

VIOLA SCHUBERT-LEHNHARDT

Sozialökologische Gesundheitspolitik und Lebens- kultur. Grundlagen für eine Gesundheitsförderungspolitik in Deutschland

Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland unterliegt gegenwärtig vielfältigen Wandlungs- und notwendigen Neuorientierungsprozessen. Angefangen bei der generellen Aufgabenstellung von Gesundheitspolitik, Fragen ihrer finanziellen Absicherung bis hin zu Folgen für Strukturbereiche, die eng mit dem Gesundheitswesen verbunden sind, geht es um Weichenstellungen für das gesamte System der sozialen Sicherung, die zukunftsträchtig sein müssen. Zu überdenken und zu präzisieren sind in diesem Zusammenhang sowohl die Ziele von *Gesundheitspolitik*, deren notwendigerweise gruppen- beziehungsweise interessenspezifische Ausrichtung, als auch die sich daraus gleichermaßen (neu) ergebenden Leitbilder für in Heilberufen Tätige *und* für Bürger* beziehungsweise Patienten. Anliegen des vorliegenden Artikels sind Diskussionsanregungen zum notwendigen generellen Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik der BRD und zur Verwirklichung der dabei unverzichtbaren demokratischen Teilhabe der Bevölkerung an der Bestimmung gesundheitspolitischer Zielstellungen und den Formen ihrer Umsetzung.

Schließlich geht es auch um eine verbesserte adressatenbezogene Ausrichtung künftiger gesundheitspolitischer Ansätze am Beispiel der Geschlechterspezifik. Als besondere Chance für die Initiierung von Transformationsprozessen werden dabei Erfahrungen einer gesamtgesellschaftlich orientierten Gesundheitspolitik der DDR beziehungsweise die aufgrund ihrer vielfältigeren Sozialisierungserfahrungen vorhandene »doppelte« Kompetenz von Bürgern der neuen Bundesländer angesehen.

Ein besonders Merkmal heutiger Gesundheitspolitik besteht darin, daß nahezu jede Rede, jeder Artikel und jede Entschließung spätestens beim dritten Absatz bei der Kostenproblematik angelangt ist. Dort werden dann wesentlich die Ursachen für bestehende Krisenerscheinungen verortet und man wendet sich im folgenden nun hauptsächlich monetären Überlegungen zu. Je nach Gusto und Herkunft (Arbeitsstelle) des Autors stehen dann eher Möglichkeiten der Ausgabensenkung oder der Erhöhung von Einnahmen im Mittelpunkt der Überlegungen – die Literatur und Vorschläge dazu sind vielfältig und lassen beim Lesen der zahlreichen finanzökonomischen Fachtermini (fast) vergessen, daß es um Gesundheit und Wohlbefinden von Menschen geht. Gesprochen wird vom »Markt der Dienstleistungsanbieter«, vom »Patienten als Kunden«, von der »Effizienz des Systems« ...

Viola Schubert-Lehnhardt – Jg. 1955; studierte in Leningrad Philosophie, war von 1987 bis 1992 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Ethik und Geschichte der Medizin der Martin-Luther-Universität Halle, 1992 »abgewickelt«, seit 1997 Projektleiterin im Bildungsverein Elbe-Saale e.V.

Ich bedanke mich bei Prof. Ernst Luther, Dr. Christel Gibas und Dipl. med. Birgit Möbest für zahlreiche Hinweise bei der Erarbeitung des Manuskriptes.

* Die Redaktion von UTOPIE kreativ hält auch gegen den ausdrücklichen Wunsch der Autorin am Schreibkonservatismus fest. Auch wenn bei Begriffen, die große Personengruppen unterschiedlichen Geschlechts umfassen, die zweifelhafte Schreibneuerung des »auf-

Gerade weil der Kostenaspekt alles überlagert, soll er hier weitestgehend ausgespart werden. Denn zum einen ist die sogenannte Kostenexplosion im Gesundheitswesen geschickt herbeigeredet worden (Braun/Kühn/Reiners 1999), zum anderen ist Gesundheit keine Ware. Sie kann, wie Ulrich Deppe in seiner Argumentation zeigt, prinzipiell keinen Warencharakter annehmen (und entsprechend ist die Natur des Arzt-Patient-Verhältnisses im Kern ebenfalls kein marktwirtschaftliches). Denn bei Gesundheit handelt es sich um ein lebensnotwendiges, nicht käufliches Gut. Es ist ein kollektives Gut, ähnlich wie Bildung. Zudem kann auf Krankheit nicht wie auf andere Konsumgüter »verzichtet« werden, weil der Patient in der Regel nicht weiß, wann und warum er krank wird, an welcher Krankheit er wann leiden wird. Und er hat in der Regel ebenfalls nicht die Möglichkeit, Art, Zeitpunkt und Umfang der in Anspruch zu nehmenden Leistungen selbst zu bestimmen. Krankheit ist ein vom Individuum kaum steuerbares Ereignis, sondern ein allgemeines Lebensrisiko. Die »Konsumentensouveränität« ist daher im Gesundheitswesen deutlich eingeschränkt. Folglich ist das Arzt-Patienten-Verhältnis keine »gewöhnliche« Produzenten-Konsumenten-Beziehung. Es gibt kein Gleichgewicht von Anbietern und Nachfragern, sondern der nachfragende Patient wird mit dem »Monopol« ärztlichen Wissens konfrontiert. Es besteht also »Anbieterdominanz«. Dies drückt sich auch darin aus, daß die Nachfrage des Patienten als Konsument zunächst unspezifisch ist und erst durch die Kompetenz eines medizinischen Experten spezifiziert und definiert wird. Dieser wiederum hat aufgrund der begrenzten Wissenschaftlichkeit der praktischen Medizin einen großen Ermessensspielraum in seinem diagnostischen und therapeutischen Vorgehen. Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen ist darüber hinaus nicht preiselastisch, das heißt, daß sie mit sinkenden Preisen nicht steigt beziehungsweise mit steigenden Preisen nicht notwendig sinkt.

Der Patient ist in der Regel nicht in der Lage, die ärztliche Tätigkeit fachkundig beurteilen oder kontrollieren zu können. Er ist in seiner Urteilsfähigkeit stark eingeschränkt, da ein erhebliches Informations- und Kompetenzgefälle zwischen ihm und dem Arzt besteht. Entscheidungen von Patienten sind deshalb von Defiziten und Unsicherheiten geprägt. Darüber hinaus befindet sich der Patient insbesondere bei ernsthafteren Erkrankungen in einem emotionalen Zustand, der rationale Entscheidungen reduziert. Auch ist umgekehrt der rationale Zugang zum Patienten nicht immer gewährleistet. Patienten befinden sich daher durch ihr Kranksein in einer Position der Schwäche und Abhängigkeit (Deppe 1996: 148/149).

Wenn der Begriff Krise hier überhaupt gebraucht werden soll, dann in einem anderem Zusammenhang. Der gegenwärtige Zustand ist aus meiner Sicht nicht vorrangig als *Krise* bei der Finanzierung von kurativen Leistungen zu sehen, sondern besteht vor allem *im* vorherrschendeN *Verständnis der Aufgaben* des *Gesundheitswesens*. Das heißt darin, daß dieses in Deutschland überwiegend auf kurative Leistungen orientiert ist und soziale Zusammenhänge von Gesundheit und Krankheit weitgehend ausgeblendet sind. Weiterhin scheint oftmals eher die Verwaltung von Krankheiten oder die Organisation des Wettbewerbes im Mittelpunkt (gesundheits?)politischer Akti-

stürzenden »I« nicht angewandt wird, sind natürlich immer dort, wo Personen unterschiedlichen Geschlechts betroffen sind, auch beide Personengruppen gemeint. Die Höflichkeit gebietet es zudem, daß – in Gedanken – die weiblichen Gruppenmitglieder immer zuerst gemeint sind. Das besagte »aufstürzende »I« jedoch erscheint nur dort, wo es sich offensichtlich um eigennamensgleiche Konzepte oder Programme handelt, wie zum Beispiel bei »BürgerInnenbeteiligung«.

»Der Patient steht im Mittelpunkt – und dort steht er meistens im Weg« lautet eines der beliebtesten Bonmots zum deutschen Gesundheitswesen.

Vom ursprünglichen Wortsinn her bedeutet »Kunde« eigentlich »der Kundige«, »der Eingeweihte« – genau davon kann aber seitens des Versicherten bzw. Patienten in der Regel nicht gesprochen werden.

Im internationalen Vergleich, vor allem über den europäischen Horizont hinaus, ist das deutsche Gesundheitssystem kaum als krisenhaft zu bezeichnen. Es weist im Gegenteil (noch) eine Reihe von Vorzügen gegenüber den Organisations- und Angebotsstrukturen anderer Länder auf, auf deren Erhalt dringlich im Sinne des Erhalts von »sozialstaatlicher« Politik geachtet werden sollte.

Das hier verwandte Konzept von »Gesundheitsförderung« lehnt sich an eine bestimmte Traditionslinie an, die insbesondere in zahlreichen Arbeiten von Alfons Labisch dargestellt wurde, auf die hier aber nicht näher eingegangen werden kann.

vitäten zu stehen und das eigentliche Ziel einer Gesundheitsförderungs politik – die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen für alle – eher in den Hintergrund gedrängt worden zu sein. Der im Zuge der deutschen Vereinigung noch erstarkte Konservatismus und Neoliberalismus haben dazu wesentlich mit beigetragen.

Damit einher geht die systematische Unterschätzung von sozialer Prävention und Rehabilitation. Hier ist ein *Paradigmenwechsel* hin zu Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation angesagt. Aus einem »ungeliebten Stiefkind« darf dabei *nicht lediglich* ein »Wunschkind« eines speziellen staatlichen Ressorts gemacht werden, sondern hierin besteht einer der zentralen Punkte emanzipatorischer Innovationsprozesse *auf allen gesellschaftlichen Ebenen*. Nur ein solcher breiter Ansatz entspricht dem in der Ottawa-Charta der WHO enthaltenen Verständnis von *Gesundheitsförderung*: Dieses Dokument ordnet Gesundheitsförderung nicht lediglich eingeschränkt dem Gesundheitswesen zu, sondern versteht darunter die Beseitigung sozialer Ungleichheit und den Kampf gegen Armut, Arbeitslosigkeit und Obdachlosigkeit. Die damit einhergehende Notwendigkeit, ressortübergreifende soziale, ökonomische und politische Konzepte zu entwickeln und durchzusetzen, ist eng mit der aktiven Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger verbunden.

›BürgerInnenbeteiligung‹ fördern

Insbesondere dann, wenn die Bürger und Patienten nicht lediglich als Kunden auf einem Gesundheits- beziehungsweise Dienstleistungsmarkt betrachtet werden, verbindet sich mit der Forderung nach breiter Beteiligung ein großer Anspruch. Demokratische Teilhabe der Bevölkerung an politischen Gestaltungsprozessen reduziert sich dann nicht auf Forderungen nach Umgestaltung der Einnahmeprinzipien für das Gesundheitswesen beziehungsweise die Krankenkassen (zum Beispiel durch Aufnahme der Beamten in die gesetzliche Krankenversicherung, den Wegfall der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern etc.), nach veränderten Finanzierungsbedingungen für prophylaktische Leistungen durch die Kassen oder nach der Umverteilung von Titeln im Staatshaushalt zugunsten des Gesundheitswesens. Vielmehr bedeutet demokratische Teilhabe der Bürger vor allen Dingen auch Initiierung von lokalen Gesundheitsinitiativen, Schaffung von sozialen Netzwerken, Entwicklung kommunaler Strukturen usw. zur Planung und Herstellung von gesundheitsförderlichen Verhältnissen in allen Lebensbereichen.

›BürgerInnenbeteiligung‹ erweist sich so als ein Konzept, das in diesem Umfeld relativ neu ist und zu dem eine große Bandbreite von Interpretationen existiert. Mitarbeiter des Gesundheitsamtes Herne faßten ihre Erfahrungen wie folgt zusammen: »Der eine Pol ist stark von medizinischem gesundheitlichen Expertenwissen geprägt und verbindet mit Bürgerbeteiligung eher eine Teilnahme von Ziel- und Risikogruppen an gesundheitsfördernden Programmen, die zumeist nur Ausgestaltungsmöglichkeiten in Teilbereichen zulassen, um die Akzeptanz dieser Programme und Verhaltensinterventionen zu erhöhen. Hier liegt die Gefahr nahe, daß die Bürgerbeteiligung ›nur der Form nach‹ stattfindet ... Der andere Pol setzt ... auf Selbstbestimmung und Eigenaktivität der Bürger, favorisiert Gesundheits-

initiativen und Selbsthilfeaktivitäten ... Hier liegt die Gefahr darin, daß auf Fremdhilfe, Expertenwissen und fachliche Interventionen gänzlich verzichtet wird« (Brandenburg/Nowak/Winkler 1992: 272). Über einzuschlagende »Mittelwege« und die dabei vorhandene Wechselbeziehung zwischen individueller, kollektiver und gesellschaftlicher Verantwortung wurde auch auf dem Berliner Gesundheitstag diskutiert (www.gesundheitstag.de).

Die Beschreibung des zuerst genannten Pols scheint zunächst auch auf die Verhältnisse in der DDR und den rückblickend oft angeführten hohen Stellenwert prophylaktischen Handelns in der damaligen Gesundheitspolitik (an das wieder anzuknüpfen sei) zuzutreffen. Bei genauerer Analyse stellen sich die einstigen Verhältnisse, die heute nach wie vor Bewußtsein, Lebenshaltungen und Erwartungen der Menschen in den neuen Bundesländern mitbestimmen, jedoch komplizierter dar. Einerseits gab es den politischen Anspruch und darauf basierende politische Konzepte, die bewußt an das, Ende des 19. Jahrhunderts entwickelte, Verständnis von Medizin als sozialer Wissenschaft anknüpften. Bereits S. Neumann, R. Leubuscher und R. Virchow formulierten damals Kernprinzipien für Gesundheitspolitik. »Die Gesundheit eines Volkes ist von unmittelbarer gesellschaftlicher Bedeutung; daher hat die Gesellschaft die Pflicht, die Gesundheit ihrer Mitglieder zu schützen und zu sichern. (...) Soziale und wirtschaftliche Bedingungen haben in vielen Fällen einen entscheidenden Einfluß auf Gesundheit und Krankheit; diese Beziehungen müssen wissenschaftlich untersucht werden. (...) Die zur Gesundheitsförderung und Krankheitsbekämpfung unternommenen Schritte müssen sowohl sozialer wie medizinischer Natur sein« (Labisch 1986: 326f.).

Diese demokratischen Traditionen beeinflussten die politischen Grundsatzorientierungen in der DDR dahingehend, daß Gesundheitsförderung als allgemeine sozialpolitische Aufgabe festgeschrieben wurde. So hieß es zum Beispiel bereits 1947(!) in den gesundheitspolitischen Richtlinien der SED, daß »die Gesundheitspolitik nicht die Domäne der medizinischen und sozialpolitischen Fachleute oder der ärztlichen Wissenschaft sein darf, sondern auf alle staatlichen Funktionen ausstrahlen und zu einer Angelegenheit des ganzen Volkes werden muß« (Lehmann 1947: 1). Drei Orientierungen standen dabei (bis Mitte der siebziger Jahre auch mit sichtbarem Erfolg) im Vordergrund: die Schaffung menschenwürdiger lebensumweltlicher Bedingungen, speziell auf den Feldern Arbeit, kommunale Umwelt, soziale Grundrechte (Arbeit, Bildung, Wohnung, Erholung, soziale Gerechtigkeit), der Schutz solcher sozialen Gruppen, die aus eigenem Vermögen ihr Recht auf Gesundheitsschutz nicht oder nur begrenzt wahrnehmen können (sozial Benachteiligte, Behinderte, Mütter, Kinder, Kinderreiche, alte Menschen ...) und die Gestaltung eines Gesundheits- und Sozialwesens, in der Einheit von prophylaktischen, diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen und sozialmedizinischen Aufgaben (Niehoff 1990: 273).

Hieran schloß sich in den folgenden Jahren quer durch alle gesellschaftlichen Ebenen eine ganze Reihe von Gesetzen, Einrichtungen und Initiativen an, die diesem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis Rechnung trugen. Erinnert sei zum Beispiel an die Mutter-Kind-

In diesem Beitrag geht es ausschließlich um den Bereich der Gesundheitsförderung. Zur ausführlichen Analyse aller Aspekte der Gesundheitspolitik der DDR muß auf die einschlägige Literatur verwiesen werden (Das Gesundheitswesen der DDR 1990; Deppe 1993; Schriftenreihe der IG »Medizin und Gesellschaft«).

Die von Labisch zitierten Positionen beeinflussten die Gesundheitspolitik der DDR deutlicher, als es in der Alt-BRD und im vereinten Deutschland jemals geschehen ist. Anstrengungen in diese Richtung gab es in der Alt-BRD ebenfalls, insbesondere ist hier der Berliner Gesundheitstag zu nennen. Dieser war 1980 bewußt als Gegenveranstaltung zum 83. Deutschen Ärztetag, der in Berlin über die »Weiterentwicklung der gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der Deutschen Ärzteschaft« beriet, konzipiert und durchgeführt worden. Er richtete sich sowohl gegen die Selbstverständlichkeit, mit der im Vorstand der Bundesärztekammer ehemalige SA- und SS-Funktionäre saßen, bzw. gegen die mangelnde Vergangenheitsbewältigung unter deutschen

Heilberuflern. Ein weiterer zentraler Punkt der Auseinandersetzung war die Grundorientierung im sogenannten blauen Papier des Ärztetages, nach der sich Gesundheit verstand als »die aus der personalen Einheit von subjektivem Wohlbefinden und objektiver Belastbarkeit erwachsende, körperliche und seelische, individuelle soziale Leistungsfähigkeit des Menschen«. Gefordert wurde die Einbeziehung der gesellschaftlichen Dimension von sozialem Wohlbefinden. Die damaligen Positionen und Debatten von über 10 000 Teilnehmern sind in sieben Protokollbänden ausführlich dokumentiert (Medizin und Nationalsozialismus, Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition?; Befreiung zur Gesundheit. Der Kampf gegen Krankheit und Unterdrückung in der Dritten Welt; Unsere tägliche Gesundheit. Krankheit und Industriegesellschaft; Bankrott der Gesundheitsindustrie. Eine Kritik des bestehenden medizinischen Versorgungssystems; Frauenbewegung, Selbsthilfe, Patientenrechte: Selbstbestimmung in der Offensive; Versuche gegen die Hilflosigkeit. Ansätze einer neuen Praxis für die helfenden Berufe; Rebellion gegen das Valiumzeitalter. Überlegungen zur Gesundheitsbewegung). Die dadurch initiierte Gesundheitsbewegung festigte sich in den folgenden Jahren und bis 1987 fanden jährlich, jeweils in einer anderen Stadt, Gesundheitstage statt. Eine Vielzahl von Projekten und Initiativen entstand im Gesundheits- und Sozialwesen, wie die Gesundheits Akademie Bielefeld, die Bundesarbeitsgemeinschaft Patient-Innenstellen, Sekirs Berlin, die Fraktion Gesund-

Betreuung – hier insbesondere die durchgängige Impfprophylaxe und die Handhabung des jugendzahnärztlichen Dienstes –, an die Dispensairebetreuung bei bestimmten Krankheiten, an Reihenröntgenuntersuchungen zur Prophylaxe von TBC u. a. m. Auch wenn diese Angebote (wie die gesamte Gesundheitspolitik) stark paternalistisch geprägt waren und teilweise wenig Raum für bürgerschaftliches Engagement boten, haben sie eines erreicht: *der Gedanke der gesellschaftlichen Prävention ist bei der Bevölkerung in den neuen Bundesländern tief verwurzelt*. Im Zusammenhang mit den jetzt möglichen demokratischen Entwicklungen hin zu wirklicher Mitgestaltung ergeben sich daraus große Chancen zur Herausbildung neuer Ansätze für eine Gesundheitsförderungspolitik in Deutschland. Aus dieser Sicht ist es sicher keineswegs zufällig, daß im April dieses Jahres in Sachsen-Anhalt ein Modellprojekt zur integrierten Versorgung für Diabetiker gestartet wurde. Damit knüpft ein weiteres der neuen Bundesländer (ähnliche Modelle gibt es bereits seit 1998 in Thüringen) bewußt an bewährte Traditionen an. Im Gegensatz zur sonst meist üblichen Verfahrensweise der alleinigen Betreuung durch den Hausarzt überweisen hier die Hausärzte im Bedarfsfall Diabetes-Patienten an spezielle Schwerpunktpraxen niedergelassener Ärzte. Diese kooperieren wiederum mit Krankenhäusern, die über speziell geschultes Personal verfügen.

In bezug auf die erwähnten Möglichkeiten in der DDR muß jedoch auch darauf verwiesen werden, daß sehr oft ideologische Borniertheit und unzureichende ökonomische Weichenstellungen die Umsetzung behindert oder gar verhindert haben. Deutliche Brüche bei der Realisierung dieser (der Ottawa-Charta bereits sehr nahestehenden) Orientierung auf *Verhältnisprävention* setzten Mitte der siebziger Jahre ein. Sie verschärfen sich in den achtziger Jahren im Zusammenhang mit der Zunahme politischer Konflikte und allgemeiner Stagnationsprozesse in der DDR. Zunehmend dominierten nun Ratschläge zur Verhaltensprävention; Argumente der sozialen Steuerung und Kontrolle gewannen das Übergewicht. Darauf kann hier jedoch nicht näher eingegangen werden – ausführlich hat sich damit unter anderen Niehoff (1990) beschäftigt.

Auf der letzten Nationalen Gesundheitskonferenz der DDR, die im September 1989 stattgefunden hat, wurde nochmals versucht, gesellschaftspolitische Veränderungen als Ausgangspunkt für Gesundheitsförderung zu formulieren. Aber zum einen blieben die damaligen Forderungen (zum Beispiel nach Schließung besonders gesundheitsgefährdender Produktionsabteilungen) bereits weit hinter den Erwartungen der Bürger nach sozialer Erneuerung zurück, zum anderen gingen sie schlicht und einfach im Rahmen rasanter genereller politischer Veränderungen unter. Leider erlitt durch die, unter konservativen Vorzeichen stattfindende, deutsche Vereinigung auch die alternative Gesundheitsbewegung in den alten Bundesländern einen Rückschlag. Jetzt ist sie jedoch dabei, erneut an Kraft zu gewinnen, wie unter anderem die Organisation des Berliner Gesundheitstages 2000 zeigt. Insbesondere die Entsendung jeweils einer/eines Delegierten von über 1000 Vereinen und Selbsthilfegruppen zu einem Parlament der Nicht-Regierungsorganisationen zwecks Beratung und Verabschiedung der »Berliner Charta für ein soziales Gesund-

heitssystem« unterstrich dies deutlich. Das gesamte Programm dieses Gesundheitstages legte einen seiner Schwerpunkte auf die Beteiligung von Bürgern und verknüpfte dabei mehrere Zielstellungen:

Erstens das Ziel, daß Gesundheitsförderung zu einem vorrangigen Anliegen in allen gesundheitsrelevanten Bereichen des Alltagslebens der Menschen werden soll. Damit wird die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Lebenskultur, die in sozialer und ökologischer Hinsicht die nachhaltigen Lebensinteressen der Menschen stützt und das Bemühen um eine gesündere Lebensweise auch im öffentlichen Handeln zur leichteren Entscheidung macht, angestrebt.

Zweitens die in der Ottawa-Charta bereits verankerte Position »Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen« (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO). Ausgangspunkt ist dabei das Konzept der *Salutogenese*, das heißt die Suche nach fördernden Rahmenbedingungen für ein gelingendes Leben in Selbstbestimmung. Die Stärkung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen richtet sich entsprechend auf familiäre, wohnliche, nachbarschaftliche, betriebliche und lokale Lebenszusammenhänge und ist vor allem dort um einen Ausgleich ungleicher Lebenschancen bemüht, wo eklatante Defizite die selbstbestimmte Sorge für ein gelingendes Leben beeinträchtigen.

Drittens das Ziel, in entwickelten Industriegesellschaften, in denen nicht mehr Hunger und quantitative materielle Existenznöte großer Bevölkerungsgruppen im Mittelpunkt öffentlicher Sorge stehen, das Interesse an einer nachhaltigen, salutogenetischen und sinnstiftenden Lebensweise zu fördern. Die aktive Bemühung um gesundheitsfördernde Lebensbedingungen kann alle Menschen einbeziehen und ist kein Privileg von Experten oder einzelnen Berufen (GesundheitsAkademie 2000).

»Die skizzierten Bausteine der Salutivie sind nicht neu. Sie greifen Initiativen und Projekte auf, die sich in den letzten 20 Jahren in der Entwicklung der Gesundheitsförderung in Europa im Rahmen der Leitprogramme der WHO bewährt haben. Neu wäre für Deutschland, daß sie zu einem öffentlichen Gemeinschaftsprogramm in der skizzierten Form verbunden und von den politisch Verantwortlichen in Bund, Ländern und Gemeinden aktiv unterstützt werden« (GesundheitsAkademie 2000). Ihre Umsetzung erfordert unter anderem auch den ständigen Kampf um die Realisierung der gesetzlich bereits garantieren Rechte und Möglichkeiten zur politischen Mitgestaltung, deren gezielte Erweiterung und systematische Einbeziehung weiterer Bevölkerungsgruppen.

Ebenfalls dazu gehören Zieldefinitionen, die die realen Lebenslagen der betroffenen Gruppen berücksichtigen. Bemühungen um Gesundheit folgen stets einem sozialen Leitbild, das nicht nur wandelbar in der Zeit ist, sondern zu einzelnen Zeitpunkten in der Geschichte von spezifischen Gruppen in unterschiedlicher Weise interpretiert wird (GesundheitsAkademie 2000). Politik insgesamt (nicht nur die Gesundheitspolitik) muß daran gemessen werden, wie sie *spezifische Gruppeninteressen im sozialen Konsens repräsentiert und in ihrer Realisierung unterstützt*.

heit Berlin oder die Universität Witten/Herdecke. Das Gesundheits-Parlament der BürgerInnen-Gesellschaft lud Vertreter der deutschen Nicht-Regierungs-Organisationen zu einer programmatischen Versammlung ein. Diese diskutierte in erster Lesung die »Berliner Charta für ein soziales Gesundheitswesen«, die auf der Ottawa Charta der WHO zur Gesundheitsförderung basiert und als ein deutsches Entwicklungsprogramm konzipiert ist, damit der begonnene Prozeß einer Reformbewegung von unten verstärkt wirksam werden kann.

Salutogenese bezeichnet die Suche nach fördernden Rahmenbedingungen für ein gelingendes Leben in Selbstbestimmung. Der Begriff »Salutive« (Salutogenese – Initiative) wurde von der GesundheitsAkademie Bielefeld geprägt und steht seit 1998 für ein Programm für eine systematische Politik der Gesundheitsförderung in Deutschland, mit dessen Umsetzung im Jahr 2000 begonnen werden soll. Es orientiert sich an den WHO-Programmen zur Gesundheitsförderung, wie sie zuletzt in der »Jakarta-Deklaration zur Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert« veröffentlicht wurden.

Geschlechterspezifik mit denken

Ein Aspekt dieser differenzierten Interessen erscheint hier besonders wichtig, da in Deutschland hinsichtlich der geschlechterspezifischen Ausrichtung von Politik und Gesellschaft ein relativ großer Nachholbedarf existiert. Frauen sind anders krank so lautet ein Buchtitel von Ulrike Maschewsky-Schneider (1997; vgl. auch Arbeitskreis Frauen 1998) – der Nestorin der Frauengesundheitsforschung in Deutschland –, den die Autorin dahingehend ergänzt wissen möchte: Frauen sind auch anders gesund beziehungsweise haben andere Vorstellungen darüber, welche Bedingungen, Möglichkeiten und Ansätze sie für die Förderung ihrer Gesundheit (und die ihrer Familie) haben möchten (Schubert-Lehnhardt 1999).

Frauen in Sachsen-Anhalt haben dies im vorigen Jahr auf einer speziellen Konferenz zum Thema »Frauen Gesundheit Politik« nicht nur thematisiert, sondern auch sehr energisch die Aufnahme ihrer spezifischen Leitbilder und Lebensentwürfe in künftige Politikansätze eingefordert (Ministerium für Arbeit 1999). Demokratie und Teilhabe schließen meines Erachtens, dies sei ausdrücklich betont, das Recht der Frau auf eine selbstbestimmte Lebensplanung, insbesondere in bezug auf den Zeitpunkt und die Anzahl der gewünschten Kinder (und die vorrangige Entscheidungsmöglichkeit der Frau über den Ort und die von ihr bevorzugte Methode der Entbindung), ein. Nicht nur in Hinblick auf die Geschlechterspezifik, auch bei den Mitwirkungsrechten in Betrieben, Wohngebieten, in den Schulen, in der Rechtsprechung u.a.m. gab es in der DDR größere Möglichkeiten, als es sie in der Bundesrepublik gab und derzeit gibt.

Ausgehend von den alten Bundesländern, hat hier bereits seit langem ein *weiterer Paradigmenwechsel* begonnen – auch hierzu sind vom Berliner Gesundheitstag 1980 wichtige Impulse ausgegangen. Die Philosophin Stopzyk beschreibt den Paradigmenwechsel mit den Worten: »Nein danke, ich denke selbst« – das heißt, Frauen beginnen immer mehr selbst ihre eigenen, von Männern unterschiedlichen Erwartungen, Neigungen und Lebensentwürfe zu thematisieren, zu konzipieren und umzusetzen – was unter anderem in den zahlreichen Gründungen von Frauengesundheitszentren (BmffSFJ, Materialien zur Frauenpolitik 1997), Netzwerken und Initiativen (Schubert-Lehnhardt 2000) in den neuen Bundesländern sofort nach der Wende seinen Ausdruck findet.

Da von Frauen (wie von Männern auch) Gesundheit als Metapher für Lebenskonzept und Sinnggebung verstanden wird, sind sie immer weniger bereit, sich mit der klassischen Rolle von Patientinnen zu begnügen und fordern zunehmend ihre wirkliche demokratische Teilhabe an den Gestaltungsprozessen künftiger gesellschaftlicher Entwicklungen, darunter der gesundheitspolitischen, ein. Die seit diesem Jahr durch die Ministerin für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales in Sachsen-Anhalt forcierte Umsetzung der EU-Richtlinie zum »gender-mainstream-Konzept« bietet eine reale Chance, sozialen Wandel voranzutreiben. Es ist dabei aus meiner Sicht kein Zufall, daß dieser innovative Schritt von einer Ministerin aus den neuen Bundesländern ausging – zehn Jahre Leben zwischen Lust und Frust im geeinten Deutschland haben vor allem die Frauen ihre Lebensbedürfnisse und -ansprüche deutlicher erkennen lassen.

Literatur

- Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hrsg.): Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 1998.
- Brandenburg, A.; Nowak, M.; Winkler, K.: Gesundheit und Bürgerbeteiligung – Leitideen und Praxis in Herne, in: Gesundheitswesen, 54(1992), S. 271-276.
- Braun, B.; Kühn, H.; Reiners, H.: Das Märchen von der Kostenexplosion – Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik, Frankfurt/M. 1999.
- Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.): Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder, Neuwied 2000, II/4.
- Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch?, St. Augustin 1990.
- Deppe, H.-U.: Gesundheitssystem im Umbruch. Von der DDR zur BRD, Frankfurt/M., New York 1993.
- Deppe, H.-U.: Soziale Verantwortung und Transformation von Gesundheitssystemen, Frankfurt/M. 1996.
- Die Entwicklung der Frauengesundheitszentren in der Bundesrepublik Deutschland und ihre Bedeutung für die Gesundheitsversorgung von Frauen, in: BmffSFJ, Materialien zur Frauenpolitik, Nr. 64/August 1997.
- GesundheitsAkademie e.V. (Hrsg.): Salutiv. Beiträge zur Gesundheitsförderung und zum Gesundheitstag 2000, Frankfurt/M. 2000.

Wenn es darum geht, die Forderungen der Ottawa-Charta der WHO in bezug auf die Gesundheitsförderung von Frauen umzusetzen, dann stehen vor allem die Unterstützung bei der Entwicklung von Wahl und Handlungsalternativen, die Verstärkung der Bestrebungen nach Autonomie und Eigenständigkeit, die Entwicklung von individuellen und kollektiven Bewältigungsstrategien, die Sensibilisierung der Wahrnehmung von Botschaften des Körpers und die Schaffung von Lebensräumen, die der eigenen Entfaltung förderlich sind, im Vordergrund (Bundesvereinigung für Gesundheit 2000: 13).

Damit in enger Verbindung steht die Notwendigkeit einer qualifizierten Gesundheitsberichterstattung, die weit über eine Ansammlung von epidemiologischen Daten hinausgehen muß. Diese Berichte müssen auch etwas aussagen zu den Vorstellungen, Erwartungen und Strategien der Betroffenen. Gerade diesbezüglich gibt es bisher nur wenig gesicherte Erkenntnisse. Hier geht es vor allem um die sich wandelnden Einstellungen, Wertpräferenzen und Erwartungen hinsichtlich des persönlichen Gesundheitshandelns, um vorhandene oder angestrebte »Selbstkompetenzen« in zentralen Gesundheitsfragen des Alltags (Beteiligung in Selbsthilfegruppen, bewußte Lebensführung, Dialog und Konfliktfähigkeit gegenüber Gesundheitsexperten, Nutzung von »Home-Care-Technologien«, Mitwirkung in der kommunalen Gesundheitspolitik etc.) sowie um Unterschiede bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen (nationale und regionale Besonderheiten, Geschlechter- und Altersunterschiede, Stadt-Land-Differenzen), insbesondere auch bei Personen mit eingeschränkten sozialen Beteiligungschancen.

Nur bei Realisierung dieser Forderungen kann es gelingen, die im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst enthaltene Aufgabenstellung, »Planung und Durchführung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung« zu verwirklichen – diese Aufgabe wird im Gesetzestext von Sachsen-Anhalt (Ministerium für Arbeit 1997) noch vor der Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Krankenversorgung genannt! Außerdem ist eine weitere Demokratisierung der Gesellschaft notwendig. Ziel muß eine Gesellschaft sein, in der die Bürgerinnen und Bürger zu den grundlegenden Gesellschaftsproblemen *tatsächlich informiert werden*, wo sie in die *Gestaltung und Kontrolle* politischer Angelegenheiten einbezogen werden und wo sie in wichtigen gesellschaftlichen Fragen auch *mitentscheiden* können.

- Labisch, A.: Die gesundheitspolitischen Vorstellungen der deutschen Sozialdemokratie von ihrer Gründung bis zur Parteisplaltung (1883-1917), in: Archiv für Sozialgeschichte, Bd. XVI, hrsg. von der Friedrich-Ebert-Stiftung in Verbindung mit dem Institut für Sozialgeschichte Braunschweig, Bonn 1986.
- Lehmann, H.: Vorwort zu den gesundheitspolitischen Richtlinien der SED vom 31.3.1947, Berlin 1947.
- Maschewsky-Schneider, U.: Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland, Weinheim & München 1997.
- Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt: Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Berufsausübung im Gesundheitswesen im Land Sachsen-Anhalt, November 1997.
- Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Frauen Gesundheit Politik. Dokumentation zur Fachtagung am 14. Juli 1999 in Naumburg, Magdeburg 1999.
- Niehoff, J.U.: Prävention und Aus- und Weiterbildung in den medizinischen Berufen – Skizze zu Entwicklungstendenzen in der DDR, in: Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch?, St. Augustin 1990.
- Schubert-Lehnhardt, V.: Frauen sind anders krank. Geschlechtsspezifische Sicht- und Verhaltensweisen bei gesundheitsbezogenen Aspekten der Lebensgestaltung, in: humanismus aktuell, Heft 5/1999.
- Schubert-Lehnhardt, V.: Runde Tische als Instrumente von Basisdemokratie – am Beispiel des Frauenpolitischen Runden Tisches in der Stadt Halle, in: Beiträge zur Geschichte der deutschen Arbeiterbewegung, Heft 1/2000.
- Schriftenreihe der IG »Medizin und Gesellschaft« im trafo Verlag Berlin.