

Gesundheit und Verantwortung

Zu den bemerkenswerten Resultaten medizinischer, speziell klinisch-epidemiologischer Forschung in den letzten 30 Jahren gehört die Feststellung, daß ungesunde Verhaltensweisen ungesund sind. Diese, mit beachtlichem materiellen und personellen Aufwand ermittelten, sich von der Vermutung zunehmend zum Beweis erhärtenden Erkenntnisse werden möglicherweise weitere Wissenschaftlergenerationen beschäftigen. Und Wissen drängt auf praktische Konsequenz. An die Stelle der Ironie könnte auch die nüchterne Frage treten, worin denn nun praktische Folgerungen liegen könnten, möglicherweise bereits liegen.

Unübersehbar sind die Zeichen, daß die Kernfrage aller Gesundheitspolitik, nämlich die nach der Verantwortlichkeit für den Gesundheitsschutz, in der internationalen medizinischen Literatur (erneut) zur Disposition gestellt zu sein scheint, und in der Begründung spielen eben diese Resultate eine gewichtige Rolle.¹ Es war das Ziel der sich mit dem Begriff Risikomedizin assoziierenden Forschungen, Fortschritte im vorbeugenden Gesundheitsschutz zu ermöglichen; vordergründig ging es also offenbar um den Erwerb von Kenntnissen für die inhaltlichen Ansatzpunkte bewußter (eben »risikoreduzierter«) Lebensgestaltung. Die involvierten forschungskonzeptionellen und methodologischen Probleme stehen hier nicht zur Diskussion, zumal sie längst ausführlich, wenn auch nicht abschließend, verhandelt sind. Wenn jedoch in der Prophylaxeforschung der Gedanke bewußter Gestaltung menschlichen Lebens zumindest angelegt ist, muß ein anderer Schluß auch erlaubt sein: Es schiene denkbar, den Versuch zu unternehmen, den (wer und was das immer sei) realen, konkreten Menschen, die Realität seiner Lebens- und Arbeitsbedingungen, seiner Bedürfnisse und Probleme, Wünsche und Ziele, den Menschen, der nicht nur Objekt spezifischer wissenschaftlicher Interessen, sondern Subjekt der Geschichte ist, kurz: seine soziale und gesellschaftliche Realität, aus der Prophylaxeforschung zu rekonstruieren. Mehr noch: es müßte möglich sein, nicht allein seine soziale Realität im Sinne der Zustandsbeschreibung abgebildet zu finden, sondern zugleich seine künftigen gesellschaftlichen Entwicklungsbedingungen.

Das Abstraktum Mensch, das uns in der Mehrzahl der Gesundheitsschutzkonzeptionen entgegentritt scheint keiner realen sozialen Differenziertheit zu unterliegen, verfügt über die individuell selbstbestimmte, uneingeschränkte Entscheidungsmöglichkeit seines Lebens, ist in

allen seinen Möglichkeiten und Bedingungen allen seinen Mitmenschen gleich, kennt kein anderes Motiv als Gesundheit, keine Konflikte und Wünsche. Es scheint der Mensch der Risikoprävention ein asoziales Wesen zu sein.

Sie ist erstaunlich genug, die Selbstverständlichkeit, mit der unter Verweis auf riskante Lebensstile die Verantwortlichkeit für den Gesundheitsschutz von konservativen Vertretern der Medizin zum Dreh- und Angelpunkt prophylaxe-konzeptioneller Standortbestimmungen gewählt wird: Gerechte Bestrafung der Tugendlosen mit Krankheit als ethische Doktrin gerade von dem Berufsstand gefordert, der sein moralisches Selbstverständnis außerhalb von Zeit und Raum bestimmen zu können als Anspruch formuliert? Nein. Die Realitäten sind andere und die Interessen auch. Das was *Crawford* (1) »The ideology and politics of victim blaming« nennt, bedarf anderer Einordnung. Immerhin ist die *Crawford*'sche Analyse auch ein Lehrstück für die politische Verantwortung der Medizin. Nur vordergründig ist der Gegenstand des Problems der Frage assoziiert, ob Personen mit unterschiedlichen verhaltensabhängigen Risikoprofilen unterschiedliche Rechte auf Gesundheitsschutz haben.

Anders verhält es sich, wenn nach den konkreten, sich notwendig mit der gesellschaftlichen Entwicklung ändernden gesellschaftlichen Gestaltungsbedingungen gesamtgesellschaftlicher Verantwortung für den Gesundheitsschutz gefragt wird. Dieser Frage ist zunächst eine Position involviert, die tatsächlich mehr beinhaltet als unentgeltliche und freie Zugänglichkeit prophylaktischer und kurativer Medizin. Und sie ist zwangsläufig permanenter Gegenstand wissenschaftlicher Analytik, weil die Rahmenbedingungen einer solchen gesundheitspolitischen Grundposition einer hohen Dynamik unterworfen sind.

Nachfolgend soll deshalb der Versuch unternommen werden, die Grundlagen der Verantwortlichkeit für den Gesundheitsschutz, wesentliche Aspekte ihrer Durchsetzung sowie Tendenzen bei ihrer inhaltlichen Ausgestaltung zu umreißen. Aus der Sicht des Autors ist ein solcher Versuch auch deshalb lohnenswert, weil die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für den Gesundheitsschutz zwar essentielles Wesensmerkmal sozialistischer Gesundheitspolitik ist, bislang jedoch eine einheitliche theoretische Begründung speziell für die Phase der weiteren Gestaltung der entwickelten sozialistischen Gesellschaft fehlt.

Voraussetzungen:

Der Zusammenhang zwischen gesellschaftlicher und gesundheitlicher Entwicklung ist ebenso evident wie die Tatsache, daß das Spektrum und die Häufigkeit fast aller vorkommenden Krankheiten, ihre individuellen und gesellschaftlichen Bewertungen und Bedeutungen, immer auch über soziale Merkmale abbildbar sind. Aber weder diese Tatsache, noch eine akademische Debatte über Verschuldens- oder Verursachungsprinzipien von Krankheit dürften letztlich hinreichend sein, um das Wesen und die Formen der Verantwortlichkeit für den Gesundheitsschutz zu bestimmen. Wesentlicher ist m.E. die Frage nach dem Bild, das wir vom Menschen, von uns selbst haben. Ein solches Bild aber bedarf historischer Konkretheit, hat in Rechnung zu stellen, daß der Mensch nur auf der Grundlage seiner gesellschaftlichen Existenz seine Individualität ausprägen, leben und verwirklichen kann. Unter vielen Aspekten ist Gesundheit hierbei *ein* Aspekt.

Die Geschichte menschlicher Gesundheit liefert den Beweis: Als einziges Lebewesen ist der Mensch und zwar nur als Gattungswesen in der Lage, seine gesundheitlichen Verhältnisse — ausgedrückt etwa in der mittleren Lebenserwartung, dem Spektrum vorkommender Krankheiten und ihrer relativen Häufigkeit oder ihrer Verteilung in einer Bevölkerung — innerhalb bestimmter Grenzen zu verändern. Solche Veränderungen sind vor allem das Resultat menschlicher Rückwirkungen auf die Art und Weise der Produktion, der Verhältnisse unter denen menschliche Existenzmittel produziert und verteilt werden (Produktionsverhältnisse) und der hieraus insgesamt entspringenden Art und Weise des Lebens (Lebensweise) der Menschen. Die Entwicklung der Produktivkräfte als den Schlüssel zur historisch tendenziellen und prozeßhaft verlaufenden Verbesserung der gesundheitlichen Lage menschlicher Bevölkerungen aufzufassen, schließt die Vervollkommnung der Produktionsmittel ebenso ein, wie die Entwicklung des Produzenten, also des Menschen.²

Kaum ein Element menschlicher Entwicklung kann in seinem Zusammenhang zur gesundheitlichen Entwicklung an dieser Stelle unberücksichtigt bleiben, so daß sich auch nur Beispiele aufzählen lassen: Bildung, bewußte Rezeption der Lebensumwelt und ihre Gestaltung, Ausfaltung sozialer und kommunikativer Beziehungen, die sukzessive Erweiterung von Zielen, die Artikulation von Interessen und Bedürfnissen (...). Zweifellos waren und sind gesundheitliche Entwicklungsprozesse nicht mit trivialisierenden Vorstellungen von linearer Verbesserung, sukzessiven Eradikationen von Risiken und Gefährdungen zu as-

soziieren, wohl aber immer auch mit tiefgreifenden Veränderungen in der Gestaltung der Verantwortlichkeit für den Gesundheitsschutz.

Der Gesundheitsschutz als Form bewußter menschlicher Aktivität ist historisch erst relativ spät Gegenstand wissenschaftlicher und politischer Bemühungen geworden, schloß jedoch ein, politische Positionen zur Verantwortlichkeit für den Gesundheitsschutz zu beziehen.

Unverkennbar bestimmen Auffassungen zur Verantwortlichkeit auch die wissenschaftskonzeptionelle und -methodische Orientierung bei der Erarbeitung von Maßnahmen, Methoden oder Schwerpunkten des Gesundheitsschutzes. Die Analyse solcher Positionen hinterfragt also auch das ethische Selbstverständnis professioneller Träger von Teilaufgaben des Gesundheitsschutzes. Polarisierungen solcher ethischen Imperative, wie sie in Schlagwörtern verbalisiert, im medizinischen Schrifttum unschwer nachzuzeichnen sind, beschreiben lediglich das Problem:

- Prophylaxe gleich Erziehung der Menschen,
- Eigenverantwortung statt staatlicher Normative,
- Prophylaxe statt Therapie,
- Gesundheitsschutz statt Medizin,
- Gesundheitsschutz contra wissenschaftlich-technischen Fortschritt usw.

Solche Schlagworte reproduzieren wohl kaum Ergebnisse der Forschung, wohl aber politische Positionen, die in ihrer Relevanz für die methodologische Orientierung der Forschung, nicht unterschätzt werden können; für die Praxis des Gesundheitsschutzes ohnehin nicht.³ Die Voraussetzungen für eine Annäherung an das Problem lassen sich in vier Thesen zusammenfassen:

1. *Gesundheit* ist kein Naturprodukt oder Naturzustand, sondern Ausdruck der Wechselbeziehungen zwischen menschlicher Biologie und konkreten Umweltbedingungen im Sinne einer existenznotwendigen Beziehung. Ein solcher Umweltbegriff (der im übrigen nicht auf Harmonie, sondern auf ständige Veränderung angelegt ist) schließt die natürliche und soziale Umwelt ebenso ein, wie die Beziehungen der Menschen zueinander, zur Produktion oder zu den von ihnen produzierten gesellschaftlichen Verhältnissen. Gesundheit ist von daher keine abstrakte biologische Zustandsgröße, sondern zwangsläufig mit Funktionsbegriffen gekoppelt, sei es mit der Fähigkeit zur individuellen und gesellschaftlichen Selbstverwirklichung, zur Genußfähigkeit, zur Fähigkeit Konflikte und Widersprüche zu erleben und zu lösen oder z.B. aktiv sozial zu kommunizieren. Gesundheit als wertender Begriff ist damit subjektiv wie objektiv auch in seiner Historizität gekennzeichnet und erscheint immer in einer konkreten Struktur.

2. *Gesundheitsschutz* bestimmt programmatisch einen spezifischen Aspekt der Mensch-Umwelt-Beziehung, eben im Sinne der aktiven Gestaltung der gesamten Lebensumwelt des Menschen, der nicht schlechthin dem Schutz einer abstrakten gesundheitlichen Wertvorstellung oder etwa nur den »Gesunden« gilt. Gesundheitsschutz, im Sinne allgemeiner Maßnahmen (z.B. Hygiene, Umweltschutz, Infektionsschutz, Arbeitsschutz, Brandschutz), im Sinne spezifischer Maßnahmen (Betreuung speziell Exponierter, Schutz der Kranken, der Behinderten usw.) oder auch im Sinne der Bemühungen um die Wiederherstellung der Gesundheit (Diagnostik, Therapie, Rehabilitation usw.) ist eine Programmatik, die alle Bürger einschließt. Die Medizin, bzw. ihr institutioneller Träger, das Gesundheitswesen, nimmt im Rahmen des Gesundheitsschutzes spezifische und ausgewählte Aufgaben wahr.

3. *Die Verantwortlichkeit* für den Gesundheitsschutz reflektiert somit nichts anderes als eine Seite der konkreten gesellschaftlichen Natur des Mensch-Umwelt-Verhältnisses in Form politischer Interessen und Ziele sowie des Verhältnisses von Individuum und Gesellschaft. Die tatsächliche Ausgestaltung der Verantwortlichkeit für den Gesundheitsschutz, auch hinsichtlich arbeitsteiliger Funktionen zwischen allen gesellschaftlichen Institutionen und Bereichen, das Gesundheitswesen eingeschlossen, stellt prinzipiell nichts anderes dar, als die historische Explikationsform realer gesellschaftlicher Lebensweise.

4. *Kernproblem der Entwicklung des Gesundheitsschutzes*, sind die Bedürfnisstruktur der Menschen und die Gesamtheit der Möglichkeiten zur Befriedigung dieser Bedürfnisse. Bedürfnisse nach Gesundheitsschutz sind in die Gesamtheit menschlicher Bedürfnisse eingeordnet (z.B. Frieden, Arbeit, soziale Kommunikation, Bildung, Selbstverwirklichung). Dieser Hinweis soll Aufgaben des Gesundheitsschutzes nicht relativieren, sondern ein Hinweis auf die Notwendigkeit ihrer Konkretisierung im Ensemble aller Lebensbedürfnisse sein. Gleichzeitig soll hiermit darauf hingewiesen werden, daß die Gesundheitspolitik nicht neben der Sozialpolitik steht, sondern ihr notwendiger Bestandteil ist und stets in diesem Kontext auch expliziert werden muß.

Obwohl auf der individuellen Ebene nur unzureichend abbildbar, muß dann auch akzeptiert werden, daß Bevölkerungen unterschiedlichen gesellschaftlichen Entwicklungsstandes unterschiedliche Bedürfnisse nach Gesundheitsschutz ebenso wie unterschiedliche Interessen an seiner gesellschaftlichen Realisierung haben.

Die Beantwortung der Frage nach der Verantwortlichkeit für den Gesundheitsschutz hat innerhalb der theoretischen und praktischen Grundlagen sozialistischer Gesundheitspolitik den Stellenwert eines

politischen und ethischen Imperativs. Obwohl mit der prinzipiellen Feststellung der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung beantwortet, kann nicht übersehen werden, daß die Verantwortlichkeitsproblematik Gegenstand permanenter analytischer und politisch-praktischer Aufgaben ist. Hierfür gibt es vielfältige Gründe. Der entscheidende ist jedoch, daß gesellschaftliche ebenso wie wissenschaftliche Entwicklungen immer auch neue Aufgaben und Probleme bei der Gestaltung eines solchen Prinzips aufwerfen.

Aus gesellschaftlicher Sicht steht hierbei im Mittelpunkt, mittels welcher Methoden die gesamtgesellschaftliche Verantwortung verwirklicht werden kann, aus wissenschaftlicher Sicht schaffen ätiologische Hypothesen- und Theoriebildungen auch neue Problemfelder bei der Schaffung adäquater Gesundheitsschutzstrategien. Lebhaftige Diskussionen in der DDR während der 70er Jahre, etwa um die Risikofaktorenkonzeption und ihre Einordnung in eine gesamtgesellschaftliche Gesundheitsstrategie, setzten sich eben nicht zufällig auch mit den Selbstverschuldenstheorien auseinander. Angemerkt sei, daß bereits 1968 ein Thesenmaterial zum wissenschaftlich-technischen Fortschritt in der Medizin unter dem Stichwort der sog. Zivilisationskrankheiten, diesen Aspekt thematisierte. In der Zwischenzeit ist es jedoch wohl unumgänglich, die Voraussetzungen der Verantwortlichkeitsproblematik weitaus prinzipieller zu fassen.

Politische und wissenschaftlich-technische Entwicklung haben nicht einzelne Individuen, Gruppen oder Bevölkerungen, sondern die Menschen insgesamt in eine Situation geführt, in der Gesundheitsschutz und Sicherung künftiger menschlicher Existenz Synonyme, vor allem aber auch zu einem globalen Zusammenhang werden. Den Möglichkeiten des wissenschaftlich-technischen Fortschritts sind außerordentliche Probleme an die Seite gestellt. Die globale Verantwortlichkeit bei der Nutzung dieser Möglichkeiten als originär zu erbringender Leistung der Menschen, nicht der Technik, ist zweifellos in ihrer zentralen Bedeutung für Gegenwart und Zukunft auch ein Schlüsselproblem des Gesundheitsschutzes. Sogesehen geht Verantwortlichkeit auch über den konkreten gesellschaftlichen Bezug weit hinaus.

Grundlagen:

Die Verantwortlichkeit für den Gesundheitsschutz ist in den letzten Jahren von konservativen Theoretikern erheblich ideologisiert worden und unter propagandistischen nebulösen Phraseologien (z.B. Eigenverantwortung = Freiheit) wurde viel Aufwand betrieben, der zu einer eigen-

tümlichen Polarisierung von Eigenverantwortung und gesellschaftlicher Verantwortung geführt hat. Zunächst bemerkenswert an dieser Polarisierung ist die Reduktion der gesellschaftlichen Verantwortung auf den Begriff der Staatlichkeit, verbunden mit der Eigentümlichkeit der Unterstellung, Staatlichkeit sei Dirigismus und von daher Antipode der Freiheit. Eigentümlichkeit mag ein unzureichendes Wort sein, zumindest aber wird die Frage provoziert, inwieweit dann die Freiheit durch die doch wohl offensichtliche Tatsache und Notwendigkeit der Existenz eines kapitalistischen Staates (analog für den sozialistischen) dann eingeengt wird. Doch wohl nur die Freiheit derer ist betroffen, deren Interessen der Staat wahrzunehmen nicht gewillt ist. In der Tat gibt es solche im kapitalistischen sowie im sozialistischen Staat, nur sind es Verschiedene. Damit aber ist dann auch schon die Möglichkeit erschöpft, in dieser Argumentationsweise Grundlagen der Verantwortlichkeit zu bestimmen.

Dreh- und Angelpunkt des Verantwortlichkeitsproblems ist m. E. vielmehr die Anerkennung des Menschen als ein gesellschaftliches Wesen, das seine Existenzmittel ebenso wie seine sozialen Beziehungen, seine Bedürfnisse produziert und verändert. Die Art und Weise der Arbeitstätigkeit und die Verteilung ihrer Resultate (Güter ebenso wie Erfahrungen, Wissen oder Macht), bestimmen in letzter Instanz nicht nur die Inhalte des Gesundheitsschutzes, sondern auch seine konkreten Gestaltungsbedingungen. Schließlich kann der Gesundheitsschutz nur innerhalb der Gesamtbedingungen realisiert werden, die zuvor auch tatsächlich produziert wurden, die sozialen Beziehungen eingeschlossen. Hier finden sich dann die Voraussetzungen, die historisch und sukzessive den Menschen von der Naturabhängigkeit (relativ) befreien und ihn eben auch zum Gestalter seiner gesundheitlichen Verhältnisse werden lassen. Der Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit etwa, ist seinem Wesen nach ebenso gesellschaftlicher Natur, wie der Zusammenhang von Gesundheitsschutz und Verantwortung. Auch »Eigenverantwortung« reflektiert dieses Verhältnis und findet in ihm seine materielle Grundlage: die Überwindung der Teilung der Menschen in Klassen ist die Voraussetzung der Teilnahme an der Gestaltung des gesellschaftlichen Lebens durch alle, was die individuelle Wahrnehmung gesellschaftlicher Verantwortung für den Gesundheitsschutz einschließt. Vorsozialistische Gesellschaftsordnungen sind hier keineswegs durch Eigenverantwortung gekennzeichnet, vielmehr durch den grundlegenden Interessenwiderspruch zwischen den Produzenten des gesellschaftlichen Reichtums und denen, die ihn sich privat aneignen. Die politische Ausgestaltung des Verhältnisses Gesundheit-Verantwortung kennt hier-

bei durchaus Gemeinsamkeiten der Interessen, eine Gemeinsamkeit mit handfester materieller Grundlage.

Wenn somit auf dem Hintergrund beachtenswerter Erfolge im Gesundheitsschutz in vielen entwickelten kapitalistischen Staaten auf der Basis eines zweifellos existierenden Systems gesamtgesellschaftlicher Verantwortung, die Theorie, kühner als die Praxis, Verantwortlichkeiten erneut zur Disposition stellt, kann somit nur gefolgert werden, daß eben diese Gemeinsamkeit der Interessen erschöpft ist.

Man kann wohl nicht umhin festzustellen, daß die Medizin in diesem zweifellos politischen Konflikt bewußt und/oder unbewußt Schützenhilfe geleistet hat und leistet. Man mag sich zur Crawford'schen Kritik stellen wie man will, was er kritisch an Fakten zusammenträgt, ist ebenso als logische Quintessenz einer medizinischen Forschungsstrategie lesbar, deren methodologisches Konzept dann der Analyse bedarf (2). Die Eigenverantwortlichkeitsdebatte ganz in Crawford's Sinn ist, sieht man von propagierten ethischen Folgen ab (Schäfer, Syle) in seiner politischen Natur hinreichend gekennzeichnet.⁴

Ein weitergehendes theoretisches Interesse beansprucht die Verantwortlichkeit für den Gesundheitsschutz, wenn tatsächlich die Eigenverantwortung durch die Produzenten des gesellschaftlichen Reichtums übernommen wird, d.h., wenn diese die politische Macht übernehmen. Denn die Lösung des antagonistischen Widerspruchs zwischen Arbeit und Kapital eliminiert noch nicht die Existenz von Widersprüchen überhaupt, schafft vielmehr auch neue. Ein Fortschritt besitzt in diesem Zusammenhang jedoch historische Dimensionen: Die Übertragung wesentlicher Aufgaben des Gesundheitsschutzes auf den Staat ordnet (historisch erstmalig) die Entwicklung des aktiven Gesundheitsschutzes in die Gesamtheit gesellschaftlicher Entwicklungsprozesse ein, schafft die Bedingungen bewußter Ausgestaltung gesellschaftlicher Lebensumwelt, den Schutz der Gesundheit eingeschlossen. — Die Ausprägung eines neuen Charakters der Verantwortung an dem alle Bereiche der Gesellschaft Anteil haben, ist fraglos ein komplizierter Prozeß, der zugleich mit der Entwicklung der sozialistischen Gesellschaft zunehmend komplexer werdenden Bedingungen unterworfen ist, z.B.:

1. den objektiven (inneren und äußeren) gesellschaftlichen Entwicklungsbedingungen,
2. der Dynamik der Produktivkräfte,
3. der Entwicklung des Verhältnisses Bürger-Staat,
4. der Einheit und Widersprüchlichkeit der Gesamtheit gesellschaftlicher Entwicklungsbedürfnisse,
5. der sozial-strukturellen Dynamik.

Der schrittweise Ausbau des Gesundheitsschutzes erzeugt notwendig auch qualitativ neue Widersprüche, sowohl zwischen den verschiedenen gesellschaftlichen Entwicklungserfordernissen als auch solchen zwischen individueller und staatlicher Verantwortung. Die hierbei entstehende Kernproblematik besteht jedoch nicht in sozial- und rechtspolitischen Proportionsbestimmungen von individueller und staatlicher Verantwortung, sondern in der aktiven Teilnahme möglichst vieler Menschen an der Ausübung tatsächlicher gesamtgesellschaftlicher Verantwortung. Hierbei geht es nicht um ein Vermeiden von Widersprüchen, sondern um deren aktive, demokratische Ausnutzung bei der Vervollkommenung des Gesundheitsschutzes. Die Kompliziertheit dieses Sachverhalts kann kaum unterschätzt werden, u.a., weil das konkrete individuelle Interesse jedes einzelnen Bürgers nie vollständig und total in den Gesamtinteressen aller Bürger reproduziert werden kann, weil für das Erleben konkreter Individuen gesamtgesellschaftliche Interessen immer auch eine Abstraktion darstellen.

Aufgaben:

Die Vervollkommenung des vorbeugenden Gesundheitsschutzes als gesamtgesellschaftliche Aufgabe steht mit im Zentrum der politischen Programmatik der DDR, d.h., diese Aufgabe ist wesentlicher Bestandteil sowohl der Wirtschafts- als auch der Sozialpolitik, die Gesundheitspolitik eingeschlossen. Auf eine Erläuterung durch die Darstellung einzelner Schwerpunkte im Gesundheitsschutz der Werktätigen, der Frauen, Kinder und Jugendlichen oder älteren Bürger, der Behinderten oder Geschädigten darf an dieser Stelle ebenso verzichtet werden, wie auf die Aufzählung von Aufgaben in der kommunalen und Umwelthygiene, der medizinischen Prophylaxe, der sozialen Sorge um spezielle Gruppen der Bevölkerung usw...

In den Mittelpunkt sei statt dessen gestellt, wie die Inhalte einer solchen Programmatik unter der Prämisse der gesamtgesellschaftlichkeit umzusetzen sind. Grundsätzlich kann es nur darum gehen, alle gesellschaftlichen Teilbereiche und ihre weitere Entwicklung so zu gestalten, daß sie die ihnen innewohnenden spezifischen Potenzen des Gesundheitsschutzes auch tatsächlich freisetzen. Das ist keine begriffliche Spielerei, sondern ein Problem.

Beispiel: Industrielle Arbeit jeder Art kann unter medizinischen Aspekten immer auch unter dem Gesichtspunkt von spezifischen Gesundheitsgefährdungen gesehen werden. Die Abschaffung dieser Form

der Arbeitstätigkeit kann schlechterdings nicht gefordert werden. Kernpunkt kann somit dann nur sein, sukzessive solche Arbeitsbedingungen zu schaffen, die (1) die Gesundheit schützen, (2) den Inhalt der Arbeit qualifizieren und (3) die Möglichkeiten beruflicher Selbstverwirklichung vom konkreten individuellen Gesundheitszustand relativ unabhängiger machen. Die Weiterentwicklung produktiver Technologien besitzt unter diesem Gesichtspunkt immer auch spezifische Möglichkeiten, die sich jedoch nicht im Selbstlauf durchsetzen, während gleichzeitig neue Technologien stets auch neue Anforderungen an den Gesundheitsschutz stellen. Von daher beginnt Gesundheitsschutz in den Konstruktionsbüros. Jedoch ist natürlich der Gesundheitsschutz nicht die alleinige Determinante der Wirtschaftsentwicklung, eine solche ist u.a. auch die Effektivität. Hier verlangt Gesamtgesellschaftlichkeit tatsächlich mehr als Kooperation etwa zwischen Medizin und Technik, zumindest die Vorgabe des bindenden politischen Auftrags, den unter Kontrolle stehenden Auftrag an entsprechende Verantwortungsträger, Gesundheitsschutz zum Bestandteil ihrer Tätigkeit zu machen.

Kurz: Gesundheitsschutz kann sich nur verwirklichen, wenn er fest in die Wirtschafts- und Sozialpolitik integriert ist, sich in seinen rechtspolitischen Grundlagen weiterentwickelt, Umweltschutz und -gestaltung nicht als Ressort, sondern in seinem integralen Zusammenhang begreift. Ein solcher Zugang ordnet dann aber die Verantwortung für den Gesundheitsschutz in die Aufgaben der gewählten Volksvertretungen aller Ebenen, der staatlichen Institutionen und gesellschaftlichen Organisationen oder der kommunalen Verwaltungen ein. Nichtzuletzt gilt es dann auch, die Initiative der Bürger im Gesundheitsschutz, im weiteren Sinne also bei der Gestaltung gesellschaftlicher Wirklichkeit, zu fördern. Gleichzeitig verweist ein solcher Ansatz auf zumindest ein Problem: Gesamtgesellschaftlichkeit erscheint in diesem Sinne als eine einheitliche Programmatik, ist tatsächlich aber ein vielschichtiges und komplexes System. Die inhaltliche Führung und Gestaltung eines solchen Programms ist eine tatsächliche wissenschaftliche Herausforderung, die das Problem aufwirft, angesichts der hohen gesellschaftlichen Dynamik dann auch den wissenschaftlichen Vorlauf, z.B. seitens der Medizin zu sichern.

Wesentlich dürfte deshalb die Feststellung sein, daß die Durchdringung der Gesamtpolitik durch den vorbeugenden Gesundheitsschutz neben praktisch-politischer auch wissenschaftlich-theoretischer Voraussetzung bedarf, die allein im Sinne der Vorlaufforschung nicht zu bewältigen sind. Das heißt nichts anderes, als das Praxis und Forschung bei der Realisierung von Maßnahmen des Gesundheitsschutzes einer

großen Nähe bedürfen, was wiederum die Forschungsmethodologie nachhaltig beeinflusst.

Die sich in der DDR gegenwärtig vollziehenden Umgestaltungen in den Produktionstechnologien und die Notwendigkeit, ihre Konsequenzen, sei es bildungspolitisch, sozialpolitisch oder auch seitens des Gesundheitsschutzes komplex zu beherrschen, schaffen auch für die entsprechend orientierte Forschung weitgehend neue Bedingungen und Aufgaben. Die Verpflichtung auf die Gesamtgesellschaftlichkeit besitzt in diesem Zusammenhang dann auch eine weiterreichende Bedeutung. Die hohe Dynamik in der Umgestaltung der Produktionsmittel macht es unmöglich, zunächst die Gesamtheit der hiermit im Zusammenhang stehenden Probleme gedanklich vorwegzunehmen und für jedes dieser Probleme, gestützt auf eine entsprechende Forschung, Lösungsvarianten auszuarbeiten. Die prinzipielle Orientierung auf den gesamtgesellschaftlichen Charakter des Gesundheitsschutzes schließt aber zwingend die Notwendigkeit ein, „bei der wissenschaftlichen und praktischen Vorbereitung neuer Technologien und produktiver Prozesse einschließlich ihrer sozialen Komponenten, Aspekte und Probleme des Gesundheitsschutzes zu berücksichtigen. Es wäre unvorstellbar, den Gesundheitsschutz hier nur als eine staatliche oder wissenschaftliche Aufgabe zu verstehen. Vielmehr bedarf es der »eigenverantwortlichen« Mitarbeit aller Werktätigen, z.B. über die Gewerkschaften. Die aktive Mitwirkung der Bevölkerung an der Gestaltung der gesamten kommunalen, sozialen und technologischen Umwelt oder beim Schutz und bei der Sanierung der natürlichen Umwelt muß in diesem Zusammenhang als ein Kernstück des Gesundheitsschutzes in der DDR angesehen werden. In analoger Weise gilt das auch für die Mitwirkung der Bevölkerung bei der Kontrolle der entsprechenden Gesetzlichkeit.

Die Verwirklichung gesundheitsgerechter Lebensbedingungen und -formen im persönlichen Leben, im Wohngebiet oder am Arbeitsplatz ist von daher als eine Aufgabe zu verstehen, die stets die Gesamtheit der realen Lebensbedürfnisse der Menschen in Rechnung zu stellen hat. Das schließt die Sorge um ältere Bürger, um Kranke und Betreuungsbedürftige, um Behinderte oder auch sozial gefährdete Bürger selbstverständlich ein.

»Die Erfahrungen zeigen, daß das große Leistungspotential, das in der Bevölkerung auch auf dem Gebiet der verantwortlichen Teilnahme am Gesundheitsschutz vorhanden ist, sich nicht im Selbstlauf verwirklicht, sondern an Schwerpunkten orientiert, der gesellschaftlich organisierten Realisierung bedarf. Die hierin zum Ausdruck kommende wachsende Bedeutung subjektiver Faktoren auch für die Weiterentwick-

lung des Gesundheitsschutzes ist somit zugleich ein Aspekt der Gestaltung sozialistischer Demokratie.

Wir gehen davon aus, daß bei der Mobilisierung und Organisation entsprechender Initiativen der Bevölkerung den Volksvertretungen aller Ebenen, der Gewerkschaft, der ABI (Arbeiter- und Bauerninspektionen), der Volkssolidarität, eine immer größere Verantwortung zufällt. Selbstverständlich gilt das auch für das Gesundheitswesen und seine Mitarbeiter, sei es in der kommunalpolitischen Arbeit oder bei der Sicherstellung eigener Verantwortlichkeiten, wie der Weiterbildung, der Anleitung und Kontrolle (im Gesundheitsschutz) oder etwa in der Forschung. Das schließt ein, daß die spezifischen Bedingungen der sich in der sozialistischen Demokratie verwirklichenden Verantwortung für die Gesundheit bereits bei der Konzipierung, Planung und Schwerpunktorientierung entsprechender Forschungen ihren Niederschlag finden.«

Tendenzen:

Die bezeichneten Positionen machen deutlich, daß medizinisch-prophylaktische Aufgaben nur eine Facette innerhalb des Gesundheitsschutzes darstellen. In Umkehrung heißt das aber auch, daß spezifische medizinische Zugänge zur Prophylaxe in den Gesamtzusammenhang des Gesundheitsschutzes eingeordnet sind, ein Gesichtspunkt, der zunächst subjektiver Reflexion bedarf.

Konzeptionell ist dabei ein Gesundheitsverständnis als Freiheit von Krankheit aus theoretischer wie aus praktischer Sicht zu eng. Die Folge wäre bestenfalls eine Position der Verhaltensrestriktion, der Risikolimitierung oder der moralisch wie sozial gleichermaßen bedenkenswerten Gesundheitsüberwachung in Permanenz. Die Tatsache, daß in der spezifischen medizinischen Prophylaxe Potenzen des wirkungsvollen Gesundheitsschutzes liegen, macht solche Maßnahmen noch nicht zum Zentrum einer gesellschaftlichen Gesamtkonzeption des Gesundheitsschutzes, ordnet diese vielmehr differenziert in eine solche ein.

Die Reduktion der Gesundheitsschutzproblematik auf individuelle Verhaltensweisen (Alkoholmißbrauch, Rauchen, Fehlernährung, körperliche Inaktivität) als Quellen für die scheinbare Polarisierung von »Eigenverantwortung« und »gesellschaftlicher Verantwortung« oder von interpretativen Tendenzen einer Entgegensetzung von individuellen und gesellschaftlichen Interessen, hat möglicherweise auch dazu geführt, daß sich die gesundheitsschutzorientierte Forschung hiermit zwar auf real existierende Problemfelder konzentriert hat, nichtsdestoweniger aber auch auf Problemfelder, die nicht notwendigerweise immer auch

die Prioritäten der Gegenwart und Zukunft abdecken. — Denn soviel dürfte unbestritten sein: Verhaltensweisen sind nicht nur hochgradig sozial determiniert, sondern zugleich auch von relativer Stabilität. Hier, mit welchen Mitteln auch immer einzugreifen, hat zuallererst auch eine soziale Dimension. Die von bürgerlichen Theoretikern häufig vertretene These, ein gesamtgesellschaftlich orientierter Gesundheitsschutz sei zugleich die Quelle, gleichsam die Ursache individueller Verantwortungslosigkeit, geht an dem tatsächlichen Problem schon deshalb vorbei, weil zunächst die Bedeutungspriorität individuellen Gesundheitsverhaltens methodologisch unterstellt wird. Von erheblicher Konsequenz ist hingegen die Umkehrung solcher Auffassungen, die dann auch zur konstruktiven Lösung des Problems führt: Die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für den Gesundheitsschutz ist die einzige reale Voraussetzung für die Überwindung der Entgegensetzung von individuellen und gesellschaftlichen Interessen am Gesundheitsschutz und für die Ausprägung eines Gesundheitsbegriffes, der tatsächlich die Selbstverwirklichung des Menschen in den Mittelpunkt stellt. Dies geht weder gegen, noch ohne die elementare Tatsache, daß menschliche Existenz zuallererst gesellschaftliche Existenz ist und nur (die Differenziertheit von individuellen Möglichkeiten, von Bedürfnissen, Wünschen und Lebensbildern eingeschlossen) auf dieser Basis individuell auch erlebbar wird.

Anmerkungen:

- 1 »Da Gesundheit durch eigenverantwortliche Leistung kenntlich wird, folgt auch die gesellschaftliche Beurteilung des Gesundheitszustandes diesem Maß.« (!) Franke, M., Erwartungen an die Gesundheitsbeziehung, Öff. Ges.wesen 40 (1978), S.167-172
- 2 Andere, z.B. *Schaefer* sehen das natürlich ganz anders: »Der Fortschritt in eine Zukunft ohne Katastrophen ist nur durch Verzicht möglich. Hinsichtlich der Gesunderhaltung kann diese Ökonomie nach allem was Medizintheorie und Wirtschaftstheorie einhellig voraussagen, nur in der Einschränkung des Konsums liegen. In dem Maße also, in welchem die Welt ärmer wird, könnte sie fast automatisch gesünder werden. Der gangbare Weg läge auch hier im Konsumverzicht der Ware Medizin.« Schaefer, H., Gesellschaft und Gesundheit, in: Füllgraf, G. (Hrg.) Bewertung von Risiken für die Gesundheit, Stuttgart/New York 1977, S.12
- 3 Auch hier sprechen die Beispiele für sich und die Verquickung forschungsmethodologischer Fragen mit zumindest politisch relevanten Positionen, ist in ihrer Eindeutigkeit entwaffnend. Noch einmal *Schaefer*: »Für den Handelnden ist es wesentlich, Wirkungsflüsse (gemeint ist hiermit der Versuch, *Verworn* und den von ihm mitbegründeten Konditionalismus zur erkenntnistheoretischen Grundlage der Risikofaktorenforschung zu stilisieren; e.A.) an der leichtest erreichbaren

Stelle zu unterbrechen, eine Typhusepidemie nicht durch eine Hebung des Wohlstandes zu bekämpfen, sondern durch die Ausschaltung klarer, kausal deutbarer Zwischenglieder. « Schaefer, H. in: Blohmke, M. et al (Hrg.), Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 1, Stuttgart 1975

- 4 Die diesen Problemen tatsächlich involvierte ethische Substanz muß keineswegs deduziert werden. Der Vater der Streßforschung, *Selye*, hat sie in wünschenswerter Deutlichkeit offengelegt und damit zugleich den Weg einer Problemlösung gewiesen. Oder doch nicht? *Selye*: »Es ist ein biologisches Gesetz, daß der Mensch ebenso wie niedrige Tiere für irgend ein Ziel kämpfen und arbeiten muß, das dies nach seiner Meinung wert ist. (...) Nur durch Bemühung, häufig durch aggressive, egoistische Bemühung, können wir unsere Leistungsfähigkeit erhalten und unser homöostatisches Gleichgewicht mit der umgebenden Gesellschaft und der unbelebten Welt sicherstellen. (...) In der Natur gibt es kein Beispiel für eine Kreatur, die ausschließlich vom Altruismus und dem Wunsch andere zu schützen, geleitet ist. Ein Gesetz des universellen Altruismus wäre tatsächlich im höchsten Grade unmoralisch, da es von anderen erwarten würde, daß sie sich mehr um uns als um sich selbst kümmern. (...) Wie können wir ein ethisches Gesetz entwickeln, das den Egoismus und die Arbeit zur Ansammlung persönlichen Reichtums als moralisch korrekt anerkennt?« *Selye, H.*: Gesundheit und Streß-Konzept in: Füllgraf, G. (Hrg.), Bewertung von Risiken für die Gesundheit, Stuttgart/New York 1977, S.7

Literaturverzeichnis

1. Crawford, R., You are dangerous to your health. The ideology and politics of victim blaming, in: Int. J. Health Serv. 7 (1977) S.663-680
2. Niehoff, J.-U., Der Morbiditätsprozeß — Zur Leistungsfähigkeit einer theoretischen Konzeption, Habil.-Schrift, Berlin 1983
3. Niehoff, J.-U. et al, Gesundheit und Verantwortung z.f. ärztliche Fortb. 79 (1985), S.453-455
4. Thesen, Sozialismus, wissenschaftlich-technische Revolution und Medizin, in: Verhandlungen des Rates für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaften beim Ministerium für Gesundheitswesen der DDR, Bd. 6, Berlin 1969