Aufgeben von Rauchen, wenn letzteres als Ventilsitte, als Anpassungsversuch an hohen Streß benutzt wird, auch dann nicht der Gesunderhaltung dienen, wenn dieses Aufgeben nicht in erhöhtes Körpergewicht umschlägt. Menschen leben komplexer als das solche Normaldaten suggerieren möchten.

Selbst wenn sich gute Argumente gegen die Tauglichkeit der prophylaktischen Richtschnur Risikofaktor ins Feld führen lassen, so bleibt die Frage offen, weshalb die entsprechenden Appelle an die riskant Lebenden nichts gefruchtet haben. Der Bürger hat sich einer Gesundheitserziehung ja nicht etwa deshalb verschlossen, weil er deren Problematik, insbesondere die des Risikofaktorendenkens durchschaut hätte. — Nun, wir kennen alle jene Konferenzen, auf denen Gesundheitserzieher sich die Köpfe zerbrechen, wie man den Leuten das Rauchen abgewöhnen kann und

ganz sicher einige unter ihnen nichts dabei finden, wenigstens in den Pausen vor dem Tagungsraum dem Tabakgenuß zu frönen. Auch dann, so ist zu vermuten, wenn die Betroffenen die Richtigkeit gesundheitserzieherischer Mahnungen nicht anzweifeln; auch dann, wenn sie gar nicht so kompliziert denken wie jene, die sich sicher wähnen, daß das statistische Risiko an Lungenkrebs zu erkranken in ihrem Fall nicht zur wirklichen, persönlichen Betroffenheit werden muss — auch dann läßt diese Art der Gesundheitserziehung die Mehrzahl der Menschen mehr oder weniger kalt, sogar wenn sie entsprechende Informationen kognitiv aufnehmen. Denn nur unerheblich wenige setzen solche Informationen in ihre Lebenspraxis um. Es ist zu vermuten, daß hier Richtschnuren und Verhaltensaufforderungen einerseits und Unwilligkeit andererseits bzw. so unterschiedliche Interessen aufeinander treffen, daß in den allermeisten Fällen die Gesamtsituation als zu komplex eingeschätzt wird und die Adressaten die Verarbeitung des gesundheitserzieherischen Appells verweigern. Anhand von Hinweisen aus einer Untersuchung werde ich jetzt paradigmatisch die Struktur dieser Komplexität wiedergeben. Es handelt sich dabei im Prinzip um jene bereits erwähnte Situation, daß Risikoverhalten (ich hatte den Fall Tabakabhängiger postuliert, die mit dem Rauchen Streß zu kompensieren versuchen) selber bereits als Versuch des «coping» begriffen werden muß, als Bewältigungsversuch nicht ohne weiteres zu vereinbarender Ansprüche an soziales Handeln. Wird in ein solches Kraftfeld eine weitere zu verarbeitende Größe hineingebracht, beispielsweise als in Form von Normwerten, ergibt sich für diese kaum eine Chance, auch noch beachtet, geschweige denn verarbeitet zu werden. Aus verhaltenswissenschaftlicher Perspektive ist es ja ohnehin immer problematisch gewesen, für Verzicht zu werben. Die in Aussicht gestellte Belohnung «Gesundheit» sieht aus der Perspektive des mit Gesundheitsrisiken Lebenden, wie noch zu entwickeln ist, anders aus, weil er ja nicht etwas so Einfaches wie einen medizinisch definierten Risikofaktor, ein hohes Gewicht beispielsweise, aufgeben soll, sondern eine hochkomplexe Größe, die für ihn Bedeutungen verschiedenster Art hat, von denen die Normzahl abstrahiert. Und weiter: Die Frage, wozu eine staatliche Politik jemanden «gesund» haben will, ist damit noch nicht beantwortet. Um eine solche mögliche Kontroverse zwischen geforderten und eigenen Zielsetzungen gar nicht erst aufkommen zu lassen, ja nun schlicht die kognitive und emotionale Komplizierung der eigenen Situation zu vermeiden, muß vom Adressaten herkömmlicher Gesundheitspropaganda diese, da sie Dissonanzen hervorruft, in irgendeiner Form wohl immer eher heruntergespielt als positiv verarbeitet werden.*

3.1 Wozu soll Gesundheit gut sein?

Es ist inzwischen deutlich geworden, daß die Kombination «medizinisch definierte Risikofaktoren» und «autoritative Massenpädagogik» nicht funktionieren konnte, weil diese Gesundheitspolitik das «Verhalten» zu naiv einschätzte — eben behavioristisch als beobachtbare Abläufe, nicht als mit Sinnstrukturen unterlegte Handlungsverläufe. Mit einigen Hinweisen will ich zeigen, daß es noch weitere Ebenen gibt (nicht allein die unbewußt gewordener Wünsche), auf denen sich Interessen der Bürger nicht ohne weiteres solchen Empfehlungen fügen, in denen sie sich wesent-

* Vgl. Beier/Horn/Kraft-Krumm 1981, 1982, 1983 sowie Beier/Horn/Wolf 1983; in diesen Untersuchungen wurde der Versuch unternommen, lebensgeschichtlich begründete Widerstände gegen Gesundheitserziehung — insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Selbstschädigung als Anpassungsversuch — mit einer spezifischen, an der psychoanalytischen Gesprächsführung orientierten Methode empirisch aufzuspüren.

lich nur als Objekte von Bürokratien wiederfinden, für Zwecke verplant, in welchen sie ihre Interessen kaum wiedererkennen können.

In den genannten Untersuchungen über die Mechanik unbewußt gewordenen Widerstands gegen Gesundheitsaufklärung gingen wir davon aus, daß sich die psychische Ökonomie der Symptomwahl entsprechend der Erweiterung des Krankheits- und Symptombegriffs verallgemeinern, auf andere Ebenen der Organisiertheit von Widerstand übertragen läßt: Ein Interesse an Risikoverhalten muß also nicht allein von im strengen Sinn unbewußten Motiven fixiert, sondern kann in aller Regel auch von anderen Loyalitäten zusätzlich mit- bzw. mehr oder weniger allein bestimmt sein. Anstelle oder im Zusammenwirken mit unbewußten Motivationen können Bindungen an Gruppennormen und Sitten (z.B. beim Trinken und Essen) treten und einen Teil der Identität der sie Praktizierenden stiften. Solche psychosozialen Organisationsformen von Widerstand gegen Gesundheitsaufklärung haben starke Elemente von Ritualisierung an sich, worin der spezifische Kompromiß zwischen Wunsch und Norm eingeschlossen ist. Mit den Ebenen dieses Widerstandes kann, muß jedoch nicht seine Hartnäckigkeit variieren. Mit den Formen des Widerstandes variieren müssen aber jedenfalls die darauf gerichteten Formen der Politik.

Gesundheitliches Risikoverhalten stellt in aller Regel also eine u.a. möglichen Formen sozial akzeptierter und zugleich mit persönlichem Sinn unterlegter Handlungs- bzw. Konfliktlösungsmuster dar. Sind im dynamischen Sinn unbewußte Beweggründe beteiligt, kann immerhin der sekundäre Gewinn, der positive Bezug zu spezifischen Normen, Gruppen usw. bewußt sein. Wir müssen realisieren, daß die innere Psychodynamik unter gegebenen äußeren Umständen ein Erkrankungsrisiko oder sogar das Erkranken selber als vorteilhafter einschätzt als deren Vermeiden. Das kann besonders dann der Fall sein, wenn in spezifischen Situationen die persönliche Konfliktlösungskapazität überfordert wird und Flucht in Risiken oder Krankheit als eine vom maßgebenden Konflikt ablenkende und auch noch sekundäre Gratifikationen bringende (teils unbewußte) Strategie erscheint. Wir erinnern ja, daß Parsons (1964) Erkranken sozialwissenschaftlich als regressives Konfliktlösungsverhalten, als eine ganz spezifische Form abweichenden Verhaltens verstanden hat. Dennoch ändert der regressive Zug nichts daran, daß eine Gesundheitspolitik, die in erster Linie auf Verhaltensänderung gerichtet ist, deutliche Züge des «blaming the victim» hat, weil dem einzelnen in seiner offensichtlichen Überforderung, zwischen widersprüchlichen Anforderungen zu vermitteln, nicht weiter geholfen wird, sondern er — in Form der Risikofaktoren — nur mit Normen konfrontiert ist, die in die persönliche Vermittlungsstrategie als zusätzliche Determinante aufzunehmen wären.

Diese Zwickmühlensituation soll verdeutlicht werden. Die ihm eigentümliche Vernunft bezieht nach konventionellen medizinischen Standards unvernuünftiges Verhalten also daraus, daß konfliktuöse Lebenserfahrungen kompromißhaft und im Rahmen sozialer Legitimität bewältigt werden. Solche Legitimität wächst diesem Risikoverhalten — beziehungsweise im Falle des Alkoholkonsums und anderer Drogen — zu durch tradierte kulturelle und — bei spezifischen Ernährungsgewohnheiten — durch subkulturelle Wertorientierungen, aber auch deshalb, weil Drogenmißbrauch ein gleichsam inoffiziell anerkanntes Kompensationsmittel für Streß ist. Von ganzen Kollektiven praktizierte Gesundheitsrisiken können insofern viel allgemeiner «abgesichert» sein als nur vermittels unbewußt gewordener psychosozialer Konfliktlagen und gruppenspezifischer Bräuche. Denkt man beispielsweise an die Herzinfarktpersönlichkeit, so wird deutlich, daß gerade deren gesundheitlich riskante Handlungsmuster aus der Perspektive organisierter gesellschaftlicher Arbeit nicht unbedingt als problematisch, sondern — gemessen an einer Funktion im mittleren Management — als durchaus funktionale deklariert sind. Überhaupt sind

im Produktionsbereich Maximen institutionalisiert, die gesundheitsförderlichem Leben ganz deutlich zuwiderlaufen. Wir wollen uns dieses Problem paradigmatisch vergegenwärtigen.

Die Planung und Realisierung der heute üblich werdenden Mensch-Maschine-Systeme im Bereich der Produktion, aber auch in den Bürokratien gibt uns einen Begriff davon, wo und wie die zentrale Kontroverse über die Verwertung menschlicher Gesundheit aufgekommen und organisiert ist. Anders hat bereits vor längerer Zeit auf die Scham hingewiesen, welche die Menschen wegen ihrer Unvollkommenheit empfinden angesichts der Vollkommenheit der von ihnen geschaffenen Maschinen (Anders, 1961). Mit dem Einführen von Datenbanken, Modell- und Methodenbanken, Systemen zur Prozeßsteuerung von Maschinen in der Produktion und der Verwaltungsautomation wird seit einer Reihe von Jahren versucht, die Menschen immer enger an die Erfordernisse des von ihnen selber hergestellten Grades der Rationalisierung anzupassen, ein Prozeß, dessen Problematik erst noch zu begreifen sein wird. Insbesondere die Psychologie ist systematisch und seit langem auf diese Zerlegung und auf das funktionale Wiederzusammensetzen der menschlichen Arbeitskraft eingestellt worden (Holzkamp 1972); mit dem Entwickeln der Ergonomie (vgl. z.B. Lanc, 1975) versucht man, dem allgemeinen Stand der Informatik auch menschenbezogen zu entsprechen; die Mensch-Maschine-Systeme sollen optimal geplant werden. Optimal, gemessen woran? Man könnte sich vorstellen, daß solche Optima sich durchaus an den Fertigkeiten und Fähigkeiten orientieren, die vom Arbeitnehmer mitgebracht werden, um dem zu einer optimalen Arbeitszufriedenheit zu verhelfen. Friedrich (1982) zeigt jedoch, daß insbesondere die seit einer Reihe von Jahren in die Industrie eingeführten Personalinformationssysteme «eindeutig und ausschließlich von Zielsetzungen des Unternehmens» (a.a.O., S. 71) ausgehen. Die Arbeitnehmer werden in bis zu mehrere tausend Daten zerlegt und derart auf ihre Funktionalisierbarkeit für die Zwecke des Betriebes durchleuchtet. Der klassische Arbeitsvertrag zwischen Rechtssubjekten ist zwar immer noch Grundlage für das Schaffen eines solchen «Datenschattens», aber die damit erreichte symbolische und teils auch faktische Verfügbar- und Kontrollierbarkeit des Arbeitnehmers setzt die jenem Vertrag zugrundeliegende Vorstellung von der Autonomie solcher Rechtssubjekte, die in jeweiliger Privatheit verankert ist, faktisch weitgehend außer Kraft. Der Prozeß der Rationalisierung gewinnt damit für jedermann sichtbar politische Dimensionen: Er greift in radikaler Weise auf seinen Schöpfer selber über (Horn, 1981) und macht ihn in nie geahnter Weise zum Objekt seiner eigenen, ihm als ganze jedoch weitgehend entglittenen gesellschaftlichen, in erster Linie erfahrungswissenschaftlich geleiteten Tätigkeit (Maurer, 1974). An einem Detail wird paradigmatisch sichtbar, was dieser Prozeß für die hier geführte Diskussion über die Verwertung von Gesundheit bedeutet. Friedrich (a.a.O., S. 75f) berichtet von der Verwendung eines Persönlichkeitstests im Bereich der Leistungsdiagnostik. Es handelt sich um den Test «Freiburger-Persönlichkeitsinventar». An der Art der ergonomiezentrierten Umdeutung von Persönlichkeitskomponenten wird eine Art «Umwertung aller Werte» deutlich. Die Zentrierung auf den Menschen weicht einer auf den Sinn der Mensch-Maschine-Systeme: Da sich erfahrungsgemäß introvertierte Menschen eher für monotone Tätigkeiten eignen, wird in Fachkreisen deshalb im Hinblick auf dieses Merkmal von «Monotoniefestigkeit» gesprochen. Auch die «Ungeselligkeits»-Dimension jenes Tests, ursprünglich ein eher negativ akzentuiertes Persönlichkeitsmerkmal, ist in der entsprechenden Fachliteratur bereits ins Positive gewendet worden, nämlich als löbliche Eigenschaft von Arbeitnehmern, die » «über längere Zeit Tätigkeiten ohne oder mit nur sehr geringem Seh- und/oder Hörkontakt zu anderen Arbeitskräften verrichten müssen». (a.a.O., S. 77).

Gesundheit und Krankheit sind im Sinne dieser Umwertung aufgrund des Prozesses der Rationalisierung dann nicht mehr in erster Linie Zustände, über die unmittelbar Betroffene privat (im Verein mit den dafür bestellten gesellschaftlichen Experten, den Ärzten) zu befinden haben, sondern darüber befinden in einem hohen Maß nun Maßstäbe, die auf der Maschinenseite der Mensch-Maschinen-Systeme verankert werden. Diese wiederum sind ausgerichtet am Output des jeweiligen betriebswirtschaftlichen Systems. Auf ein derartiges Umfunktionieren der Definitionsgewalt über Gesundheit und Krankheit — weg von den einzelnen Menschen, hin zu ihrem Arbeitsplatz — verweisen ja auch die zunächst in den USA im Anschluß an die Alkoholmißbrauchsbekämpfung eingeführten «employee assistance programs» (Roman, 1980). Sie warten Arbeitnehmern bei tatsächlichem oder auch nur drohendem Leistungsabfall mit allen Arten von Hilfsstellungen auf, die weit ins Privatleben eingreifen, ja ein solches eigentlich gar nicht mehr anerkennen.

Persönliches Leiden, körperliche und/oder seelisches Leiden als Anzeichen für Krankheit, Nicht-Leiden als Anzeichen für Gesundheit bleiben zurück hinter historisch neuen Kriterien, für welche die jeweilige Mensch-Maschine-Einheit die entscheidende Rolle spielt. Jene dem Gesundheitsbegriff in erster Linie unterlegte generalisierbare Leistungsfähigkeit (vgl. Parsons, 1964) ist ja seit längerem auch beim Altwerden praktisch relevant. Überhaupt tritt das Nachlassen der Leistungsfähigkeit als Anzeichen für das, was früher — an persönlichem Leiden orientiert — Krankheit hieß, gesellschaftlich immer deutlicher in den Vordergrund. Über diese Entwicklung muß man sich klar sein, wenn man «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000» fordert und auch darüber, daß unsere Medizin mit ihrem (immer noch vorwiegend am körperlich zu diagnostizierenden Defekt der einzelnen orientierten) Krankheitsbegriff weit hinter den Erfordernissen dieser Entwicklung zurückbleibt. Die psychoanalytische Kulturtheorie und ihre Therapeutik hingegen, welche immer davon ausgingen, daß Kultur aus Triebverzicht entsteht, eignen sich vorzüglich, den Stand der gesellschaftlichen Auseinandersetzungen über die Verwendung der menschlichen Lebenskraft darzustellen, gerade auch dann, wenn Entstellungen des Bewußtseins eine Rolle spielen.

Anhand der kurzen Entfaltung des in den am meisten entwickelten Industrieländern sich durchsetzenden Trends zur spezifischen Verwertung von Gesundheit als generalisierbare Leistungsfähigkeit konnte der Streit um die Teleologie von Gesundheit verdeutlicht werden. Ebenso ist auf diese Weise deutlich geworden, daß für den Fall, daß gegen diese Umwertung von Gesundheit und Krankheit, für deren Enteignung gleichsam, keine politischen Wege der Korrektur gefunden werden, nichts anderes zu erwarten ist, als ein weiteres Zunehmen der Bedeutung von Krankheit im gesellschaftlichen Maßstab. Denn die Analyse der gesellschaftlichen Bedeutung von Erkrankten hatte ja ergeben, daß man diese Verarbeitung erlebter Gegebenheiten als eine Art ohnmächtigen Protest verstehen kann, der den nun einmal nicht vollkommenen Menschen realistischerweise gewährt werden muß. Jedenfalls scheint mit der Umwertung von Gesundheit und Krankheit ein Grad von Disziplinierung menschlicher Natur erreicht zu sein, der uns gesellschaftlich vor ganz neue Probleme stellt, vor solche, die sich insbesondere im Gesundheitswesen bemerkbar machen und die damit zu tun haben, daß wir in unserer privaten Lebenszielsetzung immer weiter eingeschränkt werden (z.B. Habermas, 1973). Ich will damit nicht sagen, daß wir an eine endgültige Grenze der Anpassungsbereitschaft und -fähigkeit der Menschen gestoßen sind; an eine Lerngrenze gleichsam. Aber wir sind es sicher unter den gegebenen politischen Bedingungen, womit insbesondere die Strategie gemeint ist, gesellschaftliche Probleme vorwiegend als Verhaltensprobleme, aber nicht *auch* auf der Seite der Institutionen lösen zu wollen.

3.2 Das Risikofaktorenmodell und die daran orientierte Gesundheitserziehung als «symbolische Politik»

Es ist klar geworden, inwiefern eine in allererster Linie am einzelnen und seinem Verhalten orientierte Gesundheitspolitik historisch wesentlich gewordene ätiologische Zusammenhänge systematisch verfehlt. Damit sind auch therapeutische und prophylaktische Maßnahmen präjudiziert. Göckenjan (1980, S. 156f) sieht in der medizinisch und politisch am einzelnen festgemachten Krankheitsproblematik einen «Musterfall symbolischer Politik» (vgl. Edelmann, 1971). Er zeigt, daß insbesondere der Präventionsbegriff in diesem Kontext «auf der politischen Ebene der Interessenvertretung wie auf der Ebene täglicher Verwaltung — die Funktion der Dethematisierung und Umtitlung von Konfliktzusammenhängen übernommen hat. Diese Strategien der Problemverschiebung sind symbolische Politikformen aufgrund ihrer Wirkung, Problemwahrnehmungen und Lösungserwartungen der Betroffenen umzubauen (z.B. Verständnis von Erkrankungsursachen), nicht aber — oder nur sehr marginal — an den Problemursachen zu rühren (Erkrankungsursache) und materiale Forderungen zu befriedigen (verbessertes Gesundheitsniveau)...» Ganz generell ist ein «methodologischer Individualismus und Reduktionismus» (Giessen und Schmidt, 1977), d.h. die Vorstellung, entscheidende Erklärungen gesellschaftlicher Vorgänge ließen sich allein aus dem (absichtlichem) sozialen Handeln einzelner erklären, als Grundlage für (Gesundheits-) Politik äußerst prekär. Die sozialwissenschaftlichen Erfahrungen, nicht zuletzt solche im Bereich der Psychologie (vgl. z. B. Meinefeld, 1977, Zimbardo, 1977) — also nicht nur trivialerweise soziologische — haben die Abhängigkeit sozialen Handelns von situativen Bedingungen, vom sozialen Kontext und gesellschaftsstrukturellen Vorgaben gezeigt*. Um jene — gemessen an Hauptakzenten der Gesundheitspolitik — außerordentlich konterproduktive Voraussetzung von medizinischen Problemdefinitionen zu überwinden, bedarf es insbesondere einer Neuorientierung der Medizin. Deren naturwissenschaftlich begründeten Erfolge hatten sie ganz von der großen sozialmedizinischen Tradition eines Grotjahn und eines Virchow abgebracht. Diese unter den nunmehr geschaffenen Voraussetzungen naturwissenschaftlicher Medizin als Sozialepidemiologie wieder aufzunehmen, genügt heute jedoch nicht mehr. Die Formen subjektiver Verarbeitung gesellschaftlicher Gegebenheiten und interaktiver Erfahrungen gehören — gemäß unserem differenzierten Wissen über «den Menschen», welches, wie wir sahen, sozial- und psychotechnisch ausführlich angewandt wird — unabdingbar zum Wissen für jene, welche die Menschen auch in gesundheitlichen Belangen voll in die gesellschaftlichen Widersprüche verstrickt sehen** und die ihnen auch in dieser Situation angemessen helfen wollen: durch Veränderung der gesellschaftlichen Gegebenheiten und Schaffen von Einsichten in die eigenen Beiträge dazu.

Wir können allerdings bereits jetzt davon ausgehen, daß eine radikal verfochtene gesellschaftliche Priorität von Gesundheit mit anderen gesellschaftlichen Maximen nicht ohne weiteres zu vereinbaren ist. Noch einmal: Blaming the victim?

* Vogt (1983a, 1983b) zeigt das z.B. für die Herstellung des und den Umgang mit Leiden am sogenannten «Frauensyndrom», den erfahrungswissenschaftlich nicht oder kaum objektivierbaren, aus der Frauenrolle hervorgehenden Leidensprozessen, die von den Ärzten medicalisiert werden.

** Es bietet sich an, eine diagnostizierte Veränderung persönlicher Werthaltungen (z.B. Inglehart, 1977) als Versuch einer Verarbeitung dieser Erfahrungen zu interpretieren.

3.3 Widerstandspotentiale gegen ein aktives gesellschaftliches und persönliches Verhältnis zur eigenen Gesundheit

Im vorangegangenen Abschnitt wurde — angesichts der objektiven Verhältnisse — die subjektive Logik von Widerstand gegen Gesundheitsaufklärung — als Kritik am Risikofaktorenmodell — formuliert, indem ich auf (divergierende) sozialisationsrelevante Richtschnuren für soziales Handeln aufmerksam machte. Bereits in jenem Rahmen war deutlich geworden, daß psychodynamisch bestimmte Entscheidungen zugunsten von Risikofaktoren oder gar Krankheit in aller Regel psychosozial abgestützt, d.h. institutionell abgesichert sind. In diesem Abschnitt sollen nur einige solcher Absicherungen — oder auch: Widerstände gegen Gesundheitsaufklärung — diskutiert werden, die — auf der Basis einer am Einzelkörper orientierten Medizin — zweierlei Spezifität gemeinsam haben:

1. gehören sie selber zum System medizinischer Versorgung und sind deshalb besonders relevant für das Klima des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit, und
2. sind sie nicht etwa im sozialmedizinisch-epidemiologischen Bereich relevant, sondern betreffen insgesamt die Sozialisationsphäre bzw. das zu problematisierende Verhältnis der einzelnen zu ihrem Körper und zum Medizinsystem und damit auch zu «ihrer» Gesundheit bzw. Krankheit.

«Ihrer» steht deshalb in Anführungszeichen, weil sich diese Eigentumsanzeige angesichts der technisch-strategischen Verwertung von Gesundheit als konventionelle Redeweise entpuppt, hinter welcher eine gravierende Problematik verborgen liegt. Zwar ist dieses Eigentum am eigenen Körper seit der bürgerlichen Revolution in England rechtlich — als privat — abgesichert. Aber die spezifische Entwicklung unserer erfolgreichen naturwissenschaftlichen Medizin in diesem Bereich hat — gleichsam unter der Hand und doch zugleich ganz offiziell, als Teil jener technisch-strategischen Verwertung von Gesundheit — eine ganz andere Entwicklung eingeleitet und vorangetrieben. Indem nämlich Krankheit seit der Aufklärung in erster Linie als ein Problem der enteelten *res extensa* gesehen wird und die Methoden der Diagnose, Therapie und Prophylaxe darauf abgestellt sind, ist ihr «Träger», der Mensch, der Tendenz nach aus der Medizin verschwunden und Krankheit wurde zum organisch fixierbaren Ding*. Krankheit als Dysfunktion des Körpers bzw. kleinerer Einheiten, also der Organsysteme und Organe, wird verstanden und gehandhabt als Resultat von außen einwirkender Faktoren und ergibt sich aus einer sich verändernden Anfälligkeit bzw. Reaktionsspezifität des Organismus. Der lebendige, interagierende und vergesellschaftete Mensch ist kein Bestandteil dieses Krankheitsverständnisses.

* Die Frage wäre untersuchenswert, inwieweit entscheidende Fortschritte in ihrer Dimension die naturwissenschaftliche Medizin mit dazu bewegt haben, die Dimensionen der gesellschaftlichen Verhältnisse und die sozialisatorischer Interaktionen aus ihrem Denken weitgehend zu verbannen. Liest man beispielsweise Virchows großartigen Bericht über die Typhusepidemien in Schlesien (Virchow, 1849), der vor der Entdeckung der entsprechenden Erreger geschrieben wurde, gewinnt man den Eindruck, daß das soziale Kolossalgemälde auch deshalb entworfen wurde, um auf diese Weise endlich das «Miasma», jene angeblich giftigen Ausdünstungen insbesondere des Bodens einzukreisen, welche die Krankheit verursachen sollten. Rund 40 Jahre später wurde der Erreger dingfest gemacht. Trugen solche wichtigen Entdeckungen, also eine von der Methode vorgezeichnete Entwicklung, dazu bei, das Krankheitsverständnis immer weiter von gesellschaftlichen Sachverhalten zu bereinigen?

Die Medizin, die Mediziner und die gesellschaftliche Funktion einer spezifischen sozialen Kontrolle, die diesem Beruf und seinem Medium nach Parsons (z.B. 1951, 1964) obliegt, haben in einer langen und in spezifischer Hinsicht auch äußerst erfolgreichen Entwicklung dazu beigetragen, daß wir heute ein großes Fragezeichen dahinter setzen müssen, wenn hinsichtlich Gesundheit und Krankheit vom «eigenen» Körper die Rede ist und die so schwer zu erfüllende wie notwendige Forderung immer lauter wird — unter anderem als «Gesundheitserziehung» — daß die einzelnen wieder mehr Verantwortung für «ihre» Gesundheit übernehmen. Aber welche Mechanismen im Medizinsystem selber haben zu dieser Art schleichenden Enteignung geführt? Auf die «Wiederkehr des Körpers» (Kamper und Wulf, 1982) als eines verdrängten Elements, welches wir nicht nur *haben*, sondern auch *sind*, werden wir in unserer Naturbeherrschungskultur weder als einzelne noch als Gesellschaft vorbereitet.

Wenn wir den einzelnen ein aktives, verantwortliches Verhältnis zu ihrer Gesundheit verschaffen wollen — und darin wäre letzten Endes das Ziel von «Gesundheitserziehung» zu sehen —, dann muß die durch Wissenschaft und Praxis der Medizin faktisch vollzogene Enteignung der Gesundheit und ihre Übereignung an Experten rückgängig gemacht werden, freilich ohne im Prinzip die Errungenschaften dieser naturwissenschaftlichen Medizin aufzugeben. Mit Fragen nach der Umzentrierung gesundheitsbezogenen Wissens und einer daraus hervorgehenden neuen Praxis wird unsere Gesellschaft lange zu tun haben*.

Noch einmal ist die Bedeutung der sozialisatorisch-interaktiven Dimension von Krankheit und Gesundheit nach der gesellschaftlichen Seite hervorzuheben. Krankheit ist also Ergebnis des Mißlingens leib-seelischer Selbstaneignung eines Menschen — als gesellschaftliches Wesen! Das heißt: Dieses Lebewesen ist, je mehr vergesellschaftet es lebt, in desto höherem Maße abhängig von Institutionen, die sein soziales Handeln entscheidend vorstrukturieren. Sieht die Politik der «Gesundheitserzie-

* Es steht außer Frage, daß eine Bestärkung der Laienzuständigkeit und -kompetenz für Gesundheit nicht zugleich bedeuten kann, Erfahrung und gesichertes Wissen der Experten sollten an Bedeutung verlieren. Es kann also nicht darum gehen, ein gesellschaftlich erarbeitetes Wissen — das unserer Medizin — zu ignorieren und irgendwelche Kurpfuscherei zu betreiben. Wahrscheinlich geht es in dem ins Auge zu fassenden Umlernprozeß in erster Linie darum, wer welche therapeutischen bzw. prophylaktischen Medien wofür einsetzt bzw. einsetzen darf. Für eine solche Umstrukturierung gibt es natürlich bereits Erfahrungen. Daß jemand «seine» von Fachleuten nicht erwartete Heilung (von einer zur Gelenkversteifung führenden Wirbelsäulenzündung, vgl. Cousins, 1979) selbst in die Hand nimmt und das medizinische Wissen mit Hilfe von Experten in seinem Sinn organisiert, mag, solange es ungewöhnlich ist, von einer deutlichen Privilegiertheit beim Verfügen über wichtige gesellschaftliche Medien (Geld, Macht, Freundschaft) abhängen. Muß das so sein? — Wir werden differenziert wahrnehmen lernen müssen, welche Formen des Umdenkens und Umorganisierens unseren Absichten zuträglich sind. Allerdings müssen diese Absichten eindeutig sein — wir dürfen nicht von Gesundheit reden und allein die gesellschaftlich funktionale Verfügbarkeit eines verallgemeinerbaren Leistungsvermögens meinen. Sicher ist allerdings, daß die Expertokratie in die Lernprozesse der Patienten mit einbezogen werden muß (vgl. z.B. das Karies-Prophylaxemodell der Krankenkasse Heilbronn, *Der Spiegel* 30/1982, S. 146f). Nur beide in Kooperation können eine Änderung vollbringen. Das ist — für die Mediziner — weniger schwierig wegen ihrer Funktion als Sozialkontrolleure, die auch in anderen Formen realisiert werden kann. Schwierigkeiten erwachsen auf dieser Seite insbesondere, weil mit einer Umzentrierung medizinischen Denkens wahrscheinlich Einkommensverluste verbunden sind. Emotionale Schwierigkeiten ergeben sich, wie wir wissen, bei therapeutisch effektiveren Kooperationen zwischen Patient und Arzt für beide Seiten (Balint, 1957).

hung» davon ab, überschätzt sie die Kraft, welche einzelne für die Umorganisation ihres Lebens aufbringen können und unterschätzt die definatorische Gewalt von Institutionen. Die Institutionen der medizinischen Versorgung vertreten heute in aller Regel keinen soziopsychosomatischen Krankheitsbegriff. Daran leidet sowohl unser Gesundheitssystem, es leiden darunter jedoch auch die Patienten. Allerdings ist deren Verhältnis zum naturwissenschaftlichen Krankheitsbegriff durchaus ambivalent — zumal unter den Bedingungen der Definitions- und Kontrollgewalt dieses Systems.

Rekapitulieren wir: Menschliche (persönliche und gesellschaftliche) Konflikte, die in der Sprache zu halten und praktisch zu bearbeiten wären, werden unter prekären Bedingungen, d.h. bei Überforderung der Konfliktlösungsfähigkeit, von einzelnen im Konflikt befindlichen Menschen gerne und von der Medizin zufolge ihres Konzepts zu einem Ding «Krankheit», eben zum Symptom gemacht. «Krankheit» ist, bezogen auf eine solche Ätiologie, eine Einstellung des Bewußtseins und eine Entdifferenzierung sozialer Beziehungen, sie ist kritisch-anthropologisch wie funktionalistisch gesehen ein regressives Phänomen. Zwischenmenschliche und gesellschaftliche Konflikte werden auf diese Weise zu selbstdestruktiven, individuellen Problemen gemacht und dort fixiert. Krankheit ist insofern ein Mechanismus der Subjektivierung psychosozialer und gesellschaftlicher Probleme (Horn, 1979, 1980a): Probleme eines größeren gesellschaftlichen Zusammenhangs schlagen sich am Subjekt nieder und werden von der klassischen Medizin, potentiell aber eben auch im ganz persönlichen Interesse der Konfliktabwehr am Körper des einzelnen lokalisiert und behandelt. Aus der definatorischen Macht dieser Medizin, aus ihrer «symbolischen Politik» geht das hervor, was heute allgemein «blaming the victim» genannt wird. Die Psychoanalyse macht demgegenüber den Versuch, jenes «Ding» Krankheit wieder in seine Konfliktgenese aufzulösen; zunächst im Bereich lebensgeschichtlicher Erfahrung, aber im Prinzip auch über diesen Kontext hinaus in die aktuellen interaktiven und gesellschaftlichen Beziehungen.

Praktisch bedeutet dieses Konzept eine größere Belastung der einzelnen mit Komplexität, und es erhebt sich die Frage, ob und wie diese überhaupt erträglich, d.h. persönlich bearbeitbar gemacht werden kann. Gewiß läßt sich kein optimales Maß der Erträglichkeit, personen-, situations- und gesellschaftsspezifisch angeben*. Aber es lassen sich doch Belastungen, Kraftlinien in Kraftfeldern sichtbar machen, die eine außergewöhnliche Belastung so plausibel signalisieren, wie Form und Maß der oben kurz skizzierten industriellen Ausbeutung der Leistungsfähigkeit heute. Man kann nicht umhin, diese lebensprägende Lage der Menschen am Arbeitsplatz in Beziehung zu setzen zum ideologisch herrschenden politischen Selbstverständnis der freien Entfaltung der Persönlichkeit. Vergegenwärtigt man sich diese Spannung, wird deutlich, wo man politisch Komplexität reduzieren kann, um den einzelnen eine jeweils progressive — und nicht regressive — Konfliktlösung jedenfalls zu erleichtern.

Geht — unter gegebenen Bedingungen — ein persönliches Interesse am Nicht-Aufdecken der psychodynamischen Ursachen einer Krankheit Hand in Hand mit den auf den Körper und seine Dysfunktion gerichteten Konzeptualisierungen der Medizin, so können wir von einer unheilvollen Koalition sprechen. Denn die sekun-

* Wissenschaftlich ergibt sich hier das Dilemma, daß messende Verfahren, die im buchstäblichen Sinn aufgrund ihrer Eigengesetzlichkeiten etwas «feststellen» möchten, in aller Regel ihren Gegenstand nicht eingreifen und diesen nicht probenhalber verändern können (vgl. dazu Horn, 1980 b).

däre institutionelle Absicherung gegen eine Konfliktaufklärung, welche das medizinische Konzept leistet, trägt sowohl zur Produktion ungeheurer lebensgeschichtlicher Kosten bei — so entstehen beispielsweise die sogenannten Problempatienten (v. Mering und Early, 1966) —, als auch zu den enormen finanziellen Kosten für das Gesundheitssystem insgesamt. Es ist unbekannt, in welchem Ausmaß die Ineffektivität der Medizin gegenüber den neuen Volkskrankheiten sich auch ihrem abstrakten Krankheitsbegriff verdankt; sicher hingegen scheint mir zu sein, daß das kurativ und dinglich orientierte Krankheitskonzept, insofern es von sozialstrukturellen und sozialisatorisch-interaktiven ätiologischen Momenten weitgehend absieht, im Prinzip eine Rolle dabei spielt.

Der ganz persönliche Widerstand gegen ein aktives und interaktives, also nicht nur technisch-strategisches Verhältnis zur eigenen Gesundheit kann sich aber nicht nur in der konzeptuellen Verfassung der Medizin verstecken. Er findet auch Unterstützung in der davon (und noch von anderen Faktoren) geprägten Haltung der Gesundheitsexperten, der Mediziner, die nicht nur nicht mit dem Patienten über «seine» Krankheit reden (Siegrist, 1977), sondern, wenn sie es doch tun wollen, dies erst in einem langen und mühseligen Prozeß lernen müssen. Denn nicht jedes Reden über Krankheit mit Kranken oder potentiell Kranken klärt den Krankheitsgewinn wirklich auf und bringt das Symptom zum Verschwinden — falls eine Konfliktätiologie vorliegt (Balint, 1957). Therapeutisch relevantes Miteinander-Reden ist offenbar zu einer erst spezifisch zu erwerbenden Kompetenz geworden, weil in unserer Gesellschaft der Zusammenhang von «Krankheit und Konflikt» (Mitscherlich, 1966, 1967) überhaupt kein ernstgenommener Gesichtspunkt ist. Das Arzt-Patient-Verhältnis ist also eine dritte Widerstandsfront gegen einen aktiven und förderlichen Umgang mit dem je eigenen Lebenspotential.

Wir kommen zu einem dritten wichtigen institutionellen Moment in dieser Widerstandsfront. Das entsubjektivierte Konzept der Medizin und die davon geprägten strategischen Formen der Interaktion sind, folgt man Parsons, in den Rahmen einer gesellschaftlichen Aufgabe eingebettet, welche der Medizin aufgrund der historischen Entwicklung zugefallen ist. Parsons (1964, S. 76) geht davon aus, daß aufgrund der Komplexität unserer Gesellschaft eine schöpferische Veränderung «der kulturellen und normativen Tradition» (a.a.O., S. 80) immer schwieriger geworden ist, so schwierig, daß die expressive Energie keine eigentlich politischen Kanäle mehr findet und der Gefahr ausgesetzt ist, in besonderem Maß regressiv wirksam zu werden: «Die Motivation, über psychische und psychosomatische Bahnen den Rückzug in die Krankheit anzutreten, verstärkte sich und damit die Bedeutung wirksamer Mechanismen, um mit denen fertig zu werden, die einen solchen Rückzug antreten» (a.a.O., S. 76).

Die Möglichkeit des Krankwerdens wird wohl auch weiterhin als vorübergehender Entlastungsmechanismus gewährt werden müssen. Aber die Kontrolle darüber ist im Prinzip zu sichern. Denn unserer Gesellschaft droht Parsons zufolge die Gefahr, daß immer mehr Erkrankende in die Leistungsunfähigkeit flüchten. Damit die Tragweite der besonderen Art einer sozialen Kontrollfunktion dieser entsubjektivierten Medizin ganz deutlich wird, muß ich ausholen.

Weil Parsons offenbar davon ausgeht, daß auf der Stufe der gesamtgesellschaftlichen Steuerungsproblematik, die wir heute erreicht haben, einerseits die sinnfällige moralische Bindung der meisten einzelnen an ihre Rollenaufgabe nicht mehr zustande kommt und andererseits die Bürokratien im Rahmen ihrer Aufgaben freie Hand haben müssen, einzelnen Menschen Rollenaufgaben zuzuweisen, d.h. sie ihren bürokratischen Zwecksetzungen unterzuordnen; weil Subjektivität als eigene Struktur

im Sinne eines Ortes lebensgeschichtlicher Planung, in deren Rahmen in bürgerlicher Manier Natur und gesellschaftliche Verhältnisse bearbeitet werden, gar nicht mehr ernst genommen werden kann* — unsere Gesellschaft ist dafür viel zu komplex geworden —; weil die gesellschaftliche Steuerung eben nicht mehr von den Interessen der einzelnen über Märkte stattfindet, muß ein Steuerungsmedium gefunden werden, das einerseits im Prinzip die Leistungsfähigkeit der einzelnen als elementare Voraussetzung gesellschaftlichen Lebens zu kontrollieren in der Lage ist, das andererseits aber diese Leistungsfähigkeit aus den engen Fesseln spezifischer, gleichsam altmodischer psychischer Bindungen befreit. Dieses Kontrollmedium mußte nicht erfunden werden. Eine solche von Subjektivität gereinigte Medizin praktiziert bereits; sie isoliert den Kranken und seine ins Organische gelegte Krankheit sorgfältig voneinander.

Ich gehe noch ein Stück über Parsons hinaus, um die Tendenz hervorzuheben: Je direkter die Verfügung der die Sozialstruktur vertretenden Bürokraten über die Leistungsfähigkeit der Bürger ist, d. h. je weniger diese ihre Leistungsfähigkeit im Sinne von -willigkeit oder anderen, subjektiv orientierten Bindungen inhaltlich vorstrukturieren, desto eher scheint «Regierbarkeit» aufgrund der Verfügbarkeit eines universell verwertbaren Leistungspotentials gewährleistet. Mit anderen Worten: Eine Medizin, welche ihre Lizenzvergabe für jene Form «abweichenden Verhaltens» «Krankheit» an das Merkmal «Leistungsfähigkeit des Organismus» und psychiatrisch an fiktive organische Bedingungen der Möglichkeit der gesellschaftlich für normal gehaltenen Intersubjektivität bindet, stellt mit dieser Fixierung den Bürokraten und Exekutiven ein Mittel sozialer Kontrolle zur Verfügung, das eine unmittelbare Beziehung stiftet zwischen Norm und vermeintlich organismischer Potenz**. Die herkömmlicherweise zwischen diesen Größen als vermittelnd gedachte Seele, die Persönlichkeit, das Ergebnis der Sozialisation, die Sphäre der Privatheit fallen aus dieser Perspektive der Tendenz nach nur noch als überflüssige Kosten an. Medizin als Agentin von «1984», als Teil des sich entwickelnden gesellschaftlichen Apparates zur Verhaltenssteuerung (Chorover, 1979)?

Freilich sind noch Fakten zu sammeln, Hinweise, inwieweit sich der medizinische Alltag tatsächlich nach diesem Muster abspielt oder wieweit Medizin, der ärztlichen Ethik entsprechend, und auf welche Weise sie über diese Sozialzentrierung hinaus Patientenrechte zur Geltung kommen läßt. Für die Art der Mitwirkung der Medizin an Gesundheitsaufklärung und die Art, wie der Bürger das erlebt, sind diese Probleme von großer Bedeutung. — Ich fürchte, wir haben auch noch nicht ganz begriffen, was sich am Bedeutungszuwachs des sozialen Steuerungsmittel Medizin ablesen läßt. Das Zentrieren der medizinischen Medien bzw. der Gesundheitsversorgung auf Leistungsfähigkeit an sich offenbart Gesundheit als die entscheidende Vorausset-

* Um der diesbezüglichen Entwicklung bürgerlicher Gesellschaft wirklich inne zu werden, empfiehlt sich als Kontrastlektüre zu Parsons, beispielsweise Adam Smith: Theorie der sozialen Gefühle (1759) — auch eine umfassende Gesellschaftstheorie. Aus solcher Distanz gelingt ein gleichsam ethnologischer Blick auf die eigene Gegenwart viel besser; an manchem liberalen Anspruch von damals wird noch festgehalten. Doch wird insgesamt deutlicher, inwieweit die gesellschaftliche Realität sich in andere Richtungen bewegt hat, insbesondere im Bereich der Verwertung der Arbeitskraft.

** Für den Bereich der Produktion ist diese Tendenz angedeutet worden in den Hinweisen auf die Funktion der Personalinformationssysteme und der Hilfsprogramme für Arbeitnehmer. Für den Bereich der Reproduktion hat das von Greiff (1979) als politische Funktion der Psychiatrie gezeigt.

zung des Gebrauchswertes der Arbeitskraft. Nicht, daß dieser einfach zu begreifende Zusammenhang nicht schon immer gegeben gewesen wäre. Nur, er gewinnt bei unserem Stand des Prozesses der Rationalisierung einen besonderen Stellenwert. Dann nämlich, wenn die Bindung an die zugewiesenen Rollenaufgaben aufgrund der gesellschaftlichen « Reifung » als Steuerungsmechanismus wichtiger wird als die Bindung an Kollektive, normative Regeln und Werte (Parsons, 1964, S. 78) — Größen, die mit der wie immer definierten Dimension des Seelischen korrespondieren und einerseits Richtschnuren waren, andererseits jedoch auch politisches Betätigungsfeld aus dem Raum der Privatheit heraus zur Weiterentwicklung solcher gesellschaftlichen Regulationen. Wie kann man der naturwissenschaftlichen Medizin diese ihre politische Rolle verdeutlichen und wäre eine solche Einsicht Anlaß zu einer Veränderung, einer gesellschaftswissenschaftlichen Erweiterung medizinischer Konzepte?

Nehmen die von der Medizin Kontrollierten etwas und wenn ja, wie nehmen sie dieses Akzentuieren von Gesundheit wahr? Sind sie aufgrund solcher Wahrnehmungen gegenüber Gesundheitspropaganda skeptisch, möchten sie demgegenüber lieber eigene Zielsetzungen realisieren? Können sie das? Ich fürchte, wir wissen über diesen grundsätzlichen Konflikt in der Teleologie von Gesundheit und seine Auswirkungen auf die Praxis der Gesundheitserziehung so gut wie nichts. Mir scheint lediglich sicher zu sein: Wenige Argumente sprechen dafür, daß ausgerechnet der Bereich gesundheitlicher Versorgung sich aus dem Steuerungsproblem unserer Gesellschaft, aus deren fundamentalen Widersprüchen heraushalten kann und gerade dort der um seiner selbst willen ernst genommene klassische Bürger im Zentrum steht, während im politischen Bereich der « regierbare » Bürger angestrebt wird. Allein schon die mehrstufig « medizinisch » abgesicherte Trennung des Kranken von seiner Krankheit ist ein systematisches Hindernis, Erkrankten und Gesunden als gesellschaftliche, persönliche und körperliche Vorgänge zugleich zu begreifen und zu handhaben.

4. Welche Chancen bieten Lebensstil-Konzepte der Gesundheitserziehung?

In den vorangehenden Abschnitten ist eine Reihe problematischer Abstraktionen nach der persönlichen und gesellschaftlichen Seite hin diskutiert worden, die heute in Gesundheitserziehung eingehen und in aller Regel unerkannt bleiben. Deshalb wirken sie als starke Kräfte den aufklärenden Bemühungen entgegen und machen sie zunichte. Die Problemlösungskapazität der Menschen, an welche Appelle gerichtet werden, für ihre Gesundheit mehr Verantwortung zu übernehmen, wird auf diese Weise überfordert, der Grad ihrer Vergesellschaftung gründlich unterschätzt. Die in Abschnitt 4 konstatierten, in der medizinischen Versorgung selber lokalisierten Probleme gelten generell, also auch für den Fall, daß das Risikofaktorenmodell der Gesundheitserziehung konsequent verlassen und in Zukunft Interventionen vermittels des Konzepts « lifestyle » versucht werden. Insbesondere bleibt auch dann zunächst in Kraft die medizinisch vorgenommene Trennung des Körpers (als dem Ort der nur organisch vorgestellten Krankheit) von der Seele, dem Geist, von den sozialisatorisch wirksamen Interaktionen dessen, dem dieser (mit Risiken belastete oder kranke) Körper eigentlich gehört, der er ist zum einen, und zum anderen das durch eine Reihe von Faktoren geförderte medizinische Expertentum, welches gepaart mit der Funktion sozialer Kontrolle, in gesellschaftlichem Ausmaß beim Bürger zu einer

Art gesundheitlichem Passivitätssyndrom geführt hat, dessen Auswirkungen man jetzt beklagt. Kann nun aus gesundheitspolitischer und wissenschaftlicher Sicht, insbesondere aus der Perspektive persönlichkeits-theoretischer und interaktionistischer Argumentation das Konzept «lifestyle» im Prinzip insofern als Fortschritt erachtet werden, als man sich davon — und aus welchen Gründen — bessere Intervention-schancen verspricht? Können wir von einer solchen Veränderung insbesondere erwarten, daß die laut Parsons zunehmende historische Tendenz, expressive und Un-behagensprobleme regressiv vermittelt Krankwerden pseudozulösen, systematisch eingedämmt oder gar zurückgeschraubt wird*?

Gemessen an der hier formulierten Kritik, daß das Risikofaktorenmodell an einer Reihe gravierender Abstraktionen scheitern mußte, die sowohl in der Art der Argu-mentation gegenüber dem Bürger als auch in der Zumutung an diesen, Gesundheit wesentlich auf der Verhaltensebene regulieren zu sollen, bestehen, ist das Konzept «lifestyle» fürs erste ein Schritt in die richtige Richtung. Es ist hier nicht möglich, eine umfassende Darstellung und Kritik zu geben, denn es existiert ein sehr breites Spektrum von Definitionsversuchen (Sobel, 1981). Immerhin lassen sich auf der Ba-sis dieser Zusammenstellung einige allgemeine Aussagen machen.

Mit «lifestyle» ist ein gestalthaftes und typisierbares, relativ stabiles Bündel von Handlungsmustern von Gruppen und Individuen gemeint, welches aus lebensge-schichtlichen und aktuellen Interaktionen sich bildet und reproduziert. Es handelt sich um praktizierte, nicht notwendig um solche Muster, die den Autoren bewußt verfügbar sind. In ähnlicher Weise wie einst die Kleingruppenforschung kann man «Lebensstil» als Versuch begreifen, auf einer Ebene psychosozialer Strukturbildun-gen, die der Orientierung im Alltag dienen, eine imaginäre Mitte zwischen Psychi-schem und Sozialstrukturellem zu treffen. Analog zu der Art und Weise, wie in die-ser Arbeit das Symptom begriffen wurde, kann man «lifestyle» verstehen als Resul-tat von Problemlösungsmodi, die sich sowohl als subjektiv tragbar wie auch als so-zial akzeptiert erwiesen haben. Sollen solche Kompromisse wieder problematisiert werden, weil sie sich als gesundheitlich riskant erweisen? Zweifellos liegt in der Tat-sache, daß es sich um ein komplexes Aggregat handelt, dessen Genese nach ver-schiedenen Seiten aufrollbar ist, ein großer Vorteil gegenüber dem Risikofaktoren-modell, das sowohl bezüglich der den einzelnen appellhaft präsentierten Gesund-heitsnorm und der platten Vorstellung vom Zögling als auch in der Art der Kon-frontation beider sozialwissenschaftlich gesehen naiv ist. Demgegenüber kennt das «lifestyle-Konzept» bereits, jedenfalls der Tendenz nach, einen vergesellschafteten Menschen. Aber genügt die darin zur Geltung kommende Vorstellung von Verge-sellschaftung bereits? Ist mit dem Konzept «lifestyle» eine Interventionsform not-wendig verbunden, die den «methodologischen Individualismus» verläßt und Men-schen als gesellschaftliche Wesen begreift?

Die Art des Intervenierens ist in dieser psychosozial angereicherten Szenerie von «lifestyle» keineswegs vorgegeben. Vor allem begleitet den in einem allgemeinen Sinn politisch bestimmten und pragmatisch orientierten Zugriff auf den Lebensstil nicht ohne weiteres auch ein kritischer Blick auf wichtige sozialisatorisch wirkende sozialstrukturelle Vorgaben, die wie starke Magneten das Feld «Lebensstil» struk-turieren, in welchem man Eisenspäne austauschen und umordnen kann wie man will

* Es gibt natürlich auch andere Richtungen, in welche man sich Erklärungen für dieses gravie-rende Problem, die zunehmende Relevanz von Krankheit in unserer Gesellschaft, vorstellen kann. Zumindest ist Parsons' Versuch plausibel. Eine Systematisierung solcher Erklärungs-versuche steht meines Wissens noch aus.

— sie orientieren sich allesamt wieder in der bereits geübten Weise. Ohne mit einem tatsächlichen Überblick über die verschiedenen Konzeptualisierungen von «Lebensstil» ausgerüstet zu sein, und mich auf Sobel (1981) beziehend, muß ich die Befürchtung aussprechen, daß man sich mit Hilfe dieser Konzepte in der Mehrzahl seiner Anwendungsfälle lediglich ein besseres Bild von dem Feld macht, in welches man eingreifen möchte, um das raffinierter, aber durchaus im Sinn der alten individualistischen Politik tun zu können. Die Maximen des Eingriffs selber — auf deren Kritik liefen die hier vorgetragenen Argumente ja hinaus — bleiben dann die gleichen wie im Risikofaktorenmodell. So schreiben beispielsweise Davidson und Davidson (1980, S. XII).

“An increased awareness of two factors has contrived to make health lifestyle programs extremely important to our health delivery system... The first factor is an increased understanding that faulty habits, behaviors, and lifestyles may be important causal components of many physical disorders, and that correcting these faulty behaviors reduces the risk; refined behavioral technology is currently available to be put into programs for correcting these faulty behaviors.”

Mancher gut geplant strategische Zugriff auf abweichendes Gesundheitsverhalten wird mit Hilfe eines halbwegs systematisierten Bildes von einigen psychosozialen Organisationsprinzipien des Alltags einfach deshalb besser gelingen, weil gegenüber den Betroffenen mehr seiner Elemente ansprechbar sind und deshalb, anders als im Risikofaktorenmodell, Hilfeleistungen kognitiver Art zur Verfügung gestellt werden können, die einer Reorganisation des Lebensstils unter gesundheitsförderlichen Gesichtspunkten dienen mögen — wenn es keine dagegen sprechenden «vested interests» gibt, keinen psychodynamisch und noch auf weiteren Stufen organisierten Widerstand.

Also bleibt der bereits gegen das Risikofaktorenmodell erhobene Haupteinwand zunächst einmal entschieden bestehen: Für den Fall, daß ein spezifischer Lebensstil von denen, die ihn praktizieren, ein mit Interessen besetztes Konfliktlösungsmuster ist, das in der Weise, wie es zustande kam, auch eine Verarbeitung sozialstruktureller Gegebenheiten enthält, ist es wahrscheinlich, daß bei einer von außen beanspruchten Umorganisation die Konfliktlösungsfähigkeit überfordert — und, folgt man Parsons — unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen die regressive Flucht aus dem unlösbaren Konflikt in die Krankheit bestärkt werden kann — wenn nicht zugleich die sozialstrukturellen Bedingungen mit verändert werden. Diese aber müssen beim Konzept «lifestyle» gar nicht mit in den Blick geraten.

Diese — im Hinblick auf die daran gerichteten Erwartungen — pessimistische Meinung vom Konzept «lifestyle» ist noch weiter zu belegen. Sie wird zunächst von Argumenten unterstützt, die aus einer umfangreichen Auseinandersetzung mit seiner historischen Entstehung und seiner tatsächlichen gesellschaftlichen Bedeutung hervorgehen. Sobels (1981) Begründung für die Bedeutung, welche die Privatsphäre für die einzelnen heute gewonnen hat, stimmen, auf einer sehr allgemeinen Ebene allerdings nur, mit Vorstellungen von Parsons, aber auch solchen von Habermas (1973) und anderen Autoren dahingehend überein, daß der eigentliche Bewegungsspielraum der Subjektivität heute im Konsum, in der Privatheit, in der Reproduktions-sphäre zu finden ist:

“Rather, lifestyle is important because it manifests both social and individual identity, because lifestyle has become an increasingly important center of meaning, in short, because the creation of lifestyle itself is a time-intensive activity with a heavy investment of ego. In this context, the modern significance of a lifestyle may arise as a solution to the existential problems of boredom, meaninglessness, and lack of

control, problems created by the confluence of affluence and the destruction of the traditional centers of meaning, religion, work, family, and community” (Sobel, a.a.O., S. 171).

Obgleich Sobel diese Schilderung gleich anschließend selbstironisch als «somewhat naïve» charakterisiert, will er sie offenbar doch als eine Tendenzaussage verstanden wissen. Vor allem hält er fest :

“*Ceteris paribus*, extrapolation of a decline in the intrinsic significance of work leads to the conclusion that the salience of lifestyle will increase. In the limit, if work is perceived as an activity that generates only extrinsic rewards, then occupational role no longer qualifies as a status generating characteristic. In addition, since there is no intrinsic meaning to the activity itself, a transfer of meaning from work to some other center of meaning is required. The contention here is that lifestyle is not an unlikely recipient of the transfer” (Sobel, a.a.O., S. 172).

So verstanden legt das Konzept des Lebensstils nahe anzunehmen, daß es ein Produkt der gleichen historischen Entwicklung ist, von der Parsons annimmt, daß sie der Krankheit bzw. Gesundheit zur heute zugeschriebenen gesellschaftlichen Bedeutung verholfen hat : Beides geht aus einer spezifischen massenhaften Verlagerung menschlicher Expressivität, Kreativität oder wie immer man den Ausdrucks- und Veränderungswillen nennen will, aus dem Bereich des Politischen ins Private hervor. Dieser Prozeß mit seinen vielen Aspekten kann hier nicht erörtert werden. Ich möchte nur eine in meinen Augen diskutierenswerte Vermutung äußern :

Bleiben so allgemeine gesellschaftliche gesundheitsrelevante Lebensbedingungen bestehen wie

- das Abschotten gesellschaftlicher Lebensbedingungen gegenüber Veränderungswünschen, die aus der Privatsphäre kommen ;
- eine intensiver werdende, wissenschaftlich geplante Verwertung menschlicher Arbeitskraft, die
- Gesundheit spezifisch als generalisierbare Leistungsfähigkeit zum knappen Gut macht und deshalb als gesellschaftlich notwendige Ressource so ins Bewußtsein hebt, wie das heute der Fall ist,

dann halte ich es für sehr unwahrscheinlich, daß ein besseres Management, das lediglich auf der psychosozialen Ebene angesiedelt wäre, zu einer gesellschaftlichen relevanten Verminderung von Krankheit und einer ebensolchen Beförderung von Gesundheit führt. Gilt nämlich, daß

- Gesundheit wirklich in erster Linie und zunehmend mehr auf ihren Gebrauchswert in der Produktionsphäre zugeschnitten wird ;
- gilt, daß Krankheit weiterhin als Entlastungsmechanismus geduldet wird — und man kann sich ein Abschaffen dieses Ventils nicht vorstellen —

dann ist folgendes denkbar : Das gegenüber dem Risikofaktorenmodell im Rahmen des Lebensstilkonzepts mögliche raffiniertere Management dieser eingesperrten Expressivität könnte zumindest einen ähnlichen Effekt erzielen, wie er dann beobachtbar ist, wenn man Rauchern das Rauchen abgewöhnt : sie wechseln in eine andere Risikogruppe, sie bekommen Übergewicht. Symptomverschiebungen dieser Art, d.h. im Krankheitsbereich selber, sind erfahrungsgemäß nicht die einzigen kreativen, d.h. aus bürokratischer Sicht problematischen Umgangsweisen einzelner und von Gruppen mit erhöhtem sozialen Druck. Aber die Gratifikationen, der Krankheitsgewinn der Krankenrolle und auch der im Risikoverhalten steckende, laden ein, sich in Form dieses selbstdestruktiven und auch gesellschaftlich destruktiven Protestes gegen die Zunahme sozialer Kontrolle auszudrücken.

5. Empfehlungen

Diese Empfehlungen geben lediglich weitere sachliche Komplexe (und noch keine Operationalisierungen) an, die zu untersuchen und in bestimmte Richtungen zu entwickeln notwendig wird, wenn man Gesundheitspolitik, soweit sie sich auf eine naive Gesundheitserziehung stützte, umorganisieren will. Diese Empfehlungen gehen davon aus, daß gesundheitsrelevantes Handeln immer schon Problemlösungshandeln ist. Aus dieser Einsicht heraus gilt es, den Wert Gesundheit unmittelbar und mittelbar an sozial relevanten Orten und in sozialisatorisch bedeutsamen Kontexten stark zu machen, um die persönliche Gesundheitsarbeit zu erleichtern.

5.1 Gesundheitserziehung als Teil der Gesundheitsförderung

Aufgrund der hier vorgetragenen Argumente, aber nicht zuletzt aufgrund von Schlußfolgerungen, welche Praktiker im Bereich der Gesundheitserziehung selber aus ihren Erfahrungen gezogen haben, ist es unabdingbar, auch Gesundheitserziehung im Gefüge «der Einheit gesellschaftlicher Realität» (Wilkening, 1981) zu betreiben und dabei nicht so zu tun, als läge alles wichtige Veränderungspotential nur im Verhalten einzelner. Solche individualistischen, allein oder doch in erster Linie auf Verhaltensänderung zielenden Konzepte müssen vor allem auch wegen ihrer Erfolglosigkeit abgelöst werden. Freudenberg (1981) hat deshalb vorgeschlagen, daß man auch Institutionen, das soziale Umfeld und die Politik der Behörden mit in den Bereich dessen einbeziehen sollte, was im Sinne erfolgversprechender Gesundheitspolitik zu verändern ist. Insofern gilt es ganz generell, das Tätigkeitsfeld der Gesundheitserzieher zu erweitern («widening options») und von Gesundheitsförderung («health promotion») zu sprechen (Wenzel, 1982). Eine derartige Erweiterung des Interventionsfeldes kann natürlich nur sinnvoll sein, wenn man sich darüber im klaren ist, wo jene Gesundheit und Krankheit in entscheidender Weise determinierenden Momente zu lokalisieren sind. Gesundheitsförderung muß von diesen Einsichten gesteuert werden.

Bei dieser Horizonterweiterung der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung ist von zentraler Bedeutung, daß man beim Aufgeben des Risikofaktorenmodells nicht bei jenem Konzept «lifestyle» stehen bleibt, das sich letzten Endes, wie in Abschnitt 5 gezeigt wurde, wesentlich auf Formen von Expressivität in der Freizeit bezieht. Ein gesundheitspolitisch relevantes Konzept, welches die Art der Verarbeitung von Lebenserfahrung — als Vermittlung zwischen Sozialstruktur, sozialer Gruppenzugehörigkeit und Einzelinteresse — zum Ausdruck bringen soll, muß unbedingt, wie Wenzel (1982) hervorhebt, die gesellschaftlichen Bedingungen des Lebens implizieren. Um es von anderen, beschränkten Konzepten abzuheben, sollte man auch einen anderen Terminus wählen, der die Differenz von vornherein signalisiert. Mir scheint der Begriff «Lebensweise» (vgl. Butenko, 1978) — also way of life — dafür geeignet zu sein. Besteht man beispielsweise nicht darauf, daß Gesundheitsförderung auch und insbesondere die Art der gesellschaftlichen Verwertung menschlicher Leistungsfähigkeit mit einschließt — das dürfte in Abschnitt 3 klargestellt worden sein —, dann besteht die Gefahr, daß Gesundheitspolitik auch weiterhin nur im privaten Bereich zu intervenieren versucht, dessen bestimmende Kraft im gesellschaftlichen Leben heute nicht allzu hoch eingeschätzt werden kann. Wir würden damit in ein ganz ähnliches Dilemma geraten wie mit der an Risikofaktoren orientierten Gesundheitserziehung. Gesundheit ist ein gesamtgesellschaftlicher Sachverhalt. Zwar wird er am einzelnen sichtbar, aber er ist an diesem sozialen Ort

allein oder auch nur vorwiegend dort nicht herzustellen. Dieser Erkenntnis muß gesundheitspolitische Planung Rechnung tragen.

Gesundheitserziehung kann infolgedessen nur sinnvoll sein als idealiter integraler Teil politischer Anstrengungen zur Gesundheitsförderung überhaupt. Ist Gesundheitserziehung in einem Ensemble so weit wie möglich koordinierter politischer Strategien nur eine, dann können die Bürger auch die Relativität des ihnen Zugemuteten erkennen und werden solche Anstrengungen einer Gesundheitsverwaltung anders, positiver einschätzen als für den Fall, daß in ihren Augen eine nur ihnen zugemutete Umorientierung die größte politische Anstrengung ist, die überhaupt unternommen wird. Eins ist jedoch klar: Bei aller Kritik an der Überschätzung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitserziehung alten Stils — Gesundheitserziehung wird ein wichtiger Teil der Gesundheitsförderung insgesamt bleiben. Das ist besonders dann der Fall, wenn sie nicht autoritär auftritt, sondern etwas bewirkt, was Erziehung in unseren Gesellschaften allgemein bewirken soll: jemanden mit der Zeit relativ unabhängig werden lassen.

5.2 Gesundheitserziehung als Hilfe zur Selbsthilfe

Einer der auffälligen, hier kritisierten Züge der alten mit Erwartungen überfrachteten Gesundheitserziehung war ihre autoritäre Ausrichtung an den Risikofaktoren als Richtwerten. Wenn man davon aus guten Gründen loskommen will, sollte man sich des darin steckenden passivisierenden Verhältnisses von Medizin und Bürger heute systematisch gewahr zu werden versuchen, damit man nicht wieder in strukturell ähnliche Fehler verfällt. Ich erinnere hier an Illichs Argumente, selbst wenn ich nicht bereit bin, ihm in allen Konsequenzen zu folgen. — Jedenfalls ist die Richtschnur Risikofaktoren beispielhaft für eine abstrakte, entfremdete Logik, als welche die naturwissenschaftliche Medizin — Unterwerfung heischend — ins Leben der einzelnen hineinragt.

Vergegenwärtigen wir uns die allgemeine Patientenlage gegenüber der Expertenmedizin doch einmal mit Worten aus der Analyse des Medizinsystems von Parsons (1951). Danach ist der Patient gekennzeichnet durch Hilflosigkeit bzw. Hilfsbedürftigkeit, durch fachliche Inkompetenz und emotionales Engagement. In der Tat gibt diese Kennzeichnung die normale Patientenlage im Versorgungssystem der naturwissenschaftlichen Medizin wieder, die ihn schon aus methodischen Gründen wesentlich zum Objekt machen muß; wir erinnern die Zuspitzung dieser Kritik bei Basaglia, Goffmann und anderen Autoren, die «totale Institutionen» beschrieben und kritisiert haben. — Der Patient wird aus medizinischer Sicht jedenfalls als aufgeregt, naiv und auf Hilfe angewiesen verstanden — kurz, er wird wahrgenommen und behandelt wie ein Kind. Wenn diese Infantilisierung die normale Erwartungshaltung der im Medizinsystem Tätigen gegenüber den aktuellen Patienten und den potentiellen Patienten, also allen Bürgern ist, dann verstehen wir auch den autoritativen Zug der Gesundheitserziehung anhand der Risikofaktoren besser. Er geht aus einer ganz normalen Einstellung des Medizinsystems, übertragen ins Prophylaktische, hervor. Und wir haben einen weiteren Grund besser verstanden, weshalb die Bürger erst recht prophylaktisch nicht so mit sich umspringen lassen wollen; gelten doch prophylaktisch vor allem die Anpassungsregeln der Krankenrolle noch nicht (oder doch?), gilt Handeln im Vorhof von «krank» immer noch als privat bestimmbar.

Um dieses Dilemma zu überwinden, bringen Gesundheitserzieher eine Veränderung in der Gesundheitserziehungspolitik in aller Regel in Zusammenhang mit der Forde-

rung nach größerer Autonomie der Angesprochenen, ja versuchen, die Selbsthilfebewegung als Beispiele für gelungene Gesundheitserziehung in einem neuen Sinn zu begreifen (z.B. Freudenberg, 1981), weil dann auch die politische Tätigkeit, die sich auf Institutionen usf. richtet, aus der Perspektive der Betroffenen, von ihnen selbst unternommen werden kann.

Solch ein Kompetenzzuwachs erlaubt es vor allem auch, die letzten Endes politische Kontroverse um die Verfügung über Gesundheit im Sinne von Leistungsfähigkeit in offener Auseinandersetzung zu führen. Damit und mit der Aufwertung der Laienkompetenz ist freilich ein Problem verbunden, das selten klar ausgesprochen wird. Nur eine deutliche Relaisierung macht eine «kontextnahe Gesundheitspolitik» (Göckenjan, 1980, S. 162f, 169) möglich; wer aber die Problemlösungskapazität der Bürger gesundheitspolitisch beanspruchen möchte, der muß sich darüber klar sein, daß er für die Überführung sozialer in persönliche Kontrolle argumentiert (Levin, 1981, S. 240) — ein heißes Eisen, jedoch ein ganz anderer wichtiger Aspekt der politischen Auseinandersetzung um Gesundheit. Je klarer man sich dessen wird, desto deutlicher werden auch die Widerstände gegen eine Gesundheitspolitik im Interesse der Bürger; Widerstände, die nicht einfach irgend jemandes Schuld sind, sondern in der Komplexität und Widersprüchlichkeit unseres gesellschaftlichen Lebens begründet sind. Insofern hebt Kickbusch (1981) völlig zu Recht hervor, daß Gesundheit eine «soziale Idee» ist. Sie kann nur realisiert werden, indem man sich dieser gesellschaftlichen Widersprüche zunächst einmal überhaupt bewußt wird.

5.3 Die Rolle der Medizin für die Gesundheit

Bewegt sich das Konzept der Gesundheitserziehung weg von jenem «methodischen Individualismus» und wird demzufolge individuelles Problemlösungsverhalten als solches sichtbar und sein Stellenwert realistischer eingeschätzt als bisher, und zwar insofern, als die gesellschaftlichen, situativen u.a. Momente ins Konzept und in die Praxis gesundheitsfördernder Politik mit einbezogen werden, welche das soziale Handeln der einzelnen mit determinieren; versucht man also, den Schwächen und Fehlern der alten Konzepte wirklich an die Wurzel zu gehen (Kickbusch, 1981, Levin, 1981, Wenzel, 1982), dann verändern in diesem Feld notwendigerweise alle beteiligten Größen, einfach schon aufgrund der neuen Stellung zueinander, ihre Gestalt. Obleich natürlich kein Mensch im Ernst daran denken kann, unsere bis in die jüngste Zeit so erfolgreiche Medizin ganz und gar ummodellern zu wollen, ist klar, daß der in dieser Arbeit immer wieder hervorgehobene abstrakte Bezug der Organmedizin zu den Menschen als gesellschaftlichen Wesen mit einer Lebensgeschichte ein unübersehbares Manko ist. Zum Gesundbleiben wie zum Krankwerden gehören sowohl das *Erleben* der gesellschaftlichen Objektivität wie auch der Sachverhalt, daß alle Bürger sozialstrukturell bedingten Einflüssen mittelbar oder unmittelbar ausgesetzt sind, von denen sie gar nichts wissen müssen. Eine Heilkunde muß diesen Sachverhalten ebenso Rechnung tragen wie sie ihre naturwissenschaftliche Erkenntnis- und Praxisseite vorantreiben muß. Das Verhältnis dieser verschiedenen, teils erst zu schaffenden, aber insgesamt notwendigen Elemente einer modernen Medizin zueinander ist noch recht ungeklärt. Diese Probleme zu klären, gehört mit zu den dringendsten Aufgaben moderner Gesundheitsförderung.

Wenn das Unterstützen von Gesundheit gegen Krankheit in gesellschaftlichem Ausmaß Früchte tragen soll, kommen wir nicht umhin, uns von dem im engeren medizinischen Sinn tradierten, somatisch orientierten Krankheitsverständnis so weit zu lösen, daß wir dieses zwar als unerläßliches, aber eben als ein Moment des Umge-

hens mit den Phänomenen Krankheit und Gesundheit verstehen und handhaben lernen. Es konnte gezeigt werden, inwiefern eine Reihe guter Argumente dafür spricht, daß Krankheit (und also auch Gesundheit) in einen soziopsychosomatischen Kontext gehört, von dem man weiß, daß dort so etwas wie Problemtransfers, Problemtransporte von einer Form in die andere stattfinden, weil die menschliche Ausdruckskraft sehr vielfältig formbar ist. Manche Krankheit ist aller Wahrscheinlichkeit nach eine Endstation solchen Transportierens. Es wird — im Sinne primärer Prophylaxe — viel zu wenig daran gedacht, daß solche Transporte rückgängig gemacht oder gar verhindert werden können. Aber das scheitert in aller Regel an der spezifischen Befangenheit des naturwissenschaftlich-medizinischen Blicks. Göckenjan (1980) hat auf die Belanglosigkeit der Aufspaltung des Prophylaxebegriffs hingewiesen, die überhaupt nichts bringt, wenn nicht auch ein neues Krankheitsverständnis damit einhergeht.

Nicht nur medizinkritisch ist heute immer eindringlicher davon die Rede, sondern überhaupt gegenüber den Erfahrungswissenschaften, daß diese für Subjektives, für Gefühle, für Unbehagen aus guten methodischen Gründen keine Ausdrucksformen haben. Aus diesem Unvermögen eines spezifischen wissenschaftlichen Code aber den Schluß zu ziehen, daß diese Dimension unseres Lebens keine Bedeutung hat, ist ein Irrtum, ja fahrlässig (Maurer, 1974). Wir müssen deshalb die Möglichkeit prüfen, ob sich nicht gerade im Zunehmen der persönlichen und gesellschaftlichen Bedeutung von Krankheit und Gesundheit solches Unbehagen, allgemeiner ausgedrückt: anders nicht unterzubringende menschliche Expressivität in problematischer Form Ausdruck verschafft. Mag in manchen Fällen auch weiterhin die Medialisierung und Medikalisierung psychosozialer Probleme eine allseits gewünschte und sozial akzeptierte Lösung bleiben. Zunächst einmal hätte man sich jedoch im gesellschaftlichen Maßstab darüber klar zu werden, daß diese Form des Problemtransfers zu den normalen gesellschaftlichen Mechanismen gehört. Dann wäre zu entscheiden, ob man das politisch will oder nicht.

LITERATUR

- Anders, Günther (1961). *Die Antiquiertheit des Menschen. Band 1: Über die Seele im Zeitalter der zweiten industriellen Revolution*. München: Beck.
- Balint, Michael (1957). *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett. 1965³, aus dem Englischen von Käthe Hügel.
- Beier, Christel / Horn, Klaus / Kraft-Krumm, Doris (1981) Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn bei sozial Unterprivilegierten. Barrieren und Chancen für Veränderungsmöglichkeiten. Abschlußbericht eines Forschungsprojektes im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln: durchgeführt im Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt/Main. Wissenschaftliche Projektleitung Klaus Horn.
- Beier, Christel / Horn, Klaus / Kraft-Krumm, Doris (1982). Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn-Zur Methode einer Studie über Widerstand gegen Gesundheitsaufklärung. In *Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 2*, herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, S. 59-100.
- Beier, Christel / Horn, Klaus / Wolf, Michael i.D. (1983). *Krankheit: Subjektiver Sinn und gesellschaftlicher Zweck. Eine hermeneutische Untersuchung*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Butenko, A.P. (1978). Die Lebensweise. Inhalt des Problems und offene Fragen. In *Gesellschaftswissenschaftliche Beiträge* 32, April 1979, Heft 4, S. 329-343. Aus dem Russischen von R. Broda.
- Chorover, Stephan (1979). *Die Zurichtung des Menschen. Von der Verhaltenssteuerung durch die Wissenschaften*. Frankfurt/Main, New York: Campus, 1982. Aus dem Amerikanischen von Hanne Herkommer.

- Cousins, Norman (1979). *Der Arzt in uns selbst. Anatomie einer Krankheit aus der Sicht des Betroffenen. Die Geschichte einer erstaunlichen Heilung gegen alle Prognosen.* Mit einer Einleitung von René Dubos. Aus dem Amerikanischen von Klaus Schomburg und Sylvia M. Schomburg-Scherff. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Davidson, Park, Davidson, O. & Sheena M. (1980, Hg.). *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles.* New York: Brunner/Mazel.
- Edelmann, Murray (1971). *Politics as Symbolic Action.* Chicago: Markham.
- Freudenberg, Nicholas (1981). Die Rolle der Gesundheitserziehung bei der Veränderung des sozialen Umfeldes. Vorschläge für eine Strategie des öffentlichen Gesundheitswesens in den Vereinigten Staaten. *Internationales Journal für Gesundheitserziehung* XXIV, Heft 3, S. 156-165.
- Friedrich, Jürgen (1982). Soziale Auswirkungen von Personalinformationssystemen im Betrieb. In *Arbeitskreis Rationalisierung*, Bonn, Hg.: Verdatet, verdrahtet, verkauft: Beiträge zum Thema Informatik und Gesellschaft. Stuttgart: Alektor-Verlag, S. 65-86.
- Giessen, Bernhard & Schmid, Michael (1977). Methodologischer Individualismus. Eine Kritik des individualistischen Forschungsprogramms in den Sozialwissenschaften. In G. Eberlein und H.-J. von Kondratowitz (Hg.): *Psychologie statt Soziologie? Zur Reduzierbarkeit sozialer Strukturen auf Verhalten.* Frankfurt/Main: Campus, S. 24-47.
- Göckenjan, Gerd (1980). Politik und Verwaltung präventiver Gesundheitssicherung. *Soziale Welt* 31, Heft 2, S. 156-175.
- Greiff, Bodo von (1979). Sowjetische Psychiatrie und normativer Naturalismus. *Zeitschrift für Soziologie* 8, Heft 4, S. 344-361.
- Habermas, Jürgen (1973). *Legitimationsproblem im Spätkapitalismus.* Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Hayek, F.A. (1952). *The Counter-Revolution of Science. Studies on the abuse of Reason.* Glencoe: The Free Press.
- Hofstätter, Peter, R. (1957). *Gruppendynamik. Kritik der Massenpsychologie. Durchgesehene und erweiterte Neuauflage.* Hamburg: Rowohlt.
- Holzkamp, Klaus (1972). Verborgene anthropologische Voraussetzungen der allgemeinen Psychologie. In ders.: *Kritische Psychologie. Vorbereitende Arbeiten.* Frankfurt/Main: Fischer, S. 35-74.
- Horn, Klaus (1979). Zur gesellschaftlichen Funktion von Politischer Psychologie. Subjektivierung gesellschaftlicher Widersprüche. In H. Moser (Hg.): *Politische Psychologie. Politik im Spiegel der Sozialwissenschaften.* Weinheim/Basel: Beltz, S. 315-331.
- Horn, Klaus (1980a). Psychiatrie und Subjektivierung. In K. Heinrich & U. Müller (Hg.): *Psychiatrische Soziologie. Ein Beitrag zur sozialen Psychiatrie.* 3. Düsseldorf Symposion am 14.4. 1978. Weinheim/Basel: Beltz, S. 52-65.
- Horn, Klaus (1980b). Das wissenschaftliche und das reale Problem des Gesundheitsverhaltens von Unterschichtpatienten. In Klaus Menne und Klaus Schröter (Hg.): *Psychoanalyse und Unterschicht. Soziale Herkunft — ein Hindernis für die psychoanalytische Behandlung?* Frankfurt/Main: Suhrkamp, S. 177-222.
- Horn, Klaus (1981). Prometheus als Menschenmaterial? Zur gesellschaftlichen Funktion politischer Psychologie. In Schülein J. u.a.: *Politische Psychologie. Entwürfe zu einer historisch-materialistischen Theorie des Subjekts.* Frankfurt/Main: Syndikat, S. 77-106.
- Ingelhart, Ronald (1977). *The Silent Revolution.* New Jersey: Princeton University Press.
- Kamper, Dieter & Wulf, Christoph (Hg., 1982). *Die Wiederkehr des Körpers.* Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Kickbusch, Iona (1981). Betroffenheit und Beteiligung: ein soziales Konzept der Gesundheitserziehung. *Internationales Journal für Gesundheitserziehung*, Supplement für Vol. XXIV, Ausgabe Nr. 4, Oktober, S. 1-16.
- Lanc, Otto (1975). *Ergonomie. Psychologie der technischen Welt.* Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz: Kohlhammer.
- Levin, Lowell S. (1981). Selbsthilfe: zum Zwecke grundlegender Veränderungen in nationalen Strategien. *Internationales Journal für Gesundheitserziehung*, XXIV, Heft 4, S. 236-246.
- Maurer, Reinhart (1974). Das Subjekt der Erfahrungswissenschaft. In R.E. Vente (Hg.): *Erfahrung und Erfahrungswissenschaft. Die Frage des Zusammenhangs wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Entwicklung.* Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz: Kohlhammer, S. 50-70.

- Meinefeld, Werner (1977). *Einstellung und soziales Handeln*. Rororo Studium 103, Sozialwiss. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.
- Mering v., Ott & Early, William (1966). Die Diagnose bei Problempatienten: Ein unterentwickeltes Gebiet der zeitgenössischen naturwissenschaftlichen Medizin. In A. Mitscherlich, T. Brocher, O.v. Mering & K. Horn (Hg.): *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*. Köln/Berlin: Kiepenheuer & Witsch, 1967², S. 325-331.
- Mitscherlich, Alexander (1966). Krankheit als Konflikt. *Studien zur psychosomatischen Medizin I*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Mitscherlich, Alexander (1967). Krankheit als Konflikt. *Studien zur psychosomatischen Medizin II*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Parsons, Talcott (1951). Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Sonderheft 3: Probleme der Medizin-Soziologie, R. König & M. Tönnemann (Hg.): Köln/Opladen: Westdeutscher Verlag, 1958, S. 10-57.
- Parsons, Talcott (1964). Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In A. Mitscherlich u.a. (Hg.): *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*. Köln/Berlin: Kiepenheuer & Witsch, 1967, S. 57-87.
- Rabinow, Paul & Sullivan, William, M. (Hg. 1979). *Interpretive Social Science: a Reader*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press.
- Reason, Peter & Rowan, John (Hg. 1981). *Human Inquiry: a Sourcebook of New Paradigm Research*. Chichester/New York/Brisbane/Toronto: Wiley.
- Roman, Paul, M. (1980). Medicalization and Social Control in the Workplace: Prospects for the 1980s. *Journal of Applied Behavioral Science*, 16, Nr. 3, S. 407-422.
- Siegrist, Johannes (1977). Empirische Untersuchungen zu Kommunikationsprozessen bei Visiten. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, Nr. 3/4, S. 6-15.
- Sobel, Michael, E. (1981). *Lifestyle and Social Structure. Concepts, Definitions, Analyses*. New York/London/Toronto/Sydney/San Francisco: Academic Press.
- Soeffner, Hans-Georg (1979). *Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften*. Stuttgart: Metzlersche.
- Virchow, Rudolf (1849). Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie. In: ders., *Die Not im Spessart — Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie*. Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft, 1968, S. 57-236.
- Vogt, Irmgard (1983a). *Für alle Leiden gibt es eine Pille. Frauen und Psychopharmaka*. Frankfurt/Main: Campus; im Druck.
- Vogt, Irmgard (1983b). Das Frauensyndrom im Verhältnis zur Medizin: Iatrogene Medikalisierung der gesellschaftlich hergestellten Leidensformen einer unterdrückten Majorität. In *Leviathan* 11; im Druck.
- Weiner, Stephen, M. (1981). Health Care Policy and Politics. Does the Past Tell Us Anything about the Future? In *Policy Studies Review Annual* Vol. 5, Beverly Hills/London: Sage, S. 643-653.
- Wenzel, Eberhard (1982). Health Promotion and Lifestyles; Perspectives of the WHO Regional Office for Europe. Health Education Programme. Beitrag für die 11. Internationale Konferenz für Gesundheitserziehung, Tasmanien, 15.-20. August 1982, im Namen des WGO-Regionalbüros für Europa, Kopenhagen.
- Wilkning, Werner (1981). Lebenszusammenhänge: zur begrifflichen Rekonstruktion der Einheit gesellschaftlicher Realität. Kritische Anmerkungen zum theoretischen Vorverständnis einer realitätsgerechten Gesundheitserziehung. *Internationales Journal für Gesundheitserziehung*, XXIV, Heft 1, S. 13-25.
- Zimbarido, Philip, G. (1977). Nicht so schüchtern. So helfen Sie sich selbst aus Ihrer Verlegenheit. Forschung unter Mitwirkung von Paul A. Pilkows, Ph.D. und Therapie unter Mitwirkung von Margaret E. Marnell, R.N., M.A. München: Moderne Verlags-GmbH, 1978. Aus dem Amerikanischen von Hans Hermann.

**V Planungsaspekte der
Gesundheitserziehung: « Über die Rolle
und die Prioritäten der
Gesundheitserziehung
in der WGO-Strategie zur Erreichung von
Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 »**

von **Werner Schmidt**

StR Dr. paed. Dr. sc. phil. WERNER SCHMIDT ist Direktor des Instituts für Gesundheitserziehung im Deutschen Hygiene-Museum in der Deutschen Demokratischen Republik in Dresden und Generalsekretär des Nationalen Komitees für Gesundheitserziehung der DDR.

Anschrift: Institut für Gesundheitserziehung, Deutsches Hygiene-Museum in der DDR, Lingnerplatz 1, DDR-8012 Dresden / Deutsche Demokratische Republik

Die WGO-Strategie mit dem Ziel «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000» ist von elementarer Bedeutung für die weitere Entwicklung der Gesundheitserziehung* in allen Regionen der Welt. Ich möchte zu dieser Problematik aus der Sicht eines sozialistischen Staates Europas, der Deutschen Demokratischen Republik, Stellung nehmen.

1. Von welchen Grundlagen haben wir auszugehen?

1977 beschloß die Weltgesundheitsversammlung, die wichtigste soziale Zielstellung der Regierungen und der WGO sollte darin bestehen, daß alle Menschen in der Welt bis zum Jahre 2000 ein Niveau der Gesundheit erreichen, das es ihnen erlauben wird, ein sozial und ökonomisch produktives Leben zu führen. Diese Zielstellung ist allgemein bekannt als «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000»**.

HFA bedeutet einfach die Verwirklichung des 1948 in der WGO-Verfassung begründeten Zieles der WGO, daß «alle Völker das höchstmögliche Niveau der Gesundheit erreichen» und daß als ein Minimum alle Menschen in allen Ländern wenigstens ein solches Gesundheitsniveau haben sollten, daß sie imstande sind, produktiv zu arbeiten und aktiv am gesellschaftlichen Leben der Gemeinschaft, in der sie leben, teilzunehmen. Um ein solches Gesundheitsniveau zu erreichen, sollte jede Einzelperson Zugang zur gesundheitlichen Grundbetreuung und dadurch zu allen Ebenen eines umfassenden Gesundheitssystems haben.

Die Internationale Konferenz der WGO und UNICEF über gesundheitliche Grundbetreuung, die 1978 in Alma-Ata/UdSSR abgehalten wurde, gab die Deklaration von Alma-Ata heraus, die die prinzipielle Orientierung gab, daß die gesundheitliche Grundbetreuung der Schlüssel ist, um Gesundheit für alle zu erreichen. (WGO, 1978). Diese Deklaration definierte auch die wesentlichen Elemente der gesundheitlichen Grundbetreuung folgendermaßen: «... Aufklärung und Erziehung über vorherrschende Gesundheitsprobleme und über Methoden, diesen vorzubeugen und sie zu lösen; Förderung der Nahrungsversorgung und einer richtigen Ernährung; eine ausreichende Versorgung mit einwandfreiem Wasser sowie grundlegende Abwasserbeseitigung; Gesundheitsbetreuung für Mutter und Kind einschließlich Familienplanung; Immunisierung gegen die hauptsächlichsten Infektionskrankheiten; Verhütung und Bekämpfung von örtlich endemischen Krankheiten; geeignete Behandlung von alltäglichen Krankheiten und Verletzungen sowie Bereitstellung der wesentlichen Medikamente.»

1979 führte die Weltgesundheitsversammlung die Globalstrategie «HFA 2000» ein, indem sie die EntschlieÙung WHA 32.30 annahm, die den Bericht und die Deklaration von Alma-Ata bestätigte (WGO, 1981). Globale Zielstellungen dieser Strategie sind folgende:

1. Alle Menschen in jedem Land werden wenigstens bequemen Zugang zur wesentlichen gesundheitlichen Betreuung und zu Überweisungseinrichtungen auf der ersten Ebene haben.
2. Alle Menschen werden aktiv einbezogen sein in die Selbstbetreuung und die Betreuung ihrer Familien entsprechend ihren Möglichkeiten sowie in Aktionen der Gemeinden für die Gesundheit.

* im folgenden: GE

** im folgenden: HFA 2000

3. Die Gemeinwesen überall in der Welt werden sich mit den Regierungen in die Verantwortung für die gesundheitliche Betreuung ihrer Mitglieder teilen.
4. Alle Regierungen werden die Gesamtverantwortung für die Gesundheit ihrer Bevölkerung übernommen haben.
5. Einwandfreies Trinkwasser und Abwasserbeseitigung werden allen Menschen verfügbar sein.
6. Alle Menschen werden angemessen ernährt sein.
7. Alle Kinder werden gegen die Hauptinfektionskrankheiten des Kindesalters immunisiert sein.
8. Übertragbare Krankheiten werden im Jahre 2000 in den Entwicklungsländern für das öffentliche Gesundheitswesen von nicht größerer Bedeutung sein, als sie es in den entwickelten Ländern im Jahre 1980 sind.
9. Alle Möglichkeiten werden genutzt, um nicht übertragbare Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen sowie die geistige Gesundheit durch Beeinflussung der Lebensweise und durch Kontrolle der physischen und psychosozialen Umwelt zu fördern.
10. Grundarzneimittel werden für alle verfügbar sein.

1980 wurde aus dieser Globalstrategie auf der 30. Tagung des WGO-Regionalkomitees für Europa eine Regionalstrategie HFA 2000 mit folgenden Programmschwerpunkten abgeleitet:

1. Förderung gesundheitsdienlicher Lebensweisen;
2. Eindämmung verhütbarer Zustände;
3. Adäquate, jedermann zugängliche und akzeptable gesundheitliche Versorgung (WGO-EURO, 1980).

Auf der 31. Tagung des WGO-Regionalkomitees für Europa, die in Berlin, der Hauptstadt der DDR, durchgeführt wurde, wurde 1981 schließlich ein Regionalprogramm über Gesundheitserziehung und Lebensweisen beschlossen, mit den Schwerpunkten:

1. Gesundheitsförderung;
2. Präventive GE;
3. Unterstützende GE (WGO-EURO, 1981a).

Zusammenfassend ergeben sich aus der Globalstrategie HFA 2000 der WGO, der Deklaration von Alma-Ata und der entsprechenden Regionalstrategie für Europa folgende für die GE richtungweisende Orientierungen, die in ihrer Einheit in Angriff zu nehmen sind:

1. Ständige Weiterentwicklung der auf das Wohl des Menschen orientierten ökonomischen und sozialen Bedingungen einschließlich einer allgemein zugänglichen gesundheitlichen Grundbetreuung;
2. Verwirklichung des Gesundheitsschutzes als gesamtgesellschaftliche Aufgabe in der staatlichen Gesamtverantwortung mit der Akzentuierung auf die Gesundheitsförderung, auf gesundheitsdienliche Lebensweisen und auf die prophylaktische Wirksamkeit des Gesundheitswesens;
3. Erhöhung der Mitverantwortung der Bürger bei der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und die aktive Mitwirkung der Menschen im Gesundheitsschutz.

In den sozialistischen Ländern ist die Synthese dieser drei Orientierungen bereits gesellschaftliche Wirklichkeit und bestimmt das praktische Handeln in der Gesundheitspolitik (Mecklinger, 1981).

2. Welche Hauptrichtungen der Strategie der Planung der Gesundheitserziehung auf nationaler Ebene kann man aus der Strategie HFA 2000 ableiten?

Aus den Erfahrungen der DDR sollten wir 4 Hauptrichtungen der Strategie der Planung der GE auf nationaler Ebene beachten:

1. Öffentlichkeitsarbeit zur Unterstützung des Kampfes zur Sicherung des Friedens und Einstellung des Wettrüstens (Frieden — Leben — Gesundheit);
2. Öffentlichkeitsarbeit, Gesundheitsinformation und Aufklärung zur Entwicklung gesundheitsfördernder sozialer und ökonomischer Bedingungen einschließlich gesundheitlicher Grundbetreuung (PHC);
3. Inhaltliche Akzentuierung der GE auf die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Lebensweise;
4. Erhöhung der Wirksamkeit der Gesundheitserziehung.

2.1 Öffentlichkeitsarbeit zur Unterstützung des Kampfes zur Sicherung des Friedens und Einstellung des Wettrüstens (Frieden-Leben-Gesundheit)

Jedermann weiß heute: Die globalen Zielstellungen der HFA-2000-Strategie werden zur Illusion, wenn es uns nicht gelingt, den von bestimmten Kreisen forcierten Kurs der Hochrüstung und Konfrontation zu stoppen. Der Gesundheitsminister der DDR, Professor Dr. Mecklinger, hat auf der 35. Weltgesundheitsversammlung im Mai dieses Jahres auf die Tatsache hingewiesen, daß seit Bestehen der WGO der Frieden noch nie so bedroht war wie in der Gegenwart. Die internationale Lage hat sich bekanntlich in der letzten Zeit derartig zugespitzt, daß für Leben und Gesundheit nicht nur des einzelnen, sondern für die gesamte Menschheit größte Gefahr besteht.

Durch das Wettrüsten verringern sich auch aus ökonomischen Gründen die Chancen, weltweit die gesundheitlichen und sozialen Probleme zu lösen. In seiner Grußadresse an den 9. Weltkongreß für Kardiologie im Juni 1982 hat das sowjetische Staatsoberhaupt Leonid Breschnjew mit Recht hervorgehoben, daß der Kampf um die Gesundheit der Menschen nicht vom Kampf für Frieden, internationale Entspannung und Verringerung der nuklearen Rüstung zu trennen sei. In allen Ländern der Welt treten Ärzte immer aktiver und organisierter für die Verhinderung eines nuklearen Krieges auf. Davon zeugt auch der Appell an die Ärzte Europas des 2. Internationalen Ärztekongresses, der im April 1982 in Cambridge stattfand.*

Das nukleare Wettrüsten muß beendet werden! Dazu darf auch die IUGE nicht schweigen. Es ist deshalb zu begrüßen, daß das Exekutivkomitee der IUGE auf seiner letzten Sitzung in Edinburgh auf Antrag des Delegierten der DDR in seinem

* Siehe Appell an die Ärzte Europas, 2. Internationaler Ärztekongreß für die Verhinderung eines Kernwaffenkrieges, Cambridge/Großbritannien, April 1982.

Grundsatzdokument « Policy paper » die Festlegung getroffen hat, aktiv einzutreten für Frieden und Abrüstung, für Freiheit und Verständigung der Völker. Ausgehend von unserem humanistischen Anliegen sollten wir, die eine besondere Verantwortung für die GE in unseren Ländern tragen, alle Möglichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit nutzen, die Bevölkerung über die Zusammenhänge von Leben und Gesundheit mit Frieden und Abrüstung aufzuklären. Wir halten das für eine absolute Priorität in der aktuellen gesundheitspolitischen Öffentlichkeitsarbeit und für eine elementare Voraussetzung für die Entwicklung einer gesunden Lebensweise. Die Zielstellung HFA 2000 ist eine positive Antwort, eine positive Orientierung auf die anstehenden Globalprobleme der Menschheit, die die Unterstützung durch die friedliebenden Kräfte der Welt erfordert.

2.2 Öffentlichkeitsarbeit, Gesundheitsinformation und Aufklärung zur Entwicklung der Lebensbedingungen

Lebensbedingungen sind die objektiven Bedingungen individuellen Verhaltens der Menschen. Die Lebensbedingungen als die Gesamtheit der objektiven sozialökonomischen, kulturellen und natürlichen Bedingungen sind die konkret-historische Umwelt des Menschen; sie hängen im wesentlichen ab von den gesellschaftlichen Verhältnissen, von der Produktionsweise, der sozialen Grundstruktur, der Staatsform und der Ideologie. Die Lebenstätigkeit der Menschen — und damit auch die gesundheitsfördernde Lebensweise — wird am nachhaltigsten von den Lebensbedingungen beeinflusst, ist untrennbar mit den Lebensbedingungen verbunden.

Die Lebensbedingungen definieren den objektiven Handlungsspielraum der Menschen in einer Gesellschaft. Aus diesem Sachverhalt (Tatsache) sind für die Strategie der GE folgende Konsequenzen abzuleiten:

- a) Es muß immer davon ausgegangen werden, daß die Herausbildung gesundheitsdienlicher Lebensweisen nicht nur die Entwicklung entsprechender individueller Verhaltensweisen umfaßt, sondern vor allem die adäquate Gestaltung der politischen, ökonomischen, sozialen und kulturellen Bedingungen der Arbeits- und Lebensumwelt des Menschen erfordert. Deshalb ist auch durch Gesundheitsinformation bzw. GE darauf hinzuwirken, daß in allen Ländern und für alle Bevölkerungsgruppen solche objektive Lebensbedingungen geschaffen werden, die gesundheitsdienliche Lebensweisen überhaupt ermöglichen.
- b) Eine zweite Konsequenz besteht in der Erkenntnis der maßgeblichen Determination von Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Menschen durch die Lebensbedingungen. Solche Lebensbedingungen wie
 - Verwirklichung des Rechts auf Arbeit;
 - soziale Sicherheit und Geborgenheit, sozialer Optimismus;
 - Schutz der Gesundheit und qualifizierte gesundheitliche Betreuung;
 - Fürsorge für Kinder, Frauen, alte und behinderte Menschen;
 - menschenwürdige Wohnbedingungen;
 - umfassende Entfaltung der Mitwirkung der Bürger;
 - günstige Bedingungen für Bildung, Erholung und Freizeitgestaltunghaben erwiesenermaßen positive Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden des Menschen. In der DDR sind diese elementaren Grund- und Menschenrechte nicht nur Verfassungstext, sondern lebendige und allgegenwärtige Wirklichkeit.

Dagegen sind Lebensbedingungen, die charakterisiert sind von Arbeitslosigkeit, Hunger und Armut, von Wohnungsnot, Verbreitung von Lebensunsicherheit und Lebensangst, von Pessimismus und Nihilismus, vom Abbau sozialer Leistungen, von Aggressivität und Brutalität und Verrohung in den zwischenmenschlichen Beziehungen, von Kinderfeindlichkeit, vom Mangel an Mitbestimmung und Mangel an sozialen Beziehungen, von sozialer Degradierung usw., solche Lebensbedingungen, die Leben und Gesundheit bedrohen und die Ausprägung gesundheitsdienlicher Lebensweisen behindern bzw. unmöglich machen.

Gesundheitserziehung in der Strategie HFA 2000 bedeutet deshalb zunächst einmal, auf die Bevölkerung und auf die Verantwortungsträger in Staat, Wirtschaft und gesellschaftlichen Organisationen dahingehend einzuwirken, daß alle Möglichkeiten für die Schaffung gesundheitsfördernder Arbeits- und Lebensbedingungen im Rahmen der jeweiligen gesellschaftlichen Verhältnisse genutzt werden. Es soll noch einmal betont werden, daß die dafür zur Verfügung stehenden finanziellen und materiellen Ressourcen nicht allein von der jeweiligen Gesellschaftsordnung abhängen, sondern auch vom Ausmaß des Wetttrüstens, insbesondere auf thermonuklearem Gebiet.

2.3. Inhaltliche Akzentuierung der Gesundheitserziehung auf die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Lebensweise

Gesundheitsfördernde Lebensbedingungen als unabdingbare Voraussetzung gesundheitsfördernder Lebensweise bedeutet aber keinesfalls, daß dieser Prozeß automatisch abläuft, sondern erfordert eine ständige Beeinflussung des Bewußtseins und Verhaltens der Menschen durch GE. Die internationale Situation auf diesem Gebiet wird aber so eingeschätzt, daß die Ergebnisse der GE keineswegs befriedigen können. Die WGO leitet daraus die Forderung ab, neue und wirksamere Ansätze für eine Strategie der GE bis zum Jahre 2000 zu entwickeln. Dabei wird seitens der WGO auf Fragen der Lebensweise bzw. auf die Strategie der Gesundheitsförderung orientiert. Da es sich hierbei um sehr komplexe Kategorien handelt, ist es erforderlich, bei konzeptionellen Überlegungen von der Spezifik des Gegenstandes unserer Arbeit, von einer klaren Definition des Begriffes «GE» auszugehen.

Als Arbeitsdefinition der GE, die im Prinzip mit international autorisierten Quellen übereinstimmt (vgl. Loranski & Schmidt, 1981), kann die folgende gelten:

«Gesundheitserziehung ist die Gesamtheit gesundheitsbezogener Informationen, Bildungs- und Erziehungsmaßnahmen der Gesellschaft gerichtet auf menschliche Tätigkeiten (Handlungen, Verhalten)

- kollektiv und individuell,
- bei der Arbeit und in der Freizeit,
- im Arbeitskollektiv und in der Familie,

die charakterisiert sind durch verantwortungsbewußte gesunde Lebensführung und aktive Mitwirkung bei der gesundheitsfördernden Gestaltung der Lebensbedingungen. Ziel der Gesundheitserziehung ist es, beizutragen zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und dadurch mitzuwirken an der freien, allseitigen Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit zur Führung eines sozial und ökonomisch produktiven Lebens.»

Bei einer internationalen Analyse der Theorie und Praxis der GE mit dem Maßstab dieser Definition kann man etwa folgende Mängel bei der Leitung und Planung des gesundheitserzieherischen Prozesses auf nationaler Ebene feststellen:

- a) GE wird noch ungenügend integriert in die allgemeinen gesellschaftlichen Prozesse der Persönlichkeitsentwicklung des Menschen und in die Entwicklung seiner Lebensweise, sondern wird als ein mehr oder weniger eigenständiger Prozeß, meist als Bestandteil gesundheitspolitischer Programme zur Bekämpfung von Krankheiten, geplant und geleitet.
- b) Die Ausprägung gesundheitsfördernder Lebensweise durch GE wird nicht ausreichend im notwendigen Zusammenhang mit den konkret-historischen, realen Lebensbedingungen der Menschen konzipiert und praktiziert und steht daher oft im Widerspruch zur realen Lebenssituation der Menschen.
- c) Gesundheitsfördernde Lebensweise ist zu wenig orientiert an den tatsächlichen Bedürfnissen und Interessen der Menschen; sie wird vorrangig motiviert mit dem Blick auf Krankheit, Morbidität und Mortalität und wird oft in Verbindung mit unpopulären Forderungen nach Askese, Verzicht und Verboten betrieben.
- d) GE ist zu einseitig auf Beeinflussung des individuellen Lebensstils (der persönlichen Lebensführung) ausgerichtet und dabei durch überzogene Erwartungen an die gesundheitserzieherische Wirkung der Massenmedien gekennzeichnet. Es werden ungenügend berücksichtigt die hervorragende Rolle des Arbeitskollektivs und der Familie sowie anderer sozialer Bindung bei der Habitualisierung psychischer Komponenten der Handlungsregulation, die neben den Lebensbedingungen in bedeutendem Maße das aktuelle Gesundheitsverhalten beeinflussen.
- e) Bei der Planung der gesundheitserzieherischen Prozesse auf nationaler und territorialer Ebene (Ebene der Gemeinde) wird in unzulässiger Weise keine ausreichende Differenzierung nach
 - gesundheitsfördernder GE,
 - vorbeugender GE und
 - unterstützender GE

vorgenommen, obwohl es sich hierbei um relativ eigenständige Prozesse mit unterschiedlichen Zielen, Inhalten, Methoden und Organisationsformen handelt. In dieser mangelhaften Differenzierung der gesundheitserzieherischen Teilprozesse bei der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit sehen wir auch eine wichtige Ursache für Mißverständnisse bei internationalen wissenschaftlichen Diskussionen und Erfahrungsaustausch.

Ein spezielles Problem für unsere Arbeit ist die ungenügende *Klärung theoretischer Fragen des Wesens der Gesundheit und damit unsere Position zur Problematik der Gesundheitsförderung bzw. Prophylaxe*. Diese Fragen sind aber für die Strategie der GE von fundamentaler Bedeutung.

- Es ist heute eine gesicherte Erkenntnis, daß die Gesundheit des Menschen von folgenden sozialen, biologischen und psychischen Faktoren abhängt:
 - a) von den sozialökonomischen und natürlichen *Lebensbedingungen*:
Hierzu zählen solche Bedingungen wie die Arbeitsbedingungen, die soziale Sicherung, der Gesundheitsschutz, das Recht, Werte, Normen, Ideologie, kulturelles Milieu, biologische und geografische Umwelt;
 - b) von den *endogenen Faktoren der Handlungsregulation (innere Position)*, zu denen vor allem zu rechnen sind:
 - die genetisch bedingte Disposition,
 - die habitualisierten psychischen Komponenten,

- die aktuellen psychischen Komponenten
 - das Alter und die Geschlechtszugehörigkeit;
- c) von der *charakteristischen Art und Weise der Lebenstätigkeiten* der Menschen in der Arbeit und in der Freizeit (schließt gesundheitsfördernde Lebensweise, «Gesundheitsverhalten» ein). Dabei möchten wir betonen, daß gesundheitsfördernde Lebensweise nicht nur gekennzeichnet ist durch *gesunde Lebensführung* im engeren Sinne, einschließlich einer verantwortungsvollen Nutzung der Gesundheitsdienste und angemessenen Verhaltens bei Krankheit und Unfällen. Gesundheitsfördernde Lebensweise bedeutet zugleich und vor allem *gesundheitsförderndes Sozialverhalten* (gewissenhafte, gesellschaftlich nützliche Arbeit, aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, Hilfe und Rücksichtnahme in den zwischenmenschlichen Beziehungen, Liebe und gegenseitige Achtung in der Familie, Fürsorge gegenüber älteren und geschädigten Mitbürgern, Streben nach Bildung und kulturvoller Freizeitgestaltung, Pflege sozialer Bindungen [Vertrauensbeziehungen]).

Lebensbedingungen, endogene Persönlichkeitsfaktoren und Lebenstätigkeiten (Lebensweise) stehen in enger Wechselwirkung und sind in ihrer dialektischen Einheit auch durch gesundheitserzieherische Interventionen so zu beeinflussen, daß sie gesundheitsfördernde Wirkungen auslösen. Die realen Möglichkeiten, durch GE in diesem Sinne wirksam zu werden, werden entscheidend von den sozialökonomischen Verhältnissen des jeweiligen Landes bestimmt.

In diesem Sinne kann man den Begriff «Gesundheitsförderung» kennzeichnen als die Gesamtheit der sozialökonomischen und kulturell-erzieherischen Interventionen, die auf die Steigerung und Stabilisierung von Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden gerichtet sind. Rob Anderson (1981) bezeichnet als Gesundheitsförderung «jede Kombination von GE und damit zusammenhängender organisatorischer, politischer und ökonomischer Intervention, die darauf gerichtet ist, die verhaltenmäßige und umweltbezogene Adaptation zu erleichtern, durch die die Gesundheit verbessert und geschützt wird». In den sozialistischen Ländern wird der Begriff «Prophylaxe» verwendet, der Gesundheitsförderung einschließt (Winter, 1980, S. 31). Prophylaxe ist ein Grundprinzip des sozialistischen Gesundheitsschutzes, «allumfassender Begriff für gesamtgesellschaftliche Maßnahmen zur Krankheitsverhütung und gesundheitlichen Förderung. Prophylaxe besteht demnach

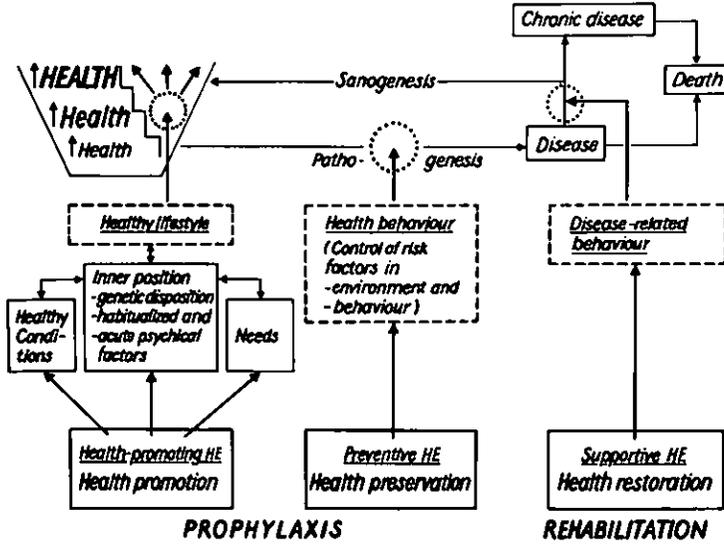
- in der Ausnutzung von Faktoren, die die Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Genußfähigkeit des Menschen erhalten, stärken und fördern;
- im Ausschalten bzw. Begrenzen von Faktoren, die die Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Genußfähigkeit des Menschen beeinträchtigen, schwächen und stören.»

GE als Bestandteil der Gesundheitsförderung wollen wir als

- «*fördernde GE*» bezeichnen in Abgrenzung zur
- «*vorbeugenden GE*», die auf die Einschränkung verhütbarer Zustände in der menschlichen Umwelt und im menschlichen Verhalten («Risikofaktoren») sowie auf die Inanspruchnahme vorbeugender Maßnahmen der Gesundheitsdienste (Fürsorge, Impfung, Dispensaire, Screening) gerichtet ist, sowie im Unterschied zur
- «*unterstützenden GE*», die sich mit dem richtigen Verhalten bei Krankheit und Unfällen («Krankheitsverhalten») und mit der Lebensführung bei chronischen Krankheiten befaßt.

Die folgende Übersicht soll die dargestellten Zusammenhänge verdeutlichen:

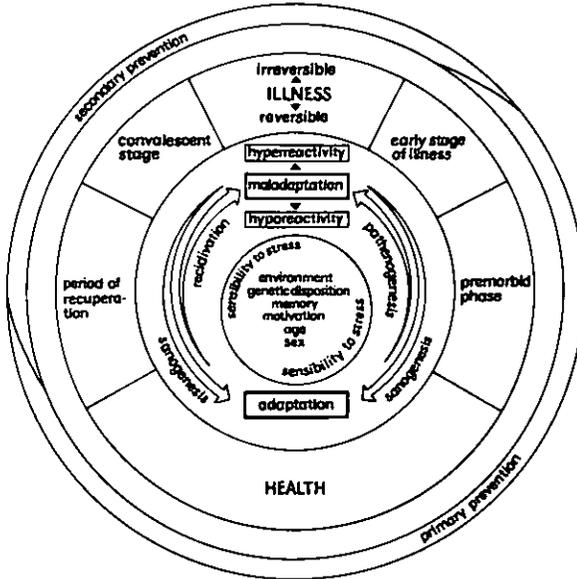
Abb. 1



Ein weiteres grundlegendes theoretisches Problem für die GE ist die Frage nach dem Wechselverhältnis von Gesundheit und Krankheit und nach der Möglichkeit, Gesundheit zu stabilisieren und auf verschiedene Niveaustufen zu steigern bzw. zu fördern.

Die Beziehungen zwischen Gesundheit und Krankheit demonstriert die folgende Abbildung, die von Hecht und Baumann (1975) entwickelt wurde.

Abb. 2



Wir gehen davon aus, daß der Übergang von Gesundheit zur Krankheit kein abrupt ist, sondern daß in einer dynamischen Wechselbeziehung zwischen Sanogenese und Pathogenese fließende Übergänge bestehen. Hierbei sind für die primäre Prophylaxe die prämorbid Phase und das Frühstadium der Erkrankung von ganz besonderer Bedeutung. In diesen Phasen stehen mit unterschiedlichem Gewicht sanogenetische und pathogenetische Mechanismen in einem «ständigen Kampf». Erhalten die sanogenetischen Prozesse z.B. durch prophylaktische Maßnahmen das Übergewicht, dann wird die Optimierung der Adaptation des Organismus angestrebt. Dominieren die pathogenetischen Vorgänge, dann entwickelt sich eine Maladaptation, die sich in einer Hyper- oder Hyporeaktivität äußern kann. Reversible oder irreversible Krankheitserscheinungen sind hierbei möglich. Die Wechselbeziehungen zwischen Sanogenese und Pathogenese werden durch Umwelteinflüsse, genetische Disposition, im Gedächtnis gespeicherte Informationen (Erfahrungen, Erlebnisse), Motivation, Alter und Geschlecht beeinflußt (Stobbe und Hecht, 1976, S. 59).

Ein Umwelteinfluß als Erreger von Krankheiten kann nur dann wirksam werden, wenn im Organismus der Boden für seine Wirksamkeit vorbereitet ist, wenn eine bestimmte Disposition vorliegt. Disposition ist ein teilweise wechselnd auftretender funktioneller und struktureller Zustand des Organismus, der Voraussetzungen für das Wirksamwerden von äußeren Krankheitserregern und somit für das Entstehen von Krankheiten schafft (Hecht und Poppei, 1977).

Von entscheidender Bedeutung für die GE ist die Erkenntnis von der Steigerungsfähigkeit der Gesundheit (Förderung der Gesundheit), von der Möglichkeit der Erhöhung der Belastungsfähigkeit und Widerstandsfähigkeit des menschlichen Organismus. Diese Tatsache wird durch zahlreiche experimentell-medizinische Untersuchungen, insbesondere auch von der Sportmedizin, bewiesen. Wir sind mit Strauzenberg (1982, S. 60) der Auffassung: «Das genetisch determinierte Anpassungspotential wird durch epigenetische Einflüsse modifiziert. Körperliches Training ist in der Lage, den gegebenen Anpassungsspielraum weitgehend zu nutzen und die Belastungsfähigkeit des Organismus zu erhöhen bzw. auf einem hohen Stand zu halten. Hohe körperliche Belastbarkeit geht mit einer verstärkten Widerstandsfähigkeit gegenüber Umwelteinflüssen — einschließlich potentiell pathogener Faktoren — einher. Eine Erkrankung kann sich erst dann einnisten, wenn der Anpassungsspielraum nicht mehr ausreicht, um die Homöostase wiederherzustellen. Da Anpassungsstörungen durch spezifische, aber zum Teil auch durch körperliche Belastung als unspezifische Provokation objektivierbar sind, ergibt sich die Möglichkeit, bereits im Vorfeld der Krankheit Störungen der Adaptabilität im Sinne präventiver Maßnahmen zu beeinflussen. ... Dabei stellt sich natürlich die Frage, ob es unterschiedliche Qualitäten von Gesundheit gibt. Wir meinen, daß dem so ist. Wenn wir uns der Thematik «Störung der Anpassung im Vorfeld der Krankheit» zuwenden, so geschieht das unter der Prämisse, daß es prinzipiell möglich ist, zwischen stabiler und labiler Gesundheit qualitative Unterschiede herauszuarbeiten.»

Gesundheit und Krankheit haben ihre Ursache nicht in dem einen oder anderen Faktor, sondern in der Wechselwirkung von Gegensätzen, nämlich auf den Organismus einwirkende Störungen und die Kompensationsfähigkeit des Organismus (Behr & Herrmann, 1976). Je größer die Fähigkeit, gegenüber Belastungen einen Gleichgewichtszustand zu erhalten, desto gesünder ist der Mensch. Gesundheit ist die Kraft, mit Störungen zu leben, oder die Kraft, Störungen so zu verhindern, daß sie einen bestimmten Grad nicht überschreiten. Gesundheit bedeutet auch, mit seinen vorhandenen Leiden so zurechtzukommen, daß Selbstverwirklichung möglich ist (Fischer *et al.*, 1981).

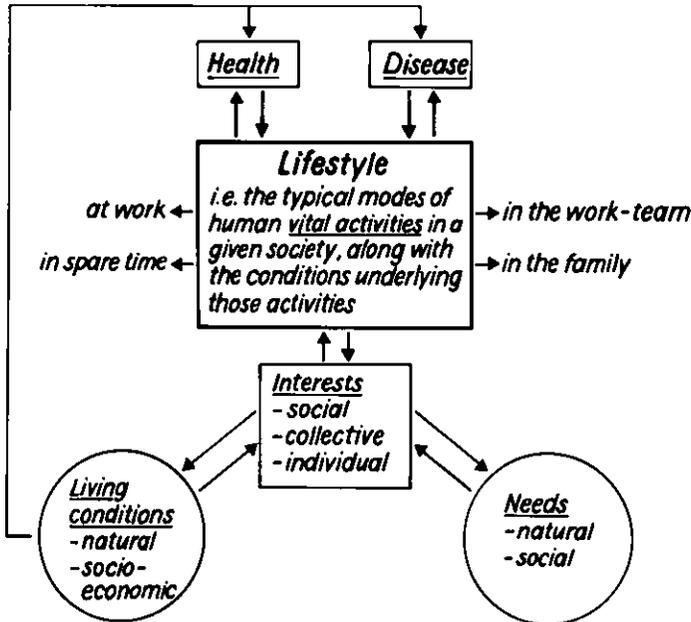
2.4. Die Erhöhung der Wirksamkeit der Gesundheitserziehung

Wie wir in der 3. Hauptrichtung dargelegt haben, steht die Förderung der Gesundheit in engem Zusammenhang mit der *Lebensweise* des Menschen. Butenko (1979) definiert die Lebensweise:

- Sie ist die Art und Weise der gesamten Lebenstätigkeit einer Persönlichkeit, einer sozialen Gruppe oder einer Gesellschaft;
- sie wird durch deren Wesen sowie deren sozialökonomische und natürlich-geografische Lebensbedingungen bestimmt;
- sie erfährt die Gesamtheit der Formen menschlicher Lebenstätigkeit:
 - die Produktion materieller und geistiger Güter,
 - die sozialpolitische Tätigkeit,
 - die Tätigkeit im häuslichen Bereich sowie im geistigen Leben
 - und die Freizeitbeschäftigung.

Die Abbildung 3 verdeutlicht noch einmal das Wesen der Lebensweise.

Abb. 3



Wir sehen in der Verbindung der GE mit den gesellschaftlichen Problemen zur Ausprägung der Lebensweise den entscheidenden Ausgangspunkt für eine höhere Effektivität der GE. Dieses Herangehen entspricht auch dem hohen Stellenwert, den die «Förderung gesundheitsdienlicher Lebensweisen» in der Regionalstrategie HFA 2000 der WGO für Europa beigemessen wird. Es soll an dieser Stelle aber nochmals betont werden, daß die gesundheitliche Grundbetreuung (PHC) ein wesentliches Kettenglied, eine wichtige Bedingung für die Förderung gesundheitsdienlicher Lebensweisen darstellt.

Für die Erhöhung der Effektivität der GE möchten wir auf fünf Schwerpunkte orientieren:

1. Erhöhung der Mitverantwortung und Mitwirkung der Bürger bei der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit;
2. Verstärkte ethisch-moralische und sozialpsychologische Motivierung des Gesundheitsverhaltens;
3. Verbesserte Aus- und Weiterbildung sowie Forschung auf dem Gebiet der GE;
4. Ausbau entsprechender Rechtsvorschriften;
5. Qualifizierung der Leitung, Planung und Organisation der GE auf nationaler Ebene.

Ad 1. Verstärkte Gewinnung und Befähigung der Bürger für eigene Aktivitäten zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit

Dabei geht es vor allem

- um die verstärkte *Mit*verantwortung des einzelnen für seine Gesundheit;
- um aktive Teilnahme an gesellschaftlichen Maßnahmen zur Schaffung gesundheitsfördernder Arbeits- und Lebensbedingungen und zur Vervollkommnung des Gesundheits- und Umweltschutzes;
- um sachkundige Erste Hilfe bei Unfällen und Katastrophen und angemessene Selbsthilfe bei eigenen Erkrankungen oder Krankheiten von Angehörigen, Nachbarn und Arbeitskollegen.

Die in den Dokumenten der WGO wiederholt betonte «Laienbetreuung» und «Selbsthilfe der Bevölkerung», die die *Mit*verantwortung des einzelnen für seine Gesundheit richtig unterstreicht, darf keinesfalls dazu führen, daß die Regierung eines Staates sich von der Hauptverantwortung für die Gesundheit ihres Volkes — so wie es in den Grundsätzen der WGO-Verfassung richtig postuliert ist — irgendwie befreien oder lossagen kann. Die Mitwirkung der Bevölkerung kann immer nur als eine Ergänzung zu den staatlichen Maßnahmen des Gesundheitsschutzes und zu einem leistungsfähigen Gesundheitssystem betrachtet werden. Beim Studium bestimmter Tendenzen entsteht der Eindruck, daß durch die Überbetonung der Selbstbetreuung und Laienhilfe die Gefahr besteht, darin eine Alternative oder einen Ersatz für eine allgemein zugängliche medizinische und soziale Betreuung und für die Schaffung gesundheitsfördernder Umweltbedingungen bzw. ein Mittel zur Schließung bestimmter Defizite im Gesundheitswesen zu sehen. Dem einzelnen Bürger darf aber nicht die volle persönliche Verantwortung für seine Gesundheit aufgebürdet werden bei gleichzeitigem Abbau der Sozialleistungen des Staates. Wir unterstreichen hier noch einmal unseren Standpunkt: Die gesellschaftliche und staatliche Verantwortung für den Gesundheitsschutz muß im dialektischen Zusammenhang mit der Eigenverantwortung der Bürger gesehen werden, wobei das Primat bei der gesellschaftlichen und staatlichen Verantwortlichkeit liegen muß.

Ad 2. Verstärkte ethisch-moralische, sozialpsychologische und physiologische Motivierung des Gesundheitsverhaltens

Gesundheitsfördernde Lebensweise wird völlig unzureichend orientiert an der Förderung von Gesundheit und damit verbundener Erhöhung der Lebensfreude, Leistungsfähigkeit und Genußfähigkeit der Menschen; gesundheitsfördernde Lebensweise wird noch nicht ausreichend in Verbindung gebracht mit den Werten des Le-

bens, dem Sinn des Lebens, der Lebensqualität. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, gesunde Lebensführung überzeugender zu motivieren aus der Sicht der normalen Physiologie bzw. Neurophysiologie sowie der Ethik und Moral.

Ad 3. Aus- und Weiterbildung sowie Forschung auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung

Es ist notwendig, Forschungsaktivitäten zu unterstützen, die über die Gesetzmäßigkeiten der Ausprägung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen Aufschluß geben, und in diesem Zusammenhang den Austausch von Informationen zwischen den Mitgliedsstaaten zu fördern, z.B. durch ein internationales Seminar über «Wirksamkeit und Effektivität der Gesundheitserziehung und Gesundheitsinformation».

Weiterhin ist es erforderlich, die Erarbeitung von Leitlinien zur Aus- und Weiterbildung auf dem Gebiet der GE für medizinisches Personal, für pädagogisches Personal, für leitendes Personal in Staat und Wirtschaft sowie für Mitarbeiter der Massenmedien zu unterstützen.

Ad 4. Ausbau entsprechender Rechtsvorschriften

- zur Förderung gesundheitsdienlicher Lebensweise;
- zur Förderung der GE.

Ad 5. Qualifizierung der Leitung, Planung und Organisation der Gesundheitserziehung auf nationaler Ebene

Wir möchten hierzu abschließend die Empfehlungen einer WGO-Arbeitsgruppe über Prinzipien und Methoden der GE darstellen, deren Tagung 1977 im Deutschen Hygiene-Museum in der DDR in Dresden stattfand. Folgende 6 Prinzipien der Leitung, Planung und Organisation der GE wurden herausgearbeitet (WGO -EURO, 1981a).

1. Die Gemeinschaft als Ganzes muß die Verantwortung für die GE und deren Bezug zu den Hauptaufgaben der Gesellschaft übernehmen.
2. GE sollte effizient geplant und organisiert werden.
3. GE sollte auf wissenschaftlicher Grundlage beruhen; ihre Methodik sollte nach wissenschaftlichen Grundsätzen getestet und evaluiert werden. Um dies zu erreichen, sind wissenschaftliche Untersuchungen über gesundheitsbezogenes Verhalten erforderlich.
4. GE sollte die Bevölkerung für den Gesundheitsschutz aktivieren und die Verantwortung des einzelnen für seine persönliche Gesundheit fördern.
5. Medizin und Gesundheitswesen fällt in der GE eine besondere Rolle zu.
6. GE sollte differenziert und auf Zielgruppen ausgerichtet sein.

Die Arbeitsgruppe empfahl den Regierungen der Mitgliedsstaaten, die theoretische und praktische Arbeit auf diese Prinzipien abzustellen, insbesondere im Zusammenhang mit der Planung, Organisation und Leitung der gesundheitserzieherischen Maßnahmen auf nationaler Ebene.

LITERATUR

- Anderson, R. (1981). Gesundheitsförderung, ein Überblick. WGO-Dokument HED/014/7586 B.
- Behr, W. u. Herrmann, U. (1976). Probleme der theoretischen Medizin. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit.
- Butenko, A. P. (1979). Die Lebensweise. Inhalt des Problems und offene Fragen. In Sowjetwissenschaft. Gesellschaftswissenschaftliche Beiträge, 32, S. 329-343.
- Fischer, B., Fischer, U. u. Lehl, S. (1981). Zeitgemäße Lebensweise (Gesundheit und Eigenverantwortung). Öffentliches Gesundheitswesen, 43, S. 177-184.
- Hecht, K. und Baumann, R. (1975). 1. Intermoege-Symposium über experimentelle Neurose. Berlin.
- Hecht, K. u. Poppei, M. (1977). Zur Rolle des Umweltfaktors in der dialektischen Gesundheits-Krankheits-Beziehung eines Organismus. Berlin (gedruckt als Arbeitsmaterial des Forschungsverbandes Herz-Kreislauf-Krankheiten).
- Loranski, D. N. u. Schmidt, W. (1981). Internationales Terminologisches Wörterbuch Gesundheitserziehung. Moskau: Medizin.
- Mecklinger, L. (1981). Rede auf der 34. Weltgesundheitsversammlung (Manuskript).
- Stobbe, H. u. Hecht, K. (1976). Hämatologische Schäden, Chronobiologie. Berlin: Akademie-Verlag.
- Strauzenberg, S. E. (1982). Störungen der Anpassungsvorgänge im Vorfeld der Krankheit. Medizin und Sport, 22, S. 60.
- WGO (1978). Alma-Ata 1978, Gesundheitliche Grundbetreuung. (Original in Englisch) Geneva, "Health For All" Series No. 1.
- WGO (1981). Globalstrategie für Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000. Geneva "Health For All" Series No. 3 (Original in Englisch).
- WGO-EURO (1980). Regionalstrategie zur Erreichung von Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000. (Original in Englisch) Kopenhagen, Dok. EUR/RC 30/8.
- WGO-EURO (1981a). Regionalprogramm Gesundheitserziehung und Lebensweisen. Kopenhagen, Dok. EUR/RC 31/10.
- WGO-EURO (1981b). Grundsätze und Methoden der Gesundheitserziehung. Bericht über eine WGO-Arbeitsgruppentagung, 24.-28.10.1977 in Dresden. Kopenhagen: Berichte und Studien des Europäischen Regionalbüros der WGO 11.
- Winter, K. (1980). Lehrbuch der Sozialhygiene. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit.

VI Adam und Eva im Garten der Gesundheitsforschung: Über Sozialpolitik und Gesundheitsforschung

von **Ann Oakley**

Dr. ANN OAKLEY ist Sozialforscherin und Epidemiologin.
Anschrift: National Perinatal Epidemiology Unit, Radcliffe
Infirmary, Oxford / Vereinigtes Königreich.

Der englische Schriftsteller George Bernard Shaw schrieb ein Stück mit dem Titel «Zurück zu Methusalem», das jedoch bei weitem nicht so bekannt wurde wie ein anderes Theaterstück von ihm, «Der Arzt am Scheideweg». Medizinsoziologen zitieren oft aus «Der Arzt am Scheideweg», denn das Stück enthält viele gute Passagen über die eigentliche Rolle der modernen Medizin. «Der Arzt am Scheideweg» hat aber weniger mit Lebensweisen und Gesundheit zu tun; «Zurück zu Methusalem» ist für diese Thematik besser geeignet.

Das Stück beginnt im Garten Eden, und die Hauptpersonen sind — wie nicht anders zu erwarten — Adam und Eva. Am Anfang der ersten Szene findet Adam ein totes Tier. Es hat sich das Genick gebrochen. Beide, er und Eva, sind betroffen angesichts dieser Warnung, daß es inmitten des paradiesischen Lebens so etwas wie den Tod gibt. Eva denkt über die Bedeutung dieser Botschaft für sie beide nach. «Du mußt vorsichtig sein», sagt sie zu Adam, «versprich mir, daß du vorsichtig sein wirst». Darauf entgegnet Adam: «Wozu dient es, vorsichtig zu sein? Wir müssen hier ewig leben, überleg' mal, was das bedeutet, ewig! Früher oder später», fährt er fort, «werde ich stolpern und hinfallen. Das kann morgen sein; es kann auch noch so viele Tage dauern, wie Blätter an den Bäumen und Sandkörner im Fluß sind. Egal wie: Eines Tages werde ich nicht achtgeben und stolpern». Und als ihm klar wird, daß auch Eva einmal etwas Ähnliches zustoßen wird, erschrickt er noch mehr — denn wenn sie stürbe, wäre er für immer allein. «Du darfst dich nie der Gefahr aussetzen zu stolpern», erklärt er ihr, «du darfst nicht herumlaufen, du mußt still sitzen bleiben. Ich werde für dich sorgen und dir bringen, was du brauchst.»

Natürlich antwortet Eva angesichts der Vorstellung, immer nur still dazusitzen, damit ihr niemals eine Gefahr zustoßen kann, daß sie dessen sehr bald überdrüssig würde. Sie sagt Adam, sie habe wirklich keine Zeit, sich über die Gefahr des Sterbens — oder der Unsterblichkeit — Gedanken zu machen, weil sie zu sehr damit beschäftigt sei, sich um Adam zu sorgen. Sie erzählt Adam, warum sie sich um ihn sorgen muß: «Du bist faul, du bist schmutzig und du vernachlässigst dich; immer träumst du nur. Du würdest schlechte Nahrung zu dir nehmen und widerlich werden, wenn ich nicht auf dich aufpassen und mich um dich kümmern würde.» (Shaw, 1934.)

Was soll nun mit diesen Szenen im Garten Eden ausgesagt werden? Die erste Aussage besteht darin, daß jeder mit hundertprozentiger Wahrscheinlichkeit sterben wird — oder vielleicht sogar *mehr* als 100%, wenn man diejenigen mitzählt, die, wie sie meinen, zweimal geboren worden sind (und daher auch zweimal sterben können). Wie auch immer, jedenfalls wird diese Statistik von der Weltgesundheitsorganisation nicht publiziert, und das ist erstaunlich, denn wie schon Adam im Garten Eden feststellte, ist die Aussicht, ewig zu leben, absolut *entsetzlich*. Die zweite Aussage des Stücks ist darin zu sehen, daß selbst dann, wenn man verstanden hat, daß der Tod in irgendeinem Stadium des Lebens und aus irgendeinem Grund unvermeidlich ist, noch lange *nicht* gesagt ist, daß es auch *tatsächlich* gut ist, so zu leben, daß ein Höchstmaß an Überlebens- und Gesundheitsmöglichkeiten erreicht wird. Die Menschen haben wahrscheinlich ein Recht darauf, ungesund zu leben, auch wenn sie damit ihren Tod herbeiführen. Die dritte Aussage schließlich besteht darin, daß, egal welche Lebensweise jemand als die beste oder gesündeste ansieht, es dennoch passieren kann, daß er oder sie gar nicht die Möglichkeit hat, sich selbständig und ohne äußeren Einfluß dafür zu entscheiden. Vielleicht trifft jemand anderes die Entscheidung für ihn oder für sie — so wie Eva für Adam, oder Frauen in ihrer Eigenschaft als ehrenamtliche Pflegerinnen im Gemeinwesen oder medizinische Fachkräfte, oder Regierungen für ein ganzes Land — und letztendlich auch die WGO.

Die vierte Aussage betrifft die Kontrolle. Adam im Garten Eden ist beunruhigt, weil er keine Kontrolle darüber ausüben kann, was mit ihm geschieht: ob er ewig leben wird — oder nicht, ob er sterben wird — oder nicht, *wie* er gegebenenfalls sterben wird.

All dies sind Aspekte der menschlichen Lebenssituation, Aspekte, mit denen sich sowohl die Sozialpolitik als auch die Gesundheitspolitik befassen müssen. Da wir heute über die Errungenschaft verfügen, die man «Forschung» nennt, und die Adam und Eva im Paradies nicht hatten, könnte man annehmen, daß die soziale und gesundheitliche Politik auf einer rationalen Grundlage basieren und nicht auf Mutmaßungen, daß wirklich *festgestellt* werden kann — durch die Forschung — welche Art von Politik gut für den Menschen ist. Das scheint aber interessanterweise nicht so zu sein. Warum nicht? Vielleicht deswegen, weil nicht genügend oder nicht richtig geforscht wird? Oder besteht die Ursache darin, daß die Verantwortlichen für die Gesundheits- und Sozialpolitik sich nicht darüber im klaren sind, daß alle Elemente dieser Politik in gleichem Maße berücksichtigt werden müssen?

Ich vermute, daß die letztere Antwort zutrifft, und ich möchte die Beziehung — bzw. die fehlende Beziehung — zwischen Forschung und Politik daran erläutern, daß ich eine spezielle Thematik eingehender darstelle, und zwar die der Lebensweisen in Verbindung mit dem Schwangerschaftsverlauf.

1. Lebensweisen und Schwangerschaftsverlauf

Am Beispiel der Schwangerschaft läßt sich das zentrale Anliegen, das uns alle bei dieser Tagung beschäftigt, nämlich die Verbindungspunkte zwischen dem sozialen Leben und der biologischen Funktion, besonders gut verdeutlichen. Welches sind die Beziehungen zwischen beiden? Wie kann man das eine Verhältnis ändern, und in welcher Form wird es dann das andere beeinflussen (Oakley *et al.*, 1982)? Welches sind die verschiedenen Modelle einer sozial-biologischen bzw. Geist-Körper-Beziehung, die von den verschiedenen professionellen und nicht-professionellen Gruppen angewendet werden? Ich glaube, man kann auch am Beispiel des sozialen und medizinischen Umgangs mit der Schwangerschaft sehen, wie die Sozial- bzw. Gesundheitspolitik ganz systematisch dem Individuum die Möglichkeit der Kontrolle über das eigene Schicksal verweigert, selbst in der heutigen Zeit der Selbsthilfegruppen und persönlichen Emanzipationsbewegungen. Schließlich ist die Schwangerschaft die wichtigste medizinische Erfahrung im Leben der meisten erwachsenen Frauen, eine Erfahrung, bei der ihnen oft zum ersten Mal die Bedeutung der Lebensweise für die Erhaltung ihrer Gesundheit deutlich wird, im Gegensatz (oder zusätzlich) zur medizinischen gesundheitlichen Betreuung (Oakley, 1979).

Das Rätsel der gesunden Mutterschaft

Seit jetzt schon fast 100 Jahren ist bekannt, daß die Risiken der Geburt — sowohl für die Mutter als auch für das Kind — bei verschiedenen sozialen Gruppen verschieden hoch sind. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts galt die Aufmerksamkeit vor allem der sozio-ökonomischen Differentiale der *Müttersterblichkeit*; danach, in den ersten Jahrzehnten unseres Jahrhunderts, wurde der Säuglingssterblichkeit zunehmend mehr Beachtung geschenkt. Warum gab es so große Unterschiede in der Höhe der Säuglingssterblichkeit zwischen verschiedenen Ländern, verschiedenen Regionen des gleichen Landes sowie zwischen Gruppen innerhalb der *gleichen* Ortschaft mit unterschiedlichen Lebensbedingungen? Als die Rate der Säuglingssterblichkeit

abnahm, wandte sich die Gesundheitspolitik erneut der Problematik der Müttersterblichkeit zu. Als man schließlich dieses Problem bewältigt hatte, wurde ein neues entdeckt, das der *perinatalen* Mortalität. Als perinatale Mortalität bezeichnet man den Tod des Fötus oder des Säuglings ab der 28. Schwangerschaftswoche bis zum Ende der ersten Lebenswoche nach der Geburt. Aber ganz gleich welcher Index der Mortalität in bezug auf Schwangerschaft und Geburt verwendet wurde, Mütter-, Säuglings- oder perinatale Sterblichkeit, immer traten deutliche und nicht belegbare Unterschiede zwischen den Überlebens- (bzw. Todes-) chancen der Mütter und Babies auf, die den entgegengesetzten Enden des sozialen Spektrums angehörten (Oakley, im Druck).

Das gleiche gilt auch heute noch. Im WGO-Bericht von 1978, «Social and Biological Effects on Perinatal Mortality» wird z.B. eine Beziehung zwischen der perinatalen Mortalität und dem sozialen Status in allen Ländern festgestellt, die von diesem Bericht erfaßt wurden. Die perinatale Mortalität steigt abhängig vom Beruf des Vaters an, und zwar besteht eine mehr oder weniger kontinuierliche Steigerung von den akademischen über technische und Verwaltungsberufe bis hin zu den landwirtschaftlichen und produzierenden Erwerbszweigen (der gültige Maßstab ist in der Regel der Beruf des Vaters und nicht der der Mutter, weil dieses seltsame Gebilde der «sozialen Schichtung» nach Ansicht der Statistiker ausschließlich von der beruflichen Tätigkeit des Vaters, nicht der Mutter, abhängig ist).

Das Rätsel ist also noch immer ungelöst. Es besteht in der nicht zu beantwortenden Frage, warum die gesunde Mutterschaft offenbar von der Stellung des Ehemanns der Mutter in der sozialen Beschäftigungsstruktur abhängig ist. Wodurch läßt sich dies erklären? Zu den sozialen Faktoren, deren Einfluß auf die Überlebensfähigkeit von Müttern und Babies über Jahre hinweg untersucht worden ist, zählen folgende: Berufstätigkeit der Mutter, Bildungsstand, Wohnsituation, Einkommen, Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit, Familienstatus, sexuelle Aktivität, Abstand zu vorangegangenen Schwangerschaften, Ernährungsweise, Rauchen und Alkoholkonsum, und schließlich Stressbelastung. Eine grob vereinfachende Schlußfolgerung, die man aus diesen Ergebnissen ziehen könnte, bestände darin, daß die biologisch gesehen schlechteste Mutter einen niedrigen Bildungsstand hat, nicht an Kursen zur Geburtsvorbereitung und Elternerziehung teilgenommen hat, einer entlohnten Tätigkeit nachgeht, in einer überfüllten Wohnung mit wenig Geld auskommen muß, unverheiratet und sexuell aktiv ist, sich von minderwertigen Nahrungsmitteln ernährt, billigen Alkohol trinkt, raucht und einer ethnischen Minorität angehört. Damit möchte ich ausdrücken, daß jeder dieser Faktoren für sich genommen erwiesenermaßen ein erhöhtes Risiko perinataler Mortalität in sich birgt (Baketeig *et al.*, im Druck).

Soviel *wissen* wir, aber es ist nicht sehr viel, und selbst wenn man jede einzelne dieser Beziehungen genauer untersucht, zeigt sich, daß der Sachverhalt wesentlich komplexer ist, als man zunächst annehmen möchte. Eine Frau aus der Arbeiterklasse z.B., die raucht, erhöht damit das Risiko eines niedrigen Geburtsgewichts für ihr Baby, bei einer rauchenden Frau aus der Mittelschicht dagegen steigt dieses Risiko nicht (Rantakallio, 1979). Warum? Wir wissen es nicht. Tatsächlich wissen wir wenig darüber, welche Faktoren der sozialen Schichtung die für die Gesundheit wirklich gefährlichen sind — als einzelne oder mit anderen kombiniert. Vielleicht darf eine Frau unverheiratet sein und rauchen, solange sie sexuell nicht aktiv ist und in einem Haus mit vier Schlafräumen wohnt. Oder umgekehrt: Vielleicht gibt es für sie und ihr Baby keine Probleme, wenn sie den ganzen Tag am Schreibtisch sitzt und Beiträge schreibt, auch wenn sie sich von qualitativ schlechter Nahrung ernährt.

Selbst wenn wir mehr darüber wüßten, welche Faktoren und Aspekte der Lebensweise schlecht und welche gut sind, wüßten wir dann auch, warum? Wie überträgt sich die Armut oder das Unglücklichsein einer Frau auf das mangelnde Wachstum des Fötus, und warum werden die Babies mancher Frauen durch Rauchen geschädigt, die anderer Frauen dagegen nicht?

2. Gesundheitsforschung und Gesundheitspolitik: Woher schöpfen wir unsere Gewißheit inmitten der Ungewißheit?

Am erstaunlichsten ist angesichts des Umfangs dessen, was wir wissen und was wir nicht wissen, die Tatsache, daß dieser Mangel an Wissen, diese fundamentale Ungewißheit darüber, wie sich die soziale Umwelt auf die Gesundheit auswirkt, offenbar nicht als Hindernis angesehen wird, Gewißheit zu demonstrieren. Institutionen und finanzielle Träger im Gesundheitssektor beschäftigen sich mit den verschiedensten Themen und scheinen sich über deren Relevanz absolut sicher zu sein.

Auch den offiziellen Vertretern aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung und gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern mangelt es nie an Überzeugung dahingehend, was die Menschen bzw. in diesem Fall die Frauen und Kinder brauchen, was für sie und ihre Gesundheit gut ist. Ausgestattet mit dem Wissen, daß chancenungleiche Lebensweisen zu einem schlechten Gesundheitszustand von Mutter und Säugling führen werden, haben die politischen Entscheidungsträger und die medizinischen Spezialisten Maßnahmen ergriffen, um die *klinische* Komponente der Gesundheitsversorgung schwangerer Frauen zu verstärken. Dieser Kurs wurde nicht nur aufgrund der Überzeugung eingeschlagen, daß es *nicht* die Aufgabe von Regierungen oder Ärzten sein kann, soziale Ungleichheit zu beseitigen, sondern in manchen Fällen, wie z. B. in Großbritannien, auch aufgrund der Annahme, daß eine medizinische Versorgung nach dem neuesten technologischen Stand die negativen Auswirkungen sozialer Benachteiligung *ausgleichen* könne (Social Services Committee, 1980).

Es scheint sich hier also um zwei verschiedene, miteinander konkurrierende Theorien zu handeln. Die erste Theorie, die man als *medizinisches* Modell bezeichnen könnte, geht davon aus, daß zur Verbesserung der Gesundheit medizinische Hilfen erforderlich sind. Die zweite könnte man als *soziales* Modell bezeichnen; sie geht von einer anderen Voraussetzung aus, nämlich der, daß das Leben allgemein den Menschen krank macht und daher verbesserungsbedürftig ist. So dargestellt erscheinen die beiden Modelle als gegensätzlich und sogar widersprüchlich. Das muß man natürlich nicht so sehen. Meiner Ansicht nach werden aber die Fortschritte bei der Anerkennung der Relevanz beider Modelle durch eine tiefe kulturelle Kluft in der modernen industriellen Gesellschaft blockiert. Oder, mit einfachen Worten ausgedrückt: Manche Leute glauben an das eine und manche glauben an das andere Modell, und sie gehören jeweils verschiedenen Berufszweigen an. Es gibt Organisationen und Institutionen zur Förderung des einen und Organisationen und Institutionen zur Förderung des anderen Modells, und zwar jeweils verschiedene. Entscheidend ist wohl, daß die Struktur der Forschungsfinanzierung in vielen Ländern eine fast vollständige Trennung zwischen der Forschung nach dem medizinischen und der nach dem sozialen Modell begünstigt. Viele Hoffnungen richten sich jetzt auf die Weltgesundheitsorganisation, und ich muß sagen — obwohl mir zunächst nicht ganz klar war, worum es bei dieser Tagung eigentlich geht — daß diese Unklarheiten inzwischen beseitigt worden sind. Ich bin nun überzeugt davon, daß eine Empfehlung zugunsten des Lebensweisen-Konzepts eine Schlüsselstellung bei der Überwin-

dung dieser Kluft zwischen den beiden Modellen einnehmen wird, und daß man hoffen darf, daß sich die gesundheitliche Situation der Bevölkerung bessern wird, wenn die *Vereinheitlichung* der Sozialpolitik auf der einen und der Gesundheitspolitik auf der anderen Seite vollzogen ist.

Wie steht es nun mit der Forschung, die politisch relevant ist in dem Sinn, daß die Gegensätze zwischen dem sozialen und dem medizinischen Modell überwunden werden? Ich ersuchte vor kurzem die britische Regierung bzw. den «Social Science Research Council», die Organisation, die in Großbritannien die meiste sozialwissenschaftliche Forschung finanziert, um die Summe von 200 000 £ zur Realisierung eines Forschungsprojekts, das meiner Meinung nach genau diese Frage betrifft. Der SSRC reagierte nicht sehr entgegenkommend auf meine Anfrage, d.h. man schlug mir vor, ich solle doch etwas anderes machen, da ihnen der Forschungsentwurf nicht zusage. Die Gründe dafür, warum der SSRC mit dem Antrag nicht einverstanden war, waren natürlich vielschichtig. Es ging dabei um ein relativ aufwendiges Projekt über Frauen (wohl kaum ein «Wachstumssektor» in einer Zeit wirtschaftlicher Rezession, obwohl andererseits die Schwangerenbetreuung weiterhin aktuell ist). Als eigentlichen Grund für die Ablehnung vermute ich jedoch, daß der SSRC in dem Antrag nicht die Art von «sozialer» Forschung sah, die er normalerweise fördert.

Die Grundidee des Projektentwurfs war einfach. Er sollte die Hypothese untersuchen, daß Freundlichkeit gegenüber schwangeren Frauen dazu führt, daß sie und ihre Babies Schwangerschaft und Geburt besser überstehen, und insbesondere, daß die Babies bei der Geburt ein höheres Gewicht haben. Es kommt nun auf die persönlichen Erfahrungen und Einstellungen an (bzw. darauf, welches Modell bevorzugt wird), ob diese Idee als offensichtlich vernünftig oder aber einfach als dumm bewertet wird. Die für das Projekt vorgeschlagene Methode war ein stichprobenartiger, kontrollierter Feldversuch. Untersucht werden sollte, ob Freundlichkeit als alternative Form geburtsvorbereitender Betreuung, d.h. alternativ zu den derzeit meist praktizierten Formen der Geburtsvorbereitung, Aussicht auf Erfolg bietet. In meinem Projektantrag beim SSRC verwendete ich nicht den Ausdruck «Freundlichkeit», sondern «soziale Unterstützung», und natürlich kann ich mich bei der Verwendung dieses Begriffs auf viele Untersuchungen stützen, die nachweisen, daß ein Netz sozialer Beziehungen und Freundschaften eine Hilfe für den einzelnen sind und entscheidend zur Verhütung von Krankheiten bzw. zur Erhaltung der Gesundheit beitragen können; oder, andersherum ausgedrückt, daß das *Fehlen* eines solchen Netzes sozialer Beziehungen ein Faktor ist, der die individuelle Anfälligkeit für Erkrankungen erhöht. In diesem Zusammenhang stütze ich mich auf das umfangreiche Untersuchungsmaterial aus der Dokumentation von Meyer und Haggerty über Streß als einen Faktor, der symptomatische Streptokokkeninfektionen fördert (Meyer & Haggerty, 1962), und auf die neueren Studien von George Brown und T. Harris über Depressionen bei britischen Frauen, die aufzeigen, daß eine soziale Ursache dafür der Mangel an intensiven Beziehungen ist (Brown & Harris, 1978). Man kann zudem auf Emile Durkheims (inzwischen bestätigte) Hypothese verweisen, daß Anomie und soziale Isolation potentiell suizidgefährdend sind (Durkheim, 1952) sowie auf Arbeiten, die sich eingehender mit der Funktion der sozialen Unterstützung bei Schwangerschaft und Entbindung befassen - z.B. Sosa's Versuche in Guatemala, die erwiesen, daß sich die Anwesenheit eines vertrauten Menschen bei der Entbindung für eine ganze Reihe «biologischer» Resultate deutlich positiv auswirkte (Sosa *et al.*, 1980).

Die grundlegende Idee meines Projekts bestand also darin, schwangeren Frauen soziale Unterstützung in Form von sozialwissenschaftlichen Interviewer zur Seite zu

stellen. Da die Stichprobe der Probandinnen aus Frauen bestand, die zuvor ein untergewichtiges Baby zur Welt gebracht hatten, war das Projekt gleichzeitig auf einen wesentlichen Faktor der perinatalen Mortalität und Morbidität gerichtet — geringes Geburtsgewicht. Im Verlauf der Befragungen sollten genaue Informationen über Lebensweisen gesammelt werden, z.B. über die Ernährungsweise, die Zahl der Arbeitsstunden («Arbeit» sowohl im Beruf als auch im Haushalt), die Wohnverhältnisse und Mängel und Probleme, die in bezug auf die Wohnsituation als belastend empfunden werden. Obwohl einleuchtend ist, daß derartige Informationen notwendig sind, wissen wir bisher sehr wenig darüber, da die bisher in diesem Bereich durchgeführte wissenschaftliche Arbeit nicht vorurteilsfrei war. Ein großer Teil basierte auf dem medizinischen Modell und untersuchte Ursachen und Bedingungen, die zum Tode führen, aber erst, nachdem der Tod schon eingetreten war. Ich vergaß zu erwähnen, daß das Hauptinteresse des medizinischen Modells dem Sterben gilt. Nicht nur Adam im Stück George Bernard Shaw's war beglückt angesichts der Gewißheit des Todes — auch Krankenhausärzte, Statistiker, Epidemiologen und viele andere Wissenschaftler *mögen* den Tod, denn der Tod ist meßbar. Er gehört zu den «harten» Daten, den «harten» Ergebnissen, nicht im eigentlichen, wörtlichen Sinn wegen des *rigor mortis*, sondern weil kaum jemals Unsicherheit darüber besteht, ob jemand tot ist oder nicht. «Weiche» Resultate wie das Leben oder die Lebensqualität — die für das soziale Modell wichtig sind — sind paradoxerweise nicht so einfach meßbar. Ergebnisse der geistig-seelischen Gesundheit sind daher auch schwerer quantifizierbar als physische Gesundheitserfolge — oder vielleicht neigen wir auch nur aufgrund der Dominanz des medizinischen Modells zu dieser Ansicht. Da man vorher nicht wissen kann, wer sterben wird, kann man erst nach dem Tod mit dem Sammeln der Daten über Lebensweisen anfangen, und dann ist es natürlich schwer, gute, d.h. detaillierte und zuverlässige Informationen zu erhalten. Vor allem aus diesem Grund verfügen wir auch über so wenig Informationen über Lebensweisen: ein wichtiges Argument für den *prospektiven* im Gegensatz zum *retrospektiven* Forschungsansatz.

Ich möchte noch einmal auf das Messen der Ergebnisse zurückkommen, und zwar sowohl in bezug auf die «Lebensweisen»-Strategie als auch auf die traditionelle epidemiologische Forschung. Wie mißt man Ergebnisse — Ergebnisse einer bestimmten Lebensweise, der medizinischen Versorgung, der Gesundheitserziehung oder Gesundheitsförderung als kombinierte Maßnahme? Mir scheint, es gibt nur eine Methode zur Messung von Ergebnissen, und diese setzt sich aus verschiedenen Methoden zusammen. Besonders wichtig dabei ist, daß biologische und soziale Ergebnisse gleichermaßen berücksichtigt werden müssen. Auch bei meinem abschlägig beschiedenen Forschungsantrag hatte ich vor, die Wirkung des Einflusses sozialer Unterstützung zu messen (positiv, negativ, keine Wirkung), und zwar anhand eines breiten Spektrums von Resultaten, vom Geburtsgewicht des Babies bis zur depressiven Phase der Mutter nach der Geburt. Das Paradoxe des Problems besteht darin, daß diese Art von Forschung, die unterschiedliche Perspektiven, Disziplinen und politische Interessen berücksichtigt, für die Forschungsförderung nicht von Interesse ist und sogar ganz aus dem Rahmen der bestehenden Forschungsförderung herausfällt. Die drei großen Förderungsinstitutionen für Gesundheitsforschung in Großbritannien sind der «Social Science Research Council», der «Medical Research Council» und das «Department of Health and Social Security». Die letzte Organisation ist vorwiegend für politisch ausgerichtete Forschung zuständig. Ich befürchte, daß die gleiche Situation, d.h. eine Trennung von sozialer und medizinischer Forschungsförderung, auch in vielen anderen Ländern besteht.

3. Gesundheitspolitik und Sozialpolitik: Der Weg nach vorn

Ehe ich zum Schluß komme, möchte ich zwei der anfangs angeführten Probleme nochmals aufgreifen: Das Problem der Kontrolle und das Problem des grundlegenden Interessengegensatzes zwischen denjenigen, die soziale und gesundheitliche Politik machen, und denen, für die sie gemacht wird. Diese Probleme stehen natürlich in sehr enger Beziehung zueinander.

Die Regierungen haben ein Interesse an den Lebensweisen und am Gesundheitszustand der Bevölkerung, das aber nicht unbedingt mit dem Interesse der Bevölkerung identisch ist. Das gilt insbesondere für die eine Hälfte der Bevölkerung, nämlich die Frauen, und natürlich auch für die Klasse der Lohnabhängigen. In dieser Hinsicht ist die Konzeption der Lebensweise potentiell gefährlich, denn sie kann benutzt werden, um die Realität der gesellschaftlichen Beziehungen zu verleugnen — der Beziehungen zwischen den Klassen und der Beziehungen zwischen Männern und Frauen. Es besteht kein Zweifel daran, daß die größten gesundheitlichen Probleme, auch in den sogenannten «überentwickelten» Ländern, die der sozialen Ungleichheit sind. Was die Ungleichheit zwischen Mann und Frau angeht — und an diesem Thema habe ich ein besonderes Interesse — so zeigt sich, daß, abgesehen von einigen wenigen Ausnahmen, bis zum heutigen Tag die Interessen der sozial- und gesundheitspolitischen Entscheidungsträger die persönlichen Bedürfnisse der Frauen als gesellschaftliche Gruppe nicht berücksichtigt, sondern an den traditionellen Vorstellungen festgehalten haben, daß die Frau primär Ehefrau und Mutter im Familienverband zu sein hat und für die Gesundheit aller, nur nicht ihre eigene, verantwortlich ist. Ich bin nicht davon überzeugt, daß sich an dieser Situation in letzter Zeit viel geändert hat. Die Frauen leisten nicht nur in der nicht-institutionalisierten gesundheitlichen Versorgung viel Arbeit, sondern tragen nach wie vor die Hauptlast bei der Erziehung der Kinder sowie der Alten- und Behindertenpflege. Die Realität der «gemeindenahen» Versorgung sieht meist so aus, daß den Frauen eine zusätzliche Last aufgebürdet wird — das muß nicht unbedingt so sein, ist aber normalerweise so. Und da wir derzeit von den Auswirkungen einer Wirtschaftskrise betroffen sind, wird sich an dieser harten Realität demnächst wohl kaum etwas ändern. Frauen waren schon immer billige oder unbezahlte Arbeitskräfte, und das sind sie oft auch noch in den achtziger Jahren. Die Familie hat wahrscheinlich, allgemein gesehen, einen negativen Einfluß auf die Gesundheit der Frau, eben *weil* sie gut für die Gesundheit von Mann und Kindern ist. Die Sozialpolitik basiert zum Großteil auf einem sexistischen Verständnis von der Familie, wonach die Männer dem öffentlichen und die Frauen dem privaten Bereich zuzuordnen sind. Daher hat auch die Sozialpolitik eine Gesundheitspolitik hervorgebracht, die normalerweise einen schädlichen Einfluß auf die Gesundheit der Frau hatte (Lewis, im Druck). Dabei denke ich vor allem an die psychische oder geistig-seelische Gesundheit. Die Aneignung der Lebensweisen-Konzeption hat zum einen die Konsequenz, daß zwischen physischer und psychischer Gesundheit keine Trennung mehr konstruiert werden kann. Wie immer man auch darüber denken mag, die psychische Gesundheit ist wichtig.

Wenn man die verdeckten Vorurteile der Sozialpolitik anspricht, muß man auch auf die Machtfrage eingehen. Man wird wohl kaum bezweifeln können, daß sich sowohl die Gesundheits- als auch die Sozialpolitik gegen die Interessen der Frauen richten werden, so lange keine gerechtere Verteilung jeder Art von Macht zwischen Männern und Frauen erreicht worden ist. Die Tatsache z.B., daß 75% der Beschäftigten im öffentlichen Gesundheitswesen (National Health Service) Großbritanniens weiblich sind, ist für die Frage, wer die Macht innehat, etwa ebenso relevant wie die Beobachtung, daß 100% aller Mütter Frauen sind. Eine wichtige Variable in diesem

Zusammenhang ist der niedrige Status dieser beiden «Berufsgruppen» der Krankenschwestern und Mütter.

Welche Art von Forschung brauchen wir also in Zukunft? Als erstes wohl eine Forschung, die das Biologische und das Soziale wieder miteinander verbindet. Was wir nicht brauchen können, ist ein «Nachforschen» im buchstäblichen Sinn — d.h., immer wieder festzustellen, was wir nicht wissen. Wir müssen auch versuchen, die bekannten, nach wie vor wichtigen Fragen phantasievoll umzuformulieren; z.B. könnte ich mir vorstellen, daß es sehr aufschlußreich sein könnte, nach dem Gegenteil dessen zu fragen, was die Fragen nach dem medizinischen Modell wissen wollen. Anstatt Probanden danach zu fragen, warum sie rauchen, könnte man beispielsweise die Frage stellen, warum sie nicht rauchen. Diese Alternative könnte einen Antworttypus auslösen, der *positive* Vorstellungen von Gesundheit vermittelt.

Schließlich möchte ich Ihre Aufmerksamkeit noch darauf lenken, daß es zu wünschen wäre, wenn bei Gelegenheiten wie dieser speziellen Tagung und anderen, ähnlichen Initiativen der WGO, die anfallenden Probleme in einem breiteren, historischen Kontext untersucht würden. Die Frage, die sich uns stellt, ist die nach der Beziehung zwischen Gesundheit und menschlichen Lebensweisen, was wir darüber wissen und was wir nicht wissen und wie wir angesichts der Ungewißheit Gewißheit erlangen können, d.h., wie wir Gesundheitsplaner und politische Entscheidungsträger auf nationaler und regionaler Ebene dazu bringen können, bei der Planung zweckmäßiger Modelle gesundheitlicher Versorgung auch die Lebensweisen der Bevölkerung in Betracht zu ziehen. Warum stellen wir uns diese Fragen und Aufgaben? Warum halten wir es für derart wichtig, daß die persönliche Gesundheit als primäre Definition des menschlichen Wohlbefindens zu gelten hat? Worin bestehen die Implikationen eines solchen Ansatzes bei der Entwicklung eines politischen Bewußtseins zur Veränderung der gesellschaftlichen Bedingungen, die dem Wohlbefinden und der Gesundheit entgegenstehen? Oder, anders ausgedrückt, wenn wir, absichtlich oder nicht, Unglücklichsein medikalisieren, beseitigen wir dadurch die Möglichkeit einer Revolution?

Die Spannung zwischen dem sozialen und dem biologischen Erklärungsmuster für die Entstehung von Krankheiten existiert offensichtlich in der Literatur, der Forschung und der Praxis schon seit mehr als hundert Jahren. So gesehen wäre das derzeitige Interesse an Lebensweisen lediglich eine Neuformulierung dessen, was im 19. Jahrhundert als «öffentliche Gesundheit» galt. Die Förderung einer «hygienischen» Umwelt war ein Hauptbestandteil dieses Begriffs. Als der britische Pionier Edwin Chadwick 1842 seine Untersuchung über die gesundheitliche Situation der Arbeiterschaft in Großbritannien durchführte, ging er davon aus, daß sich die durchschnittliche Lebenserwartung der Arbeiterklasse durch die Verbesserung des städtischen Abwassersystems, der Abfallbeseitigung in Häusern und Straßen sowie die Verbesserung der Trinkwasserqualität um 13 Jahre steigern ließe (Report 1842). Es ist aufschlußreich, daß Chadwick in einer Zeit, als Moral und Sittlichkeit einen hohen Stellenwert hatten, die Verbesserung der sanitären Verhältnisse als vorrangig sah, woraus sich seiner Ansicht nach ohne weiteres Zutun eine höhere individuelle Moral entwickeln würde. Vielleicht war das die Umkehr des Gedankens, daß eine neuartige *individuelle* Verantwortung für die Gesundheit zu einer politischen Bewegung für eine gesündere Umwelt führen könne. Man kann jedoch sicher sein, daß zwischen privater und öffentlicher Gesundheit eine enge Beziehung besteht, auch wenn es uns aus den schon dargelegten Gründen noch nicht gelungen ist, die Art dieser Beziehung aufzuklären.

Abschließend möchte ich noch eines meiner Vorbilder zu Wort kommen lassen: William Farr, der um 1830 Statistiker im ersten statistischen Amt Großbritanniens war

und bei der Sammlung und Analyse von Gesundheits- und Bevölkerungsdaten weg-
 bereitende Arbeit leistete. Er hatte das Ziel, das Verständnis der Todesursachen zu
 erhöhen, um zu lernen, wie das Leben bewahrt und verbessert werden kann. «Die
 Gesetze des Lebens», schrieb Farr in den «Vital Statistics», die 1885 erschienen,
 sind von höchstem Interesse, auch wenn der Mensch durch die Kenntnis dieser Ge-
 setze nicht mehr Macht über den Lauf der menschlichen Existenz erhält, als der Me-
 teorologe über die Stürme in der Atmosphäre und der Astronom über die Umdre-
 hungen der Gestirne... Es ist offensichtlich», fährt Farr fort, «daß die konservative
 Medizin (damit meinte er die präventive Medizin), die durch die Arbeit sozialer In-
 stitutionen effektiver geworden ist, auf längere Sicht die übertragbaren und an-
 steckenden Krankheiten ausrotten muß, ebenso wie klimabedingte, ernährungsbe-
 dingte oder Berufskrankheiten... Die Hoffnung auf eine Verbesserung wird sich
 vielleicht auch auf all die anderen Krankheiten erstrecken, deren entlegene Ursach-
 en eines Tages erkannt werden. Ist es denn absurd anzunehmen, daß diese Ver-
 vollkommnung unbegrenzt und immer weiter fortschreiten wird? Die Ursache
 menschlichen Elends ist nicht die große Zahl, sondern die Unvollkommenheit der
 Menschen, der Wunsch, über die Bedingungen des menschlichen Lebens eine Kon-
 trolle ausüben zu können. Die genaue Benennung des Übels ist der erste Schritt zu
 seiner Beseitigung» (Farr, 1885).

LITERATUR

- Bakketeig, L., Hoffman, H. & Oakley, A. (im Druck). The Epidemiology of Perinatal Mortality. In M. Bracken (Hrsg.): *Perinatal Epidemiology*.
- Brown, G.W. & Harris, T. (1978). *Social Origins of Depression*. London: Tavistock.
- Durkheim, E. (1952). *Suicide*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Farr, W. (1885). *Vital Statistics*. London: Edward Stanford.
- Lewis, J. (Hrsg; im Druck), *Women's Welfare, Women's Rights*. London: Croom Helm.
- Meyer, R.J. & Haggerty, R.J. (1962). Streptococcal Infections in Families. *Pediatrics*, 29, S. 539-549.
- Oakley, A. (1979). *Becoming a Mother*. Oxford: Martin Robertson.
- Oakley, A. (im Druck). *The Captured Womb: A History of Antenatal Care*.
- Oakley, A., Chalmers, I. & Macfarlane, A. (1982). *Social Class, Stress, and Reproduction*. In A.R. Rees & H. Purcell (Hrsg.): *Disease and the Environment*. Chichester: John Wiley.
- Rantakallio, P. (1979). Social Background of Mothers Who Smoke During Pregnancy and Influence of These Factors on the Offspring. *Social Science and Medicine*, 13A, S. 423-429.
- Report from the Poor Law Commissioners on an Inquiry into the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain (1842), London: HMSO.
- Shaw, G.B. (1934). *Back to Methuselah. The Complete Plays of Bernard Shaw*. London: Odhams Press.
- Social Service Committee (1980). *Perinatal and Neonatal Mortality*. Volume I Report. London: HMSO.
- Sosa, R., Kennell, J., Klaus, M., Robertson, S. & Urruha, J. (1980). The Effect of a Supportive Companion on Perinatal Problems, Length of Labour, and Mother-Infant-Interaction. *New England Journal of Medicine*, 303, S.597-600.

VII Lebensweisen und Politik aus der Sicht der öffentlichen Verwaltung

von Jan H. Halm

JAN H. HALM ist Referent für Gesundheitserziehung im
Ministerium für Gesundheit und Umweltschutz in
Leidschendam.

Anschrift: Ministerium für Gesundheit und Umweltschutz,
Postbus 439, NL-2260 AK Leidschendam/Niederlande.

1. Einführung

1.1.

Der Begriff der «Lebensweisen», wie er im Rahmen der Zielsetzung «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000» umrissen wird, enthält einen realistischen Ansatz hinsichtlich der sozialen Dimension der Prävention sowie Gesundheitserziehung und -förderung. Angesichts der Tatsache, daß dieser Begriff in seiner gegenwärtigen Bedeutung und seinen künftigen Implikationen für den Gesundheitssektor erst neu eingeführt worden ist, wäre es jetzt noch zu früh, endgültige Schlußfolgerungen über die Integration der Lebensweisen-Konzeption in die Gesundheitspolitik zu ziehen. In diesem Stadium gilt es, die Konzeption weiterzuentwickeln und fest in der Gesundheitsvorsorge zu verankern. Die Einbettung der Konzeption in die bestehende Praxis der Gesundheitserziehung und -förderung wird neue Möglichkeiten bieten, um Lebensweisen-Bewußtsein in die Gesundheitspolitik zu integrieren.

1.2.

Bei der Einbindung einer Konzeption, die neue Wege zur Bearbeitung der Problematik gesundheitlicher Einstellungen und Verhaltensweisen erschließt, sollte man die Augen vor möglichen Gefahrenquellen nicht verschließen. Angesichts der gegenwärtigen Entwicklungen in der Gesundheitserziehung und der begrenzten Erfolge, die mit dem vorhandenen begrifflichen Instrumentarium erzielt wurden, könnte die Einführung der Lebensweisen-Konzeption auf Skepsis stoßen. Ist vielleicht der Enthusiasmus, mit dem die neue Konzeption begrüßt wurde, eine Form von Eskapismus? Schließlich könnte die Ablösung bzw. Modifizierung des derzeitigen Risikofaktor-Modells durch einen neuen Begriff das «Vertrauen» in die Gesundheitserziehung noch eine Zeitlang erhalten und all die unangenehmen Fragen umgehen, die in bezug auf andere mögliche Gründe für die mangelhaften Erfolge der Gesundheitserziehung auftauchen könnten.

Hüten wir uns davor, mit der Anerkennung der Lebensweisen — Konzeption eine fixe Idee — das Verhalten des Individuums — gegen eine andere einzutauschen: die Erschaffung einer perfekten Gesellschaft, in der per Definition nur für den bestmöglichen Gesundheitszustand Raum ist.

Die Gesundheitserziehung erhält traditionsgemäß die meisten Anregungen aus dem Gesundheitssektor. Hier ist die Unterstützung und Beteiligung vieler verschiedener professioneller und nicht-professioneller Berufszweige ständig gewachsen, nicht zuletzt als Folge der pragmatischeren Strategien, die hier entwickelt worden sind. Es wäre zu hoffen, daß die Einbeziehung der Lebensweisen-Strategie dieser Unterstützung nicht abträglich sein wird und die zunehmende Beachtung im Gesundheitssektor und angrenzenden Bereichen nicht vermindert.

1.3.

Derartige Vorbehalte sind aber schon aufgrund der Tatsache, daß der Begriff nicht einfach aus der Luft gegriffen wurde, weniger wahrscheinlich und bedrohlich. Das Bewußtsein über Lebensweisen war vorher schon in vielen westeuropäischen Ländern Bestandteil der Gesundheitserziehung; Grundlagen dieses Begriffs finden sich in vielen Projekten und Programmen. Die Herausbildung eines festen konzeptionellen Rahmens kann man als Antwort auf die zunehmende Erkenntnis verstehen, daß die soziale Dimension der Gesundheitserziehung noch nicht auf einen zentralen Punkt ausgerichtet war. Wenn als Ergebnis der Einbeziehung der Lebensweisen —

Konzeption in die Gesundheitspolitik eine realistischere Betrachtungsweise der sozialen und politischen Realität erzielt wird, so wäre dies für die Gesundheitserziehung und -förderung ein wichtiger Entwicklungsschritt und Reifungsprozeß.

2. Politik

2.1.

Das Wort «Politik» wird für alles Mögliche und häufig unterschiedslos angewendet. Es kann sich auf Zielsetzungen in einem politischen Kontext, auf Staats-, Länder-, Kreis- oder Ortsebene beziehen. Die Formulierung einer Politik wird nicht nur von Regierungen geleistet, sondern auch von (Regierungs-) Organisationen, von Verbänden im öffentlichen bzw. privaten Sektor und sogar von Einzelpersonen. Der Begriff «Politik» im Bezugsrahmen dieser Tagung bezieht sich in erster Linie auf die staatliche Politik. Die Lebensweisen — Konzeption wird generell in Bezug zu allgemeinen politischen Programmen gesetzt, die von den zentralen Regierungsstellen in Zusammenarbeit mit dem Parlament erarbeitet wurden, insbesondere aber zu den nationalen, politischen Gesundheitsstrategien.

2.2.

Man muß sich darüber klar sein, daß es so etwas wie *eine* nationale Politik nicht gibt. Die staatliche Gesamtpolitik setzt sich aus einer Reihe politischer Teilprogramme zusammen. Die staatliche Gesundheitspolitik umfaßt verschiedene politische Programme für spezielle Bereiche wie Ernährung, Rauchen oder Sicherheit, aber auch politische Programme für die Gesundheitsversorgung, z.B. die primäre Gesundheitsversorgung oder die geistig-seelische Gesundheit. Darüber hinaus ist die Realisierung einer staatlichen Politik (bzw. eines politischen Teilprogramms) normalerweise auf die Zusammenarbeit (nichtstaatlicher) Organisationen, Institutionen, Gruppen oder Einzelpersonen angewiesen, die alle ihre eigenen Ziele und politischen Vorstellungen haben. Die Entwicklung einer staatlichen Gesundheitspolitik und ihre Auswirkungen können verdeutlichen, in welchem Umfang die verschiedenen politischen Zielsetzungen und Pläne miteinander in Einklang gebracht werden konnten oder können.

2.3.

Ein erschwerender Faktor ist darin zu sehen, daß zur Durchsetzung einer bestimmten gesundheitlichen Politik die Einbeziehung anderer Sektoren erforderlich ist. Viele Kräfte, die für den Gesundheitszustand des Gemeinwesens und des Individuums verantwortlich sind, liegen außerhalb der Einflußmöglichkeit des Gesundheitssektors. Nun wird aber die Bereitschaft zu helfen, d.h. gesundheitlichen Überlegungen Priorität einzuräumen, oft durch konkurrierende, obwohl gleichfalls legitime politische Ziele zunichte gemacht. Beispiele dafür gibt es in vielen Ländern, wo die Anti-Raucher-Politik, also die Reduzierung der Absatzmöglichkeiten für Tabakwaren und die Einschränkung der Werbung für Tabak, starke Reaktionen aufgrund wirtschaftlicher Bedenken — z.B. evtl. steigende Arbeitslosigkeit — ausgelöst hat. Daraus kann man schließen: Die Wirkung jeder Art von Gesundheitspolitik hängt davon ab, ob sie mit anderen politischen Programmen in Übereinstimmung gebracht werden kann, aber auch von der (politischen) Macht, deren Unterstützung gewonnen werden kann — sowohl im Gesundheitssektor als auch in anderen, darauf einwirkenden Bereichen politischen Handelns.

3. Lebensweisen und Politik

3.1.

Das Schwergewicht, das bei der Lebensweisen-Konzeption auf strukturellen Faktoren außerhalb des Gesundheitssektors liegt, die aber für die Gesundheit und gesundheitliches Verhalten von grundlegender Bedeutung sind, zeigt, wie wichtig es ist, daß der Begriff auch auf politischer Ebene allgemein anerkannt wird. Nur dann kann man mit der Anerkennung gesundheitlicher Prioritäten und Fragestellungen in anderen politischen Sektoren wie Wohnen, Arbeit, Verkehr etc. rechnen. Das Hauptziel, die Beeinflussung des Verhaltens und die Förderung der Gesundheit, läßt sich nicht allein auf dem Wege der Anerkennung auf «offizieller» politischer Ebene erreichen.

Um Erfolge zu erzielen, muß die Bevölkerung selbst die Lebensweisen-Konzeption annehmen, und alle Organisationen, Institutionen und Individuen im öffentlichen und privaten Sektor müssen, soweit sie mit Gesundheitsvorsorge und -förderung zu tun haben, diese Konzeption in ihre Arbeit einbeziehen.

3.2.

Die strukturelle Komponente der Lebensweisen-Konzeption wirft Probleme auf, die dem Gesundheitssektor nicht unbekannt oder neu sind. Trotz der Tatsache, daß die westeuropäischen Staaten dazu bereit sind, einen großen Teil ihres Staatshaushaltes für den Gesundheitssektor zu veranschlagen, und trotz des nach wie vor großen öffentlichen Interesses an gesundheitlichen Fragen, kommt in der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung dieses gesundheitspolitische Potential nicht zum Tragen. In den meisten Ländern Westeuropas finden sich mühelos Beispiele dafür, daß (positive) Gesundheitsfragen vernachlässigt wurden, um gesundheitliche Ziele in anderen politischen Bereichen durchsetzen zu können.

Die praktische Anwendung der Lebensweisen-Konzeption bedeutet jedoch nicht nur, daß spezielle Gesundheitsstrategien in anderen politischen Sektoren (erfolgreich) angewendet werden, sondern geht noch darüber hinaus. Sie soll dazu führen, Gesundheitsfragen in anderen politischen Sektoren wie Wohnen, Arbeit/Beschäftigungspolitik oder Verkehr als eigenständig und prioritär einzustufen, ohne daß der Gesundheitssektor darauf drängen muß.

3.3.

Die Lebensweisen-Konzeption muß stärker als allgemein politischer Faktor anerkannt werden, damit sich ihre strukturellen Komponenten wirksam entfalten können. Wie ich im vorhergehenden Abschnitt angedeutet habe, ist die Eingliederung der Konzeption in die allgemeine staatliche Politik in diesem Stadium nicht sehr wahrscheinlich. Als Gegengewicht dazu sollte sie zunächst als gesundheitliche Konzeption effektiv mit der staatlichen Gesundheitspolitik verknüpft werden, und zwar in Form von politischen Einzelstrategien, deren Schwerpunkt auf Verhaltensaspekten liegt.

Mit Hilfe einer gesundheitspolitischen Programmatik lassen sich Strategien entwickeln, um Zugang zu benachbarten Bereichen der Politik zu gewinnen und die Unterstützung der hier tätigen Organisationen, Gruppen und Einzelpersonen zu erhalten. Die vom Gesundheitssektor initiierte praktische Zusammenarbeit kann die Voraussetzungen dafür schaffen, daß gesundheitliche Fragen auch in anderen politischen Bereichen stärker berücksichtigt werden.

4. Allgemeine Perspektiven

4.1.

Die Lebensweisen-Konzeption strebt in ihrer strukturellen Komponente nach Veränderungen; entsprechend ist sie in großem Umfang davon abhängig, welche politischen Prioritäten gesundheitlichen Fragen diesen Inhalts zugemessen werden. Derzeit haben positive Gesundheitsfragen keinen besonders hohen Stellenwert in der allgemeinen Regierungspolitik. Wenn in Zukunft positive Gesundheitsfragen mehr Priorität erhalten sollten, wird die Einbeziehung der Lebensweisen-Konzeption in das politische Denken unerlässlich. Es ist noch ungewiß, welche Wirkung die Konzeption auf politischer Ebene ausüben wird.

Die Problematik der Koordinierung politischer Strategien unterschiedlicher politischer Sektoren betrifft nicht nur die Lebensweisen, sondern ist allgemein gültig. Offensichtlich sind die gegenwärtig ablaufenden politischen Gedankengänge nicht gerade darauf ausgerichtet, kreative Lösungen für vielschichtige soziale Probleme zu finden. Voraussetzung dafür ist wahrscheinlich die umfassende Neustrukturierung des politischen Denkens, ebenso wie z.B. die Einsicht, daß Überfluß und wirtschaftliches Wachstum allein nicht ausreichen, um eine harmonische Gesellschaft herbeizuführen, sondern daß diese lediglich den grundlegenden Prämissen der politischen Theorie des 19. Jahrhunderts entsprechen.

4.2.

Kurzfristig betrachtet besteht jedoch Grund zu Optimismus. Konzeptionen wie diese setzen sich nur selten als isolierte Phänomene durch. Sie passen sich den jeweiligen Zeiten an, und ihr Auftreten ist an andere, ähnliche gesellschaftliche Entwicklungen gekoppelt. Es gibt einige Anzeichen, die hoffen lassen:

- Die Verwendung von Elementen oder Teilaspekten der Lebensweisen-Konzeption in Gesundheitserziehungsprogrammen ist während der letzten Jahre immer offensichtlicher geworden (Peer-Gruppen, Sozialisation durch die Familie, Gemeindeprogramme). Der konzeptionelle Rahmen für derartige Ansätze trägt zu ihrer Stabilisierung und Weiterentwicklung bei.
- Es zeigt sich, daß immer mehr (Laien-) Individuen aktiv an Gruppen- und Gemeindegesundheitsprogrammen teilnehmen: die Entstehung von Selbsthilfegruppen, die freiwillige Mitarbeit in der Gesundheitsversorgung und an Gesundheitsproblemen, die Bildung aktiver «Patientengruppen» im Umfeld primärer und kommunaler Gesundheitszentren, die wachsende Anerkennung verschiedener Formen alternativer Medizin etc. Sehr erfreulich ist die Herausbildung neuer, vermittelnder Gesundheitsinitiativen in den USA, die im Bereich der Gesundheitserziehung und -förderung auf eine längere Tradition zurückblicken.
- In anderen politischen Sektoren entwickeln sich nach ähnlichen «sozialisierenden» Mustern Ansätze vorbeugender Praktiken. Beispiele dafür findet man in der Verbrechensprävention, der (Straßen-) Sicherheit sowie auch in der Umwelt- und Verbraucheraufklärung.
- Oder, in größerem Maßstab: In vielen westeuropäischen Ländern überprüfen die Regierungen die Struktur bzw. erwägen die Neustrukturierung der bestehenden administrativen Ressorts, und zwar mit dem Ziel, die Koordination der Politik zu verbessern.

5. Vorschläge

5.1

Ein praktikabler Ansatz zur Einbindung der Lebensweisen — Konzeption könnte in der sofortigen Eingliederung in Programme der Gesundheitserziehung und -förderung bestehen, bzw. in der Stärkung und Ausweitung schon bestehender Bestandteile dieser Konzeption. Angesichts des unzulänglichen begrifflichen Entwicklungsstadiums sind die Anwendungsmöglichkeiten noch eingeschränkt. Ein behutsamer Ansatz müßte die allgemeine wirtschaftliche Lage in Westeuropa berücksichtigen, die einen kühneren Vorstoß nicht zuläßt. Das Grundprinzip wäre darin zu sehen, daß die Lebensweisen-Konzeption über die theoretischen Mittel verfügt, um die absehbaren Ergebnisse der laufenden Programme zu verbessern. Dies scheint legitim zu sein und wäre auch für die politischen Entscheidungsträger akzeptabel. Bei einem schrittweisen Vorgehen wäre es auch möglich, daß die mit der Konzeption zusammenhängende Entwicklung politischer Strategien dem Niveau künftiger konzeptioneller Grundlagenforschung angeglichen wird.

5.2.

Zu diesem Zeitpunkt läßt sich die Beziehung zwischen Lebensweisen und Gesundheitspolitik nur in Umrissen darstellen. Eine vollständige Umsetzung der Konzeption in politisches Vorgehen kann erst nach weiteren begrifflichen Klärungen erfolgen. Die Existenz und Weiterentwicklung lebensweisen-orientierter Gesundheitserziehungs- und förderungsprogramme kann als Grundlage für weitere Forschungsarbeiten dienen. Die Verbindung von Forschung und Projektentwicklung im Bereich der Gesundheitserziehung und -förderung könnte die Sicherung schwindender finanzieller Mittel für ein eher vage erscheinendes Forschungsgebiet gewährleisten.

5.3.

Eines der Hauptprobleme für die Gesundheitserziehung war die aktive Einwirkung seitens anderer politischer Sektoren. Denn jede Politik, die auf der Lebensweisen-Konzeption aufbaut und folglich auf gesellschaftliche Strukturen zielt, muß auch einen Einfluß auf andere Sektoren ausüben. Als erstes möchte ich vorschlagen, daß auf der Grundlage und mit Hilfe von Gesundheitserziehungsprogrammen und -projekten versucht wird, die Arbeitskontakte und Beziehungen zu den relevanten Sektoren zu verbessern und zu intensivieren. Es geht darum, solche Programme und Projekte zu fördern, an denen Organisationen und Vertreter der entsprechenden Sektoren beteiligt sind und die mit der Lebensweisen-Konzeption arbeiten. Zweitens sollte der Gesundheitssektor unter Ausnutzung der praktischen Erfahrungen aus kommunalen Programmen den Austausch über Mittel und Wege der Anpassung der angemessenen politischen Strategien anregen und organisieren. Dieser Austausch kann auf Abteilungsebene stattfinden, sollte aber nach Möglichkeit die Hauptorganisationen und Berufsdisziplinen der beteiligten Sektoren einschließen. Ein Modus zur Durchführung eines strukturellen Austausches, der abteilungsunabhängig ist, besteht in der Heranziehung von Organisationen und Berufsgruppen aus anderen Sektoren, die als eine Art ständiger Beirat fungieren und umgekehrt.

5.4.

Zusätzlich zu derartigen Versuchen zum Ausgleich der Beziehungen zwischen dem Gesundheitssektor und angrenzenden Sektoren besteht auch die Möglichkeit, politi-

schen Druck auszuüben, um so die Anerkennung und Umsetzung einer Gesundheitspolitik einschließlich gesellschaftlicher Veränderungen zu erreichen, die in anderen politischen Sektoren (wahrscheinlich) auf starken Widerstand stoßen würden. Ich meine, daß erfolgreiche Strategien entwickelt werden können (und auch entwickelt worden sind), um solche Widerstände zu überwinden.

In den Niederlanden gibt es ein Beispiel dafür: die Entwicklung einer Strategie gegen das Rauchen, an der sechs politische Sektoren beteiligt waren, sowohl bei der Vorbereitung als auch der praktischen Durchführung. Ich bin sicher, daß es in anderen westeuropäischen Ländern ähnliche Beispiele gibt; ein Vergleich derartiger Beispiele könnte nützlich sein, auch unter Berücksichtigung der nationalen Unterschiede.

6. Abschließende Bemerkungen

6.1.

Ungerechtfertigte Erwartungen, insbesondere seitens politischer Entscheidungsträger, sollten in diesem Stadium nicht forciert werden. Die Darstellung der Lebensweisen-Konzeption und ihrer Tragweite sollte vielmehr folgende Eigenschaft betonen: die Beschränkung auf die Bedeutung der Konzeption zur Verbesserung der Programme zur Gesundheitserziehung und -förderung, wodurch die weitere Glaubwürdigkeit und entsprechend die Chancen einer erfolgreichen Einbindung in die Gesundheitspolitik verbessert werden könnten.

6.2.

Bis heute konzentrierte sich die Rechtfertigungsstrategie präventiver Maßnahmen im Bereich der Gesundheitserziehung und -förderung hauptsächlich auf Möglichkeiten zur Verhütung von Krankheiten und die damit verbundene Kosteneinsparung für die Gesellschaft. Überlegungen, die die Lebensqualität betreffen, werden normalerweise erst an zweiter oder dritter Stelle genannt. Die erfolgreiche Weiterentwicklung der Lebensweisen-Konzeption und ihre Einbeziehung in die Gesundheitspolitik könnten dazu führen, daß sich die Rangordnung zur Begründung von Gesundheitserziehungs- und -förderungsprogrammen ändert. Ich halte es für legitim, präventive Strategien vor allem deswegen zu propagieren, weil sie die Lebensqualität verbessern und deswegen die «besten» Strategien sind. Die Verhütung von Krankheiten ist ökonomisch wichtig und sollte daher angemessen gefördert werden; aber das ist von sekundärer Bedeutung.

6.3.

Die Lebensweisen-Konzeption erfordert in bezug auf die Gesundheitspolitik eine engere Zusammenarbeit, und zwar erstens zwischen den Abteilungen des Gesundheitssektors und zweitens zwischen dem Gesundheitssektor und angrenzenden Sektoren. Vor allem zu Zeiten wirtschaftlicher Rezession und finanzieller Streichungen besteht die Tendenz, daß die Beziehungen zwischen verschiedenen Sektoren und zwischen den Abteilungen innerhalb eines Sektors schlechter werden und das Allgemeininteresse vernachlässigt wird. Zusammen mit dem allgemein verbreiteten Mißtrauen, daß Organisationen und Gruppen nicht-staatlicher Natur gegenüber der offiziellen Regierungspolitik hegen, stellt dies eine sehr ernste Gefahr für die künftige Durchsetzungsfähigkeit der Lebensweisen-Konzeption in der Gesundheitspolitik dar.

Teilnehmerliste

Professor BERNHARD BADURA
Universität Oldenburg
FB Sozialwissenschaften
Westerstraße 2-12
D-2900 Oldenburg
Bundesrepublik Deutschland

Professor LAURA BALBO
Abteilung für Soziologie
Universität Ferrara
Via Savonarola 27
Ferrara
Italien

Professor ROBERT CASTEL
Universität Paris VIII
2, rue de la Liberté
F-93526 Saint Denis
Frankreich

JOHN K. DAVIES
Senior Research Officer
Scottish Health Education Group
Health Education Centre
Woodburn House, Canaan Lane
Edinburgh EH10 4SG
Großbritannien

Dr. RON DRAPER
Director-General of Health Promotion
Ministry of National Health and Welfare
Ottawa
Kanada

Professor MARIA A. DURAN
Abteilung für Soziologie
Universidad Autonoma de Madrid
Cantoblanco
Madrid 34
Spanien

ROSMARIE ERBEN
Direktorin, Europa-Büro der Internationalen Union für Gesundheitserziehung
c/o Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 200
D-5000 Köln 91
Bundesrepublik Deutschland

Dr. B. SOUSA GOMES
Commissao da Condição Feminina
Av. Elias Garcia 12-10
P-1093 Lissabon Cedex
Portugal

JAN H. HALM
Referent für Gesundheitserziehung
Ministerium für Gesundheit und Umweltschutz
Postbus 439
NL-2260 AK Leidschendam
Niederlande

Professor JÜRGEN HARTMANN
Abteilung für Soziologie
Universität Uppsala
S-75120 Uppsala
Schweden

Professor KLAUS HORN
Sigmund-Freud-Institut
Myliusstraße 20
D-6000 Frankfurt/M. 1
Bundesrepublik Deutschland

Dr. PETER KLIMENT
Leiter der Abteilung für Massenkommunikation
Institut für Gesundheitserziehung
Martanovica 6
CSSR-816 37 Bratislava
Tschechoslowakei

Professor LOWELL S. LEVIN, *Vorsitzender*
Yale University, School of Public Health
60 College Street
New Haven, Connecticut 06510
U.S.A.

Dr. ANN OAKLEY
National Perinatal Epidemiology Unit
Radcliff Infirmary
Oxford
Großbritannien

JERRY O'DWYER
Assistant Secretary, Department of Health
Custom House
Dublin 1
Irland

Dr. MATTI RIMPELÄ
Abteilung für Gesundheitserziehung
Nationales Amt für Gesundheit
P.O. Box 223
SF-00531 Helsinki 53
Finnland

Dr. STEN RÖNNBERG
Abteilung für Erziehungswissenschaften
Universität Stockholm
S-106 91 Stockholm
Schweden

Dr. WERNER SCHMIDT
Generaldirektor
Deutsches Hygiene-Museum in der DDR
Lingnerplatz 2
DDR-8012 Dresden
Deutsche Demokratische Republik

HANS SCHNOCKS
Stellvertretender Direktor, BZgA
Ostmerheimer Str. 200
D-5000 Köln 91
Bundesrepublik Deutschland

Dr. BRIGITTE SVOBODA
Sektion Volksgesundheit, Abt. VI
Bundesministerium für Gesundheit und
Umweltschutz
Stubenring 1
A-1010 Wien
Österreich

Professor ALEXANDER SZALAI
Ungarische Akademie der Wissenschaften
Institut f. Organisationsforschung
Munnich-Ferenc-Str. 18
Budapest 5
Ungarn

Dr. CLAUDE VILAIN
Referent für Forschung, Französisches
Komitee für Gesundheitserziehung
9, rue Newton
F-75116 Paris
Frankreich

Professor KARI WAERNES
Institut f. Soziologie, Universität Bergen
Christiesgt. 19
N-5014 Bergen
Norwegen

EBERHARD WENZEL, *Berichterstatter*
Forschungsgruppe Jugend / Gesundheit
Kaiserstraße 63
D-6900 Heidelberg
Bundesrepublik Deutschland

Journalisten als Beobachter

ROSEMARIE STEIN
Süntelsteig 5
D-1000 Berlin (West) 37

MIKE SHAW
Senior Producer BBC
Queen Margaret Drive
Glasgow
Großbritannien

WGO: Regionalbüro für Europa

Dr. ILONA KICKBUSCH
Regionalbeauftragte für Gesundheits-
erziehung
Dr. CONSTANTINO SAKELLARIDES
Berater (Primary Health Care)
Scherfigsvej 8
DK-21000 Kopenhagen Ø
Dänemark