

- Peset, J.L.: Zur Geschichte der medizinischen Kausalität, Manuskript eines Vortrages in Hamburg 1977
- Pflanz, M.: Epidemiologie und Präventivmedizin, in: Volkholz, V. et al. (Hrsg.): Analyse des Gesundheitssystems, Frankfurt/M. 1974
- Popper, K.R.: Prognose und Prophetie in den Sozialwissenschaften, in: Topitsch, E. (Hrsg.): Logik der Sozialwissenschaften, Köln 1972
- ders.: Logik der Forschung, Tübingen 1973
- Prinzing, F.: Handbuch der medizinischen Statistik, Jena 1931
- Rutenfranz, J., Colquhoun, W.P., Knauth, P., Ghata, J.N.: Biomedical and Psychosocial Aspects of Shift Work, in: Scand. J. Work Environm. and Health 3, 1977, S.165-182
- Schaefer, H., Blohmke, M.: Sozialmedizin, Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin, Stuttgart 1972
- dies.: Sozialmedizin, Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin, 2. überarb. u. erweiterte Aufl., Stuttgart 1978
- dies. et al.: Herzkrank durch psychosozialen Streß, Heidelberg 1977
- Schaefer, H.: Die Hierarchie der Risikofaktoren, in: Mensch, Medizin, Gesellschaft 1, 1976, S.141-146
- Schlosser, O.: Einführung in die sozialwissenschaftliche Zusammenhangsanalyse, Hamburg 1976
- Selye, H.: Stress, Bewältigung und Lebensgewinn, München 1974
- Sève, L.: Marxismus und die Theorie der Persönlichkeit, Frankfurt/M. 1973
- Siegenthaler, W., Veragut, U., Werning, C.: Blutdruck, in: Siegenthaler, W. (Hrsg.): Klinische Pathophysiologie, Stuttgart 1972
- The Pooling Project Research Group: Relationship of Blood Pressure, Serum Cholesterol, Smoking Habit, Relative Weight and ECG Abnormalities to Incidence of Major Coronary Events: Final Report of the Pooling Project, in: Journal of Chronic Disease, Vol. 31, Oxford, New York, Toronto, Sydney 1978, S.201-306
- Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer: Risikofaktoren, Nahrungsfette und degenerative Herz- und Gefäßkrankheiten, in: Deutsches Ärzteblatt, H. 39, Sept. 1978, S.219ff.

Eberhard Göpel

## Gesundheitserziehung oder Didaktik der Medizin?

### 1. Am Beginn einer neuen Kampagne

„Mehr Gesundheitserziehung“ ist eine der am wenigsten strittigen Forderungen in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion. Vielfältige Initiativen, Veröffentlichungen<sup>1</sup>, Vereinsgründungen, Forschungsprogramme, Institutsgründungen<sup>2</sup> sind Produkte dieses augenfälligen Konsens, der gegenwärtig allen Publizität zusichert, die zu diesem Thema etwas beizutragen in Aussicht stellen. Eine derartige Übereinstimmung, in der es bisher kaum kontroverse Diskussionen gibt, ist gleichermaßen erstaunlich wie erklärungsbedürftig. Der Hinweis auf die Kostenlawine im Gesundheitswesen, die ein Umdenken im Hinblick auf

eine verstärkte Präventivmedizin unabweisbar gemacht habe, ist zu pauschal, um allein ausschlaggebend zu sein.

Vielmehr spricht vieles für die Annahme, daß es unter dem Deckmantel des konsensfähigen Begriffs der „Gesundheitserziehung“ zumindest auch um eine neue ideologische Front im Kampf um das soziale Verständnis von Gesundheit und Krankheit geht.

Wenn die meisten Autoren und Verfechter einer verstärkten Gesundheitserziehung in ihren Vorreden betonen, daß es ihrer Meinung nach eigentlich gar nicht möglich sei, Gesundheit positiv zu definieren, dann darf man mit Spannung erwarten, mit welchen Hilfskonstruktionen sie die Zielbestimmung ihrer Aktivitäten vornehmen, denn in diesen wird der ideologische Hintergrund durchsichtiger. An vielen Stellen gleicht die Argumentation der Diskussion um „politische Bildung“ in den 50er oder der „Sexualerziehung“ in den 60er Jahren, auch wenn bisher die Konzeptualisierung der Gesundheitserziehung noch nicht so weit fortgeschritten ist, daß kontroverse Auseinandersetzungen um Zielvorstellungen politisch ausgetragen wurden.

Der Begriff der Gesundheit ist als ideologischer Leitbegriff deshalb so tragfähig, weil er sich im Rahmen einer säkularen Ethik als höchster Wert überhaupt konstituiert und gleichsam über den übrigen Wertvorstellungen rangiert. Auf diesen Zusammenhang hat z.B. W. Schoene aufmerksam gemacht.<sup>3</sup>

Die soziale Leitwirkung des Begriffs „Gesundheit“ hat daher ähnliche politische Bedeutung wie diejenige anderer zentraler Wertvorstellungen unserer Gesellschaft, wie z.B. des Begriffs der „Freiheit“ in der politischen Bildung oder der Begriff der „Natürlichkeit“ in der Sexualerziehung.

Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, daß die Definitionsmacht der Ärzte zwar für den Begriff der Krankheit unstrittig und durch das Sozialversicherungsrecht institutionalisiert ist, sich aber nicht unbestritten auch auf Fragen der Gesundheitserziehung bezieht.

Die Entwicklung in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen zeigt zwei typische Entwicklungslinien: In beiden Bundesländern wurden in letzter Zeit „Institute für Gesundheitserziehung“ gegründet. Während sich diese Gründung in Baden-Württemberg im Rahmen einer geistigen Mobilmachung des Bürgertums vollzieht (Gründungsmitglieder der „Deutschen Gesellschaft für Gesundheitserziehung“, der Trägerorganisation des Instituts, sind neben Ärzten auch Pädagogen, Journalisten, Medizinhistoriker, Apotheker und Pfarrer. (Ziel ist — laut Prof. Schipperges — eine „ökologisch orientierte Medizinische Anthropologie“)<sup>4</sup>, wird in dem sozialliberalen Nordrhein-Westfalen Gesundheits-erziehung als sozial-technologisches Problem der Verhaltenssteuerung behandelt. Als Grundlage für die dortige Institutsgründung dient ein

großspuriges Konzept zur „flächendeckenden (!) Gesundheitserziehung in NRW“.<sup>5</sup>

Das Spektrum der Bemühungen unter dem Etikett „Gesundheitserziehung“ reicht also von kulturpessimistischen Globalanalysen bis zu multimedialen Zahnputzaktionen. Konnte man bisher davon ausgehen, daß der Vertrieb von aufklärenden Glanzpapier-Schriften kaum Nutzen, aber auch kaum Schaden anrichtete, nimmt das Ausmaß konservativer Gesundheitsideologie gepaart mit werbepsychologischer Aufmachung in naher Zukunft möglicherweise Formen an, die eine intensive kritische Auseinandersetzung mit den zugrunde liegenden Vorstellungen und Motiven dringend notwendig machen.

## 2. Wem nützt Gesundheitserziehung?

Eine verwirrende Vielzahl von Aktivitäten<sup>6</sup> unter dem Etikett „Gesundheitserziehung“ kann nicht darüber hinwegtäuschen, daß es sich weiterhin im wesentlichen um eine programmatische Leerformel mit jeweils durchaus unterschiedlichen Inhalten handelt.

Die gegenwärtige Konzeptionslosigkeit beginnt bereits in der begrifflichen Festlegung. Der geläufigste und am meisten verwendete Begriff für eine systematische Verbreitung gesundheitsbezogener Informationen ist der der „Gesundheitserziehung“, eine Wortbildung, die den Bedeutungsgehalt des englischen „health education“ nur unvollkommen wiedergibt und zudem sprachlich falsch ist.<sup>7</sup>

J.J. Rohde hat eine Begriffsbestimmung der Gesundheitserziehung veröffentlicht, die versucht, diesen Begriff in einen sozialisationstheoretischen Rahmen einzuordnen:

„Gesundheitserziehung soll im Sinne von gesundheitsbezogener Sozialisation die Gesamtheit aller Handlungen heißen, welche im Rahmen sozialer Systeme darauf abzielen oder aber die Konsequenz besitzen: (1) den Wert Gesundheit überhaupt und irgendwie zum bindenden Wert der Orientierung, des Verhaltens und Handelns der am System beteiligten 'Einheiten' (Individuen oder Kollektive) zu machen und/oder die einmal zustande gekommene Bindung an diesen Wert aufrecht zu erhalten und zu stärken; (2) die Einstellungen (Attitüden), Normen, Handlungsanweisungen und 'Techniken' aufzuzeigen, zu vermitteln, verbindlich durchzusetzen und zu kontrollieren, die für die situationsspezifische Verwirklichung des Werts Gesundheit und also bei der Bekämpfung von Krankheit im jeweiligen Systemzusammenhang für förderlich und wirksam erachtet werden.“<sup>8</sup>

Eine ähnlich allgemeine Aufgabenbestimmung der Gesundheitserziehung hat W. Fritsche, ehemaliger Präsident der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, veröffentlicht:

„Aufgabe der Gesundheitserziehung ist es, durch Einsatz von zweckgerichteten zwischenmenschlichen Kommunikationen die Gesundheit von Individuen und Menschengruppen positiv zu beeinflussen und Krankheiten sowie deren Folgen entgegenzuwirken.... Inhaltliches Anliegen der Gesundheitserziehung ist es, den Menschen unserer Zeit in die Lage zu versetzen, sich selbst ein Urteil darüber zu



bilden, was gesund und was ungesund ist, um ihm zu ermöglichen, auf freier Entscheidung ein Leben zu führen, das seine Gesundheit fördert und bewahrt."<sup>9</sup>

Beide Begriffs- und Aufgabenbestimmungen enthalten einen Ansatz zur Operationalisierung und unterscheiden sich deutlich von früheren bildungsidealistischen Proklamationen.<sup>10</sup>

In der Praxis offizieller Gesundheitserziehung in der BRD lassen sich verschiedene Strategien unterscheiden, die verfolgt werden, um Menschen zu gesundheitsgemäßem Verhalten zu veranlassen:

### *1. Gewohnheitsbildung*

Dieser Ansatz faßt Gesundheitserziehung im wesentlichen als ein Verhaltenstraining auf. Entsprechend dem behavioristischen Verständnis von Erziehung gleicht das Vorgehen weitgehend einem Dressurakt.<sup>11</sup> Geeignete Verhaltensmuster sollen so früh wie möglich konditioniert werden. Die Bedeutung der Familie und der Volksschule für die Einübung von gesundheitsgemäßen Verhaltensweisen wird daher betont. Die Vorbildfunktion des Erziehers und die Notwendigkeit von Leitbildern wird unterstrichen. Auf eine rationale Erklärung wird weitgehend verzichtet. Verhaltenssteuerung wird durch eine schlichte Typisierung (im Sinne von: gut - böse bzw. gesund - krank) oder kurze Leitsätze (etwa im Sinne: Vor dem Essen Hände waschen! u.ä.) und entsprechende Sanktionen angestrebt.

### *2. Angstappell*

Dieser Ansatz geht davon aus, daß Menschen zu prophylaktischem Verhalten dadurch motiviert werden können, daß ihnen mögliche Konsequenzen mangelnder Vorsorge abschreckend bewußt gemacht werden. Durch Darstellung möglicher Krankheits- oder Unfallfolgen sollen verschiedene Ängste ausgenutzt werden, um zu entsprechendem Vorsorgeverhalten aufzufordern. Diese Strategie wird besonders häufig zur Abschreckung gegen Genuß- und Rauschmittelgebrauch (Zigaretten, Alkohol, Drogen) verwendet. Ihre Wirksamkeit ist jedoch umstritten.<sup>12</sup>

### *3. Verantwortungsappell*

Dieser Ansatz nimmt auf die Annahme Bezug, daß Gesundheit ein Gut sei, für dessen Erhaltung jeder Mensch verantwortlich sei. Während früher vorwiegend eine Verantwortung vor Gott betont wurde, wird heute im stärkeren Maße eine soziale Verantwortung in den Vordergrund gestellt. In beiden Fällen geht es darum, unter Bezug auf ethische Anforderungen ein den sozialen Konventionen entsprechendes Verhalten zu erreichen, deren Erfüllung gleichzeitig als Inbegriff von und Rechtfertigung für Gesundheit dargestellt wird. Seine Wirksamkeit ist jedoch weitgehend an eine traditionalistische Orientierung der Adressaten und ent-

sprechende soziale Sanktionen gebunden.<sup>13</sup>

#### 4. Werbung

Dieser Ansatz geht davon aus, daß das Gesundheitsmotiv neben einer Reihe anderer konkurrierender Handlungsmotive steht. Aufgabe der Gesundheitserziehung ist es danach, durch werbepsychologische Aktionen das Gesundheitsmotiv zu stärken. Für eine „Werbepsychologie der Gesundheit“ wurden die folgenden Hypothesen aufgestellt:

„1. Gesundheit wird als Wert erlebt, sobald sie mit Erfüllung triebhafter Wünsche assoziiert werden kann. 2. Die Gesundheitserziehung muß, um wirksam zu sein, die anerkannten und bewährten Mittel zur Befriedigung und die Trägheit des Menschen überspielen.“<sup>14</sup>

Hieraus wird die Notwendigkeit abgeleitet, gesundheitspositives Verhalten darzustellen und dieses mit anderen sozialen Idealbildern in Zusammenhang zu bringen, um unter Ausnutzung deren Wertschätzung eine positive Verhaltensänderung zu erreichen. Dabei erfolgt jedoch häufig eine Verdinglichung des Gesundheitsbegriffs, durch die „Gesundheit“ als Ware erscheint und einer warenästhetischen Konkurrenz mit anderen Konsumgütern unterworfen wird.<sup>15</sup> Wenn auch mit dem werbepsychologischen Ansatz Wirkungen erzielt werden, so bleibt fraglich, ob die „Neben“-Wirkungen einer derartigen Gesundheitspropaganda erwünscht sein können.<sup>16</sup>

Über die Wirksamkeit gesundheitserzieherischer Maßnahmen bestehen kaum empirisch gesicherte Vorstellungen. Dies erscheint um so erstaunlicher, wenn man die großen Mengen an Schriften, Filmen und Büchern betrachtet, die sich mit Gesundheitserziehung befassen und mit der Hoffnung auf Massenwirkung verteilt werden. Erst in den letzten Jahren sind im verstärkten Maße auch Kontrolluntersuchungen über die verhaltensbeeinflussende Wirkung von Gesundheitsaufklärungsaktionen durchgeführt worden. Nur wenige haben das Ergebnis einer Schweizer Untersuchung stützen können, die nach einer 3-jährigen Kontrolluntersuchung über den Erfolg konzentrierter gesundheitserzieherischer Beeinflussung zu dem Schluß kam, „daß durch ein langfristiges Gesundheits-erziehungsprogramm, das Vermittlung von Gesundheitswissen und Erziehung zu hygienischen Verhalten beinhaltet, der Gesundheitszustand und die Lebensgewohnheiten meßbar positiv beeinflußt werden können.“<sup>17</sup>

Eine Reihe anderer Untersuchungen über die Wirksamkeit von Aufklärungsaktionen konnte dagegen keinen oder nur sehr geringen Einfluß in Bezug auf längerfristige Verhaltensänderungen feststellen.<sup>18</sup> Diese ernüchternden Resultate haben international zu einer verstärkten Grundlagenforschung und Methodendiskussion geführt. Die wichtigsten Kritikpunkte gegenüber der gegenwärtig vorherrschenden Praxis gesundheitlicher Aufklärung hat J. Siegrist in den folgenden Thesen zusammengefaßt:

„1. Gesundheitliche Aufklärung geht von einem Modell rationaler Informationsverarbeitung aus, in welchem unterstellt wird, daß die Darstellung bestimmter Gefahren und Schädlichkeiten der Lebensweise zu unmittelbaren Verhaltenskorrekturen führt. Verhaltensdispositionen, die langfristig, über Sozialisationstechniken, erlernt und im vorbewußten Bereich verankert sind, werden durch rationale Informationsverarbeitung nicht wesentlich berührt. Dasselbe gilt für affektiv bestimmte Verhaltensweisen.

2. Die das 'defizitäre' Krankheitsverhalten bestimmenden Sozialisationspraktiken der Grundsicht stellen Techniken der Situationsbewältigung auf dem Hintergrund von Erscheinungen der sozialen Lage wie schwerer körperlicher Arbeit, ökonomischer Unsicherheit, ungünstiger Wohnbedingungen usw. dar. Der Versuch, diese Praktiken zu beeinflussen, ohne gleichzeitig das sie stets verstärkende soziale Substrat zu berücksichtigen, dürfte daher wenig erfolgversprechend sein.

3. Die herkömmliche Gesundheitserziehung hat die gesellschaftliche Verankerung gesundheits- und krankheitsbezogener Verhaltensweisen zu wenig berücksichtigt. Sie hat dort einer individuellen Verantwortungsethik das Wort geredet, wo es um die Analyse kollektiver Zustände gegangen wäre. Mit dieser individuellen Verantwortungsethik hat sie die benachteiligten Gruppen überfordert; an Stelle von Aktivierung ist daher oft der gegenteilige Effekt einer passiv-resignativen Haltung gegenüber Gesundheit und Krankheit erzeugt worden.

4. Gesundheitliche Aufklärung vollzieht sich in einem quasi-akademischen, mittelschichtspezifischen Sprach- und Argumentationsrahmen. Zwischen Form und Inhalt sprachlicher Äußerungen der professionellen Mitglieder (Ärzte) einerseits und der Erfahrungs- und Vorstellungsweise der Zielgruppen, insbesondere der Mitglieder unterer Schichten, andererseits, besteht eine Kluft. Durch sie wird die Lernbereitschaft entscheidend beschnitten.“<sup>18</sup>

Die Kritikpunkte machen deutlich, daß die gegenwärtige Gesundheitserziehung in der BRD kaum in der Lage ist, der Mehrheit der Bevölkerung eine gesundheitliche Orientierung zu vermitteln, die diese befähigt, gesundheitswidrige Normen, Aktionen und Verhaltensweisen zu erkennen und sich aktiv um eine Änderung bedingender Faktoren zu bemühen.

### **3. Die soziale Bedeutung des Gesundheitsmotivs**

Seinem sozialen Bedeutungsgehalt nach zielt der Begriff „Gesundheit“ auf eine rationale Bestimmung des individuellen Existenzoptimums und aus diesem Tatbestand erklärt sich seine allgemeine gesellschaftliche Wertschätzung, die ihn in der individuellen Einschätzung über alle übrigen gesellschaftlichen Werte hebt. Unter soziologischen Gesichtspunkten hat W. Schoene versucht, diese Hervorhebung des Gesundheitsideals als Ausdruck einer säkularisierten Ethik im Zusammenhang mit der Entwicklung der medizinischen Wissenschaft zu charakterisieren:

„Erst als das menschliche Leben — primär als physische Existenz begriffen — in immer größerem Umfang in den Bereich des wissenschaftlich Erkennbaren einbezogen wurde, erst als es gelang, das Optimum dieser physischen Existenz — die Gesundheit — in immer größerem Umfang in den Bereich des rational 'Machbaren' einzubeziehen —: erst da bot sich ein Maßstab, auf den potentiell alle ande-



ren Werte bezogen und hinsichtlich ihrer Leistung gemessen werden konnten.

Die schon genannten Eigenschaften der Gesundheit — die rationale Einsehbarkeit und die empirische Verifizierbarkeit — erlaubten es der leistungsorientierten Gesellschaft, die einhellige Zustimmung zu diesem Ideal als 'Vorgegebenheit' zu setzen und damit die Gesundheit als Höchstwert vorauszusetzen... Diese abstrakteste Ethik, die allein die Bewahrung des Lebens als die Voraussetzung aller anderen Möglichkeiten fordert, findet ihre Konkretion im Gesundheitsideal. Zumindest ist das Gesundheitsideal diejenige Konkretion, die der Leistungsorientierung der modernen Gesellschaft am genauesten entspricht. Denn was hier dem Menschen an konkreten Verhaltensanleitungen angeboten wird, ist — oder gilt als — rational gewonnen; es ist im Bereich der gefährdeten Gesundheit ermittelt worden — d.h. dort, wo alle nicht rational abgeleiteten und geprüften Werte ohnehin zurückzutreten haben; es entspringt (zumindest voraussetzungsgemäß) jener Haltung der Vorurteilslosigkeit, die die Phänomene allein auf ihre Leistung und daher auch menschliches Verhalten auf seinen meßbaren Effekt befragt — und die beides in Beziehung setzt zu dem abstrakten und universell anerkannten Wert der Erhaltung des menschlichen Lebens.

Soweit die Verhaltensanleitungen, die unter dem Namen des 'Gesunden' erscheinen und die Gesundheits-'Maximierung' zusichern, eine vorgegebene — oder auf Vorgegebenheiten gestützte — Ethik ersetzen oder doch ergänzen, übernehmen sie die sozial-regulative Funktion, die der Ethik im herkömmlichen Sinn innewohnt. Sie erweisen sich der tradierten Ethik jedoch darin als überlegen, daß sie über dem modernen Normenpluralismus stehen, daß sie ihre Respektierung schon und nur im Diesseits zu belohnen versprechen und daß ihnen das Odium des 'Moralischen um der Moral willen' fehlt (das dem Triebverzicht ohne 'vernünftigen' Grund, d.h. ohne allgemein als wünschbar anerkannte 'Gegenleistung' gemeinhin anhaftet). Sie fordern nicht, ohne zugleich ihr empirisches Begründetsein zu behaupten; sie setzen nicht einen Maßstab, nach dem der Effekt — oder gar die Intention — menschlichen Verhaltens beurteilt werden soll, sondern ihr Maßstab ist am Effekt menschlichen Verhaltens gewonnen und sagt den Effekt künftigen Verhaltens voraus... Orientiert am Automatismus der Naturgesetzlichkeit, haben Verhaltensnormen, die der Gesundheit dienen sollen, primär nur konstatierenden Charakter. Das fordernde Element, das eigentlich Normative also, wird nicht von einer überindividuellen Willensinstanz abgeleitet, sondern es wird vom Einzelnen, der sich an den Gesundheitsnormen orientiert, stets von neuem selbst aufgebracht."<sup>19</sup>

In einer historischen Betrachtung der bisherigen Verwendung des Gesundheitsmotivs in pädagogisch-propagandistischer Absicht in Deutschland<sup>20</sup> lassen sich die folgenden Erkenntnisse gewinnen: Das Gesundheitsmotiv, als der Versuch, die individuellen Lebenschancen durch bewußtes Handeln zu verbessern, kann bei kollektiver Verbreitung eine unmittelbare politische Wirkung entfalten.<sup>21</sup> Gesundheit als eine aus ihrer Negation (Krankheit, Tod) empirisch bestimmbare Größe kann in Auseinandersetzung mit ökonomischen Interessen zu einem politischen Leitbegriff aller derjenigen werden, die aufgrund ihrer Stellung im gesellschaftlichen System um die Realisierung ihrer historisch möglichen Lebenschancen betrogen werden. Eine derartige Qualität hat z.B. die bürgerliche Aufklärungsbewegung im 18. Jh., die sozialistische Gesundheitsbewegung zu Beginn dieses Jahrhunderts gehabt und hat zum Teil die gegenwärtige Ökologie-Bewegung.

Andererseits ist das Gesundheitsmotiv als konkrete Utopie in besonders hohem Maße für manipulativen Mißbrauch anfällig, da es für den Einzelnen in seiner Angemessenheit nur durch das Nicht-Eintreten denkbarer schlechterer Verläufe empirisch nachvollziehbar ist. Durch Manipulation spezifischer Ängste und Verfälschung der Risikowahrscheinlichkeit kann die soziale Handlungsbereitschaft in erheblichem Maße beeinflusst werden. Dies kann sowohl im Sinne einer bewußten Dramatisierung (vgl. die medizinische Begründung des Onanieverbots im 19. Jh.) oder bewußten Entdramatisierung geschehen (vgl. die moderne Zigarettenwerbung, aber auch Stellungnahmen zu Arbeitsplatzrisiken, radioaktiven Strahlungsrisiken etc.).

Die Idee einer „gesundheitlichen Aufklärung“ hat in Deutschland seit etwa 200 Jahren Tradition.<sup>22</sup> Während sie jedoch zur Zeit der Aufklärung Ausdruck bürgerlichen Emanzipationsstrebens war, bei dem durch eine unmittelbare Popularisierung medizinischen Wissens der Vernunft im gesellschaftlichen Bereich zum Durchbruch verholfen werden sollte, ist sie in der jüngeren Geschichte zunehmend in den Dienst staatlicher Steuerungs- und privatwirtschaftlicher Verwertungsinteressen geraten und hat zur Zeit des Faschismus eine unmittelbare staatliche Manipulationsfunktion gehabt. Die Forderung der Aufklärungszeit nach einer „öffentlichen Medizin“ im Sinne einer unmittelbaren gesellschaftlichen Umsetzung des medizinischen Erkenntnisfortschritts ist dabei zunehmend der Vorstellung von einer eigenständigen Vermittlungsinstanz zwischen medizinischem Expertenwissen und erzieherisch zu traktierendem Laienverhalten gewichen.

Da sich die Inhalte einer derartigen „Gesundheitserziehung“ nicht mehr auf den aktuellen medizinischen Kenntnisstand bezogen, sondern sich zu einem eigenständigen pädagogisch aufgepöppelten Normenkatalog verselbständigten, wurde die „therapeutische Entmündigung“ durch die kurative Medizin schließlich durch eine „pädagogische Entmündigung“ durch die Schar der „Gesundheitserzieher“ ergänzt. Der vielfach festgestellte Widerspruch zwischen der hohen sozialen Wertschätzung des Gesundheitsmotivs und der relativ geringen praktischen Handlungsrelevanz ist zumindest zum Teil auch als Folge eines Widerstands gegen derartige pädagogisch-propagandistische Beeinflussungsversuche zu werten.

#### **4. Gesundheit als Wissenschaftsproblem der Medizin**

Galt Gesundheit zur Aufklärungszeit und zu Beginn der bürgerlichen Gesellschaft als eine Art biologische Mitgift des Menschen und als Ausdruck intakter Natur, die es vor falschem Gebrauch und vorzeitiger Zerstörung zu bewahren galt, so wurden mit der Entfaltung der Produktiv-



kräfte unter den Bedingungen arbeitsteiliger Produktion zunehmend auch die elementaren Voraussetzungen menschlichen Lebens zu gesellschaftlich produzierten und beeinflussten Lebensbedingungen.

Gesundheit kann daher nicht länger als ein Problem individueller Eigenverantwortlichkeit betrachtet werden.<sup>23</sup> Die Realisierung gesunder Lebensmöglichkeiten ist unter den gegenwärtigen Bedingungen der individuellen Einflußmöglichkeit und Entscheidungsfreiheit weitgehend entzogen und zu einem politischen Problem geworden. Gesundheit kann nicht mehr als ursprünglicher Zustand erscheinen, den es lediglich zu verteidigen gilt, sondern nur noch als Ausdruck eines permanenten Prozesses, durch den ein Lebensoptimum realisiert werden soll.<sup>24</sup> Die Medizin hat in ihrer Wissenschaftsstruktur und Praxis diesen Wandel nicht mitvollzogen. Das Paradigma „Krankheit heilen“ hat zwar inzwischen zu einer Perfektionierung der Möglichkeiten geführt, ein Existenzminimum zu sichern, versagt jedoch vor der Anforderung, Richtlinien für die politische Verwirklichung eines historisch möglichen Existenzoptimums zu geben. — Ein Paradigmawechsel der Medizin zugunsten der Zielsetzung „Gesundheit ermöglichen“ hätte notwendig weitreichende Konsequenzen für die gesamte Medizin:

„Verlagern wir die Kriterien von Gesundheit heraus aus den nur sozialhistorisch noch zu verstehenden Zufälligkeiten des Arzt-Patientenverhältnisses in den wissenschaftlichen Erkenntnisprozeß, der die Bedingungen der Selbsterhaltung individuellen Lebens erforscht, dann geraten wir konsequenterweise auf den Weg einer aktiven Gesundheitspolitik.“<sup>25</sup>

Ein derartiger Weg wurde bereits vor 125 Jahren von A. Virchow und S. Neumann propagiert und vor 60 Jahren von A. Grotjahn in Form der Sozialhygiene theoretisch entwickelt.

Aus einem derartigen Bezugswechsel medizinischer Forschung und Tätigkeit ergeben sich vor allem zwei wesentliche Konsequenzen für das Wissenschaftsverständnis der Medizin:

1. Die medizinische Forschung muß an den gesellschaftlichen Problemen gesundheitsfördernder Lebensbedingungen orientiert werden. Die sozialen Bedingungen und Auswirkungen individueller Lebenspraxis sind zu untersuchen und zu veröffentlichen, denn

„das Verhältnis zum eigenen Leib, die Erfahrungen mit der Bindung menschlicher Existenz an biologische Grundlagen, die Vorstellungen über die Beziehungen, die zwischen Handeln (Essen, Trinken, Schlafen, Sichbewegen, erotisch und sexuell Interagieren, Arbeiten, Sichern der personalen und sozialen Identität) und Gesundheit bestehen, also gerade der Bereich menschlicher Existenz, den Sozialmedizin und Gesundheitspolitik zu beeinflussen streben, ist in den entwickelten Industriegesellschaften in hohem Grade individualisiert, privatisiert, ja wissenschaftlich terra incognita.“

Die sozialgeschichtliche Fixierung der Produktivkräfte (industrielle marktvermittelte Arbeitsteilung, wissenschaftliche Medizin) hat diesen Bereich außer Sichtweite gestellt.

Soziale Ungleichheit als Gliederungsprinzip der Vergesellschaftung, die auf ungleiche Einkommenschancen, Hierarchisierung der Bildungsverteilung und unterschiedliche Zuschreibung von Prestige zu arbeitsteiligen Positionen für ihre Zwecke nicht verzichten will, und Privatisierung der menschlichen Grunderfahrung der Leibgebundenheit müssen von der Sozialmedizin und von der Gesundheitspolitik überspielt, in ihren Auswirkungen auf die Volksgesundheit außer Kraft gesetzt werden."<sup>26</sup>

2. Um die „Privatisierung der leiblichen Erfahrung“ aufzuheben und kollektive Lernprozesse einzuleiten und zu fördern, muß die „didaktische Dimension der Medizin“ (W. Schulenberg) entwickelt und verstärkt werden.

„Die gegenwärtig praktizierte Gesundheitserziehung fußt nicht auf einer Didaktik der Medizin, weil es diese noch nicht gibt. Es ist vielmehr dringend nötig, endlich zu einer entfalteten Didaktik der Medizin zu kommen, beziehungsweise das, was sich heute noch gelegentlich Didaktik der Gesundheitserziehung nennt, durch eine genuine Didaktik der Medizin zu ersetzen. Das Ziel ist die medizinische Grundbildung als Teil einer humanen Allgemeinbildung ...<sup>27</sup> Die didaktische Dimension der Medizin fordert vom professionellen Mediziner, daß er die Gewinnung neuer Erkenntnisse, ihre Artikulation und erst recht ihre Anwendung unter der Perspektive einer Transformation dieses Fachwissens in allgemeine Bildung betreibt ... Die didaktische Dimension muß der Medizin nicht als etwas Neues hinzugefügt werden, sondern sie ist ihr von jeher immanent als die originäre Qualität aller medizinischen Einsichten, in Bildung umsetzbar zu sein. Diese Qualität ist jahrhundertlang unbewußt mißachtet oder bewußt geleugnet worden. Ihre Erforschung und Darstellung ist eine vorrangige wissenschaftliche Aufgabe der Disziplin selbst. Die Medizin mag einst aus der Verleugnung ihrer didaktischen Dimension Gewinn gezogen haben, heute erwachsen ihr daraus Zweifel an ihrer wissenschaftlichen Dignität.“<sup>28</sup>

Es handelt sich durchaus nicht mehr um ein Problem zwischen dem Ärztestand und medizinischen Laien, sondern die Front verläuft längst innerhalb der Medizin. In der Folge der medizinischen Wissensexplosion und der Monopolisierung medizinischer Forschung durch theoretische Institute und Universitätskliniken sind nunmehr die niedergelassenen Ärzte selbst von einer „pädagogischen Entmündigung“ durch Pharmareferenten und Universitätsdozenten bedroht, die sich anschicken, den in unüberschaubaren Details naturwissenschaftlicher Forschungsergebnisse resignierenden Ärzten die Maßstäbe der heutigen Medizin zu vermitteln.

Unter diesem Gesichtspunkt verdient der verzweifelte Versuch der Allgemeinmediziner besondere Beachtung, einen eigenständigen Wissenschaftsansatz für die Allgemeinmedizin gegenüber den etablierten klinischen Disziplinen zu entwickeln. Mögen diese Anstrengungen, wie etwa der Kampf um Forschungs- und Lehrkapazität an den Medizinischen Fakultäten, zunächst auch wesentlich durch innerständische Konkurrenz provoziert sein, so sind in den letzten Jahren doch unter dem verschärften Legitimationsdruck eine Reihe wissenschaftstheoretischer Arbeiten veröf-

fentlicht worden, die für eine zu entwickelnde Didaktik der Medizin von grundlegender Bedeutung sein können.<sup>29</sup>

### Anmerkungen

1. Vgl. Grundsatzartikel G. Jungmann: „Motivierung zur Gesundheit“ in: Deutsches Ärzteblatt, 73. (H.5) (1975) S. 279-282. H. Schnocks: „Gesundheitserziehung — eine gesellschaftliche Aufgabe“ in: Prävention 1. (1978) S. 3-5. in: Internationales Journal für Gesundheitserziehung Vol. XX (1977) S.104-111. — M. Franke, H. Schnocks: „Neue Grundrichtungen der Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik Deutschland“, F. Hartmann: „Gesundheitserziehung — eine neue Dimension der Medizin?“ in: Deutsches Ärzteblatt 75. (1979) S.81-89.
2. siehe u.a. „Deutsche Gesellschaft für Gesundheitserziehung und Institut für Gesundheitserziehung gegründet“ in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg, 32. (H.2) (1977) S.82. — K. Klein, V. Lehmann: „Ein Konzept zur flächen-deckenden Gesundheitserziehung in NRW“ in: Der praktische Arzt 6. (1978) S.2280-2298.
3. W. Schoene: „Zur sozialen Funktion und zur soziologischen Problematik des Gesundheitsideals“ in: Soziale Welt, 14. (1964) S.109-126.
4. Ärzteblatt für Baden-Württemberg, 32. (1977) S.82.
5. a.a.O. S.92.
6. Allein die „Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung in Bad Godesberg gibt mehr als 150 Verbände als Mitglieder an. Es ist absehbar, daß sich die Forderungen nach mehr „Gesundheitserziehung“ als Antwort auf die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen weiter verstärken werden. Schon wurde eine „Enquete zur Lage der Gesundheitserziehung“ gefordert. Durch diese Ablenkung auf den Erziehungsaspekt droht das zentrale Problem verdeckt zu werden: Das obsoletere Paradigma der gegenwärtigen Medizin. Für die Entwicklung eines primärmedizinischen Versorgungskonzeptes für die BRD und eine emanzipatorische Gesundheitsbildung ist es von entscheidender Bedeutung, daß diesen pädagogischen Bevormundungen versucht wird, Einhalt zu gebieten. Parolen wie „Das Lustprinzip umkoppeln“ (s.Anm. 30,31) oder „Ohne Pflicht (Ethos) zur Gesundheit keine Wende!“ (Anm. 32) lassen jedenfalls Schlimmes ahnen.
7. M. Pflanz: „Soziologische und sozialpsychologische Aspekte der Gesundheitspolitik-Soziologie und gesundheitliche Volksberatung“ in: Archiv für Verwaltungssoziologie des Innenministeriums Baden-Württemberg, 4. (1967) S.5.
8. J.J. Rohde: „Gesundheitserziehung im sozialen System“ in: „Praktischer Arzt und Sozialmedizin“, Heft 19 der Schriftenreihe Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene, Stuttgart 1968, S.72.
9. W. Fritsche: „Anliegen der Gesundheitserziehung“ in: Physikalische Medizin und Rehabilitation, 7. (1966), S.240.
10. E. Parow-Souchon: „Methoden und Medien der Gesundheitserziehung in sozialen Brennpunkten“ in: „Gesundheitserziehung in sozialen Brennpunkten“, hrsg. Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung, Bad. Godesberg 1970, S.49.
11. E. Otto: „Gesundheitserziehung und Gesundheitsvorsorge in sozialen Brennpunkten aus sozial-psychologischer Sicht“ in: „Gesundheitserziehung in sozialen Brennpunkten“, a.a.O., S.46.
12. vgl. H. Leventhal: „Foor communications in the acceptance of preventive health practice“ in: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 41. (1955) S.1144-1168.



13. K.P. Wallraven, E. Dietrich: „Politische Pädagogik. Aus dem Vokabular der Anpassung“, München 1970, S.94/95.
14. W. Klaff: „Kann man Gesundheit verkaufen? Werbepsychologie im Dienst der Gesundheitserziehung“ in: Therapie der Gegenwart, 111. (1972), S.941. Vgl. auch K. Grothey: „Werbepsychologische Grundsätze und ihre Anwendung auf die gesundheitliche Volkserziehung unter Berücksichtigung von Gesundheitsausstellungen und neuzeitlichen Methoden gesundheitlicher Volksbelehrung insbesondere bei den Jugendlichen“, Med.Diss. Düsseldorf 1964.
15. vgl. D. Duhm: „Warenstruktur und zerstörte Zwischenmenschlichkeit“, Köln 1973, S.82f. — W.F. Haug: „Zur Ästhetik von Manipulation“ in „Warenästhetik, Sexualität und Herrschaft“, Gesammelte Aufsätze, Frankfurt 1972, S.31-45.
16. W. Fritsche: „Gesundheitliche Aufklärung als Impuls für den Weg zum Arzt“ in: „Gesundheitserziehung und Gesundheitsvorsorge“, hrsg. Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung, Bad Godesberg 1971, S.48.
17. K.J. Biener: „Effektivität der Gesundheitserziehung“ in: „Handbuch Gesundheitserziehung von A - Z“, a.a.O.
18. „Intention and effect have too often been confused, and the success of a programme has been measured by the enthusiasm with which it was planned and executed.“ Vgl. A. Cartwright und F.M. Martin: „Efficacy of an anti-smoking campaign“ in: The Lancet, 273./279. (1960), S.327-329. — M. Schär: „Gesundheitserziehung als Prävention. Wie wirkt Belehrung über Risikofaktoren?“ in: Münchner Medizinische Wochenschrift, 111. (1969) S.1402-1405. — J. Siegrist: „Lehrbuch der Medizinischen Soziologie“, München 1974, S.99.
19. W. Schoene: „Zur sozialen Funktion und zur soziologischen Problematik des Gesundheitsideals“ in: Soziale Welt, 14.(1964) S.117 und S.119.
20. Zur historischen Entwicklung vgl.: E. Göpel: Gesundheit als Verhaltensnorm. Medizinsoziologische Untersuchungen sozioökonomischer, professioneller und pädagogisch-propagandistischer Beeinflussung des gesellschaftlichen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit. Med.Diss. Göttingen 1974.
21. Vgl. M. Franke, H. Schnocks: „Neue Grundrichtungen der Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik Deutschland“, a.a.O., S.111.
22. H. Schipperges: „Gesundheit und Geschichte des Gesundheitswesens“ in: Ärzteblatt Baden-Württemberg 32. (1977) S.82-94. — G. Schwarz: „Geschichte des Gesundheitsunterrichtes und der Gesundheitserziehung in den Schulen“ in: Deutsches Ärzteblatt 74. (1977), S.698-700. — F. Hartmann: „Gesundheitserziehung — eine neue Dimension der Medizin?“ a.a.O. — D. Tutzke: Die historische Bedeutung der hygienischen Aufklärung zu Ausgang des 18. Jahrhunderts. Zschr. ärztl. Fortbild., 1955, 10, 233-235.
23. Vgl. Ch.v. Ferber: „Gesellschaftliche Grundlagen der Volksgesundheit“ in: Arbeit und Leistung, 25. (1971) S.7.
24. Ch.v. Ferber: „Gibt es ein sozialstaatliches Recht auf Gesundheit?“ in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 1. (1971) S.104-119 (hier: S.108).
25. Ch.v. Ferber: „Gibt es ein sozialstaatliches Recht auf Gesundheit?“ a.a.O., S.113.
26. Ch.v. Ferber: „Gesundheit und Gesellschaft. Haben wir eine Gesundheitspolitik?“, a.a.O., S. 88.
27. W. Schulenberg: „Zur didaktischen Dimension der Medizin“ in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, 8. (1973), S.226.
28. W. Schulenberg: „Zur didaktischen Dimension ...“ a.a.O. und S.228.

29. Vgl. etwa die Aufsätze von J.K. Gärtner: „Die Stellung der Allgemeinmedizin im Gesamtsystem der medizinischen Wissenschaften“ in: *Der praktische Arzt*, 5. (1977) S.816-819 und: „Systemtheorie und Allgemeinmedizin“ in: *Der praktische Arzt*, 5. (1977) S.2761-2768; außerdem: K.J. Dreibholz: „Die Weiterbildung und die Identität des Allgemeinarztes“ in: *Der praktische Arzt*, 7. (1979), S.980-984. — M. Pindung u.a.: „Beziehung zwischen Sozialmedizin und Allgemeinmedizin“ in: *Der praktische Arzt*, 6. (1978), S.3476-3486 — C. Vagn-Hansen: „Health and the Medical Profession“ in: *Der praktische Arzt*, 7. (1979), S.1266-1269.
30. *Deutsches Ärzteblatt*, 75. (1978), S.2954 und H. Schipperges: „Zur Lage der Gesundheitserziehung“ in: *Deutsches Ärzteblatt*, 76. (1979) S.238-242.
31. *Deutsches Ärzteblatt*, 75. (1978) S.1732.
32. H. Schipperges in: „Funkkolleg Umwelt und Gesundheit“, Studienbegleitbrief 8, Weinheim 1979, S.33.

Klaus-Dieter Thomann

## Funkkolleg „Umwelt und Gesundheit“

### Organisation und Zielsetzung

Nachdem in den vergangenen Jahren eine größere Anzahl von Funkkollegs zu den verschiedensten Themen von den Rundfunkanstalten ausgestrahlt wurden (Biologie, Sozialer Wandel, Beratung in der Erziehung, usw.), stand diesmal das Verhältnis von Umwelt und Gesundheit zur Diskussion. Inhaltlich federführend für das wissenschaftliche Team waren Hans Schaefer, ehemaliger geschäftsführender Direktor des Institutes für Sozial- und Arbeitsmedizin der Universität Heidelberg, und Maria Blohmke, Direktorin der Abteilung für Sozialmedizinische Epidemiologie und Arbeitsphysiologie an der Universität Heidelberg.

Das Ziel hatten die Autoren und Veranstalter hoch angesetzt; in dem Werbeprospekt formulierten sie:

„‘Umwelt und Gesundheit’ bilden ein System der Wechselwirkungen, das uns alle, unser aller Leben entscheidend beeinflusst. Dieses darzulegen und zu begründen heißt, die Aspekte der Medizin in ihren gesellschaftlichen Zusammenhängen, also eine soziale Medizin darzustellen. Das ist die Aufgabe dieses Funkkollegs, im Interesse seiner Teilnehmer und ihres Gesundheitsverhaltens. ... Als Teilnehmer an diesem Studienangebot werden Sie hier also keine ‘Hauspostille’ für den Gebrauch in kranken Tagen finden. Angeboten wird Ihnen eine allgemeine Theorie — und ihre konkreten Belege — für die Entstehung der Krankheiten. Das Kolleg handelt aber auch davon, was Sie als einzelner Bürger tun können, um gesund zu bleiben ...“

Zur besseren Übersichtlichkeit wurde das Kolleg in neun Einheiten gegliedert<sup>1</sup>: