

# Auf dem Weg zur „Gesundheitsgesellschaft“

Gemeinsamer Kongress der österreichischen, deutschen und Schweizer Fachgesellschaften für Gesundheits- und Medizinsoziologie vom 27. bis 29.03.2008 in Bad Gleichenberg (Steiermark/Österreich)

*Die „Gesundheitsgesellschaft“ – Entstehung, Chancen, Risiken und Nebenwirkungen*

Prof. Dr. Johann Behrens  
Direktor des Institutes für Gesundheits- und Pflegewissenschaft



# Vorbemerkung: Gesundheitsförderung und Soziologie

–Gesundheitsförderung braucht eine andere wissenschaftliche Grundlage als nur die Sozialepidemiologie

(siehe „Was ist eigentlich sozial an der Sozial-Epidemiologie?“ im Handbuch der Sozialepidemiologie, hg. von Bloomfield und Mielck)

–Die soziologische Theorie, z.B. die von Luhmann kommunikationstheoretisch gewendete Systemtheorie der Ausdifferenzierung funktionaler Systeme oder die Bourdieu-Abelschen Ansätze zur sozialen Ungleichheit, können zur Grundlegung der Gesundheitsförderung beitragen.

(siehe Artikel „Medizin- und Gesundheitssoziologie“ im so genannten Handbuch der speziellen Soziologien von Johannes Weiß et al.)

–Aber ebenso wenig wie die wissenschaftliche Medizin = Biologie ist, so ist die Gesundheitswissenschaft (Gesundheitsförderung) = Soziologie.

Medizin und Gesundheitswissenschaften (soweit sie überhaupt Wissenschaften sind) sind Handlungswissenschaften, die Handlungsprobleme konstruieren, durchdringen und ihre Bewältigung beraten – dazu nutzen sie Biologie und Soziologie und andere kontemplative Wissenschaften.



# „Gesundheitsgesellschaft“

Jede Soziologin, jeder Soziologe, die auf sich halten, taufen die Gesellschaft auf die von ihnen zentral untersuchte Variablen oder Phänomene. So haben sich in den letzten Jahrzehnten die „Erlebnisgesellschaft“, die „nivellierte Mittelstandsgesellschaft“, die „Überflusgesellschaft“, die „Risikogesellschaft“ und andere Gesellschaften in rascher Folge nicht nur abgelöst, sondern sie stehen weiterhin nebeneinander, wie die Phänomene gleichzeitig existieren, denen sie ihren Namen verdanken.



# Ausdifferenziertes System oder unrelativierter Diskurs?

Dennoch kann – wie 1983 vertreten – der Begriff „Gesundheitsgesellschaft“ als gesellschaftswissenschaftliche Fremdbestimmung immer noch taugen, weil „gesund–ungesund“ seine Relativierung im Diskurs immer weniger in anderen Systemen findet.

- 1) Die historisch–soziologische These
- 2) Die Rekonstruktion der Entwicklung seit dem Absolutismus
- 3) Die Kritik der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts an den Risiken des Trends zur „Gesundheitsgesellschaft“
- 4) Beobachtbare gesunde Bewältigungsversuche der „Gesundheitsgesellschaft“

–



# Unrelativierte Diätetik in der gesellschaftlichen Selbstbeschreibung

Der Trend zur „Gesundheitsgesellschaft“ bezeichnete vor 25 Jahren eine gesellschaftliche Selbstbeschreibung eines – Anrechte begründenden – Bezugs aufs richtige Leben im wissenschaftshistorischen Wandel, der sich recht präzise beschreiben ließ. Von allen Lehren des richtigen und insofern guten Lebens, die das Leben minutiös vom Geschlechts- bis zum Geschäfts- und Gefechtsverkehr beraten und anleiten, war 1983, also lange vor 1989, eigentlich nur die Gesundheitslehre übrig geblieben.



# Diätetik (Gesundheitsförderung) als – letzte übrig gebliebene – detaillierte normative Lehre des guten und richtigen Lebens

Alle anderen Lehren, die vorher mit Autorität das richtige und gute Leben normiert hatten, von den religiös-theologischen über die absolutistisch-ökonomischen, die philosophisch-nationalistischen, die demokratischen und sozialistischen Theorien hatte nur die Gesundheitslehre nicht an Autorität verloren und sich nicht, wie die Theologie und Philosophie, vom Anspruch detaillierter normativer Regelung aller Lebensbereiche zurückgezogen.



# 2500 Jahre Diätetik als Lehre der Selbst- und Fremdpflege

Allein die Diätetik, jene auf Kos 400 Jahre vor unserer Zeitrechnung in ihrem umfassenden Anspruch formulierte normative Theorie der Pflege (Selbst- und Fremdpflege) war übrig geblieben.

Infolgedessen wurde nun unter Bezug auf Gesundheit begründet, was vorher unter Bezug auf Religion, Nation, Sozialismus und Demokratie begründet worden war.



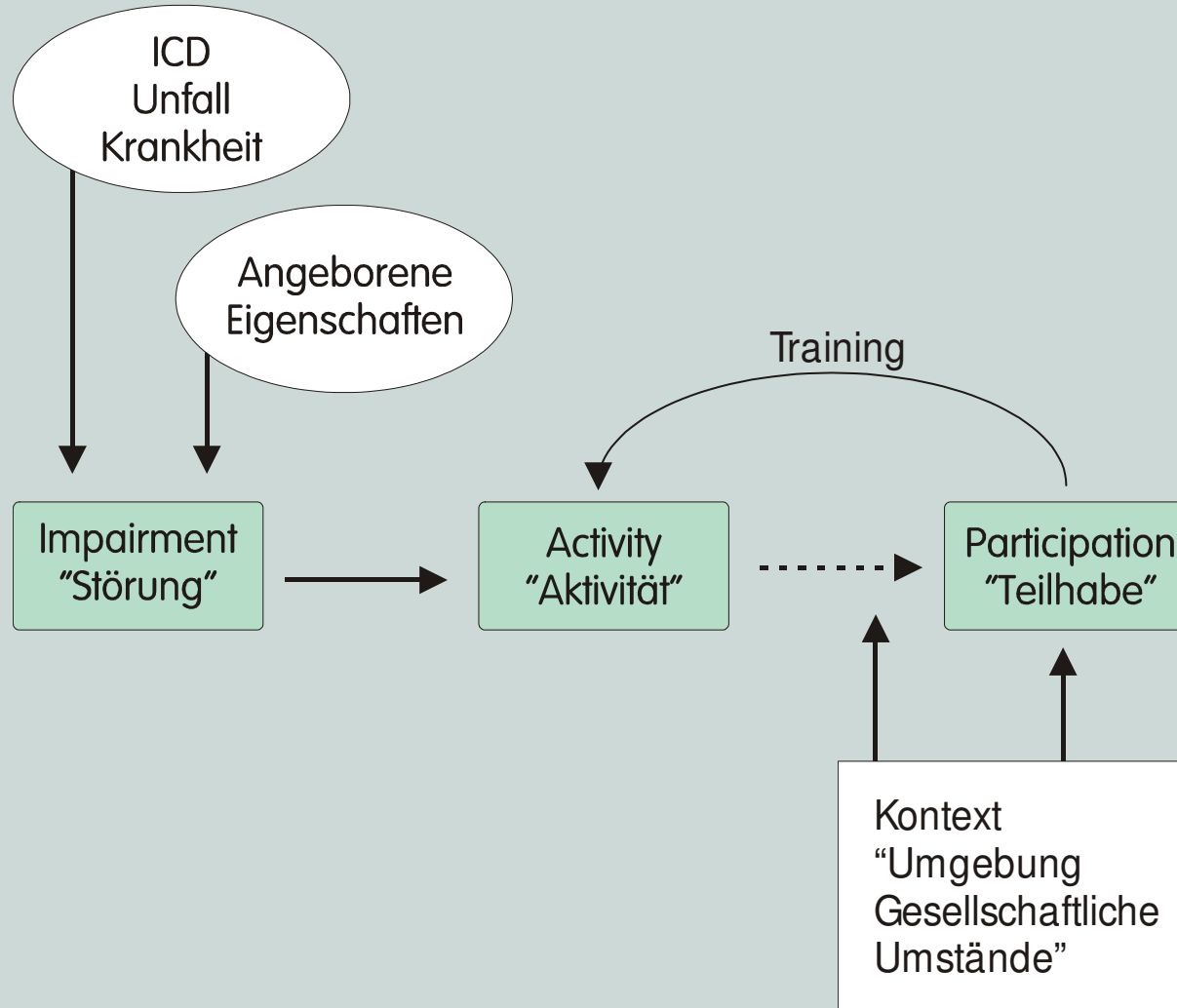
# Begründung als „gesundheitsförderlich“ ersetzt andere Begründungen

Während vorher für höhere religiöse oder nationale Ziele durchaus die Gesundheit hintanzustellen war, rechtfertigten Städtebauer und Architekten jetzt ihre Gebäude als gesund, Betriebe mussten nicht nur Geld machen, sondern ihre Arbeitsbedingungen sollten gesund sein, Oberbürgermeister rechtfertigten ihre Stadtentwicklungen als gesund – sie durften keinesfalls ungesund sein –, und die vorher allein demokratisch oder sozialistisch begründete „participation“, die Teilhabe am sozialen Leben, wurde jetzt in der Internationalen Klassifikation funktionaler Gesundheit der WHO als Gesundheitszustand, der gesundheitlich unverzichtbar sei, sehr gut begründet.

Armut und schlechte Wohnung waren vor allem aus gesundheitlichen, nicht mehr (nur) aus demokratischen Gründen zu bekämpfen. Strafe wurde weder mit Rache noch Vergeltung, sondern als Resozialisierung der Täter und präventive Maßnahme für die Tatgefährdeten begründet; wer medizinisch als nicht hinreichend zurechenbar schuldig befunden worden war, wurde konsequent vom Gericht zu Therapie statt Strafe zugeteilt.



Folge für Klassifikation von Krankheiten und funktionaler Gesundheit Die ICF und die ICD  
 Die ICIDH löst sich im Übergang zur ICF in zwei Jahrzehnten vom Krankheitsfolgenmodell.  
 Sie ist das antiperfektionistische Eingeständnis, dass viele organische und psychische Störungen nicht zu heilen sind, und es nur um Teilhabe trotz Einschränkung geht: andere Berufe als Mediziner kompetenter.



## II. Rekonstruktion von Grundlinien der Entwicklung

1. Gesundheitsförderung im bevölkerungspolitischen Interesse des nationalen Souveräns
2. „Das Volk“ wird „der Souverän“
3. Märkte und Ausdifferenzierung des Systems der Krankenversorgung als Reservat



# Phase 1 Gesundheitsförderung im bevölkerungspolitischen Interesse des nationalen Souveräns: Der gute Hirte ist der vorsorgende Schlachter

Im Absolutismus wird Gesundheitsförderung von einzelnen Abwehrmaßnahmen (Quarantäne, Pestbekämpfung) bewußt in eine möglichst geschlossene Bevölkerungspolitik integriert (Quesnay), die den Souverän sieht wie einen umsichtig sorgenden Viehzüchter, der seinen Besitz mehrt: die Nation.

Noch das preußische gesundheitsförderliche Verbot der Kinderarbeit wird nicht mit dem Wunsch des einzelnen Kindes, sondern mit dem nationalen Interesse an tauglichen Soldaten für die Schlacht begründet. Von allen Kanzeln – und mit sich durchsetzender Schulpflicht in allen Schulstuben – wird Gesundheitsverhalten gelehrt und gepredigt als Pflicht gegenüber Gott, König und Vaterland.

Der gute Hirte weidet seine Schafe für die Schlacht, mit aller Fürsorge und allen Rechten und Pflichten des Herrn.



## Phase 2 „Das Volk“ wird „Der Souverän“. Schuldet der Bürger nun der Nation gesundes Verhalten?

Als die Souveränität ans Volk übergeht,  
gehen da auch die Rechte des „viehzüchterischen“ Souveräns an das Volk über,  
in Gesundheitsbedingungen zu intervenieren und  
von seinen Bürgern gesundheitsförderliches Verhalten  
zur Mehrung der Wohlfahrt der Nation zu fordern?

Die Antwort auf diese Frage ist lange umstritten,  
aber spätestens im 20. Jahrhundert lautet sie in allen Demokratien  
eindeutig: Nein.

Die Nation, der Staat können von ihren Bürgern kein gesundes Verhalten  
verpflichtend fordern,  
jeder Bürger ist frei, sich gesundheitlich zu schädigen wie er will,  
nur: Er darf Dritte nicht schädigen.

Staatlicher Gesundheitsschutz, nicht nur im Arbeitsschutz, begründet sich  
aus dem Straf- und Haftungsrecht: Der erwachsene Bürger, der selber sich durch  
Rauchen (oder gefährliche Produktionsweisen) zu Grunde richten darf,  
darf keine Nichtraucher (oder Passanten oder Arbeiter) schädigen.



# Respekt vor der Autonomie des Lebenspraxis des Klienten: die Professionen und das System der Krankenversorgung

Wenn der Patient statt des Souveräns Auftraggeber wird, bekommen die seit 2500 Jahren durch den „hippokratischen Eid“ verbundenen Wander- und Jahrmarktsheiler, die Dr. Eisenbarts, die weisen Frauen, die Barbieri und Pfarrer Oberwasser, die alle immer nur im Auftrag des Klienten tätig wurden.

Obwohl die Ärzte im Vergleich zu allen anderen Heilkundigen noch im 19. Jahrhundert den Barbieren und anderen Heilern an Effektivität und Effizienz kaum überlegen waren, gelang es den Berliner Hof- und Modeärzten ein staatlich garantiertes und später umlagefinanziertes Versorgungs-Monopol zu erdienen und alle konkurrierenden ebenso (wenig) effektiven Heilkundigen (die Pfarrer, die Barbieri, die weisen Frauen) als „Kurpfuscher“ und „Quacksalber“ staatlich verfolgen zu lassen.

Aber ihr Handwerksmerkmal, das Tätigwerden nur im Auftrag, wenn auch nicht mehr in Finanzierung des einzelnen Klienten, blieb:



# Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis der Klienten: therapeutische Professionen und das System der Krankenversorgung

Sie wurden – trotz alle warnenden Hinweise auf Gefahren und auf ihre Lösungskompetenzen – nicht zugehend tätig, sondern nur dann aktiv, wenn ein (mehr oder weniger zahlungsfähiger) Klient mit Leidendruck sie beauftragte.

Darin liegt ein Fortschritt:

Der Respekt vor der Autonomie der Lebenswelt war ihnen wenigstens insoweit selbstverständlich, als sie ohne Auftrag des Klienten gar nicht tätig werden konnten –

Wie auch immer sie diesen Auftrag werbend zu erringen suchten und suchen:

„Ich bin der Doktor Eisenbart  
kurier die Leut auf meine Art“

Weil Nachfrage aus (auch werbend und interpretierend hergestelltem) Leidendruck entstand, bildete sich weniger ein Gesundheitssystem als ein System der Krankenversorgung heraus. Die Medikalisierung als Bündnis von Klienten und Therapeuten entsprach den wirtschaftlichen berufsständischen Interessen der Therapeuten.

Früh war sichtbar, dass – insbesondere bei chronischen Krankheiten – die Behandlung erst der bereits aufgetretenen Krankheit leidvoller und teurer ist als die gesundheitsförderliche Prävention.

Die Abgrenzung des „Systems der Krankenversorgung“ ermöglichte aber:



# System der Krankenversorgung als Reservat für „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen“

Die sozialistische (und in Familien weit verbreitete ) Norm „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen“ überlebte am besten im Bereich des Systems „ Gesundheitswesen“: Jeder hat dort unabhängig von seiner Kaufkraft Anspruch auf das medizinisch Notwendige („jedem nach seinen Bedürfnissen“) und bezahlt in die Krankenkasse ein nach seiner finanziellen Fähigkeit („jeder nach seinen Fähigkeiten“). Erst vor dieser Norm wurde und wird „health inequality“, wird auch ungleiche Gesundheitsversorgung zum Skandal, während ungleiche Versorgung mit Wohnungen und Einkommen vielfältige Rechtfertigung fand.



# Das System der Krankenversorgung als grundlegendes „Paradigma“ für die soziologische Theorie sozialer Ungleichheit und der sozialen Rechte

Heute gewinnt die soziologische Theorie sozialer Ungleichheit vor allem aus der Verletzung jener in allen – Schrift nutzenden – Gesellschaften der Erde proklamierten Norm die Skandalisierbarkeit ihres Gegenstands, jeder habe unabhängig von seiner Zahlungs- oder Rückgabefähigkeit Anspruch auf die gesundheitlich notwendige Versorgung.



# Das Krankenversorgungs-System „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen“ hat seine Grenzwächter

Ein System, das nach dem Prinzip „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen“ verteilt, bedarf der Grenzwächter, wenn gleichzeitig Systeme nach den Prinzipien der „Leistung“, des „Erfolges“ oder der „Herkunft“ verteilen.

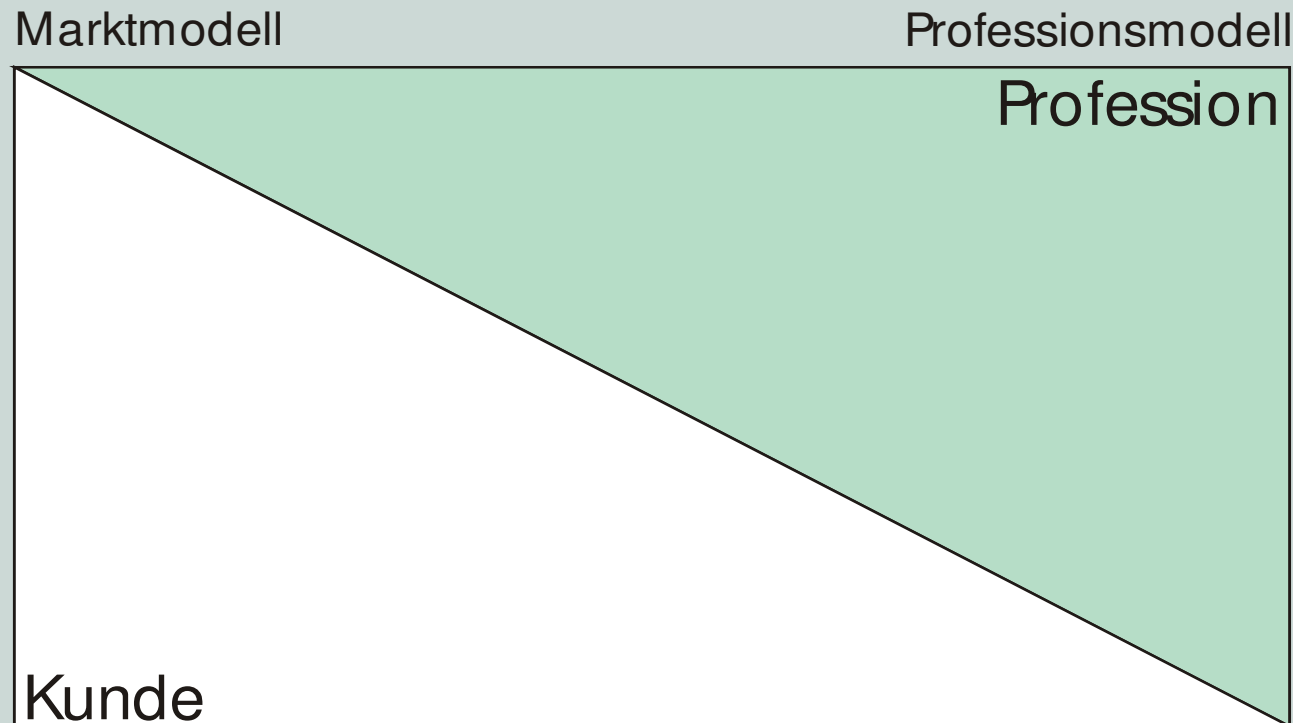
Diese Grenzwächter gibt es in der Tat: Es sind Ärzte und Therapeuten in ihrer Funktion als Gutachter.

In dieser Funktion sind Ärzte und Therapeuten unersetzlicher als in allen anderen Funktionen: Man kann gesund werden ohne Hilfe von ÄrztInnen oder TherapeutInnen.

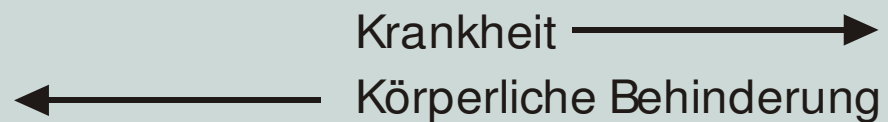
Aber man kann nicht „krankgeschrieben“ werden ohne ÄrztInnen und TherapeutInnen, man kann keine Leistungen des Krankenversorgungssystems empfangen ohne sie.



# Kontinuum: wer definiert, was gut für mich ist?



Empirisch entscheidbar: Ist Produkt/ Dienst beurteilbar durch mich?  
Kooperand Patient



# Anziehungskraft des Krankenversorgungssystem

Das Krankenversorgungssystem wird von ungeheurer Attraktivität für alle „Probleme“ aus drei Gründen

- a) wegen des Prinzips „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen – begutachteten – Bedürfnissen des ‚medizinisch Notwendigen‘
- b) wegen der Betonung der Wahlfreiheit des Konsumenten. Da jede Krankheit Autonomie bedroht, ist der Autonomieverlust durch ein Versorgungssystem, das keine Wahl gestattet, zusätzlich und besonders kränkend. Hoffnung auf kauffähige Intervention in die genetische Ausstattung.
- c) Wegen des Ersatz des mittelalterlichen Reinigungs- und Wiederaufnahmerituals „Reue – Unterwerfung – Begnadigung“

Aber Krankheit und Gesundheit sind nicht danach, dass sich das Krankenversorgungssystem gut abgrenzen lässt.

Krankenversorgung ist, wenn überhaupt, eine späte, teure und mit den Nebenwirkungen der Medikalisierung belastete Form der Gesundheitsförderung (sie ist aber eine – siehe gesundheitsfördernde – Krankenhäuser). Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, in der Schule, im Verkehr, zu Hause erschienen sehr früh (siehe Schule von Kos) als viel sinnvoller.



# Wissenschaft

Die enorme Autorität, die Wissenschaft in modernen Gesellschaften gewonnen hat, ist offenbar nicht unabhängig von der Entwicklung zur Gesundheitsgesellschaft: Allein Wissenschaft „weiß“ noch in ihren esoterischsten Verästelungen, was gesund und was ungesund ist.

Sie „sieht etwas, was Du nicht siehst“ und kann es diagnostizieren, seltener auch ändern. Sie greift in die organische, dann genetische Zusammenhänge ein.



## Zwischenfazit: „krank–nicht krank“ / „gesund–ungesund“ / „gepflegt– ungepflegt“

Insofern erschien uns vor nahezu 25 Jahren der Begriff der „Gesundheitsgesellschaft“ nicht völlig inadäquat, weil der Bezug auf Gesundheit in der Tat über das im Sinne Luhmanns ausdifferenzierte System der Krankenbehandlung, das viele Krankheiten, aber nur eine Gesundheit kennt, hinausgeht: der Code gesund–ungesund und der Code gepflegt–ungepflegt gehen über den Code krank–nichtkrank, der das System der Krankenbehandlung dominiert, weit hinaus und leiten nach dem Rückzug der theologisch–religiösen, philosophischen, nationalistischen, sozialistischen und sogar z. T. demokratischen Theorien eines detailliert normierten guten Lebens in der Tat die Selbstbeschreibungen von Gesellschaften. Denn auch wenn wir nicht mehr krank sind, müssen wir uns weiterhin pflegen, weiterhin gesund leben und dafür sorgen, dass die Um–Welt gesund ist.

Für dieses Argument ist unerheblich, dass häufig wechselt, was als gesund gilt. Was als „gesund“ gilt, wechselt mit neuen Erkenntnissen; dass alles „gepflegt“ werden muss, um nicht zu verrotten, das bleibt.



## Fortsetzung Zwischenfazit

Gesundheit wurde von einem Mittel oder einer Nebenbedingung (Gadamer: Gesundheit als „Leben im Schweigen der Organe“) zu einem Ziel, das durch kein anderes mehr zu relativieren war. Die vormals absolutistisch-ökonomische begründete Notwendigkeit des Wirtschaftswachstums zum Beispiel wurde nun damit begründet, dass das Wirtschaftswachstum notwendig sei, um Gesundheit für alle bezahlbar anstreben zu können. Gesundheit erschien und erscheint als gesellschaftlich beeinflussbares Ziel, wenn auch die AutorInnen der Ottawa-Charta – klug, wie sie waren – schrieben, „Gesundheit“ sei „nicht als vorrangiges Lebensziel“ zu verstehen.

Jede Entscheidung erwies und erweist sich als Entscheidung mit gesundheitlichen Folgen. Lebensstile wurden diskutiert als Gesundheitsstile (Bourdieu, Abel).



### III. Chancen, Risiken und Nebenwirkungen

Woher kam vor 25 Jahren dieser kritische Unterton beim Gebrauch des Begriffs „Gesundheitsgesellschaft“, warum nahmen wir den Rückzug aller anderen normativen detaillierten Lehren außer der Diätetik nicht als Fortschritt der Aufklärung und der Befreiung des Menschen aus selbstverschuldeter Unmündigkeit? Die Antwort lautet nicht nur, dass der Begriff der „Volksgesundheit“ durch die nationalsozialistische Fraktion der Sozialmediziner so diskreditiert war, dass bis heute fast alle der sozialmedizinischen Tradition ( auch der der vertriebenen und ermordeten Sozialmediziner) zugehörigen Begriffe nur als englische benutzt werden: für „public health“ wird bis heute keine Rückübersetzung ins Deutsche gebraucht, dann schon lieber eine ins Lateinische.



# 1. Mangelnder Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis des Klienten und gleichzeitig keine Verringerung der sozialen Ungleichheit

Die Kritik vor 25 Jahren lautete, dass in der öffentlichen Gesundheitsförderung der – professionstypische – Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis der Klienten keinen systematischen Platz mehr zu haben schien, wenn Gesundheit zum Ziel wurde und nicht mehr als Mittel zu relativieren war: Als zu bearbeitenden „Mangel an Bewusstsein“ betrachteten die „Gesundberatungsstellen für Erwachsene (GBE)“ des Berliner Senats 1980 ff., was im ausdifferenzierten System der Krankenbehandlung als Mangel an „Compliance“ und später als Mangel an „Adherence“ bearbeitet wurde.

Die Maßnahmen der Gesundheitsförderung verringerten die soziale Ungleichheit kaum, im Gegenteil, sie wurden sozial sehr ungleich genutzt.



## 2. Bewährungs–Erwartungen nicht genügen (können) – das kann krank machen.

Die Kritik an der „Gesundheitsgesellschaft“ lautete drittens und vor allem, dass die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes als ungeplante Nebenwirkung diejenigen belaste, ja krank mache, die ihr nicht genügen könnten. Dabei bezog sich diese „Nicht–Genügen–Können“ keineswegs nur auf mangelnde „Capability“, wie sie der indische Nobelpreisträger Armatya Sen später im Ansatz des „Capability Approach“ als Ziel auch der Gesundheitsförderung diskutierbar machte, sondern auf ungleiche milieuspezifische Lebensstile, oder anders gesagt, auf milieuspezifische Ausdeutungen der Bewährungsaufgabe jedes Lebens.

Nicht nur die Ressourcen (bei Bordieu und Abel „Kapitalien“) sind sozial vermittelt, sondern auch die Erwartungen, zu deren Erfüllung Menschen der Ressourcen bedürfen.



### 3. „Gesundheitsförderung“ als Angebot der therapeutischen Professionen, als Verstärker der Wellnessindustrie und der nano-, bio-, infotechnischen Perfektion des Körpers

- Dieser Trend ist sehr alt (Jungbrunnen)
- Er ist sehr stabil, weil er das Konsumentenmodell (Freiheit individueller Kaufentscheidung) erfüllt und auf wohletablierte, staatlich abgesicherte global Märkte zurückgreifen kann,
- Der Trend verstärkt die sozial Ungleichheit und propagiert weitere Bewährungs-Erwartungen.



# (Schwache) Bewältigungen der Nebenwirkungen des Weges zur „Gesundheitsgesellschaft“

1. Innerprofessionelle Bewegung der Basierung auf interner und externer Evidenz
2. „Warentests“
3. Evaluation der Wirkung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei den Ressourcenärmsten





# Methoden evidence-basierter Therapie

Sinnverstehende Methoden  
der Verständigung über Ziele

Z.B.:

- hermeneutische Studien
- ethnomethodologische Studien
- phänomenologische Studien

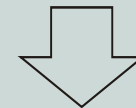


Kommunikatives Handeln

Methoden des Wirkungsvergleichs  
von Mitteln bei gegebenen Zielen

Z.B.:

- randomisierte kontrollierte Studien
- Fall-Kontroll-Studien



Instrumentelles Handeln



## Klinische Entscheidungen

### Einzelfall

Auf den Einzelfall sind relative Häufigkeiten selbstverständlich nicht als individuelle Wahrscheinlichkeiten übertragbar, aber sie können im Arbeitsbündnis zwischen Klienten und Professionen als Anregungen genommen werden.

### Kosten-Nutzen-Vergleich

(Individuell plausibel durch die Klienten zu bestimmen)

Entscheidung über die Anwendung von Mitteln/Diensten

## Entscheidungen im Gesundheitswesen

### Population

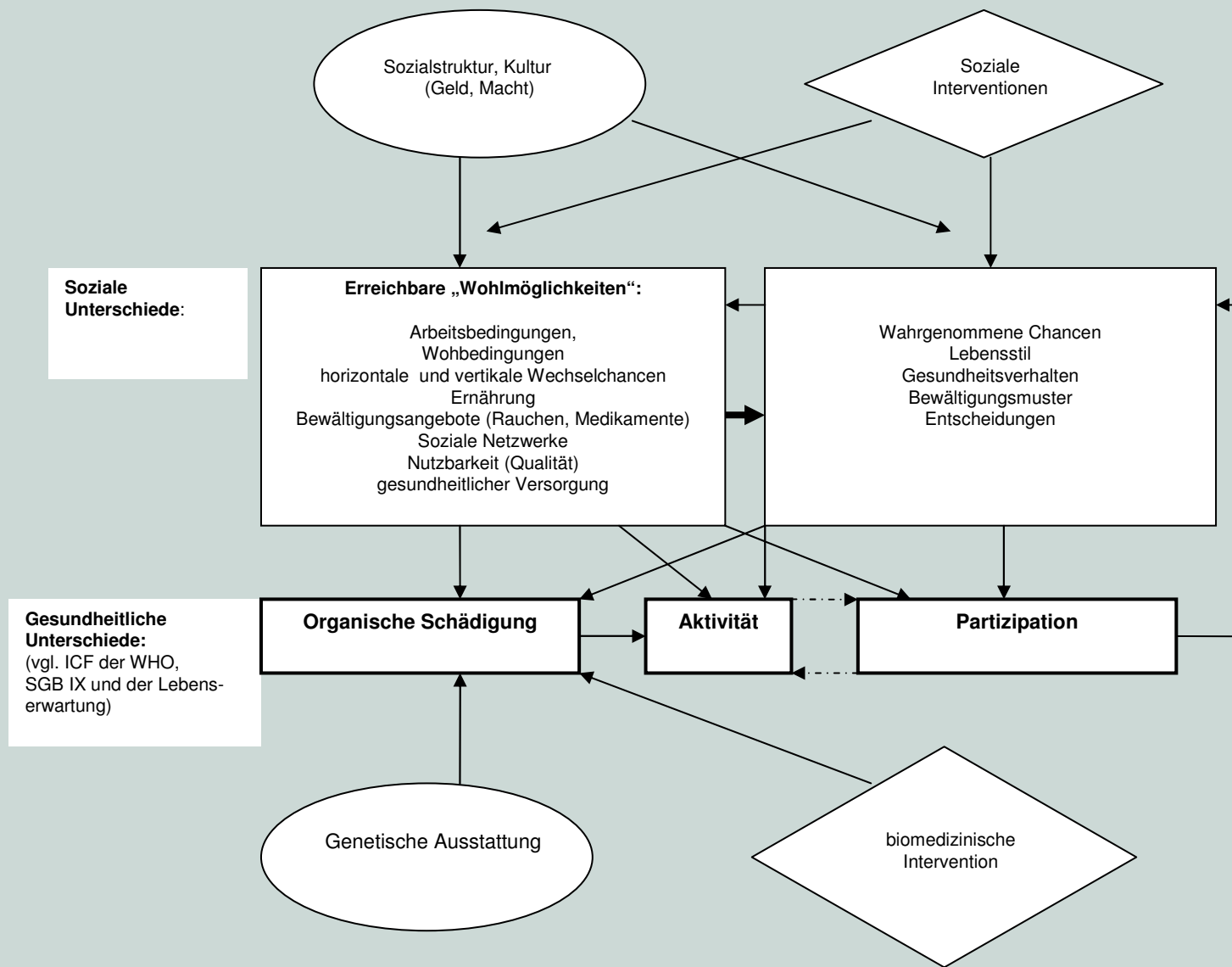
Für Populationen sind Angaben über relative Häufigkeiten möglich. Aber sie geben an: Wie viele müssen sich einer wie schmerzhaften Behandlung unterziehen, damit einer einen Nutzen daraus zieht? Effektivität verschiedener Maßnahmen

### Kosten-Nutzen-Vergleich

(Für Kollektiv kaum möglich - was ist ein kollektiver Nutzen anderes als die Aggregation von Einzelnutzen?)

Entscheidung über die Bereitstellung von Mitteln/Diensten





# „Gesundheitsförderung“ leidet weniger an mangelnder Einsicht als an mangelnder Wirkungs-Evaluation auch in Schulen, außerschulischer Jugendarbeit und Betrieben

–Kein Mangel an Einsicht der Schulbetreiber:

Solange es in Deutschland, Österreich und der Schweiz Volks-Schulen gibt, war und ist Gesundheitsförderung Teil des Lehrplans, sowohl als Lehrervortrag als auch als Übung (Turnstunden)

–Der Engpaß besteht also nicht darin, Schulen von dieser Aufgabe zu überzeugen, sondern zu verstehen, warum die pädagogischen Interventionen häufig so wenig wirken und falsch angesetzt sind

–Eingehen auf Identitätsbildungsprozesse, siehe die Vorträge von Heidrun Rader und Benedikt Rogge vom Donnerstag nachmittag

