

Editorial

Die WHO-Definition von Gesundheit als körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden scheint in entwickelten Industrieländern mehr und mehr zur Zielvorgabe medizinischer Anstrengungen und gesundheitlicher Versorgung zu werden. Dies aber in einer Weise, die sich zum Zeitpunkt der WHO-Definition (1948) niemand hat vorstellen können.

Wir meinen, daß ein großer Teil der Aktivitäten für die Gesundheit und das darüber geschaffene Bewußtsein von Gesundheit mit dem Begriff des Gesundheitskultes bezeichnet werden kann. Angestrebt wird tendenziell der Mensch ohne Leid, die Unsterblichkeit, die Freiheit von Krankheitsrisiken und von psychischen und psychosozialen Dissonanzen. Die in diesem Band gesammelten Texte illustrieren dies schon deshalb nur in Form von »Schlaglichtern«, weil die Bandbreite von Programmen und Aktivitäten für diesen Kult das gesamte Spektrum der Medizin und von Public Health betreffen, eine Gesamtdarstellung also längst nicht mehr möglich ist.

Was sind die Auswirkungen dieser kultischen Verfolgung eines Gesundheitszieles idealisierter Perfektheit? Der Mensch muß in allen Lebenslagen überwacht werden, er soll mit jeglichem Mißbefinden schon – professionelle oder halbprofessionelle – Helfersysteme aufsuchen bzw. von ihnen gefunden werden, will er nicht Gefahr laufen, aus dem Gesundheitsideal »herauszufallen«, von Krankheit bedroht zu werden etc. Dabei hat insbesondere die Medizin eine Orientierung auf das sogenannte Null-Risiko vorgegeben: möglichst alle Risiken sind möglichst frühzeitig zu erfassen und zu behandeln – auch wenn dies für den einzelnen Risiken im Bereich von 1:500000 sind.

Würde dies alles so einfach gehen und gäbe es keine unerwünschten Wirkungen der Diagnostik, Behandlung und Betreuung, dann könnte man außer dem Kostenargument vielleicht wenig dagegen einwenden. Tatsache ist aber, daß dieser Gesundheitskult selbst zum krank machenden Faktor wird: Von der Geburt bis zum Sterben sollen wir uns konstant als bedroht erleben. Wenn immer mehr gegen tatsächliche oder hypothetische Gefahren für die Gesundheit getan werden kann, wird diese Form der gesundheitlichen Versorgung selbst zur Gesundheitsgefahr, und zwar nicht einmal primär über die üblichen Nebenwirkungen von Diagnostik und Therapie, sondern

vielmehr auch über die Vermittlung eines Lebensgefühls der beständigen und undurchschaubaren Bedrohung. Dies aber ist nur die halbe Wahrheit: Wer wirklich krank ist, wer oft erbärmlich und elend mit Krankheit zu leben hat – seien es die Alten, Einsamen chronisch Kranken oder die Armen –, wird aus dem öffentlichen Bewußtsein und der schönen neuen Welt der umfassenden Risikoversorge und Gesundheitsförderung zumeist »ausgeklammert«.

Von dieser zunehmenden Kluft zwischen engmaschiger Risikoüberwachung und erlebnisorientierter Gesundheitsförderung einerseits und der oft elenden Krankheitswirklichkeit nehmen weder die Medizin noch Public Health in Deutschland hinlänglich Notiz. Daß auch heute noch Erkrankung, Krankheit und Bewältigungsmöglichkeiten sehr viel stärker durch soziale Lebensbedingungen beeinflusst werden als durch eine auf biologische Risikofaktoren orientierte Medizin oder durch verhaltensorientierte Public-Health-Kampagnen, gerät hierzulande allzuleicht und allzuoft aus dem Blickfeld.

Die Kluft zwischen Krankheitsrealität und Gesundheitskult findet auch in der Steuerung der Versorgung durch die Gesundheitspolitik ihren Niederschlag: Da der gegenwärtig dominante Typus von Medizin immer schwieriger zu finanzieren ist, wird die faktische Auflösung der solidarisch getragenen GKV ins Auge gefaßt: Basisversorgung und Zusatzleistungen oder Wettbewerb der Krankenkassen mit unterschiedlichen Leistungsprofilen sind hier nur einige Stichworte für die Richtung, in der derzeit vorrangig Lösungen für dieses Problem gesucht werden. Zu befürchten ist, daß derartige Modelle strukturell zur Verschlechterung der Versorgung der Kränksten – und dies sind nach wie vor viel häufiger die Ärmeren als die Wohlhabenden – führen wird.