

Daphne Hahn

Prinzip Selbstverantwortung? Eine Gesundheit für alle?

Verschiebungen in der Verantwortung für Gesundheit
im Kontext sozialer Differenzierungen

Zusammenfassung

Historisch ist eine Entwicklung hin zu selbstverantwortlichem Gesundheitshandeln zu beobachten, das sich in Form von gesundheits- und vorsorgeorientiertem Verhalten in verschiedenen Bevölkerungsgruppen bis heute unterschiedlich durchgesetzt hat. Differenzen in der Gesundheit sowie im Gesundheitsverhalten sozialer Gruppen sind vielfach beschrieben worden. Die gesundheitswissenschaftliche und -politische Diskussion zu sozialen Differenzen orientiert sich an geltenden Gesundheitsnormen und ist überwiegend defizitorientiert, was sich in Begriffen wie »gesundheitsriskanten Lebensweisen« widerspiegelt und was sich auch in den formulierten Zielen zeigt, dass sich insbesondere Verhaltensweisen unterer sozialer Schichten (weil gesundheitsriskant) denen der oberen (weil gesundheitsorientiert) angleichen müssten. Im ersten Teil des Artikels wird dargestellt, wie sich aktuelle Gesundheitsnormen und selbstverantwortliches Handeln ausprägten. Im zweiten Teil wird anhand der unterschiedlichen Bewertungen gesundheitlicher Differenzen zwischen sozialen Gruppen (soziale Schichten und Geschlecht) gezeigt, wie in diesen Deutungen ähnliche Verhaltensweisen sowohl problematisiert als auch positiv gedeutet werden (können). Vor dem Hintergrund der tendenziellen Ausbreitung von Gesundheitsnormen und selbstverantwortlichem Gesundheitshandeln werden differente Deutungsmuster kritisch hinterfragt und gezeigt, wie auch im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs (Herrschafts-)Verhältnisse reproduziert werden.

1. Vom Streben nach Gesundheit

»Ein Mensch, der nicht nach Gesundheit strebt, wird nicht krank, sondern ist es schon.« schreibt die Autorin Juli Zeh in ihrem Buch »Corpus Delicti. Ein Prozess«, in dem sie die Vision einer Gesellschaft entwirft, die Gesundheit zum höchsten Gut erhebt (Zeh 2009). Sie erschließt literarisch Prozesse, die im Zuge gesellschaftlicher Veränderungen unsere

Vorstellungen ebenso wie unser Handeln im Umgang mit Gesundheit substanziell veränderten. Zeh entwirft eine Gesellschaft, deren oberste Maxime die Optimierung der Gesundheit auf individueller Ebene wie auf der Ebene der Bevölkerung ist, die Vorsorge einen zentralen Stellenwert einräumt und von jedem ihrer Mitglieder erwartet, sich vorsorgend zu verhalten. Ihre (negative) Zukunftsvision knüpft an einen historischen Prozess an, in dem sich der gesellschaftliche wie der individuelle Umgang mit Gesundheit umfassend veränderte. Seitdem Vorsorge für Gesundheit einen immer größeren Stellenwert erhält, wird Krankheit immer weniger als körperlich erfahrbares Phänomen verstanden, das befundet wird, wenn es vorhanden ist. Heute wird Krankheit vielmehr als fehlgeleitete Entwicklung wahrgenommen, die bei früherer oder rechtzeitiger Intervention zu vermeiden gewesen wäre. Nicht nur, dass Krankheiten, die heute häufig chronisch sind, tatsächlich fast ausschließlich als vermeidbar verstanden werden, es wird auch davon ausgegangen, dass jede oder jeder sie tatsächlich auch vermeiden könnten. Wenn sie nur wollten ...

Sehr oft ist gegenwärtig zu lesen, dass bei großen Teilen der Bevölkerung das omniprésente Wissen über die gesundheitlichen Folgen von übermäßigem Alkoholkonsum, Fehl- und Überernährung, Bewegungsmangel, chronischem Stress oder Rauchen nicht »zu gesundheitsbewusstem Verhalten geführt hat« (vgl. bspw. Neumann et al. 2008: 2750). Diese für viele stehende Aussage unterstellt drei Dinge. Sie unterstellt erstens, Wissen über die gesundheitlichen Folgen spezifischer Verhaltensweisen müsse bei allen Menschen vorhanden sein, zweitens müsse es bei sämtlichen Menschen, die mit Informationen zum Risiko der verschiedenen Einflussfaktoren in Berührung kamen, zu Verhaltensänderungen führen und drittens, dass dieses Wissen nur bei einem geringen Teil praktisch in diese erwünschten Verhaltensweisen mündet. Diese Aussage bildet eine Entwicklung ab, an deren derzeitigem Ende vorausgesetzt wird, dass so etwas wie ein unhinterfragbares ›Gesundheitsbewusstsein‹ existieren müsse, dass vorsorgeorientiertes Gesundheitshandeln Norm individuellen Handelns sein sollte, dieses aber noch lange nicht bei allen Mitgliedern der Gesellschaft angekommen ist, und es ist von der impliziten Frage unterlegt, was denn zu tun sei, dass sich diese Verhaltensweisen auf weitere – wenn nicht gar alle – Bevölkerungsteile ausdehnen.

Im folgenden Artikel soll es darum gehen, Beziehungen zwischen individualisiertem bzw. selbstverantwortlichem Gesundheitshandeln und sozialen Differenzierungen zu beleuchten. Dafür soll in einem ersten Schritt skizziert werden, wie sich jene Gesundheitsnormen und Verhal-

tensweisen ausgeprägt haben, die heute als erstrebenswert bzw. vorhanden vorausgesetzt werden und die zentral für unsere Wahrnehmung und auch für politisches Handeln geworden sind. Der erste Teil, in dem gegenwärtig gültige Gesundheitsnormen und die Bedeutung präventiven Verhaltens im Kontext von strukturellen und kulturellen Veränderungen historisch eingeordnet werden, basiert auf modernisierungstheoretischen Ansätzen, hier insbesondere auf dem Konzept der Bio-Macht und Bio-Politik von Michel Foucault, weil es sich m. E. wie kein anderes eignet, den Übergang hin zu selbstbestimmten Entscheidungsformen theoretisch einzubinden. Foucaults konzeptioneller Ansatz erlaubt das Verständnis mehrerer Prozesse: einmal die Ablösung repressiver Formen der auf Bevölkerung gerichteten Steuerungsformen durch einen Wandel zu nichtrepressiven Regulierungsmechanismen, zweitens die Problematisierung von Verhaltensweisen bestimmter Bevölkerungsgruppen und drittens eröffnet sich über die Disziplinierung der Individuen ein Verständnis für Individualisierungsprozesse, in deren Folgen neue Freiheiten und Handlungschancen entstehen, sich zugleich aber auch Formen der Selbstkontrolle und Gesundheitsnormen ausbilden.

In einem zweiten Schritt soll gezeigt werden, welche Formen und Differenzierungen Gesundheitshandeln aufweist, wie sich spezifisches Handeln und Handlungsdispositionen erklären lassen, wie unterschiedlich auf Gesundheit bezogene Verhaltensweisen gedeutet werden und welche anderen Lesarten als die gegenwärtig dominierenden denkbar sind. Der zweite Teil, der Zusammenhänge zwischen Gesellschaft, sozialer Position und (körperlichen) Verhaltensweisen thematisiert, stützt sich auf Pierre Bourdieus Habituskonzept sowie auf das Konzept der »somatischen Kulturen« von Luc Boltanski, weil sie beide die Verbindung von Lebensbedingungen und körperbezogenen Verhaltensweisen konzeptualisieren. Hier wird beispielhaft an schichtenspezifischen auf der einen und geschlechtsspezifischen Differenzen im Gesundheitshandeln auf der andern Seite gezeigt, wie unterschiedlich diese gedeutet werden (können) und wie mit diesen Deutungen soziale Ordnung reproduziert wird.

2. Gesellschaftliche Modernisierung und der Übergang vom Zwang zur Gesundheit zur Gesundheitsnorm

Vor einigen Jahren warb ein nicht unbekanntes und gut florierendes Fitnessstudio, das seine Dienste seit 1990 in Deutschland offeriert und wie kein anderes all die im heutigen sozialen Leben für den immer härter werdenden Wettkampf um Arbeitsplätze zunehmend unabkömmlicheren körperlichen wie psychischen Attribute wie Haltung, Figur und Leis-

tungsvermögen verspricht, mit dem Slogan: »Ein starker Rücken kennt keinen Schmerz!« um neue Kundschaft. Mehr als 13 Millionen Menschen in Deutschland trainierten 2008 regelmäßig ihre Körper in Fitnessstudios, 40% davon mehr als einmal wöchentlich (Innofact 2008). Männer und Frauen unterscheiden sich dabei nicht; sie sind mit jeweils 50% beteiligt. Die am häufigsten genannten Gründe, regelmäßig Fitnessstudios zu besuchen, sind Gesundheit zu erhalten und Aussehen durch Gewichtsreduktion zu verbessern (Innofact 2008). Das erklärte Ziel des Gründers ist es dann auch »... selbstverantwortlichen Menschen die Möglichkeit zu geben, ihren Bewegungsapparat gesund und leistungsfähig zu erhalten«. Gezwungen zum Aufsuchen eines Fitnessstudios und zu monotonen Bewegungsabläufen an individuell auf den Körper eingestellten Geräten wird niemand und doch sieht der Fitnessmarkt für die eigene Entwicklung große Wachstumspotenziale, was bedeutet, dass von einer steigenden Zahl freiwillig, »selbstverantwortlich« trainierender Menschen ausgegangen wird, die auf Erfüllung der Versprechen hoffen und diese bei regelmäßigem Training auch erwarten können.

Ein Blick zurück zeigt, dass die historischen Veränderungen, die hier nachgezeichnet werden sollen, von gesellschaftlichen Modernisierungsprozessen nicht zu trennen sind. Michel Foucault, dessen historische Arbeiten und theoretischer Ansatz diesem Teil wesentlich zugrunde liegt, hat im Übergang zu modernen Gesellschaften seit dem 18. Jahrhundert das Aufkommen einer neuen Form von Macht beobachtet, die er als Bio-Macht bezeichnete, die sich »mit dem lebendigen Menschen, mit dem Menschen als Lebewesen« befasst und die es in diese Weise zuvor nicht gab. In diese Übergangsphase ordnete er das Auftreten nichtdisziplinärer auf Förderung der Selbstkontrolle basierender Machttechniken und die allmähliche Ablösung traditioneller disziplinärer und repressiver Formen ein (Foucault 1983; Foucault 1992). Die neue Machtform arbeitete nach Foucault mit Normalisierung statt mit dem Recht, und an die Stelle von Bestrafung traten neue Formen der Kontrolle und Disziplinierung des Körpers. Sie zielte nicht nur auf den individuellen Körper, sondern auf eine »globale Masse«, auf den »Spezies-Menschen«, d. h. auf »Prozesse der Geburtenrate, der Mortalität, der Lebensdauer« (Foucault 1992: 52). Foucault nannte diese neue emporkommende Macht »Bio-Macht« und sah sie in einer Bio-Politik institutionalisiert, die z. B. im Gesundheits- und Hygienewesen, in der Bevölkerungs- und Krankheitsstatistik, in der Medizin, in rechtlichen Regelungen zur Geburtenkontrolle, in der Bevölkerungspolitik und auch in der Eugenik ihren organisatorischen und rechtlich kodifizierten Ausdruck fand.

Ihre Wirkung gewann diese neue Machtform nicht nur durch ihre

institutionelle und organisatorische Verfestigung, sondern vor allem durch die Diskurse, in denen und mittels derer Vorstellungen darüber, was »gesund«, was »krank« ist, wann »Leben« beginnt und welches Leben »lebenswert« oder »lebensunwert« ist, normiert und normalisiert wurden und werden. In diesen Diskursen werden Grenzen zwischen denen gezogen, die dazugehören, und denen, die ausgeschlossen sind bzw. denen, die von der Norm abweichen.

Eine Schlüsselrolle in diesem Ablösungsprozess kam nach Foucault den wirtschaftlichen und demographischen Veränderungen insbesondere in der Periode des 19. Jahrhunderts zu, die mit dem Wachstum der Städte einhergingen und zu einer Krise der städtischen Kontrolle führten. Bio-Politik als neue Machttechnologie, die sich auf Prozesse der planmäßigen Steuerung des Lebens und seiner Mechanismen richtet, stand mit diesen zeitgenössischen ökonomischen und politischen Problemen in enger Verbindung und ging mit den Sorgen und Nöten der sich ausbreitenden Industriegesellschaft, der Urbanisierung bzw. der Expansion der Städte, dem Bevölkerungswachstum und den Massen-erkrankungen einher (Foucault 1994).

Bereits Mitte des 19. Jahrhunderts wurde der Umgang, den Angehörige der Unterschichten mit ihrem Körper pflegten, als Problem konzipiert, welches den unrationellen Umgang mit den Körperkräften einschloss. Das Phänomen, kollektive Verhaltensweisen zu problematisieren, existiert demzufolge, seitdem effektive Möglichkeiten der planmäßigen Steuerung von Lebensprozessen entstanden. Seit dem Ende des 19. Jahrhunderts galt es als Selbstverständlichkeit, einen bestimmten Anteil der Bevölkerung, der auf ein Drittel bemessen wurde, als »minderwertig«, »belastet«, »sozialen Ballast«, »degeneriert und entartet« einzustufen. Diese Differenzierung erkannten Eliten der Bildung und Wirtschaft sowie aller politischen Fraktionen an (Dörner 1993). Vor dem Hintergrund der problematisierenden Einordnung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen, die sich heute in Begriffen wie »gesundheitsriskante Lebensweisen« fortsetzt, stellt sich die Frage, welche normalisierenden Vorstellungen hier erzeugt und verstärkt, welche Ordnungsvorstellungen zementiert und welche sozialen Ein- und Ausgrenzungen damit reproduziert werden.

Erkennende Wissenschaft

Für Foucault, der beschreibt, dass Krankheit in modernen Gesellschaften als abweichendes Verhalten verstanden wird, entwickelten sich neue akademische Disziplinen wie Psychologie, Medizin und die Sozialwissenschaften als Wissenschaftszweige auch mit dem Ziel, die Verhal-

tensweisen von Individuen festzulegen und zu definieren, was und wer gesund oder krank, wer normal oder abweichend war (Labisch 1992). Foucault sah die Medizin als zentral für moderne Gesellschaften, weil sie Informationen über ihre Bürger erzeugt und zentralisiert und diese für die Planung und Gestaltung ihrer Bevölkerung einsetzt (Foucault 1988). Ihre Macht ging vor allem von deren entdeckendem und beurteilendem Diskurs über den Körper aus und brachte nicht nur ein bestimmtes Wissen hervor, sondern erschuf selbst erst ihren Gegenstand. Damit begannen sich die Grenzzonen ›gottgeschaffener‹ zugunsten erkenn- und behandelbarer Krankheiten zu verschieben (Foucault 1983). Die Medizin schuf mit ihren theoretischen Modellen und ihrem empirischen Material die Argumentation dafür, Anforderungen an ein bestimmtes Verhalten rational und wissenschaftlich zu begründen und platzierte sich immer mehr als legitimatorische Stützkonzeption individueller und gesellschaftlicher Handlungserfordernisse, die zunächst noch repressiv umgesetzt, sich später zu Gesundheitsnormen wandelten. Sie agierte im Dienste des Wohlergehens der Bevölkerung und nahm Personen ebenso ins Blickfeld des politischen Gestaltungswillens wie Bedingungen, die die Reproduktion der Bevölkerung betrafen. Das Wissen, welches die neuen Wissenschaften ab dem 19. Jahrhundert hervorgebracht hatten, bildet die Basis für die mittlerweile riesigen Wissensbestände darüber, was gesundheitsriskant oder was gesundheitsförderlich ist.

Ein prägnantes historisches Beispiel über die Veränderungen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, die einerseits die Auswirkungen der expandierenden Städte auf Epidemien jeder Art wie Cholera, Typhus oder Pocken und andererseits den durchschlagenden Erfolg von Praxen der Hygiene und Kontrolle betrafen, ist der Beitrag Friedrich Engels zur »Lage der arbeitenden Klasse in England«, den er Mitte des 19. Jahrhunderts auf der Grundlage eigener Beobachtungen schrieb. Seinem fast 50 Jahre später verfassten neuen Vorwort zum gleichen Buch kann entnommen werden, dass diese »schreienden Missstände« in einem Zeitraum von 50 Jahren, also bis zum Ende des 19. Jahrhunderts, beseitigt wurden (Engels 1959). Von Engels in seinem Vorwort bildhaft beschrieben, waren es die äußeren Umstände des Ausbaus der Wasserver- und Abwasserentsorgung, Straßen etc., die wirkungsvoll Krankheiten eindämmten. In diesen Veränderungen spiegeln sich die organisatorischen, technischen und medizinischen Möglichkeiten wider, die bis zum Ende des 19. Jahrhunderts geschaffen wurden. Durch die Verbindung von wachsenden Wissensbeständen darüber, wie Krankheiten entstehen und sich verbreiten einerseits und der zunehmenden Überwachung durch Gesundheitspflege andererseits, wurden im 19. Jahrhundert bestimmte

Typen von Erkrankungen wie die Cholera erfolgreich zum Stillstand gebracht. Bis zum 20. Jahrhundert entfalteten krankheitsbezogene Erkenntnisse und materielle und organisatorische Möglichkeiten, geeignete Schutzmaßnahmen der öffentlichen Hygiene durch zunehmende staatliche Überwachung der Gesundheitspflege einzuführen, eine solche Wirkung, dass die Bedrohung des Menschen durch ansteckende Massenseuchen in Europa beinahe völlig verschwand (Elias 1976).

Gesundheitsfürsorge und Gesundheitsnormen

In Kontinuität einer Entwicklung, die ein selbstverantwortlich handelndes Individuum erst allmählich hervorbrachte, setzte zeitgleich zu einem sozialpolitischen Aufbruch eine Periode der Gesundheitsfürsorge ein, die Labisch und Tennstedt (1991) am Beginn des 20. Jahrhunderts datieren. Diese Phase kann durch wissenschaftliche Fundierung sowie durch Gruppenbezogenheit charakterisiert werden. In ihrem Kontext wurden Maßnahmen für regional und sozial zusammengehörige Individuen gefordert, womit damals bereits formuliert war, was heute als Zielgruppenorientierung zum Kanon der Prävention und Gesundheitsförderung gehört.

Die gesundheitliche Fürsorge rankte sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts explizit um die Existenz und die Reproduktion der Bevölkerung, setzte am Beginn des Lebens an und wendete sich mit dem Bemühen, die Säuglingssterblichkeit zu verringern, an Schwangere, Wöchnerinnen sowie stillende Mütter und schloss Kinder und Jugendliche als Zukunftsträger der Gesellschaft ein. Städte stellten Schulärzte an, die Reihenuntersuchungen und Gesundheitsberatungen durchführten sowie regelmäßige Sprechstunden abhielten. Hauptzweck dieser flächendeckend eingeführten Strukturen war es, Krankheiten zu verhindern und gesundheitliche Risiken frühzeitig zu erkennen. Damit war neben einem bereits etablierten kurativen System erstmals auch ein präventives weiträumig verankert. Repressive Interventionsformen wichen zunehmend präventiv fürsorgerisch angelegten wie Wohlfahrtspflege, Jugendschutz, Frauen- und Familienschutz (Labisch 1992).

Als wichtigen Motor in diesem Prozess stellten Labisch und Tennstedt (1991) die deutsche Frauenbewegung dar, die durch ihre Kritik an veralteten repressiven Regulierungsformen und ihre Forderung nach unterstützenden Maßnahmen zu einem erfolgreichen Ausbau fürsorgender und präventiver Ansätze beitrug. In der Weimarer Republik existierten unterschiedliche Regulierungsformen nebeneinander. Gesundheitsfürsorge und sozialen Hygiene entwickelten sich auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und erlaubten den Zugriff

auf die gesamte Bevölkerung (Labisch/Tennstedt 1991). Die Verbindung von repressiven und nichtrepressiven fürsorglichen Methoden kennzeichnete auch die biopolitischen Interventionen des Nationalsozialismus. Foucault deutete den Nationalsozialismus als auf die Spitze getriebene Entwicklung der Machtmechanismen der Moderne, weil es keinen Staat gab, in dem biologische Regulierungen auf wirkungsvollere Weise gekoppelt worden wären. Er nannte ihn den Versuch, die Zufälligkeiten biologischer Prozesse im Rahmen des wissenschaftlich Möglichen dieser Periode auszuschließen. Dabei betrachtete Foucault den Prozess der »Optimierung der Bevölkerung« mit dem Ende des Nationalsozialismus selbst als keineswegs beendet. Vielmehr verstand er Bio-Politik als Machtmechanismus, als eine typische Existenzform moderner Gesellschaften, der für kapitalistische Gesellschaften ebenso wie für sozialistische gilt und sich in beiden deutschen Staaten fortsetzte (Foucault 1992).

Wichtige Impulse für die Verankerung normativ geprägter individualisierter Verhaltensweisen und damit gleichzeitig ein weiterer Schub in Richtung autonomer gesundheitsbezogener Entscheidungen gingen von den sozialen Bewegungen seit den 1960er Jahren, vor allem von der Gesundheits- und der Frauenbewegung ab Ende der 1960er Jahre aus. Vergleichbar bedeutend wie sie von Labisch/Tennstedt für den Beginn des 20. Jahrhunderts beschrieben und als Triebfeder für das Vorschreiten fürsorgender Maßnahmen bewertet wurden, ist auch diesen neuen sozialen Bewegungen eine enorme Zugkraft zuzuschreiben. Beide Bewegungen waren durch eine kritische Haltung gegenüber einem biomedizinisch geprägten Versorgungssystem bestimmt und wandten sich gegen eine als übermächtig erfahrene medizinische Wissenschaft und Versorgung (Labisch 1992).

In der Auseinandersetzung der neuen Frauenbewegung um Gleichberechtigung und Selbstbestimmung wurde der Körper »Kampfplatz« um die Emanzipation und Selbstbestimmung der Frauen. Der berühmt gewordene Spruch »Mein Bauch gehört mir« symbolisiert den Anspruch, den weiblichen Körper medizinischer und männlicher Kontrolle zu entziehen und bildete zugleich den Startpunkt für einen neuen reflexiven Umgang mit dem Körper (Hahn 2008). Die kritische Auseinandersetzung wurde in der Anfangsphase und auch später noch damit begründet, dass eine am technischen Fortschritt orientierte Apparatemedizin Frauen tendenziell von der Selbstbestimmung über ihren Körper entmündige und sie in der Medizin als behandlungsbedürftig pathologisiert werden (Hahn 2008; Kickbusch 2006). Folge war eine hochreflexive Praxis der Aneignung des Körpers, die tatsächlich die Fähigkeit zu autonomen

Entscheidungen förderte. Pathologisierung und Medikalisierung, zu denen es gehört, ›normale‹ Lebensvorgänge als behandlungsbedürftige zu kategorisieren und wissenschaftlich fundierte empirisch abgesicherte medikamentöse Behandlungsformen oder medizinische Antworten in Form operativer Eingriffe zur Verfügung zu stellen, wurden damit Themen und bemühten zunächst diskursiv die Eigenverantwortung der Subjekte und die Befreiung von Fremdbestimmung. Im Nachklang dieser sozialen Bewegungen wurden neue Strukturen gesundheitlicher Versorgung, insbesondere gesundheitlicher Vor- und Fürsorge geschaffen. Es entstanden Institutionen, die zu allen erdenklichen gesundheitlichen Fragen Antworten anbieten; seien es Beratungseinrichtungen für Fragen der Schwangerschaftsverhütung oder zu Suchtproblemen mit ausdifferenzierten Erklärungs- und Behandlungsansätzen und vieles mehr. Diese Vielzahl an Angeboten zwingt zum Auswählen, was die Fähigkeit zum Wählen ebenso voraussetzt wie das Wissen um die Angebote selbst.

Parallel zu diesen subtileren Formen biopolitischer Kontrolle bildeten sich so neue Handlungsdispositionen aus, die einem umfassenden, auf gesundheitlicher Vorsorge basierenden Denken entsprachen. Diese sind auch dadurch charakterisiert, dass Menschen die Entwicklung ihrer Gesundheit langfristig antizipieren, Folgen von ›Fehlverhalten‹ wie mangelnder Bewegung oder falscher Ernährung kennen und ihre Lebenspläne nicht unwesentlich durch Vorstellungen vom gesunden Leben geleitet sind. Die »Macht«, die hier am Werk ist, funktioniert durch die an die eigene Gesundheit und Leistungsfähigkeit geknüpften Hoffnungen, Wünsche und Bedürfnisse, die als Wissen um die Gestaltbarkeit der eigenen Biographie erfahren wird. Das Prinzip der Gestaltbarkeit findet seine Entsprechung in Modi der Vorsorge und der Selbstkontrolle, die den Körper okkupieren und ihm Freiräume schaffen (Hahn 2000). Vorsorgende Verhaltensweisen sind einerseits körpergewordene Unterwerfung unter geltende Gesundheitsnormen. Andererseits spiegeln sie die Möglichkeit wider, das eigene Leben zu planen und zu gestalten und sind damit Ausdruck eines hohen Maßes an Handlungsautonomie, eröffnen Freiheiten und Handlungschancen.

3. Die differenzierte Verkörperung des Sozialen

Der Prozess der Ablösung des Fremd- hin zum Selbstzwang unterstellt implizit, dass es keine weitere Differenzierungen gäbe oder diese zumindest marginal seien und alle gesellschaftlichen Akteure diese Normen von Gesundheit als handlungsleitende Prinzipien verinnerlicht haben und präventiv gesundheitsorientiert agieren. Dass dem nicht so

ist, kommt in der wissenschaftlichen und politischen Diskussion über diejenigen zum Ausdruck, die diesem normativ gesetzten Gesundheitsideal nicht entsprechen.

Der Körper als soziales Gebilde, so Mary Douglas in ihrem Buch »Ritual, Tabu und Körpersymbolik« (1974), setze der Art und Weise, wie wir unseren Körper wahrnehmen, Grenzen. Physische Erfahrungen des Körpers sind immer durch soziale Kategorien geprägt und stärken und stützen eine spezifische Auffassung der Gesellschaft. Jede über den Körper nach außen transportierte Äußerung ist damit gleichzeitig ein Spiegel sozial (körperlich, sprachlich) vermittelter Vorgänge der Weltaneignung. Handeln weicht demnach zeitlich ebenso wie räumlich stark voneinander ab, das bedeutet, dass es zur gleichen Zeit an unterschiedlichen Orten oder am gleichen Ort über unterschiedliche Zeiten hinweg stark zu variieren vermag.

An dieser Stelle sollen die Fragen aufgeworfen werden, wie sich sozialstrukturelle Faktoren mit differentiellen Körperpraktiken verbinden, wie diese Unterschiede diskursiviert werden, d. h. welche legitimen Lesarten darüber existieren, wie mit diesen Deutungen Herrschaftsverhältnisse reproduziert werden, aber auch, welche anderen Lesarten denkbar sind.

Die Einverleibung der sozialen Welt über den Habitus

Einen frühen Versuch zu erklären, wie die soziale Welt in unterschiedlicher Weise einverleibt wird, unternahm Luc Boltanski in seinem bereits 1976 veröffentlichten Text, in dem er den Begriff der »somatischen Kultur« prägte und in dem er sich konzeptionell auf Bourdieu berief (Boltanski 1976). Ihm ging es mit dem Konzept der somatischen Kultur darum zu zeigen, dass sich Mitglieder einer Gesellschaft in Bezug auf ihren Körper aufgrund von Dispositionen, die durch soziale Faktoren beeinflusst sind, in einer bestimmten Art und Weise verhalten, d. h. dass sich Menschen die soziale Ordnung, in der sie leben, quasi einverleiben (Dölling 2002; Kraus/Gebauer 2002). Körper in ihren Erscheinungsformen sind demnach immer kulturelle Produkte, in denen sich soziale Verhältnisse, gesellschaftliche Arbeitsteilungen, Klassen und nicht zuletzt auch Geschlechterunterschiede materialisieren (Rose 1997).

Boltanski untersuchte die Zusammenhänge zwischen Gesellschaft, sozialer Position und körperlichen Verhaltensweisen. Er beschrieb die Ernährungsvorlieben der Oberklassenmitglieder, die gesunde und leichte Kost wie Gemüse und Gegrilltes bevorzugen, sowie deren präferierte Sportarten; er konstatierte, dass Frauen der Oberschicht in den 1960er Jahren »Form halten« und »Zellulitis« vermeiden wollten oder Männer unterer sozialer Schichten nicht mehr tanzen gehen, nachdem

sie verheiratet sind (Boltanski 1976). Seine Analysen geben einen Einblick in die faszinierende Welt kollektiver Verhaltensmuster, die sich nach sozialer Herkunft und Geschlecht unterscheiden und sich im Lebenslauf verändern. Der ihm zugrunde liegende soziologische Zugang bringt die soziale Dimension analytisch zum Vorschein und deckt die soziale, historische und kulturelle Gebundenheit körperbezogener Verhaltensweisen in ihrer Dynamik und Prozesshaftigkeit auf. Das Neue seiner Analyse war, den Körper erstens in ein »System von Beziehungen der Gesamtheit der körperlichen Verhaltensweisen der Mitglieder einer Gruppe und zweitens in ein System der Beziehungen, die diese körperlichen Verhaltensweisen und die objektiven Existenzbedingungen dieser Gruppe vereinen, zu konstruieren« (Boltanski 1976: 142). Anders formuliert bestand die neue Sichtweise darin, den Bezug zwischen sozialen Lebensumständen und den sozialen Verhaltensweisen herzustellen. Soziale Subjekte und ihre körperlichen Praktiken unterliegen nach dieser Betrachtungsweise den objektiven Bedingungen, in denen sie leben.

Als ›Klassiker‹ der Diskussion um Gesundheitshandeln orientierte sich Luc Boltanski in seinen Untersuchungen zur gesellschaftlichen Dimension körperlicher Verhaltensweisen an traditionellen Klassen- und Schichtenmodellen (Hradil 2000; Sperlich 2000). So beschreibt er unterschiedliche Techniken der Körperpflege, Gestiken, sexuelle Praktiken, Formen der Nahrungsaufnahme und der ausgewählten Nahrung wie auch Zubereitungsformen von Nahrung und diskutiert, wie körperbezogene Empfindungen und die Art und Fähigkeit diese auszudrücken nach sozialen Klassen variieren und von Generation zu Generation reproduziert werden.

Zum Verständnis, wie soziale Welt einverleibt wird, ist der Begriff des Habitus geeignet, den Bourdieu als ›System dauerhafter und übertragbarer Dispositionen‹, die als »Erzeugungs- und Ordnungsgrundlage für Praktiken und Vorstellungen« fungieren (1988: 98), konzeptualisiert hat. Der Habitus als Wahrnehmungs- und Handlungsprogramm (Bourdieu 1997) gibt sich in körperbezogenen Verhaltensweisen zu erkennen, sei es, die Art zu gehen oder einen Hammer zu halten, die Wäsche zu falten, die Zähne zu putzen, die Haare zu kämmen und zu schneiden oder sie komplett zu entfernen. Wie sich ein Mensch bewegt, gestikuliert, Raum ergreift oder auch nicht, schreibt sich in sozialen Lernprozessen somatisch ein. Durch den Habitus werden gesellschaftliche Strukturen inkorporiert und gleichzeitig wieder hervorgebracht. Der Habitus bewirkt, dass die einen fünf mal wöchentlich in ein Fitnessstudio laufen, sich über die besten Wege des Muskelaufbaus informie-

ren, auf die Qualität der erworbenen Nahrungsmittel achten, während andere für die abendliche Freizeitgestaltung weniger bewegte Beschäftigungen oder eine fett- und zuckerhaltigere Ernährung vorziehen. Jeder bleibt damit an seinem und jede an ihrem sozialen Platz (Bourdieu 1988). Bourdieu hob die Wirkung sozialer Strukturen für den Prozess der Verhaltensformung hervor und betonte die konstruktive Beteiligung der Subjekte in der Hervorbringung ihres sozialen Umfeldes, das sie aktiv reproduzieren.

Im Mittelpunkt der beiden folgenden Abschnitte sollen zwei sozialstrukturelle Faktoren stehen, die im Kontext von Differenzen in der vorsorgenden gesundheitlichen Orientierung diskutiert werden. An diesen beiden Faktoren soll gezeigt werden, wie sich aus heutiger Sicht positiv und negativ konnotiertes Gesundheitshandeln über den Habitus vermittelt herstellt, gleichzeitig als sozialer Platzanweiser fungiert und soziale Distinktionen reproduziert. Beispielhaft werden erstens die vielfach untersuchten und in der Literatur dargestellten sozioökonomischen Unterschiede gewählt, zweitens die gesellschaftliche Strukturkategorie Geschlecht. Beide Kategorien werden vor dem Hintergrund der vorher eingeführten Ablösung von Fremd- durch Selbstzwänge sowie der Entstehung eines selbstverantwortlichen individualisiert handelnden Persönlichkeitstypus betrachtet und diskutiert, wie differente gesundheitliche Praktiken dargestellt, d. h. entweder problematisiert oder auch positiv gedeutet werden, obwohl sich selbige gar nicht so sehr unterscheiden.

Eine Gesundheit für alle? Disparitäten von Gesundheitshandeln

»Sie rauchen häufiger, sie putzen seltener die Zähne, sie treiben seltener oder nie Sport, ihr Fernsehkonsum beträgt häufiger mehr als vier Stunden pro Tag – Beispiele für ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen, die in Armutsverhältnissen aufwachsen« (Klocke/Lampert 2005). Heute gibt es kaum eine gesundheitsbezogene Berichterstattung ohne schichtenspezifische Analysen (Berkman 2000, Mielck 2000; Marmot 2001, StBA 1998). Es ist hier zu fragen, wie Verhaltensweisen erworben und über Generationen hinweg reproduziert werden. Wenn der Körper eine Art »Umschaltstation« (Gebauer/Wulf 1998) des Außen in ein Inneres und zurück ist und die Fähigkeit besitzt, sich soziale Welt anzueignen und Dispositionen auszuprägen, mit denen selbige wiederum strukturiert wird, dann wird diese Welt auch gestaltet. Diese beständige Wechselbeziehung zwischen innerer Strukturierung von Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata und äußerer Strukturierung der sozialen Welt auf der Basis dieser Dispositionen,

(re)produziert soziale Strukturen und (re)produziert soziale Kulturen. Soziale Akteure verstehen sich mit Bourdieu stets als Elemente einer Gruppe und handeln in sozialer Abgrenzung zu anderen Gruppen.

Für die Erklärung der Differenzen im Gesundheits- und Vorsorgeverhalten sozialer Gruppen ist Bourdieus Analyse der sozialen Lage der Mittelschichten und des daraus entstandenen Habitus mit dem Aufstieg des Bürgertums in der Geschichte hilfreich. Dieses, verhältnismäßig arm an ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital, vermochte seine ›Ansprüche‹ auf sozialen Aufstieg nur zu realisieren, wenn es dafür Opfer zu bringen bereit war und Verzicht und Entsagung übte (Bourdieu 1988). Das Bürgertum, dessen Lage durch sozialen Aufstieg geprägt war, verwirklichte seine Chancen durch diesen absoluten Willen (Kreis/Gebauer 2002). Übertragen auf Gesundheit setzte hier ein Verhaltensmodell der Mäßigung ein, das breitere Bevölkerungsschichten erfasste. Mit dem maßvollen Genuss von Tabak, Wein, einer Ernährung, die ohnehin nicht allein der Sättigung diene, sowie gemäßigter sportlicher Bewegungen entstanden Verhaltensweisen, die sich als Gesundheitsnormen durchsetzten und damals wie heute klare Distinktionsgewinne brachten (z. B. im Wettbewerb um knapper werdende Arbeitsplätze).

Ungleichheiten im Verhalten markieren soziale Differenzen und reproduzieren sie. Eine Ernährung, die traditionell auf fettreiche Nahrung orientiert, welche aus heutiger Sicht als ungesund und verursachend für eine Reihe chronischer Krankheiten eingeordnet wird, ist historisch in körperlicher und Energie verzehrender Tätigkeit begründet. Da der Habitus von den Bedingungen seiner Entstehung geprägt bleibt, verfügen auch diese Ernährungsmuster über eine hohe Kohärenz. Diese Kohärenz ist als Stabilität des Habitus über einen längeren Zeitablauf zu verstehen. Menschen fühlen sich in gewohnten Feldern sicher und handeln nach habituell vorgegebenen Mustern. Den meisten heute als perspektivisch gesundheitsschädigend verhandelten Verhaltensweisen, jenen also, denen hohes gesundheitliches Risikopotenzial wie beispielsweise Übergewicht, Tabakkonsum, hoher Alkoholkonsum, Bewegungsmangel zugeschrieben wird, ist eigen, dass sie überwiegend mit problematischen Verhaltensweisen sozialer Unterschichten diskursiviert und mit dem Begriff ›riskanter Lebensstile‹ etikettiert werden. Konzeptionen zu sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit begründen ›riskante Lebensstile‹ mit materiellen Disparitäten, der Verfügbarkeit von Geld, Wohnraum, Zugang zu Schulen, zu medizinischer Versorgung oder auch mit psychosozialen Stress, der abhängig von der Position in der sozialen Hierarchie steigt, d. h. größer wird, je niedriger die Posi-

tion ist (Mielck 2000; Kickbusch 2006, Aronowitz 2008). Die Resultate haben zweifelsohne ihre Berechtigung, dennoch würden nicht allein materielle Veränderungen zu Verhaltensänderungen führen. Eine Argumentation, die ›riskante Lebensstile‹ an materielle Disparitäten knüpft, übersieht zum einen die Mechanismen ihrer Reproduktion. Zum anderen setzt sie an gültigen Normen von Gesundheit an und manifestiert dadurch ihrerseits Ausgrenzung. Durch die Verwendung herabsetzender Begriffe, Deutungen, Metaphern, die einen bestimmten Lebensstil als ›riskant‹ erklären, werden Verhaltensweisen vor der Schablone des ›richtigen‹ Lebensstiles nur als problematisch diskursiviert und legitimieren damit Ungleichheiten, In- und Exklusionen.

In gleicher Weise wie der Habitus Verhaltensweisen und soziale Verteilungsmuster gesundheitlicher Vorsorge strukturiert, strukturiert er auch die Art und Weise, wie Gesundheit und Krankheit gesellschaftlich konstruiert, welche Zustände bei wem als gesund oder krank eingeordnet, auf welche Ursachen Krankheiten zurückgeführt, welche Prognosen ihnen zugeschrieben und wie sie behandelt werden. Diese Praktiken führen zu weitreichenden Konsequenzen für individuelles wie auch für Gruppenverhalten und tragen ihrerseits zu deren Manifestation bei. Von Anderen Verhaltensweisen einzufordern, bei denen man sicher sein kann, dass sie nicht übernommen werden können und wollen, verstärkt den eigenen Distinktionsgewinn und bestätigt das Lebensmodell des gesundheits- und vorsorgeorientierten Verhaltens. Ein Beispiel dafür ist die Zurückhaltung von ärztlicher Seite im Empfehlen und Anbieten von Vorsorgeangeboten, die genau dann nicht unterbreitet werden, wenn von der Gewissheit ausgegangen wird, dass sie ohnehin durch Mitglieder einer sozialen Gruppe, denen ein geringes Vorsorgeverhalten attestiert wird, nicht in Anspruch genommen werden. Hier sind Mechanismen am Werk, die gleich mehrfach distinguierend wirken und damit soziale Hierarchien reproduzieren. Aronowitz (2008) erklärt die distinguierende Bedeutung dieser Mechanismen am Beispiel der Adipositas, die als schichtenspezifisches Phänomen heute vor allem als Problem der Armen und ethnischer Minderheiten vermittelt und auch so wahrgenommen wird. Die häufige mediale Repräsentation ist meist mit der prognostizierten Krankheitslast wie Diabetes oder koronarer Herzerkrankungen verbunden. Es ist bemerkenswert, dass Übergewicht – früher als Ausdruck von Wohlstand wahrgenommen – erst dann als Problem konstituiert wurde, als arme Menschen dicker wurden. Das gleiche Phänomen bzw. der gleiche Prozess ist für das Thema Rauchen zu beobachten. In dem Maße, wie Fettleibigkeit als gesellschaftliches Phänomen wahrgenommen wurde, waren sozial Bessergestellte moti-

viert, ihren Gewichtszuwachs zu begrenzen, auch und besonders um soziale Grenzen nicht verschwinden zu lassen. Insofern kann der Prozess der Pathologisierung, wie er gerade stattfindet, als Mechanismus für die Aufrechterhaltung sozialer Grenzen verstanden werden, deren Verschwinden damit verhindert wird. Während Gruppenkulturen ähnliche Körperpraktiken verlangen und diese oft gemeinsam eingeübt und praktiziert werden, werden Unterschiede zwischen den Gruppen, die Ausdruck sozialer Hierarchien sind, stigmatisiert.

Jörg Niewöhner (2008) interpretierte das Beispiel des T-Shirts, das bei Kirmesveranstaltungen, beim Fußballspiel, bestimmten Urlaubsstränden auf meist deutlich gerundeten Männerkörpern zu beobachten ist und den bekannten Aufdruck trägt: »Bier formte diesen wunderbaren Körper«, als Kommentar und Widerstand gegen das mächtige Körperkonzept von Schlantheit und die muskulären Erwartungen an männliche Körper und dadurch als Praktik der Abgrenzung. Es kann in dieser Interpretation als soziales Demarkationssymbol in zweierlei Hinsicht verstanden werden: Erstens als Abgrenzung gegenüber den Männern, die ihren Körper üben und trainieren und den an einen gesunden Körper gestellten äußerlichen Normen entsprechen. Die Träger der T-Shirts verweigern sich der Änderung ihres Lebens und zeigen dies durch den Bauch und den bedruckten Stoff, der einen »gesundheitsrisikanten Lebensstil« symbolisiert. Die zweite Abgrenzung verläuft über das Geschlecht, weil Bier ein traditionelles Symbol für Männlichkeit darstellt und sich die Inszenierung an körperlichen Formen orientiert, die Frauen selten aufweisen (können). Diese »gesundheitsriskanten Verhaltensweisen« als Widerstand deutende Interpretation steht im Gegensatz zum herrschenden Gesundheitsdiskurs, in dem zwar stets von »Ressourcen« gesprochen wird, sich Verhaltensanforderungen aber immer an gesellschaftlich legitimen Gesundheitsnormen orientieren und damit Risiken betonen.

Geschlechterdifferenz, individualisiertes Gesundheitshandeln und gesundheitliche Vorsorge

Ebenso wie sich Unterschiede bei Mitgliedern unterschiedlicher sozialer Schichten im Umgang mit Gesundheit widerspiegeln, materialisieren sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Umgang mit dem Körper. Auch Geschlechtszugehörigkeit wird in spezifische Körpererfahrungen übersetzt und geht in Verhaltensweisen im Umgang mit dem Körper ein (Hahn/Maschewsky-Schneider 2003, Stein-Hilberts 1995). Forschungsergebnisse über Gesundheitsunterschiede zwischen Männern und Frauen machen deutlich, dass Geschlecht für den Um-

gang mit dem Körper eine zentrale Kategorie darstellt. Sie verweisen darüber hinaus auch auf die historische Dimension dieser Kategorie und damit zugleich auf ihre Veränderbarkeit. Sowohl verändern sich die Körper selbst als auch der Umgang damit. Daraus resultiert, dass Körpererfahrung und der Umgang mit dem Körper nicht unabhängig vom Geschlecht und genauso wenig ahistorisch betrachtet werden können. Gesundheit und Krankheit von Männern und Frauen sind historisch gewachsene und gesellschaftlich normierte Zustände, die mit dem zeit-historischen Wissen verbunden sind und sich in Körperwissen verleblichen (Duden 1991, Honegger 1992; Hahn 2000).

Gesundheit und Krankheit unterliegen einer vergeschlechtlichten sowie vergeschlechtlichenden Wahrnehmung (Bourdieu 1997). Bourdieu verwies darauf, dass Geschlecht in zwei Richtungen wirkt: Zum einen wird der Körper durch Prozesse der Sozialisation vergeschlechtlicht, der Umgang mit ihm oder auch dessen Präsentation ist durch Kriterien des Geschlechtes strukturiert. Zum anderen wirkt er als ›Speicher‹ von »vergeschlechtlichenden Wahrnehmungs- und Bewertungskriterien« (Bourdieu 1997), was wiederum bewirkt, dass Individuen ihre Welt vergeschlechtlicht gestalten. Die Konstruktion von Individuen als Männer oder Frauen hängt sowohl mit einem spezifischen Umgang mit dem Körper als auch mit dem Wissen über den Körper zusammen. Mehr noch tragen die Wahrnehmung des Körpers und der Umgang mit ihm dazu bei, Abgrenzungen zwischen den Geschlechtern herzustellen und zu reproduzieren. Ein männliches Gesundheitsverständnis, das Schmerzen ertragen als Tugend begreift, widmet dem Körper geringe Aufmerksamkeit, wohingegen ein weibliches Gesundheitsverständnis, das sich über körperliche Selbstbestimmung und Reflexion über den Körper definiert, ihm tendenziell viel stärker zugewandt ist. Ein geschlechtsspezifischer Habitus verinnerlicht, ja verkörpert die Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern und strukturiert ihr Handeln von Beginn des Lebens an (Krais/Gebauer 2002).

Ein Beispiel, welches geeignet ist, diese Differenzen zu illustrieren, sind Schönheitsoperationen. Der Anteil an Schönheitsoperationen, die von Frauen gewünscht und vorgenommen werden, beträgt 90%; in den USA stieg die Zahl von 2,1 Millionen im Jahr 1997 auf ca. 10 Millionen zehn Jahre später (Villa 2008). Egal ob Schönheitschirurgie oder regelmäßiger Gang zum jährlichen Gesundheitscheck – jede dieser Handlungen ist eine Unterwerfung unter geltende Normen. Hier die Norm der Schönheit schmaler Nasen, schlanker Schenkel, dort eine Gesundheitsnorm, die antizipierend auf bekannten Zusammenhängen über individuelles Verhalten und dessen in der Zukunft liegenden gesundheit-

lichen Risiken beruht. Auch hier wirkt die Frauenbewegung mit ihrer Aufforderung zur Selbstbestimmung nach. Plastische Chirurgie, die aus ästhetischen Gründen sichtbare Veränderungen am Körper vornimmt, und präventives Denken und Handeln sind sich näher, als es auf den ersten Blick scheinen mag. Einmal weisen sie Parallelen hinsichtlich der Normen auf, weil sie jeweils Praktiken im Umgang mit dem Körper betreffen. Beide Praktiken richten sich auf Künftiges. Gesundheitliche Vorsorge ist Folge der Antizipation künftiger Gewinne an Gesundheit, plastische Veränderungen am Körper versprechen Vorteile auf dem Partnerschaftsmarkt. Beide versprechen Gewinne auf dem Arbeitsmarkt. Sie binden sich aber auch an unsichere Zukunftsoptionen, die dem Modus der Wahrscheinlichkeit unterliegen. Wenngleich sich (bisher zumindest) viele Frauen nicht für radikale Manipulationen durch eine plastische Operation entscheiden, wird die Anzahl derjenigen sehr gering sein, die nicht irgendein Versprechen der Kosmetik- oder Schönheitsindustrie – ähnlich zu den Versprechen langfristig erreichbarer Gesundheit – in Handeln umsetzen.

Selbstermächtigung über den Körper richtet sich auf körperliche Individualisierung und Selbstzwang und macht damit gerade Frauen zu engagierten Nutzerinnen präventiver Angebote. Mit ihren Fähigkeiten, ihrem Körper besondere Aufmerksamkeit zu widmen, ihn wahrzunehmen, seine Reaktionen differenziert zu beschreiben, trugen und tragen Frauen zur Normalisierung dieser Verhaltensweisen bei. So sind soziale Emanzipationsbewegungen wie die Frauenbewegung, die im Sinne der Emanzipation die Fremdbestimmung über den Körper verringern wollten, Vorreiter einer Körper- und Gesundheitsorientierung, welche die kritisierten Machtverhältnisse in neuer Form reifiziert.

Auf der Ebene der gesundheitswissenschaftlichen Auseinandersetzung aber werden ›gesundheitsriskante‹ Verhaltensweisen von Männern im Vergleich mit riskanten Verhaltensweisen unterer sozialer Schichten kaum problematisiert, obwohl ihre Verhaltensweisen den geltenden legitimen vorsorgeorientierten Verhaltensnormen wenig entsprechen. Im Gegenteil weist eine Argumentation, die die kürzere Lebenserwartung von Männern mit einem interessanteren und abenteuerreicheren Leben gleichsetzt, auf die Möglichkeit hin, dass ›gesundheitsriskante Verhaltensweisen‹ dann tendenziell positiv interpretiert werden, wenn sie von einer sozialen Gruppe mit Deutungsmacht ausgehen. Mit Verweis auf eine unter Männern verbreitete Einstellung »lieber kurz und gut als länger und schlechter« (Klotz et al. 1998: 463) werden Differenzen in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen von Gruppen mit hohem sozialen Status im Vergleich mit niedrigem gerade nicht als

Problem markiert. Es ist also durchaus bedeutsam, wer gesundheitliche Probleme als veränderungsbedürftig charakterisiert und wie daraus gesamtgesellschaftlicher Handlungsbedarf abgeleitet wird.

4. Schöne Aussichten? Du musst dein Leben ändern? Ein Ausblick

»Gesundheit ist nichts Starres, sondern ein dynamisches Verhältnis des Menschen zu sich selbst. Gesundheit will täglich erhalten und gesteigert sein, über Jahre und Jahrzehnte hinweg, bis ins höchste Alter. Gesundheit ist nicht Durchschnitt, sondern gesteigerte Norm und individuelle Höchstleistung. Sie ist sichtbar gewordener Wille, ein Ausdruck der Willensstärke in Dauerhaftigkeit. Gesundheit führt über die Vollendung des Einzelnen zur Vollkommenheit des gesellschaftlichen Zusammenseins. Gesundheit ist das Ziel des natürlichen Lebenswillens und deshalb natürliches Ziel von Gesellschaft, Recht und Politik.« (Zeh 2009: 7).

Juli Zeh entwickelt in ihrem Buch eine Vision, in der alle Individuen Gesundheit als Norm verinnerlicht haben, als negative Utopie. Bis auf wenige Ausnahmen haben alle Mitglieder der von ihr literarisch entworfenen Gesellschaft die gültige Gesundheitsnorm verinnerlicht, Abweichungen werden sanktioniert. Wenn alle Menschen aber Gesundheit als Norm verinnerlicht haben, würde damit eine Situation entstanden sein, in der – verglichen mit den heute viel diskutierten sozialen Unterschieden im vorausschauenden, präventiven Handeln – keine sozialen Differenzierungen mehr bestünden. Als freier, von inneren Zwängen geleiteter autonomer Wille und frei von äußerem Zwang wäre die Beachtung der eigenen Gesundheit und der Gesundheit der Nachkommen Teil langfristiger angelegter Lebenspläne und würde täglich in der Vermeidung riskanter Verhaltensweisen berücksichtigt. Im bourdieuschen Sinne hätte sich die Vorsorge- und Gesundheitsorientierung in die im Habitus vereinten Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsmuster eingeschrieben.

Eine Tendenz ist dahin gehend zu beobachten. Gesundheit nimmt einen immer zentraleren Stellenwert im individuellen Handeln ein, und steigende Handlungsmöglichkeiten gehen damit einher. Der individuellen Gestaltungsfähigkeit der eigenen Gesundheit sind, betrachtet man die derzeitigen Entwicklungen, kaum Grenzen gesetzt. Gesundheit wird als »Megatrend« und Wachstumsmarkt wahrgenommen (Toscha 2009). Pharmazeutische Entwicklungen wie Konzentrationsverstärker, Stimmungsaufheller oder Gedächtnispillen, neue technische Entwicklungen wie körpernahe Mikrochips, aus deren Messergebnissen abgeleitet wird, was am gesundheitsförderlichsten verzehrt werden sollte etc., deuten sich als immer neue, teilweise bereits vorhandene Handlungsmöglichkeiten an.

Juli Zehs negative Utopie einer optimierten Bevölkerung, deren Mitglieder nicht viel anderes im Sinn haben als ihre Gesundheit zu pflegen, würde eine Angleichung im gesundheitlichen Handeln voraussetzen, wie sie in der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion als erstrebenswert vermittelt wird. Betrachtet man die Diskussion um Gesundheit und darin eingeschlossen die Diskussion zur sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit, dann ist es für alle gleichermaßen erstrebenswert, nach diesen Gesundheitsnormen zu handeln. Warum sonst müssten ›gesundheitsriskante Lebensstile‹ in derart massivem Ausmaß zum Gegenstand der Überlegungen gemacht und darüber nachgedacht werden, wie diese Lebensstile zu beeinflussen sind?

In der aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Diskussion werden Verhaltensmaßstäbe in Bezug auf die Gesundheitspflege formuliert und wird vor allem das Verhalten von Gruppen problematisiert, die einen niedrigen sozioökonomischen Status aufweisen und/oder über geringe Deutungsmacht verfügen. Gesundheit und auch vorsorgendes Verhalten stehen nicht in jeder sozialen Gruppe an zentraler Stelle und ihr Nichterstreben signalisiert nicht ›Willenlosigkeit‹, sondern kann z. B. ein Ausdruck davon sein, dass aus der Vielfalt von Optionen andere als jene gewählt werden, die die beste Gesundheit versprechen.

Ein Gesundheitsverhalten, das den aktuellen Verhaltensmaßstäben nicht entspricht, könnte auch ein Akt des Widerstandes gegen gängige Gesundheitsnormen sein und damit als »Normalisierungsstreik« interpretiert werden. Die unterschiedlichen Deutungen gesundheitlich differenter Verhaltensweisen bezogen auf geschlechtsspezifische und soziale Unterschiede zeigen, dass es sehr wohl darauf ankommt, welche Gruppen in diesem Gesundheitsdiskurs veränderungswürdige Verhaltensweisen definieren. Negative Deutungen, die sich um Begriffe und Metaphern wie ›Risikopotenzial‹ oder ›Gesundheitsschädigung‹ ranken und die gegenwärtig die medizinische und gesundheitswissenschaftliche Diskussion dominieren, sind dann legitim und nehmen in der Diskussion eine tragende Stellung ein, wenn sie von denjenigen vorgenommen werden, die über entsprechende Deutungsmacht verfügen.

Selbstverständlich geht es hier nicht darum, soziale Differenzen und ungleiche Lebenschancen zu legitimieren, vielmehr sollten hegemoniale Deutungsmuster aufgezeigt werden, die soziale Differenzen – weil nur als Probleme markiert – reproduzieren, auch wenn sie (zumeist) von gutem Willen getragen sind. Gerade in den vergangenen Jahren ist enormes Wissen über gesundheitsriskante Verhaltensweisen und soziale Gruppen, die diese Verhaltensweisen aufweisen, produziert worden. Indem ständig betont wird, welche gesellschaftlichen Gruppen

›gesundheitsriskante Lebensweisen‹ aufweisen, und eingefordert wird, diese müssten sich ändern, gerät aus dem Blick, wie sehr der permanente Verweis auf individuelles oder kollektives Fehlverhalten tendenziell dazu beiträgt, Differenzen zu betonen und damit gesellschaftliche (Herrschafts-)Verhältnisse zu reproduzieren. Selbst Begründungen, die ›riskante Verhaltensweisen‹ auf materielle Zwangslagen zurückführen, orientieren sich grundsätzlich daran, dass sich Verhaltensweisen ändern müssten, orientieren sich an hegemonialen Deutungsmustern und legitimieren sie.

Unter dem Deckmantel von Gesundheitsförderung finden wir eine Gesellschaft vor, die vor allem Gesundheit, Erfolg, Leistung wertschätzt, während das mit Krankheit verbundene Leid als Teil menschlichen Lebens ausgeblendet bleibt, was auch fatal für jene ist, die sich ›selbstverantwortlich‹ und ›vorsorgend‹ um ihre Gesundheit kümmern, weil sie Krankheit als selbstverschuldet verstehen. Die Diskussion über Gesundheit darf nicht die Ambivalenz ausblenden, die zwischen Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten einerseits und Handlungszwängen andererseits besteht, darf nicht ›gesundheitsgemäßes‹ ›vorsorgendes‹ Verhalten als einzig mögliches Ziel normativ zum Maßstab machen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Daphne Hahn
 Hochschule Fulda
 Fachbereich Pflege und Gesundheit
 Marquardstraße 35
 36039 Fulda
 daphne.hahn@hs-fulda.de

Literatur

- Aronowitz, R. (2008): Framing-Effekte für soziale Verteilungsmuster von Krankheit: ein unterschätzter Mechanismus. In: Niewöhner, J.; Kehl, C.; Beck, S. (Hg.): Wie geht Kultur unter die Haut? Emergente Praxen an der Schnittstelle von Medizin, Lebens- und Sozialwissenschaft. Bielefeld: transcript: 171-194.
- Berkman, L. F.; Kawachi, I. (ed.) (2000): Social Epidemiology. Oxford: Oxford University Press.
- Boltanski, L. (1976): Die soziale Verwendung des Körpers. In: Kamper, D. (Hg.): Zur Geschichte des Körpers. München: Hanser: 138-183.
- Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel, R. (Hg.): Soziale Ungleichheiten. Göttingen: Schwartz, 183-198.

- Bourdieu, P. (1988): Die feinen Unterschiede. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, P. (1997): Die männliche Herrschaft. In: Dölling, I.; Kraus, B. (Hg.): Ein alltägliches Spiel. Geschlechterkonstruktionen in der sozialen Praxis. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 153-217.
- Dölling, I. (2008): »Eva-Prinzip«? »Neuer Feminismus«? Aktuelle Verschiebungen in Geschlechterbildern im Kontext gesellschaftlicher Umbrüche. In: Marburger Gender-Kolleg (Hg.): Geschlecht Macht Arbeit. Interdisziplinäre Perspektiven und politische Intervention. Arbeit – Demokratie – Geschlecht, Bd. 7, Münster, Dampfboot Verlag: 24-41.
- Dörner, K. (1993): Anstaltsalltag in der Psychiatrie und NS-Euthanasie. In: Bleker, J.; Jachertz, N. (Hg.): Medizin im »Dritten Reich«. Köln: Deutscher Ärzte Verlag: 175-182.
- Douglas, M. (1974): Ritual, Tabu und Körpersymbolik. Sozialanthropologische Studien in Industriegesellschaft und Stammeskultur. Frankfurt am Main: Fischer Wissenschaft.
- Duden, B. (1991): Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Hamburg, Luchterhand Verlag.
- Elias, N. (1976): Über den Prozess der Zivilisation. 2 Bände. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Engels, F. (1959): Die Lage der arbeitenden Klasse in England. Nach eigener Anschauung und authentischen Quellen. In: Karl Marx, Friedrich Engels Werke Band 2; Berlin: Dietz Verlag: 228-508.
- Foucault, M. (1983): Sexualität und Wahrheit. Der Wille zum Wissen. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1988): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt/Main: Fischer Wissenschaft.
- Foucault, M. (1992): Leben machen uns sterben lassen. Die Geburt des Rassismus. Diskus 41: 51-57.
- Foucault, M. (1994): Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Gebauer, G.; Wulf, C. (1998): Spiel, Ritual, Geste. Mimetisches Handeln in der sozialen Welt. Reinbek: Rowohlt.
- Hahn, D. (2000): Modernisierung und Biopolitik. Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch in Deutschland nach 1945. Frankfurt/Main: Campus.
- Hahn, D. (2008): Zweigeschlechtlichkeit und hierarchische Geschlechterordnung. Von der Kritik der Gesundheitsforschung zur Institutionalisierung der Chancengleichheit. Bundesgesundheitsblatt, 51 (1): 61-69.
- Hahn, D.; Maschewsky-Schneider, U. (2003). »Geschlechtsspezifisches Gesundheitsverständnis.« Forum Public Health: 10-11.
- Honegger, C. (1992): Die Ordnung der Geschlechter: die Wissenschaften vom Menschen und das Weib. Frankfurt/Main: Campus.
- Hradil, S. (1994): Neuerungen der Ungleichheitsanalyse und die Programmatik künftiger Sozialepidemiologie. In: Mielck, A. (Hg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske + Budrich: 375-392.
- Hradil, S. (2000): Soziale Ungleichheit, soziale Sichtung und Mobilität. In: H. S. Korte (Hg.): Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie. Opladen: Leske + Budrich: 193-215.

- Innofact 2008: http://www.innofact.de/fileadmin/img_content/Studien_Inhalte_Bei-spielseiten/Erfolgsfaktoren_von_Fitnessstudios_Basisreport.pdf
- Kickbusch, I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Klocke, A.; Lampert, T. (2005): Armut bei Kindern und Jugendlichen. In: Robert-Koch-Institut Berlin (Hg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 4.
- Klotz, T.; Hurrelmann, K.; Eickenburg, H.-U. (1998): Der frühe Tod des starken Geschlechts. Deutsches Ärzteblatt 95 (9), A-460-464.
- Krais, B.; Gebauer, G. (2002): Habitus. Bielefeld: transcript.
- Labisch, A.; Tennstedt, F. (1991): Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik im Deutschen Reich (1871-1945). In: Elkeles, T.; Niehoff, J.-U.; Rosenbrock, R.; Schneider, F. (Hg.): Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949 bis 1990. Berlin: edition-sigma: 13-28.
- Labisch, A. (1992): Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt/Main: Campus.
- Marmot, M. W.; Richard, G. (Hg.) (2001): Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University Press.
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Hans Huber.
- Niewöhner, J. (2008): Die zeitlichen Dimensionen von Fett – Körperkonzepte zwischen Prägung und Lebensstil. In: Niewöhner, J.; Kehl, C.; Beck, S. (Hg.): Wie geht Kultur unter die Haut? Emergente Praxen an der Schnittstelle von Medizin, Lebens- und Sozialwissenschaft. Bielefeld: transcript: 113-142.
- Rose, L. (1997): Körperästhetik im Wandel. Versportung und Entmütterlichung des Körpers in den Weiblichkeitsidealen der Risikogesellschaft. In: Dölling, I.; Kraiss, B. (Hg.): Ein alltägliches Spiel. Geschlechterkonstruktionen in der sozialen Praxis. Frankfurt/Main: Suhrkamp: 125-149.
- Sperlich, A. (2000): Entwicklung eines Mehrebenenmodells für die Systematisierung sozialegpidemiologischer Erklärungsansätze. In: Helmert, U. et al. (Hg.): Müssen Arme früher sterben? München: Juvena.
- StBA – Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Verlag Metzler-Poeschel, Stuttgart.
- Stein-Hilbers, M. (1995). Geschlechterverhältnisse und somatische Kulturen. Frauen Gesundheit. Hamburg, Argument Verlag, 62-81.
- Toscha, F. (2009): Gesundheit 3.0. Warum der Megatrend Gesundheit unsere Gesellschaft verändert und zum Wachstumsmarkt der Zukunft wird. Bonn: Verlag die Deutsche Wirtschaft.
- Villa, P. I. (2008): Habe den Mut, dich deines Körpers zu bedienen! Thesen zur Körperarbeit in der Gegenwart zwischen Selbstermächtigung und Selbstunterwerfung. In: Villa, P. I. (Hg.): Schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst. Bielefeld: transcript: 245-272.
- Zeh, J. (2009): Corpus Delicti. Ein Prozess. Frankfurt am Main: Schöffling.