

## Lebensqualität und Gesundheit\*

### *1. Gesundheit als zentraler Bezugspunkt für Lebensqualität*

Die Gesundheit wird von den Menschen des ausgehenden 20. Jahrhunderts als ihr höchstes Gut betrachtet. Vor allen anderen Bereichen wie Familie, Einkommen, Arbeit, Umweltschutz, beruflichen Erfolg nennen die Bürgerinnen und Bürger der Bundesrepublik zu Beginn der neunziger Jahre Gesundheit als wichtigsten Bereich für ihre subjektives Wohlbefinden. Das gilt für Frauen und Männer, Jugendliche und alte Menschen, bei denen die Wertschätzung der Gesundheit in absoluten Spitzenwerten zum Ausdruck kommt (vgl. Habich und Priller 1992).

War das nicht immer so? Gesundheit als Inbegriff für Wohlbefinden, Glück oder erfülltes Leben ist ein moderner Begriff (zum folgenden: Herzlich und Pierret 1991). In der Tradition des mittelalterlichen Christentums waren Gesundheit, Krankheit, Sterben und Tod Teil einer göttlichen Schöpfungsordnung. Gesundheit und Krankheit erhielten ihren Sinn in einer Ordnung der Dinge, die von Gott so eingerichtet war und auf die Menschen ohnehin wenig Einfluß nehmen können. Die Gesundheit des einzelnen war kein persönliches Gut, sondern Ausdruck seiner Integration in die von Gott bestimmte Ordnung. Mit der entstehenden Neuzeit, die von Aufklärung, Industrialisierung und einem selbstbewußten Bürgertum geprägt war, kam es zu einem grundlegenden Wandel in der Schöpfungsordnung und der in ihr gegebenen menschlichen Handlungsmöglichkeiten. Gesundheit wird anfänglich nachwievor als göttliche Fügung begriffen, aber sie erfordert zunehmend auch die Eigenleistung des Subjekts. Die Gottgefälligkeit des individuellen Lebens erweist sich zunehmend in einer sozialnützlichen Lebensweise. Gesundheit wird zum Gradmesser einer gottgefälligen Lebensweise. Gesundheit ist nicht nur Schicksal, sondern Ausdruck eines individuellen Lebensstils. Sie ist gebunden an Mäßigkeit der Lebensführung, an einen sparsamen und effektiven Umgang mit Lebensressourcen und sie wird zunehmend mit Arbeitsfähigkeit gleichgesetzt. Arbeitsamkeit ist der Inbegriff einer methodischen Lebensführung. Der Bürger

\* Überarbeitete Fassung eines für den Gesundheitsreport NRW (Bielefeld 1995) geplanten, jedoch nicht verwendeten Beitrags.

unterliegt der Pflicht, alle seine Energien für die Realisierung eines nützlichen Lebens zu mobilisieren.

Die Bürger der Neuzeit haben ihre Vorstellungen von Vollkommenheit und Glückseligkeit zunehmend mit irdischer Gesundheit gleichgesetzt. Gesundheit wurde zur zentralen Voraussetzung für die Realisierung diesseitiger Utopien. Mit der zunehmenden bürgerlichen Vorstellung der Selbstverantwortung für das eigene seelisch-körperliche Wohlbefinden verliert der Glaube an eine von Gott stabil geordnete Welt, in der auch Gesundheit und Krankheit vorbestimmt sind, an Bindekraft. Gesundheit wird immer weniger als von Gott geschenkt aufgefaßt. Gesundheit wird nun so verstanden, daß sie durch den Menschen selbst produziert werden kann; sie wird mit Selbst-Tun assoziiert; sie drückt den rationalen Umgang jedes einzelnen mit sich selbst aus.

Diese Säkularisierung von Heilserwartungen in diesseitig gerichtete Vorstellungen vom »guten Leben« haben den Wert von Gesundheit ungeheuer gesteigert. Er hat seit der Aufklärung ständig an Bedeutung zugenommen. Gesundheit ist die unabdingbare Voraussetzung für eine optimale Entfaltung unserer Leistungsfähigkeit und mit den wachsenden Anforderungen an die Arbeitsfähigkeit und Leistungskraft wachsen auch die Ansprüche an die Gesundheit. Aber auch die Nutzung nicht-arbeitsbezogener Angebote in der Freizeit, in der Konsumwelt, der Kultur und im Privaten setzen Gesundheit voraus.

Der beschriebene Perspektivenwechsel von einer außerirdischen zu einer innerweltlichen Heilserwartung ist eng gekoppelt an den Aufstieg der modernen Medizin und den an sie geknüpften Erwartungen und Hoffnungen. Die erfahrungswissenschaftlich fundierte moderne Medizin und ihre Erfolge bestätigen die Grundüberzeugung des aufgeklärten bürgerliche Bewußtseins, das ein gezieltes Eingreifen in naturhafte und gesellschaftliche Prozesse für möglich und notwendig hält. Mit ihren unstrittigen Erfolgen hat die Medizin nicht nur den Beweis angetreten, daß menschliches Handeln dem »blinden Walten« des Schicksals und der Natur eine eigene handelnde Vernunft entgegensetzen kann, sondern sie ist zugleich zum Kristallisationskern der innerweltlichen Heilserwartungen geworden. Die dominierende Alltagsreligion ist die Gesundheit geworden und ihre Priesterschaft rekrutiert sich aus der Medizin.

Im kulturellen Selbstverständnis der Moderne repräsentiert die Medizin einerseits die Idee der Aufklärung, nämlich die Überwindung blinder Abhängigkeiten und den Versuch, scheinbar unberechenbare Gefahren der Natur einer rationalen Kontrolle zu

unterziehen. Andererseits bindet die Medizin in ihrem Heilungspotential auch eine innerweltliche Heilserwartung, die Menschen passiv macht. In diesem Sinne werden Menschen durch die moderne Medizin zugleich ihrer Gesundheit und ihrer Krankheiten enteignet. Sie werden der mit Allmacht ausgestatteten Medizin abgetreten. In ihrem biomedizinischen Krankheitsbegriff kommt die Medizin dieser delegierenden Entäußerung vieler Menschen entgegen. Er transportiert ein Menschenbild, das die psychosozial bestimmte Identität des Menschen von seinem Organismus abtrennt, für dessen biologische Abläufe und vor allem ihre krankheitsbedingten Störungen die Biomedizin die Zuständigkeit hat.

Kritiker der modernen Medizin betonen, daß sie den Menschen zwar aus der totalen Abhängigkeit von naturhaften Wirkmächten und Gefahren befreit hätte, aber um den Preis einer erneuten Abhängigkeit von einer biomedizinisch-technischen Logik. Diesen Widerspruch muß eine zeitgemäße Perspektive der Gesundheitsförderung erkennen und zu überwinden versuchen. Notwendig ist die Förderung einer Vorstellung von Gesundheit, die das aktive und selbsttätige Subjekt betont und dies auch gegenüber den Passivität fördernden Tendenzen der biomedizinisch-technischen Medizin.

Die Skepsis gegenüber den Segnungen der Industrialisierung wachsen. Unser Bewußtsein hat sich für neue Risikolagen geschärft. Bei aller berechtigten Skepsis gegenüber einem ungebremsten Industrialismus bleibt doch festzuhalten, daß die Moderne den Menschen eine gesteigerte Lebenserwartung und das heißt, eine Eindämmung von Krankheiten z.T. eine vollständige Bewältigung früher bedrohlicher Krankheiten gebracht hat.

Die Geschichte des ausgehenden 20. Jahrhunderts ließe sich problemlos als eine Siegesgeschichte der Medizin schreiben. Die »Geißeln Gottes« früherer Zeitepochen sind überwunden: Mindestens in den Industrieländern des Westens sind Seuchen, Epidemien und Infektionskrankheiten weitgehend bewältigt oder unter Kontrolle. Die Folge ist ein dramatischer Anstieg der Lebenserwartung der Menschen. Die durchschnittliche Lebenserwartung für Männer stieg seit Beginn dieses Jahrhunderts um 27,39 auf heute 72,21 Jahre und für Frauen noch dramatischer um 30,35 Jahre auf 78,68 Jahre. Ein erheblicher Teil des noch vorhandenen Krankheitspotentials kann als Ausdruck der erhöhten Lebenserwartung gedeutet werden: Werden Menschen im Durchschnitt älter, dann wird auch der Anteil altersbedingter degenerativer Erkrankungen ein größeres Gewicht



erhalten. Diese Erkrankungen, die natürlich für den einzelnen Leiden und Schmerzen bedeuten, müssen deshalb unter dem Aspekt der gesundheitlichen Gesamtsituation nicht beunruhigen. Bei weiter steigender Lebenserwartung (für das Jahr 2018 wird ein mittleres Sterbealter in Deutschland von 85 Jahren geschätzt) ließe sich sagen, daß sich die durchschnittliche Lebenserwartung den biologischen Grenzen menschlichen Lebens überhaupt nähert (vgl. Wemmer und Korczak 1994).

Diese Perspektive eines linearen Fortschritts der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung gerät bei einigen aktuellen Problemen in Erklärungsnotstand (nach Sagan 1992; Kleiber 1992):

1. Es gibt eine erkennbare Diskrepanz zwischen Daten, die auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung hinweisen und dem subjektiven Gefühl von Gesundheit und Wohlbefinden. Gesundheit ist für viele Menschen mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Zunehmend wird auch deutlich, daß neben den biomedizinisch erfaß- und behandelbaren Krankheitsursachen Persönlichkeitsfaktoren, der Lebensstil und die soziale Integration der Menschen von zentraler Bedeutung für Gesundheit und Krankheit sind.
2. Die Medizin hat weitgehend erfolgreich die infektiösen Wege der Krankheitsentstehung unter ihre Kontrolle bringen können, aber sie tut sich schwer mit Prozessen der Krankheitsentstehung und -bewältigung, die außerhalb biomedizinischer Abläufe liegen. Lebensqualität ist auch und gerade dann ein zentrales Bedürfnis, wenn Menschen mit chronischen Krankheiten ein Lebensarrangement finden wollen. Und wir wissen, daß der Verlauf von Krankheiten wesentlich auch von dem Lebensgefühl der Menschen, ihren sozialen Beziehungen und der trotz und mit der Krankheit möglichen Lebenssouveränität abhängt.
3. Die positiven Effekte der medizinischen Modernisierung lassen sich vor allem bei älteren Menschen sowie bei Säuglingen und Kindern nachweisen: Gemessen an der Steigerungsrate der Lebenserwartung haben ältere Menschen seit 1900 in fast gleichem Umfang von ihr profitiert wie die ganz jungen. Bei Erwachsenen lassen sich bei den meisten Erkrankungen rückläufige Mortalitätswerte aufzeigen. Bei Jugendlichen ist der Trend allerdings gegenläufig. Das wirft die Frage auf, welche gesundheitlichen Belastungen der Modernisierungsprozeß selbst in den westlichen Gesellschaften erzeugt. Jugend repräsentiert den sensibelste Teil einer Gesellschaft (Hurrelmann 1988).



4. Das fortgeschrittenste Land der westlichen Hemisphäre, die USA, die regelmäßig die meisten Nobelpreisträger in der Medizin stellen und deren Bürger sich lange zu Recht an der Spitze auch des medizinischen Fortschritts einordneten, stagniert in seiner Entwicklung und Experten sprechen von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der amerikanischen Bevölkerung (z.B. fallen die USA auf der Rangskala im Rückgang der Säuglingssterblichkeit vom 7. auf den 17. Platz zurück). Dies gilt, obwohl die Aufwendungen für Gesundheit in ihrem Anteil am Bruttosozialprodukt einen wachen (von 4,4% im Jahre 1950 auf 11% im Jahre 1984). Hier tut sich eine wachsende Schere zwischen der Leistungsfähigkeit der Biomedizin und dem Gesundheitszustand der Menschen auf, der die Frage nahelegt, wie förderlich gesellschaftliche Modernisierungsprozesse letztlich für die Lebensqualität der Menschen ist.

## 2. *Lebensstandard und Lebensqualität*

Die Diskussion über Voraussetzungen eines gesunden Lebens kann in der BRD als einem der reichsten Länder der Erde weitgehend frei von existenzbedrohenden Versorgungsmängeln geführt werden. Die Wohlstandsentwicklung der vergangenen 40 Jahre hat zu einem solchen Lebensstandard geführt, daß verschiedene Auswüchse des Massenkonsums (Autoverkehr, Müllproduktion, Energieverbrauch, Tourismus) statt dessen schon wieder als relevante Bedrohung der Lebensqualität, insbesondere auch zukünftiger Generationen angesehen werden. Diese »moderne« Variante der Diskussion von Lebensqualitäts-Problemen sollte aber ebensowenig wie die zunehmend Aktualität gewinnende Problematik neuer Armut an den sogenannten Randzonen der Gesellschaft den Blick dafür verstellen, welche Verbesserungen des Lebensstandards in den vergangenen Jahrzehnten erreicht wurden.

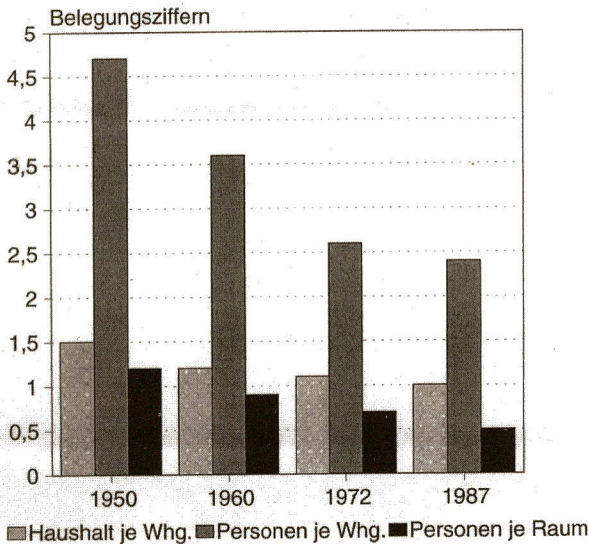
Die Wohnungsnot war fast ein Jahrhundert lang ein zentraler, vor allem die Frühphase der Industrialisierung und Verstädterung beherrschender Aspekt der sozialen Frage. Um 1885 definierte man 4 qm als Mindestwohnfläche pro Person, Wohnungen galten erst dann als überbelegt, wenn mehr als 6 Personen auf ein beheizbares Zimmer angewiesen waren, 20% der Wohnungen beherbergten Untermieter und Schlafgänger. Während der gesamten Zeit zwischen den beiden Weltkriegen gab es ein Defizit von mehr als 1 Mio. Wohnungen.

Abb. 1: Wohnungsversorgung 1950-1991

	Whg. je Haushalt	Wohnfläche je Person qm	Personen mit weniger als 1 Raum	Whg. mit Bad/WC u. Sammelhzg.
1950	0,62	14,9	61,4	-
1960/61	0,86	19,7	32,4	10,3
1968	0,9	23,8	19,2	29,8
1982	ca 1,0	33,6	-	66,2
1991	ca 1,0*	36,5	-	71,7*

\* Angaben für 1987 Quelle: Glatzer 1990, StaBa 1992

Abb. 2: Belegung der Wohnungen 1950-1987



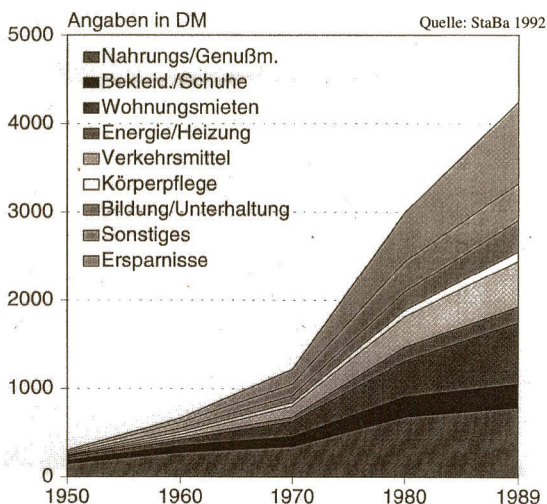
Quelle: StaBa 1992

Nach Ende des Zweiten Weltkriegs stieg dieser Fehlbestand aufgrund der Zerstörungen und des Flüchtlingszustroms auf ca. 6 Mio. an. Es gab 36% mehr Haushalte als verfügbare Wohnungen. In den folgenden Jahrzehnten hat es eine rapide Verbesserung der allgemeinen

Wohnbedingungen gegeben. Heute verfügt jeder Haushalt über eine eigene Wohnung, die Wohnfläche pro Kopf der Bevölkerung beträgt 36,5 qm, Bad, WC und Sammelheizung sind zur Standardausstattung der Wohnungen geworden.

Vergleichbare Veränderungen lassen sich auf dem Gebiet der allgemeinen Einkommensentwicklung nachzeichnen. Hatte sich das Volkseinkommen pro Kopf vom Beginn des 18. Jahrhunderts bis 1950 – zwar eher diskontinuierlich aber dennoch langfristig effektiv – gut verdreifacht, so setzte in den folgenden Jahrzehnten eine forcierte Einkommensvermehrung ein.

Abb. 3: Einkommens- und Ausgabenentwicklung eines durchschnittlichen Arbeitnehmerhaushalts\* 1950-1989



\* Vier-Personen-Haushalt mit einem alleinigen Einkommensbezieher (Arbeiter/Angestellter) und mittlerem Einkommen

Sie drückt sich u.a. darin aus, daß ein durchschnittlicher Vier-Personen-Arbeitnehmerhaushalt mit mittlerem Einkommen heute weniger als ein Viertel seines verfügbaren Budgets für Nahrungs- und Genußmittel ausgeben muß (1950 lag dieser Anteil noch bei über 50%). Zugleich haben sich die Verbrauchsgewohnheiten nachhaltig verändert: der Fleischkonsum hat sich verdreifacht, der Verzehr von Frischobst und Gemüse jeweils mehr als verdoppelt, während der Verbrauch von Getreide und vor allem Kartoffeln deutlich zurückging. Die Ausgaben für



Zigaretten und alkoholische Getränke nehmen einen immer größeren Teil der genannten Konsumausgaben in Anspruch.

Abb. 4: Verbrauch von Nahrungsmitteln, Getränken, Tabakwaren im früheren Bundesgebiet je Einwohner und Jahr (Quelle:StaBa 1992)

Erzeugnis	Einheit	Wirtschaftsjahr				
		1950	1960	1970	1980	1989
		/51	/61	/71	/81	/90 <sup>1</sup>
Getreide	kg	99	80	66	68	74
Kartoffeln	kg	184	132	102	81	72
Gemüse	kg	49	49	64	64	82
Frischobst	kg	40	94	93	84	89
Fleisch	kg	37	57	79	91	100 <sup>2</sup>
Käse	kg	4	8	10	14	18 <sup>2</sup>
Butter	kg	6	9	7	6	7 <sup>2</sup>
Zigaretten <sup>1</sup>	St.	488	1282	1943	2086	1942
Bier <sup>1</sup>	Ltr	35	95	141	146	143
Trink-/Schaumwein	Ltr	6	13	16	25	26

<sup>1</sup> Vorläufiges Ergebnis.

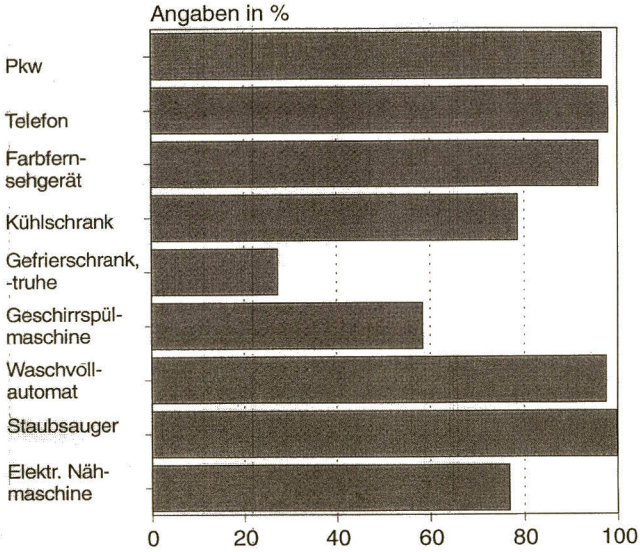
<sup>2</sup> Angaben beziehen sich nicht auf das Wirtschafts-, sondern auf das zuerst genannte Kalenderjahr.

Andere Bereiche des privaten Verbrauchs und die Sparquote haben aufgrund des Rückgangs der zuvor genannten Ausgaben erhebliche Ausweitungen bzw. Steigerungen erfahren. Vor 1950 konnte in den unteren Einkommensgruppen so gut wie keine Ersparnisbildung beobachtet werden, 1989 ergab sich für den genannten Arbeitnehmerhaushalt eine durchschnittliche Sparquote von mehr als 10%. Eine der markantesten Begleiterscheinungen der Wohlstandsentwicklung ist die Zunahme von Urlaubs- und Erholungsreisen (von mindestens fünf Tagen). Verreisten 1962 erst 26% der Bundesbürger, so hatte sich ihr Anteil 20 Jahre später verdoppelt, 1990 leisteten sich bereits 78% der Arbeitnehmerhaushalte einen Urlaubsaufenthalt.

Sichtbares Attribut des erreichten Wohlstands ist die Ausstattung privater Haushalte mit langlebigen Gebrauchsgütern. Bis 1955 verfügten gerade einmal knapp 40% der Bundesbürger über einen Staubsauger, 10% über einen Kühlschrank und 6% über ein Auto.

Ein massiver Technisierungsschub in den siebziger Jahren sorgte dafür, daß heute mindestens sieben technische Gebrauchsgüter zur Standardausstattung nahezu jedes Haushalts gehören: Auto, Waschmaschine, Gefriergerät, Fernseher, Stereoanlage, Telefon, Staubsauger. Der Anschaffung weiterer Geräte (Geschirrspülmaschine, Videorecorder und -cameras, Fotoausrüstungen, Heimwerkergeräte usw.) sind weniger finanzielle Grenzen gesetzt, vielmehr werden offensichtlich zunehmend bedarfsabhängige Sättigungsgrenzen erreicht.

Abb. 5: Ausstattung eines durchschnittlichen Arbeitnehmerhaushalts mit ausgewählten Gebrauchsgütern 1990 -BRD\*



\* altes Bundesgebiet Quelle:StaBa 1992

Abb. 6: Kinder in Kindergärten 1965-1990

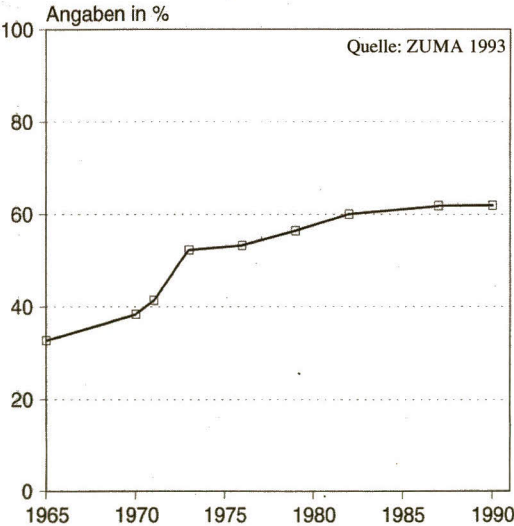
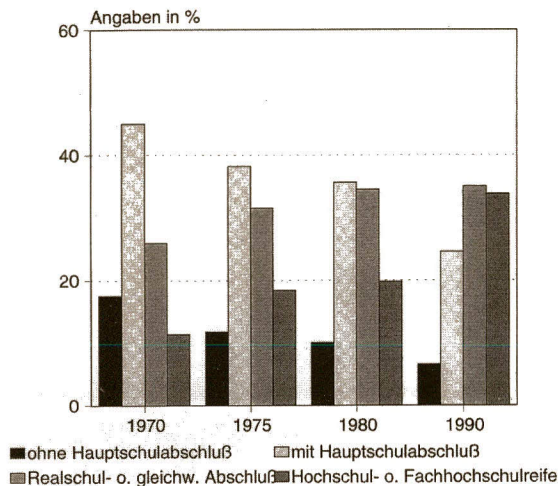


Abb 7: Schulabgänger 1970-1990

Quelle: StaBa 1992



Allein: Nicht nur materieller Wohlstand zeichnet den erreichten Lebensstandard bereiter Bevölkerungsschichten aus. Die Arbeitszeit bzw. Freizeit von Erwerbstätigen, die Entwicklung des allgemeinen Bildungsniveaus sowie die Versorgung mit sozialer Infrastruktur (Kindergärten, Kultureinrichtungen, Gesundheitswesen) sind ergänzend zu nennen.

Extreme Formen der sogenannten Lohnarbeit, die sich nicht nur in Wochenarbeitszeiten von (1850) 80 Stunden sondern auch der Praxis der Kinderarbeit niederschlugen, sind durch die Organisierung soziale Auseinandersetzungen in der Form großer Massenstreiks und als Reaktion darauf der Herausbildung sozialstaatlicher Strukturen weitgehend abgeschafft worden. Der Achtstundentag bzw. die 48-Stunden-Woche markieren einen Standard, der heute noch Grundlage gesetzlicher Arbeitszeitregelungen ist. Die seit Anfang der siebziger Jahre sich allgemein durchsetzende tarifliche Wochenarbeitszeit von 40 Stunden ist seit Mitte der achtziger Jahre wiederum unterschritten worden. Parallel dazu hat es eine Ausweitung tariflicher Urlaubsansprüche gegeben: Der gesetzlich vorgeschriebene Mindesturlaub für Arbeitnehmer (18 Werktagen bzw. 3 Wochen) ist durch tarifliche Regelungen, die jedem Arbeitnehmer durchschnittlich 29 Tage gewähren (1990) nahezu bedeutungslos geworden.

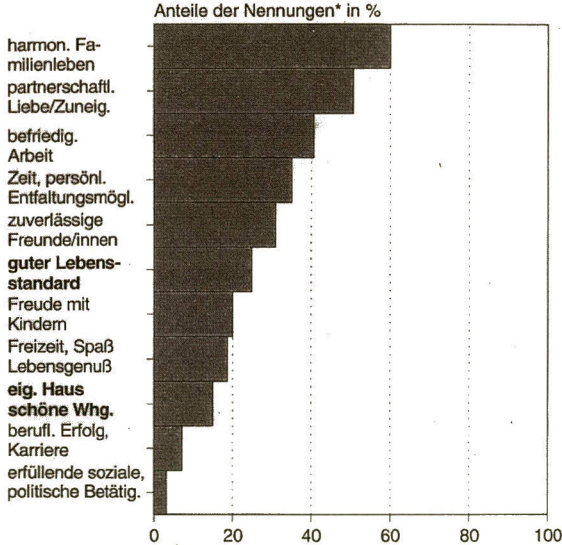


Das Bildungsniveau der Bevölkerung ist durch Ausbau des Schulsystems und flankierende Fördermaßnahmen gesteigert worden. Die Hauptschule hat mehr als die Hälfte ihres Schüleranteils (1960: 70%, 1990: 31%) an die weiterführenden Schulen abgeben müssen, ein Drittel aller Schulabgänger beendeten ihre Schulzeit 1990 mit der Fachhoch- oder Hochschulreife.

### 3. Psychosoziale Bedingungen für Gesundheit

Vieles spricht dafür, daß sich die Gesundheit der Bevölkerung im Zuge der genannten Wohlstandsentwicklung erheblich verbessert hat. Gesundheit ist allerdings in einem modernen Verständnis mehr als die Abwesenheit von Krankheiten. Wenn subjektives Wohlbefinden als wesentlicher Bestandteil einbezogen wird, geraten Lebensbedingungen in das Blickfeld, die über den materiellen Lebensstandard und die genannten sozialen Errungenschaften hinausreichen.

Abb. 8: Bedingungen persönlicher Lebenszufriedenheit – Bremen 1993 (n=6286)



\* Mehrfachnennungen

Quelle: Angestelltenkammer Bremen 1993

Wichtige Voraussetzungen persönlicher Lebenszufriedenheit stellen emotionale Bindungen, eine befriedigende Arbeit und persönliche Entfaltungsmöglichkeiten dar. Der »gute Lebensstandard« rangiert lediglich im Mittelfeld der Prioritätenskala, wenngleich eine Wechselwirkung zwischen ihm und den genannten Faktoren besteht. Von zentraler Bedeutung ist darüber hinaus die Stabilität materieller und psychosozialer Lebensbedingungen. Eine sich zunehmend enttraditionalisierende Gesellschaft, die große Bevölkerungsgruppen mit neuen Kompetenzanforderungen und teilweise nicht erreichbaren Zielen konfrontiert, birgt demgegenüber erkennbare Gesundheitsrisiken.

Der soziokulturelle Umbruch zeigt gerade bei Heranwachsenden seine negativen Auswirkungen. Die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen ist heute durch eine Spannung gekennzeichnet: Einerseits sind auch schon für Kinder und Jugendliche die Freiheitsgrade für die Gestaltung einer individuellen Lebensweise sehr hoch. Andererseits werden aber diese Individualisierungschancen erkauft durch die Lockerung von sozialen und kulturellen Bindungen. Der Weg in die moderne Gesellschaft ist so gesehen auch ein Weg in moralische und wertemäßige Widersprüchlichkeiten und in eine erhebliche Zukunftsunsicherheit. Deswegen bringen die heutigen Lebensbedingungen viele neue Belastungen mit sich, die die Bewältigungskapazität von Kindern und Jugendlichen überfordern. Die verfügbaren epidemiologischen Daten machen dies deutlich.

Der Jugendlichkeitsmythos in unserer Gesellschaft verstellt in fataler Weise den Blick dafür, daß die relativen Morbiditätsraten fast aller Altersgruppen in den letzten Jahren zwar zurückgingen, in der Altersgruppe der 10- bis 25jährigen jedoch gegenläufige Trends festzustellen sind. Das Krankheitsspektrum hat sich zu chronischen Krankheiten hin verschoben, psychosomatische Beeinträchtigungen und der Konsum von Sucht- und Rauschmitteln haben sich auf einem hohen Niveau stabilisiert. Diesen Gesundheitsproblemen von Heranwachsenden ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken, weil gerade in dieser Altersgruppe gesundheitsbezogene Lebensstile mit lebenslangen Konsequenzen ausgebildet werden. Die Stabilität der in der Jugendphase ausgebildeten gesundheitsgefährdenden Lebensstile ist hoch.

#### *4. Individuelle Gesundheitspotentiale*

Der Ausgangspunkt unserer Überlegungen war, daß Menschen Gesundheit als ihr höchstes Gut einschätzen, aber es immer noch

fälschlicherweise ausschließlich als Produkt einer riesigen Gesundheits- oder Krankheitsindustrie, des medizinisch-industriellen Komplexes, ansehen. Es spricht sehr viel dafür, die eigentlichen Bedingungen für Gesundheit in spezifischen Lebensweisen zu sehen. Wir wissen, daß Menschen permanent gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind und wir wissen auch, daß ihr biologisches und ihr psychosoziales Immunsystem letztlich dafür entscheidend sind, welche Resistenz gegenüber spezifischen Gefährdungen und Risiken entwickelt werden kann.

Wenn man das Problem von Gesundheit und Krankheit so formuliert, führt das zu der Fragestellung: Was sind die Bedingungen dafür, gesund zu bleiben, wieder gesund zu werden oder trotz spezifischer chronischer krankheitsbedingter Lebenseinschränkungen »gut« zu leben. Ob kritische Lebensereignisse, akute oder chronische Belastungen (z.B. Tod des Partners, Scheidung, Verlust des Arbeitsplatzes oder der Wohnung, aber auch die vielen kleinen Ärgernisse und Pannen im Alltag) zu gesundheitlichen Einschränkungen führen, hängt wesentlich davon ab, wie solche Belastungen erlebt und verarbeitet werden können. Nicht jeder Streß macht krank, und was für die eine oder den einen ein belastendes Ereignis ist, stellt für die andere oder den anderen eine Herausforderung dar, in der sie oder er sich beweisen will.

Was wissen wir nun über psychologische Bedingungen für gesundheitsförderliche Umgehensweisen mit den Risiken und Chancen individueller Lebensgestaltung? Folgende Bedingungen werden durch die entsprechende Forschung als grundlegend für »psychische Widerstandskraft« herausgearbeitet:

Folgende Bedingungen werden als grundlegend für psychische Widerstandskraft angesehen:

- Ein hohes Maß an Selbstachtung und Vertrauen darauf, das eigene Schicksal kontrollieren und lenken zu können. Solche Menschen sehen sich nicht als Spielball der Götter, einflußreicher anderer Menschen oder des Zufalls, sondern sind davon überzeugt, daß sie mit eigenen Entscheidungen den Gang ihres Lebens steuern können.
- Veränderungen werden als eine Herausforderung zur aktiven Auseinandersetzung betrachtet. Voraussetzungen dafür sind die Bereitschaft und Fähigkeit, Ungewißheiten auszuhalten, Neues zu suchen und zu erkunden und flexibel und experimentell auf Probleme zu reagieren.
- Engagement und Zukunftsorientierung im Hinblick auf Aktivitäten, die über den situativen Konsum hinausgehen. Unmittelbare



- Befriedigung kann zugunsten künftiger Chancen und Möglichkeiten zurückgestellt werden. Es besteht eine hohe Motivation, an der eigenen Person zu »arbeiten«, vor allem in Bildung zu investieren.
- Beziehungsfähigkeit als Bedingung für den Aufbau vertrauensvoller und für sich und andere förderlicher sozialer Netze, in denen emotionale, kognitive und identitätsbezogene Unterstützung geholt und gegeben werden kann.
  - Genußfähigkeit und eine positive Einstellung zum Leben wird gegen eine asketische Verzichtshaltung gesetzt.

Die genannten individuellen Bedingungen für psychische Widerstandsfähigkeit und Streßresistenz sind genau besehen Fähigkeiten, die nicht unabhängig von objektiven Lebensbedingungen sind. Menschen in privilegierten sozialen und materiellen Lebenslagen haben eher die Chance, solche Bewältigungspotentiale auszubilden.

Abb. 9: Komplexität von Gesundheit

Gesellschaftliche Faktoren	Familiäre Faktoren	Persönliche Faktoren
Höhere Produktivität	Bessere Bedingungen für die Mutter	Höheres Geburtsgewicht
Größere wirtschaftliche Sicherheit	Familienplanung	Geringere Geschwisterzahl
Bessere medizinische Technik	Schutzimpfung	Größere Immunität
Bessere Nahrungsversorgung	Mehr Fürsorge u. bessere Ernährung	Ungestörteres Wachstum
Größere physische Sicherheit	Mehr intellektuelle Anregung	Mehr Autonomie, Verantwortung, Selbstachtung
Bessere hygienische Verhältnisse	Starke Priorität von Gesundheit und Sicherheit	Höheres Bildungsniveau
	Bessere soziale Netze	Bessere Lebensfertigkeit
		Bessere körperliche Fitness
		Reduziertes Stressniveau
		Größeres subjektives Wohlbefinden

Quelle: Sagan 1992

### 5. Strukturelle Hindernisse selbstbestimmter Lebensgestaltung

Wenn man sich den Zusammenhang von gesellschaftlichen Lebensbedingungen und Persönlichkeitsentwicklung mit dem Blick auf unterprivilegierte gesellschaftliche Gruppen vergegenwärtigt, dann entdeckt man ein eindrucksvolles empirisches Gegengift gegen die ideologische Beschwörung der ungeahnten Chancen, die jede und jeder in unserer Gesellschaft hätten, etwas aus ihrem Leben zu machen und gestärkt und optimistisch aus Krisen und Belastungen hervorzugehen. Die neuere epidemiologische Forschung ist bei ihren Gemeindestudien auf ein Phänomen gestoßen, das als »Demoralisierung« bezeichnet wurde. Es beinhaltet Einstellungen und Grundhaltungen, die durch ein geringes Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, unbestimmte Zukunftsängste und allgemein gedrückter Grundstimmung geprägt sind. Für die USA liegen folgende Ergebnisse vor: Demoralisiert in dem beschriebenen Sinne wurde etwa ein Drittel der Bevölkerung eingeschätzt. Die Demoralisierungsrate von Frauen liegt um 10% höher als bei Männern. Etwa die Hälfte der Angehörigen der untersten sozialen Schicht erwies sich als demoralisiert. Etwa die Hälfte des Bevölkerungsanteils, der als demoralisiert eingeschätzt wurde, wies klinisch auffällige Symptome auf. Bei dieser Gruppe hatten die verfügbaren Ressourcen offensichtlich nicht ausgereicht, um mit Lebensproblemen und Krisen produktiv umgehen zu können. Das Demoralisierungssyndrom bringt zum Ausdruck, daß eine erheblicher Anteil der Bevölkerung für sich keinen Sinn mehr darin sieht, sich für oder gegen etwas einzusetzen. Diese Personen lassen Ereignisse fatalistisch auf sich zukommen und über sich hereinstürzen, weil sie nicht mehr daran glauben, daß sie wirksam etwas gegen diese unternehmen könnten (Keupp 1992).

In diesem Zusammenhang kann man auch an den klassischen Begriff der »Entfremdung« anknüpfen. Er ist geeignet, jene Bedingungen genauer zu benennen, die zu passiven und fatalistischen Reaktionen auf belastende Lebensereignisse führen. Entfremdung läßt sich in den folgenden fünf unterschiedlichen Konstellationen zusammenfassen, für die es jeweils beweiskräftige Befunde gibt (nach Mirowsky und Ross 1989): Subjektive Erfahrungen von »Machtlosigkeit«, »Selbst-Entfremdung«, »Isolation«, »Sinnlosigkeit« und »Normverlust« sind ausgeprägter je weiter wir in der sozialen Hierarchie nach unten gehen. Die Erfahrung von »Ungerechtigkeit« bei der gesellschaftlichen Verteilung von materiellen und

symbolischen Gütern, Einfluß und Chancen wird als zweite vermittelnde Größe zwischen sozialer Position und psychosozialer Lebenserfahrung eingeführt. Und schließlich wird noch der »Autoritarismus« eingeführt, der in den unteren sozialen Schichten ausgeprägter vorkommt und der mit einer kognitiven und emotionalen Rigidität einhergeht, die bezogen auf die in einer sich rasch wandelnden Gesellschaft geforderten sozialen Kompetenzen zunehmend dysfunktional wird. Das Vertrauen in eine berechenbare Welt, für die man eine adäquate Sozialisation und Ausbildung erworben hat, geht verloren. In einer ängstlich-mißtrauischen Grundhaltung erwartet man eine feindliche Welt, die dann auch genauso erfahren wird, als Welt, in der nichts gutes erwartet werden kann, die ungerecht, ausbeuterisch, gewalttätig und zunehmend fremd erlebt wird und die eigene Lebensouveränität unterminiert.

Dieses Modell integriert auf neuestem Stand die sozialepidemiologische Befundlage. Eines ihrer stabilsten Ergebnisse zeigt für alle fortgeschrittenen Industriestaaten, daß sich soziale Ungleichheit auch im Gesundheitsstatus einer Bevölkerung reproduziert: Mit geringerem sozialen Status und niedrigerem Bildungsstand steigt das Krankheitsrisiko und sinkt gleichzeitig die Chance auf eine angemessene Behandlung. Dieser Befund gilt selbst für Krankheiten, die im Alltagsbewußtsein als die Krankheiten der oberen sozialen Schichten gelten. Der Herzinfarkt ist gar nicht typisch für die Elite, für streßgeplagte Manager und leitende Angestellte, sondern vielmehr eine Todesursache, die prozentual stärker Menschen aus den sozial schwächeren, unterprivilegierten Schichten der Bevölkerung betrifft. Medizinhistorische Studien beweisen, daß die privilegiertesten Schichten mit dem Einsetzen der Modernisierungsprozesse als erste einen Rückgang der Sterberate verzeichneten.

Diese Befunde zeigen sozialstrukturelle Begrenzungen souveräner und selbstgestalteter Lebensführung auf und die Ideologieträchtigkeit von Ansätzen der Gesundheitsförderung, die psychische Gesundheit zu einer Angelegenheit von Lebensstil und guter Laune machen, also im Grunde auf unbegrenzte individuelle Bewältigungsressourcen setzen. Dieses Modell sollte aufzeigen, wo gesellschaftliche Fremdbestimmung, Enteignung von Alltagskompetenzen, die Zerstörung menschlicher Gestaltungsräume und die wachsenden ökologischen Risiken durch individuelle Bewältigungsstrategien letztlich nicht überwunden werden können und geeignete gesellschaftliche Strukturreformen erforderlich sind.



## 6. Gesundheitsförderung: Von der Defizit- oder Krankheitsperspektive zur Ressourcen- oder Kompetenzperspektive

Diese Etappe über strukturelle Bedingungen psychischer Grundhaltungen zur Lenk- und Gestaltbarkeit des eigenen Lebens war unverzichtbar, weil sie eine zentrale Voraussetzung für Gesundheit aufzeigen sollte, die in manchen harmlos-oberflächlichen Konzepten von Gesundheitsförderung als selbstverständlich vorhanden unterstellt wird: Lebenserfahrungen, in denen Subjekte sich als ihr Leben Gestaltende konstruieren können, in denen sie sich in ihren Identitätsentwürfen als aktive Produzenten ihrer Biographie begreifen können.

Der israelische Gesundheitsforscher Aaron Antonovsky (1979; 1987; Maschewsky-Schneider und Klesse 1993) hat diesen Gedanken in das Zentrum seines »salutogenetischen Modells« gestellt. Es stellt die Ressourcen in den Mittelpunkt der Analyse, die ein Subjekt mobilisieren kann, um mit belastenden, widrigen und widersprüchlichen Alltagserfahrungen produktiv umgehen zu können und nicht krank zu werden.

Dieses Modell geht von der Prämisse aus, daß Menschen ständig mit belastenden Lebenssituation konfrontiert werden. Der Organismus reagiert auf Stressoren mit einem erhöhten Spannungszustand, der pathologische, neutrale oder gesunde Folgen haben kann, je nachdem, wie mit dieser Spannung umgegangen wird. Es gibt eine Reihe von allgemeinen Widerstandsfaktoren, die innerhalb einer spezifischen soziokulturellen Welt als Potential gegeben sind. Sie hängen von dem kulturellen, materiellen und sozialen Entwicklungsniveau einer konkreten Gesellschaft ab. Mit organismisch-konstitutionellen Widerstandsquellen ist das körpereigene Immunsystem einer Person gemeint. Unter materiellen Widerstandsquellen ist der Zugang zu materiellen Ressourcen gemeint (Verfügbarkeit über Geld, Arbeit, Wohnung etc.). Kognitive Widerstandsquellen sind Intelligenz, Wissen und Bildung. Eine zentrale Widerstandsquelle bezeichnet die Ich-Identität, also eine emotionale Sicherheit in bezug auf die eigene Person. Die Ressourcen einer Person schließen als zentralen Bereich seine zwischenmenschlichen Beziehungen ein, also die Möglichkeit, sich von anderen Menschen soziale Unterstützung zu holen, sich sozial zugehörig und verortet zu fühlen.

Antonovsky zeigt auf, daß alle mobilisierbaren Ressourcen in ihrer Wirksamkeit letztlich von einer zentralen subjektiven Kompetenz abhängt: Dem »Gefühl von Kohärenz«. Er definiert dieses Gefühl so:

Das Gefühl der Kohärenz, des inneren Zusammenhangs ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, inwieweit jemand ein sich auf alle Lebensbereiche erstreckendes, überdauerndes und doch dynamisches Vertrauen hat, daß (1) die Reize aus der inneren und äußeren Welt im Laufe des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind; daß (2) es Mittel und Wege gibt, die Aufgaben zu lösen, die durch diese Reize gestellt werden; und daß (3) diese Aufgaben Herausforderungen sind, für die es sich lohnt, sich zu engagieren und zu investieren (1987, S.19).

Antonovsky transformiert eine zentrale Überlegung aus dem Bereich der Sozialwissenschaften zu einer grundlegenden Bedingung für Gesundheit: Als Kohärenzsinn wird ein positives Bild der eigenen Handlungsfähigkeit verstanden, die von dem Gefühl der Bewältigbarkeit von externen und internen Lebensbedingungen, der Gewißheit der Selbststeuerungsfähigkeit und der Gestaltbarkeit der Lebensbedingungen getragen ist. Der Kohärenzsinn ist durch das Bestreben charakterisiert, den Lebensbedingungen einen subjektiven Sinn zu geben und sie mit den eigenen Wünschen und Bedürfnissen in Einklang bringen zu können.

Ein solches Belastungs-Bewältigungs-Modell, das die Aufmerksamkeit auf das aktiv-handelnde Individuum in seiner gesellschaftlichen Alltagswelt richtet, eröffnet für eine Praxis und Politik der Gesundheitsförderung andere Perspektiven, als wenn Krankheit und Gesundheit als mechanisch ablaufende Prozesse wären, denen der einzelne ausgeliefert ist und die letztlich nur durch den kundigen Experten von außen beeinflußt werden können.

Wenn Gesundheitsförderung von dem zentralen Gedanken der Erweiterung von Lebenssouveränität der Menschen bestimmt ist, dann müssen mit besonderer Aufmerksamkeit jene Prozesse untersucht werden, die spezifischen Menschengruppen die Selbstbestimmung über ihre Lebensführung erschweren bzw. verhindern. Hier liegt das nachwievor unverzichtbare Erkenntnispotential der sozialepidemiologischen Forschung für eine präventiv orientierte Gesundheitsforschung im Bereich psychische Gesundheit. »Salutogenetische« Konzepte müssen dieses Erkenntnispotential nutzen, wenn sie eine Blickverengung auf privilegierte soziale Gruppen vermeiden wollen.

Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (1992) zur Gesundheitsförderung aus dem Jahre 1986 und die darauf aufbauende Initiative »Gesunde Städte« steht ganz unter diesen Vorzeichen. In der Ottawa-Charta heißt es:

Gesundheitsförderung »zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen«. Und etwas später: »Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie

spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, daß man sich um sich selbst und für andere sorgt, daß man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, daß die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.

Die Arbeitsdefinition für eine »Gesunde Stadt« sieht bei der WHO so aus:

Sie verbessert kontinuierlich die physischen und sozialen Lebensbedingungen und fördert die Entfaltung gemeinschaftlicher Aktions- und Unterstützungsformen, beides mit dem Ziel, die Menschen zur wechselseitigen Unterstützung in allen Lebenslage zu befähigen und ihnen damit die maximale Entfaltung ihrer Anlagen zu ermöglichen.

Diese Grundidee kommt vor allem im Konzept »Empowerment« zum Ausdruck, das der Praxis der Gesundheitsberufe und der Gesundheitspolitik eine innovative Perspektive anbietet (Kieffer 1984; Rappaport 1985; Keupp 1992; Stark 1993).

Empowerment meint den Prozeß, innerhalb dessen Menschen sich ermutigt fühlen, ihre eigenen Angelegenheiten in die Hand zu nehmen, ihre eigenen Kräfte und Kompetenzen zu entdecken und ernst zu nehmen und den Wert selbst erarbeitete Lösungen schätzen lernen. Empowerment bezieht sich auf einen Prozeß, in dem die Kooperation von gleichen oder ähnlichen Problemen betroffene Personen durch ihre Zusammenarbeit zu synergetischen Effekten führt. Aus der Sicht professioneller und institutioneller Hilfen bedeutet die Empowermentperspektive die aktive Förderung solcher solidarischer Formen der Selbstorganisation.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. H. Keupp, Institut für Psychologie  
Ludwig Maximilians-Universität, Leopoldstr. 13, 80802 München

### *Literaturverzeichnis*

- Antonovsky A: Health, stress, and coping. San Francisco: Jossey-Bass, 1979  
 Antonovsky A: Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass, 1987  
 Ballerstedt E, Glatzer W: Soziologischer Almanach: Handbuch gesellsch. Daten und Indikatoren. Frankfurt am Main: Campus, 1979. 615 S. (Sozialpolitisches Entscheidungs- und Indikatoren-system für die Bundesrepublik Deutschland)  
 Ernst H: Gesund ist, was Spaß macht. Stuttgart: Kreuz, 1992  
 Faltermaier T: Lebensereignisse und Alltag. München: Profil, 1987  
 Glatzer W: Die materiellen Lebensbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Weidenfeld W, Zimmermann H (Hg.) Deutschland-Handbuch. Eine doppelte Bilanz 1949-1989. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 1990. S.276-291 (Studien zur Geschichte und Politik. Schriftenreihe Bd.275)  
 Glatzer W: Die Lebensqualität älterer Menschen in Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie 25 (1992) S.137-144



- Glatzer W, Hondrich KO, Noll HH, Stiehr K, Wörndl B: Recent Social Trends in West Germany 1960-1990. Langlois S (Hg.) Frankfurt am Main: Campus, 1992
- Habich R, Priller E: Soziale Lage und subjektives Wohlbefinden in der ehemaligen DDR. In: Thomas M (Hg.) Abbruch und Aufbruch. Berlin: Akademie, 1992
- Herriger N: Empowerment – Annäherungen an ein neues Fortschrittsprogramm der sozialen Arbeit. Neue Praxis 21 (1991) S.221-229
- Herzlich C, Pierret J: Kranke gestern, Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden. München: C.H.Beck, 1991
- Hurrelmann K, Laaser U: Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim-Basel: Beltz, 1993
- Hurrelmann K: Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim: Juventa, 1988
- Keupp H: Gesundheitsförderung und psychische Gesundheit: Lebensouveränität und Empowerment. psychomed 4 (1992), S.244 - 250
- Kiefer CH: Citizen empowerment. A developmental perspective. Prevention in Human Services 3 (1984) S.9-36
- Kleiber D: Gesundheitsförderung: Hintergründe, Grundauffassungen, Konzepte und Probleme. psychomed 4 (1992) S.220-230
- Marstedt G, Last R, Wahl WB, Müller R: Gesundheit und Lebensqualität. Ergebnisbericht zu einer Untersuchung des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen über Arbeit und Freizeit, Gesundheit und Krankheit im Land Bremen, durchgeführt im Auftrag der Angestelltenkammer Bremen. Angestelltenkammer Bremen (Hg.) Bremen, 1993
- Maschewsky-Schneider U, Klesse R: Lebenslagen und Gesundheitshandeln von sozial benachteiligten Frauen: Die Bedeutung eines handlungstheoretischen Modells der Sozialstruktur für die Gesundheitsforschung. Soz Präventivmed (1993) Nr. 38, S.156-164
- Mirowsky J, Ross CE: Social causes of psychological distress. New York: Aldine de Gruyter, 1989
- Naegele G, Heinemann-Knoch M, Hollstein B, Korte E, Niederfranke A, Reichert M: Armut im Alter. Untersuchung zur Lebenslage ökonomisch unterversorgter älterer Frauen in Nordrhein-Westfalen. MAGS NRW (Hg.) Düsseldorf, 1992. (Landessozialberichterstattung NRW Bd.1)
- Noll, Wiegand: System Soziale Indikatoren für die Bundesrepublik Deutschland. Zeitreihen 1950-1991; Tabellenband. Mannheim, 1993. (ZUMA, Abt. Soziale Indikatoren)
- Rappaport J: In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention (deutsch: Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 17, 1985, S.257-278). American Journal of Community Psychology 9 (1981) S.337-356
- Sagan LA: Die Gesundheit der Nationen. Die eigentlichen Ursachen von Gesundheit und Krankheit im Weltvergleich. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt, 1992
- Stark W: Die Menschen stärken. Empowerment als eine neue Sicht auf klassische Themen von Sozialpolitik und sozialer Arbeit. Blätter der Wohlfahrtspflege 140 (1993) S.41-44
- Wemmer U, Korczak D: Gesundheit in Gefahr. Daten-Report. Frankfurt am Main: Fischer, 1994
- Wiegand E: Die Entwicklung der Einnahmen- und Ausgabenstrukturen privater Haushalte seit der Jahrhundertwende. In: Wiegand E, Zapf W (Hg.) Wandel der Lebensbedingungen in Deutschland. Frankfurt am Main: Campus, S.155-235
- Zapf W: Modernization and welfare development: The case of Germany. Aufsätze zur Wohlfahrtsforschung und zur Modernisierungstheorie. Mannheim, 1987. S.7-34
- Datenreport 1992. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Statistisches Bundesamt (Hg.) Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 1992
- Gesundheit fördern statt zu kontrollieren. Trojan A, Stumm B (Hg.) Frankfurt am Main: Fischer, 1991
- Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen. MAGS Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hg.). Bielefeld: LÖGD, 1995
- Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Glatzer W, Zapf W (Hg.) Frankfurt-New York: Campus, o.J.
- Lebensqualität und Krankheit. Auf dem Weg zu einem medizinischen Kriterium Lebensqualität. Tüchler H, Lutz D (Hg.) Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1991
- Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis. Stark W (Hg.) Freiburg: Lambertus, 1989
- Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik. Abele A, Becker P (Hg.) Weinheim-München: Juventa, 1991. (Juventa-Materialien)