

Klaus Feldmann

Univ. Hannover

Inst. f. Psychologie u. Soziologie in den Erziehungswissenschaften

2002

Gesundheit, Erziehung und Gesellschaft

Gesellschaftliche Voraussetzungen für eine „gesunde“ Bevölkerung mit hoher Lebenserwartung:

1. hochentwickeltes erfolgreiches Wirtschaftssystem
2. Demokratie und Demokratisierung
3. hochentwickeltes Bildungssystem.

Die Güte des Gesundheitssystems ist vor allem von diesen drei Bedingungen abhängig.

Gesundheitswesen: (wirtschaftliche) Tatsachen

1. Mehr als 10 % der Berufstätigen arbeiten im Gesundheitswesen (über 4 Mill. abhängige Arbeitsplätze).
2. Die USA haben die höchsten Gesundheitsausgaben (gemessen als Anteil am Bruttonsozialprodukt) aller Staaten. Auch Deutschland hat überdurchschnittliche Gesundheitsausgaben gemessen am OECD-Durchschnitt.
3. Da schon seit Jahrzehnten der Anteil des Lohnes an der Wirtschaftsleistung abnimmt, wird ein steigender Anteil des Lohnes für die Gesundheitskosten aufgewendet.
4. Das Gesundheitswesen ist ein wirtschaftlicher und sozialer Wachstumsbereich.
5. Nach Vorhersagen werden die Gesundheitskosten weiter wachsen, so dass es zunehmend zu Verteilungskonflikten und politischen Auseinandersetzungen kommen wird.

Die **Gesundheitskosten** steigen

- a) durch die "Überalterung" der Bevölkerung,
- b) durch die Zunahme chronischer Erkrankungen,
- c) durch den medizinisch-technischen Fortschritt. (Bauch 2000, 31)

Geschichte der Gesundheit und derzeitiges Krankheitsbild

Historisch: Sieg über die Infektionskrankheiten und über die Kindersterblichkeit.

Heute:

1. Die durchschnittliche Lebenserwartung beträgt bei den Frauen 80 Jahre und bei den Männern 73 Jahre.
2. Es gibt große Unterschiede in der durchschnittlichen Lebenserwartung von Bevölkerungsgruppen: In den USA haben schwarze Unterschichtmänner eine um fast 15 Jahre geringere Lebenserwartung als weiße Mittelschichtfrauen.
3. Herz-Kreislaufkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall etc) sind heute die häufigste Todesursache, an 2. Stelle folgt Krebs.
4. Steigerung in den vergangenen Jahrzehnten: Allergie, Diabetes.
5. Wichtigste Suchtkrankheit: Alkoholismus (2,5 Mill. behandlungsbedürftige Alkoholiker).
6. Rauchen: 1996 rauchten rund 37% der Männer und etwa 22 % der Frauen über 14 Jahren. Die Zahl der jährlichen Todesfälle infolge Rauchens (Schätzung 1996, D): 95 000 bei den Männern und 17 000 bei den Frauen (Bauch 2000, 30).
7. 4 von 10 Personen sind übergewichtig.
8. Alte Menschen verursachen wegen chronischer Krankheiten, Multimorbidität und Pflegebedarf höhere Gesundheitskosten. Wesentliche Anteile der Gesundheitsausgaben fallen in den letzten beiden Lebensjahren vor dem Tod an. „Über ein Drittel der Gesundheitskosten, die in der gesamten Lebensspanne eines Menschen anfallen,

konzentriert sich inzwischen auf die allerletzte Phase des Lebens - die Verzögerung und Verlängerung des Sterbeprozesses.“ (Badura/Feuerstein 2001, 380)

9. Bei Nierenkrankheiten und anderen mit hohem technischem Aufwand behandelbaren Krankheiten haben sich die Kosten in den letzten Jahrzehnten vervielfacht. Durch neue Technologien werden manche Krankheiten überhaupt erst behandel- bzw. heilbar.
10. Je mehr sich der medizinische Fortschritt beschleunigt, um so mehr Kranke gibt es – nur scheinbar paradox, denn früher sind die Menschen schnell an Krankheiten gestorben, heute leben sie lange mit Krankheiten.
11. „dem “add years to life” sollte eine Strategie des “add life to years” zur Seite gestellt werden“(Bauch 2000, 35) → Prävention.

Beispiel: Zunahme von **Allergien** – mögliche Ursachen (vgl. Eis 1998, 69 f):

- keimarme Umwelt in früher Kindheit
- Rückgang der Stillfrequenz
- Bau- und Wohnökologie
- Ernährung
- Schadstoffe

Systemtheorie (Luhmann)

1. Historische Entstehung des Gesundheitssystems: Trennung von der Religion, Vernaturwissenschaftlichung, Professionalisierung, staatliche und rechtliche Normierung.
2. Autonomie von Subsystemen (Politik, Wirtschaft, Gesundheit und Medizin etc.), erfüllen Funktionen, steigern intern ihre Leistungsfähigkeit ohne Rücksicht auf das Gesamtsystem (operieren selbstreferentiell). Gegentese: Verschränkung der Subsysteme Gesundheit, Erziehung, Wirtschaft, Politik, Religion, Medien etc.
3. Binäre Codes und Kommunikationsmedien: **krank/gesund**. Im medizinischen System wird nur geprüft, ob jemand krank ist, nicht ob die Person moralisch gut oder schlecht, gebildet oder ungebildet, reich oder arm, links- oder rechtsradikal etc. ist. Untersuchungen zeigen allerdings, dass solche und andere Merkmale durchaus einen Einfluss auf Diagnose und Therapie haben. Bauch schlägt anstelle von krank/gesund die Codierung *gesundheitsförderlich/gesundheits hinderlich* oder *lebensförderlich/lebenshinderlich* vor (Prävention, Gesundheitserziehung, Pflege, Fitness etc).

Systemebenen:

1. Gesellschaft
2. Subsystem Gesundheit
3. Teilsysteme Krankenhaus, ambulante Versorgung, Pflege, Krankenversicherung etc.

Implizite Gesundheitspolitik: Umwelt-, Verkehrs- und Familienpolitik (Jungbauer-Gans/Schneider 2000, 206).

Es ergeben sich konkurrierende Interpretationen *sozialer Probleme* und Territorialkämpfe zwischen Institutionen und Professionen: Medizin, Psychologie, Pädagogik, Recht, Soziologie, Theologie etc. Beispiele: Hyperaktivität von Kindern, Sterbehilfe, Abtreibung, Kinderwunschbehandlung, abweichendes Sexualverhalten. Die Medizin ist aus vielen dieser Kämpfe als Sieger hervorgegangen – Medikalisierung.

Gesundheitsreform

Das Hauptziel der Gesundheitsreformen des letzten Jahrzehnts war nicht die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, schon gar nicht des Teils der Bevölkerung, der gesundheitlich benachteiligt wird, sondern eine Senkung der ökonomischen Kosten.

Um Gesundheitsreformen zu planen bzw. zu beurteilen, kann man folgende Fragen stellen:

1. Soll gesundheitsgefährdendes Verhalten (z.B. Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, riskantes Autofahren, riskante Sportarten) durch spezielle Steuern, durch höhere Krankenkassenbeiträge oder durch andere ökonomische Maßnahmen „bestraft“ werden?
2. Sollen nur die gesundheitlichen Dienstleistungen von Krankenkassen bezahlt werden, die gemäß internationalen Expertenurteilen eindeutig der Heilung dienen?
3. Sollen Kosten-Nutzen-Abwägungen durchgeführt werden, z.B. keine Organtransplantation ab einem bestimmten Alter oder bei geringen Überlebenschancen?

Medikalisierung als Prozess

- Medikalisierung: „Erfindung“ von Krankheit und Therapie (z.B. Hyperaktivität, ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom) bzw. ADHS (ADHD), Schönheitschirurgie, Potenzsteigerung, Größenwachstum, Kuraufenthalt, Vitalitätssteigerung).
- Immer mehr Verhaltens- und Körperbereiche wurden und werden durch das medizinische System kontrolliert: Sterben, Geburt, abweichendes Verhalten, Sexualität, Aggression, Wahrnehmung, Denken, Fühlen, Sprechen, Schreiben, etc.
- „Die Schwellen der Normalität erhöhen sich. Leichte motorische oder mentale Störungen werden zu Krankheiten und Behinderungen.“ (Feldmann 2001, 293)
- Konkurrenz mit anderen Subsystemen und Professionen (Religion, Erziehung, Medien); z.B. bei Hyperaktivität mit Medikamenten und nicht mit Erziehungsmaßnahmen „behandeln“;
- Medizinisches System wird von der Wirtschaft beeinflusst, Expansion, Ausweitung von Märkten;
- Vereinnahmung der Medizin durch politisches System: Nazi, Sowjetunion – Medikalisierung von politischer Gegnerschaft.
- Gesundheit und Medizin als Themen der allgemeinbildenden Schule unterbelichtet (Herrschaftswissen);
- Medien verbreiten Gesundheitswissen (z.B. Internet);
- *Gegenmacht*: Selbstmedikation, Selbsthilfegruppen, alternative Medizin, Hospiz.
- Demedikalisierung: Das medizinische System kann auch Bereiche wieder „der Normalität übergeben“, wenn es unter gesellschaftlichem Druck steht: Masturbation, Homosexualität.

Setzung von *Prioritäten* (in familiären und staatlichen Haushalten): Wofür wird bezahlt? für Gesundheit, Bildung, Urlaub, Kulturgenuss, Medienkonsum etc. Werte und Normen werden durch Kultur, Lebenslage, Institution, Medien (Werbung), Interaktion etc. gesteuert.

Das medizinische System proklamiert Lebenslänge als Topwert.

Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen dringen in Lebenswelt ein: Ernährung, Körperpflege, ästhetische Urteile, sexuelles Verhalten, Reisen, Wohnen, Arbeitsbedingungen, Fortbewegung etc. → *Kolonialisierung*.

Konfliktthemen

- finanzielle Probleme → *Rationierung*
- *Selektionskriterien*: demographische (Alter), medizinische (z.B. Heilungswahrscheinlichkeit), finanzielle, regionale und soziale (Familienstand, Beruf, Bildung) Parameter.
- Polarisierung zwischen öffentlichem und privatem System der Krankenbehandlung (Zwei- oder Mehrklassenmedizin).

Krankenhaus

- formale Organisation
- formelles – informelles System

- funktionalistische Analyse: Ziele bzw. Funktionen

<i>Funktionen</i>	
Schule	Krankenhaus
Diagnose	Diagnose
Individuelle Erziehung	Therapie
Betreuung, Schutz	Pflege
Verhaltensnormierung	Verhaltensnormierung
betriebswirtschaftliche Zielsetzung	betriebswirtschaftliche Zielsetzung
Lehre	Lehre
Forschung	Forschung

So wie im medizinischen System ein Ungleichgewicht zwischen der technisch aufwendigen *Diagnose* und der mangelhaften Therapie besteht, gibt es in der Schule Koordinationsprobleme zwischen der (mangelhaften) Diagnose (Entwicklungsstand, Kompetenzen, Defizite des einzelnen Kindes bzw. Jugendlichen) und der (mangelhaften, d.h. nicht individualisierten) „Therapie“ (z.B. für den einzelnen gestaltete Lernumgebung). Der *Fragmentierung* der medizinischen Versorgung (z.B. Doppeldiagnostik, widersprüchliche Therapiekonzepte) entspricht die Fragmentierung der schulischen Versorgung (z.B. Schul- oder gar Bundeslandwechsel, Schultypen, rigide Lehrplanabhängigkeit, keine individuelle Lerngarantie, mangelhafte Unterstützung bei Erkrankung oder familiären Problemen).

Im Krankenhaus existieren 3-4 Teilorganisationen:

1. Ärzte
2. Pflegepersonal
3. Verwaltung
4. (wirtschaftliche und technische Versorgung)

In der Schule existieren (?) 3-4 Teilorganisationen:

1. LehrerInnen
2. Betreuungs- und anderes Dienstpersonal (Sozialarbeiter, Psychologen, päd. Hilfskräfte)
3. Verwaltung
4. (wirtschaftliche und technische Versorgung)

Zielkonflikt

- betriebswirtschaftliches Ziel: Gewinn
- medizinisches Ziel: Heilung

Problemlösungen bei Ressourcen- und Rollenkonflikten (in Krankenhaus und Schule):

- Minimierung des Umgangs mit Klienten (z.B. Kommunikationsreduktion)
- Ausgliederung von Bedürfnissen von Klienten (z.B. emotionale und motorische Bedürfnisse, Musik, Zärtlichkeit, Sexualität)
- Ritualisierung
- Legitimation von Einschränkung der Dienstleistungen über Gesetze, Erlässe, Verwaltungsnormen etc.
- Verlagerung des Engagements auf andere Funktionen.

Klientensozialisation im Krankenhaus

Aufnahme von Klienten: stripping, „Entkleidung“, Ablegen von Verhaltensweisen und Einstellungen des Alltagslebens, Regression, Identitätseinschränkung, Depersonalisierung

abhängig vom Grad der Totalität der Institution (Goffman) (psychiatrische Anstalten, Internate, Gefängnisse).

Patient: Subjekt und Objekt von Dienstleistung.

Depersonalisierung:

- Abtrennen von Bezugspersonen
- Isolierung
- räumliche Eingrenzung
- Entprivatisierung
- Körperkontrolle
- psychische Kontrolle
- Dienstleistungen (relativ) unabhängig von Bedürfnissen des Klienten

Verstärkung von Depersonalisierung und Dehumanisierung durch:

- Zentralisierung
- Standardisierung
- Arbeitszerlegung, Spezialisierung
- Entmündigung (Kompetenzen des Patienten verkümmern), erlernte Hilflosigkeit, Verluste an Selbstkontrollfähigkeiten

Patientenkarriere und –steuerung:

- vom passiven zum aktiven Patienten
- Präventionswissen
- Patient als Kotherapeut
- Arbeitsteilung: Arzt-Patient-Krankenpflegepersonal-Angehörige

Körper

Nach Bourdieu variieren die Körpervorstellungen und –bilder und die damit verbundenen Verhaltensweisen schicht- und gruppenspezifisch. Männer aus der Unterschicht (Maurer, Fabrikarbeiter) akzeptieren grobe, übergewichtige Körper und essen Schweinefleisch und fette Wurst, während junge Frauen aus der oberen Mittelschicht Schlankheit für zentral halten, grünen Salat, Magerjoghurt und in ein wenig Olivenöl gedünstetes Gemüse essen.

Soziale Schicht und Gesundheit

- Unterschichtpersonen rauchen mehr als Mittel- und Oberschichtpersonen. Dies gilt vor allem für junge Männer, nicht für alte Frauen (Mielck 2000, 192).
- „Reiche Raucher leben länger als arme Raucher.“ (Bauch 2000, 142)
- An Straßen mit hoher Verkehrsbelastung wohnen überdurchschnittlich Unterschichtpersonen (Mielck 2000, 181 f).
- Un- und angelernte Arbeiter haben gesundheitsschädlichere Arbeitsbedingungen als Akademiker (Mielck 2000, 178 f).
- Bei Schulanfängern aus niedriger sozialer Schicht sind Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen doppelt so häufig als bei Schulanfängern aus hoher sozialer Schicht (17 : 8 %) (Untersuchung 1994, Land Brandenburg; Mielck 2000, 121).
- Allergien treten in oberen sozialen Schichten häufiger auf als in unteren sozialen Schichten (Mielck 2000, 110 ff).
- Bildung verringert Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiken (Mielck 2000, 70 f; Becker 1998).

- Arten der Lebensführung, Lebensstil (M. Weber, Bourdieu) haben Einfluss auf die Gesundheit.
- Armut macht krank. Krankheit macht arm (Mielck 2000, 164 ff).

Kennzeichen sozialer **Unterschichten** (bzw. Personen in *ungünstigen sozialen Lagen*):

- geringes Einkommen
- hohes Maß an formalisierter Kontrolle am Arbeitsplatz
- Einbindung in monotone Teilarbeitsprozesse

Diese ökonomischen Bedingungen begünstigen Einstellungs- und Verhaltensdispositionen wie:

- Passivität, Fatalismus
- geringe Reflexivität gegenüber dem eigenen Handeln
- geringe Langzeitorientierung, mangelhafte Fähigkeit, Bedürfnisse zeitlich aufzuschieben ("deferred gratification pattern")
- eingeschränkten kognitiven und verbalen Kommunikationsstil.

Diese Einstellungs- und Verhaltensdispositionen haben folgende Auswirkungen auf das Krankheits- und Gesundheitsverhalten:

- größere Leidenstoleranz und mangelnde Sensibilität durch ein instrumentelles Körperverständnis (Körper als Verschleißobjekt)
- geringe Präventivorientierung
- Neigung zur Fremdzuschreibung von Gesundheit und Krankheit (anstelle von Selbstkontrollüberzeugung)
- geringes gesundheitsbezogenes Selbstmanagement
- Distanz zur Mittelschichtkultur des Medizinsystems
- Unterschicht-Personen gehen seltener zum Arzt als Personen oberer Schichten (nach Bauch 2000, 136 f).

Allerdings gibt es auch internationale Untersuchungen, die *keine* bedeutsamen schichtspezifischen Unterschiede im Gesundheitsverhalten diagnostizieren (Lüschen et al. 1995). Starke schichtspezifische Differenzen wurden in Russland und in osteuropäischen Staaten festgestellt. Ein relativ hoher Anteil der Arbeiter im mittleren Alter zeigten zu hohem Alkoholkonsum, rauchten, ernährten sich ungesund und übten zu wenig Bewegung aus (Cockerham 1999). Die durchschnittliche Lebenserwartung in diesen Ländern liegt auch signifikant unter den EU-Zahlen.

Handlungsspielräume, sozialer Raum, Eingrenzung

Unterfordernde und „die persönliche Handlungs- und Entscheidungsfreiheit stark einschränkende Arbeitsbedingungen erhöhen deutlich das Risiko, vorzeitig an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zu sterben.“ (Badura/Feuerstein 2001, 371)

Zentrale Gesundheitsfaktoren:

1. genetische Disposition,
2. natürliche Umwelt,
3. soziale Umwelt,
4. gesundheitsrelevante Lebensstile
5. gesundheitliches Versorgungssystem (vgl. Bauch 2000, 146).

Prävention:

- Je mehr Wissen über Gesundheit und Krankheit vorhanden ist, um so mehr nehmen die Unterschiede im Gesundheitszustand und in der Lebenslänge zwischen den Menschen zu (Wissens- und Lebenskluft).

- je mehr Prävention, um so größer der gesundheitliche Unterschied zwischen sozialen Schichten und Lagen (Wissen wird gruppen- und kontextgebunden wirksam – Habitus). Gegenbeispiel: Unterschichtkinder hatten häufiger Karies als Mittelschichtkinder. Durch intensive Prophylaxe „ist es gelungen, die vorhandene Polarisierung der Karies (ca. 30 % der Kinder vereinigten bis zu 70 % der Karies auf sich) abzuschwächen: die Zahl der Kinder mit hohen Karieswerten geht in den letzten Jahren kontinuierlich zurück.“ (Bauch 2000, 147)

Erklärung von Krankheit

1. Risikofaktorenmodell (hunderte Faktoren)
2. Belastungs-Bewältigungsmodell (Stress-Coping-Modell): subjektive Verarbeitung sozialer Situationen, Wissen, Einstellungen, subjektive Handlungskontrolle, Umweltfaktoren, Verdrängungs- und Verleugnungsstrategien, soziale Netzwerke.

Erklärung des hohen Zusammenhanges von beruflichem Status und Erkrankungsrisiko: *Modell beruflicher Gratifikationskrisen*: Ungleichgewicht zwischen beruflicher Verausgabung und Belohnung. Beispiel: Eine Person engagiert sich überdurchschnittlich am Arbeitsplatz, macht Überstunden, erhält jedoch keine angemessene Bezahlung oder wird sogar arbeitslos. (Siegrist/Möller-Leimkühler 1998, 99 ff)

Was hält den Menschen gesund?

Interne Ressourcen wie Ich-Stärke, Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeit, physische und psychische Widerstandsfähigkeit und Optimismus sowie externe Ressourcen wie Status, Einkommen, soziale Unterstützung, soziale Integration (die Gene nicht zu vergessen!).

Theorie der sozialen Unterstützung (social support)

- Soziale **Netzwerke** bilden ein "soziales Immunsystem" (Bauch 2000, 169): These der sozialen Integration oder sozialen Unterstützung (Durkheim, Badura etc.).
- Habitus nach Bourdieu, Verfügung über ökonomisches, soziales und kulturelles Kapital.
- Welche Netzwerke wirken gesunderhaltend? Primärgruppen, Verwandtschaftsgruppen (Clans), religiöse Gruppen.
- Doch es gibt auch *gesundheitsgefährdende Netzwerke*: In Jugendlichen-Gruppen wird häufig Risikoverhalten (Rauchen, Alkohol, abweichendes Verhalten etc.) eingeübt.
- Gefahren der Desintegration (Scheidung, Isolation, Gefängnis etc.):
Scheidung kann zu Gesundheitsbeeinträchtigung der Kinder führen (Speidel 1993, 140). Durkheim wies schon Ende des 19. Jh. auf die Erosion der Vergemeinschaftung in mod. Gesellschaften hin.
- Forderung: Vergemeinschaftung fördern!
(Kinderhorte, Kindergärten, Selbsthilfegruppen, Netzwerke Alleinerziehender, Betriebsgruppen, kinderfreundliche Arbeitssituationen, Ganztagschule, Gruppenarbeit in Schulen und Hochschulen etc.)

"Roseto"-Studie (USA, 60er Jahre): Roseto ist eine Gemeinde mit einer traditionell italienischen Sozialordnung in Pennsylvania, mit besonders starken familiären Bindungen. In Roseto war die Sterblichkeit an Herzinfarkt in einem siebenjährigen Beobachtungszeitraum weniger als halb so hoch wie in den umliegenden dem amerikanischen Lebensstil angepassten Gemeinden. Diese Differenz in der Sterberate konnte nicht durch Faktoren wie Alter- und Geschlechtsverteilung, Ernährungsverhalten, körperliche Risikofaktoren etc. erklärt werden. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass der familiäre Rückhalt in der Gemeinde eine Schutzwirkung vor Herzinfarkt ausübt (Siegrist 1995, 183). In der *"Alameda-County-Studie"* wurden fast 7000 Erwachsene 9 Jahre lang untersucht. Emotionale und soziale Unterstützung

durch Wertschätzung, Anerkennung, Interesse, Vertrauen, Beratung und materielle Hilfe bilden einen wirksamen Schutz vor Erkrankung auch bei hohen Anforderungen und Belastungen (Badura 1981, Rosenbrock 1993, Bauch 2000, 158)

Das medizinische System, vor allem das Krankenhaus, erhöht das Erkrankungsrisiko durch Verringerung der sozialen Unterstützung der Patienten, da diese aus ihrem gewohnten sozialen Kontext herausgerissen werden.

Gesundheitsverhalten

- $\frac{3}{4}$ der Krankheitssituationen werden ohne ärztliche Hilfe privat bewältigt.
- Private Krankenpflege in Familien und anderen Gruppen wird nach wie vor mehrheitlich von Frauen durchgeführt.
- Frauen geben häufiger als Männer psychische und psychosomatische Beschwerden an.
- Medikamentenabhängigkeit tritt bei Frauen häufiger auf als bei Männern.

Erklärungsansätze für gesundheits- bzw. krankheitsförderndes Verhalten (Bauch 2000, 185 ff)

1. Risikoverhalten (z.B. rauchen): kognitive Dissonanz, Rationalisierung,
2. soziokulturelle Benachteiligung: objektiv und subjektiv, Konfliktansatz, Defizitansatz, Mittelschichtnormen als Standard, Lebenswelt,
3. Modell des sozialen Vergleichs (Siegrist 1995): symbolisch interaktionistisch, Bezugsgruppenorientierung
4. Sozialkognitives Prozessmodell (Schwarzer 1992): health belief model, Kosten-Nutzen-Erwägungen, Selbstwirksamkeits- und Kompetenzerwartung, situative Barrieren und Ressourcen.

Rauchen: soziale Funktionen (gilt teilweise auch für Alkohol und Drogen)

- Kommunikation, Integration
- Stressbewältigung

Subjektive Theorien zu Gesundheit und Krankheit

(vgl. Brinkmann-Göbel 2001, 72 ff; Feldmann 2001, 296 ff)

- wissenschaftsnahe Position: naturwissenschaftlich-technisch orientiert, Arzt als Techniker
- wissenschaftsferne (ganzheitliche) Position: Sinnfindung, Moral (z.B. Krankheit und Schuld), Arzt als Übervater (Übermutter) oder quasi-religiöser Funktionär

Positive Bewertung von Krankheitsdefinitionen

Krankheitsmeldungen können Menschen in tiefe Depressionen stürzen, z.B. die Diagnose von Krebs. Doch Krankheitsfeststellungen können auch positive Wirkungen auf Menschen haben:

1. Eltern, die mit ihrem Kind große Probleme haben, sind entlastet, müssen keine Schuldgefühle mehr haben.
2. Fälschlich wird angenommen, dass eine erfolgreiche Diagnose auch mit einer erfolgreichen Therapie verbunden ist.
3. Die Krankheitsdefinition schafft Sicherheit, die Komplexität der Wirklichkeit wird reduziert.

Arzt und Patient

Funktionalismus:

Die Arztrolle ist nach Parsons

- 1) funktional spezifisch (fachliche Kompetenz),

- 2) universalistisch,
- 3) emotional neutral und
- 4) kollektivitätsorientiert.

Definition der *Krankenrolle*:

- „1. Befreiung von den normalen Rollenverpflichtungen.
 2. Die Vorstellung, daß die kranke Person (professionelle) Hilfe benötigt, um wieder in den Stand versetzt zu werden, ihre normalen Rollen und Aufgaben zu erfüllen.
 3. Krankheit wird als unerwünscht definiert, und es wird als Pflicht des Kranken angesehen, den kranken Zustand möglichst schnell in einen gesunden umzuwandeln.
 4. Es wird erwartet, daß der Kranke fachkundige Hilfe aufsucht und mit dem zuständigen Professionellen kooperiert.“ (Feldmann 1995, 146).
- Krankheit ist nach Parsons abweichendes Verhalten.

Kritik an der Bestimmung der Krankenrolle durch Parsons:

- soziokulturelle Variation der Krankenrolle wird nicht berücksichtigt (Siegrist 1995)
- chronische Erkrankungen sind nicht vorübergehend oder überwindbar, und damit auch nicht abweichendes Verhalten.

Kritik an Verkäufer-Käufer-Rollen- und Marktmodell:

- Gesundheit u. Krankheit sind nicht Waren. Konsument ist nicht souverän, hat zu wenig Wissen, um Güte der Dienstleistung und Kosten-Nutzen-Verhältnis beurteilen zu können.

Soziale Kontrolle

„Ärzte nehmen wichtige soziale Kontrollfunktionen ein“ – z.B. bezüglich Lebensverlängerung oder –verkürzung, Zurechnungsfähigkeit, Normalität.

Symbolischer Interaktionismus

Patient und Arzt handeln die Krankheit, die Definition und die Therapie aus. Unterschiedliche Deutungssysteme (Ansätze zur Krankheitserklärung, Lebensqualitätsvorstellungen).

Wohlbefinden und Gesundheit ist von der Qualität der Interaktionen abhängig. Bedürfnisse und Ansprüche werden gesellschaftlich hergestellt, z.B. über Werbung.

Konfliktansatz:

Patient und Arzt gehören unterschiedlichen Gruppen an: soz. Schicht, Ethnie, Profession, Bildungsstand etc., haben unterschiedliche Interessen, verschiedene Sprachcodes.

Konflikt zwischen Arzt und Patient bleibt in der Regel latent. Konfliktaspekte: compliance, Selbst- und Fremdkontrolle, konkurrierende Situationsdefinitionen. Konflikte zwischen Professionen (Ärzte, Pflegepersonal, Psychotherapeuten etc.).

Professionalisierung

Professionalisierung ist ein Prozess, in dem Berufe ein wichtiges gesellschaftliches Feld erobern und ein Wissens- und Dienstleistungsmonopol anstreben. Ärzte sind die Spitzengruppe der Professionellen - sie haben nach Meinung der meisten Menschen einen weit höheren Rang als z.B. Lehrerinnen. Die medizinische Hauptprofession versuchte, den Aufstieg von anderen Professionen im Feld (Krankenschwestern, Heilpraktikern etc.) zu behindern bzw. zu begrenzen.

Alternative Medizin

Der Ausdruck „Alternative Medizin“ umfasst ein breites heterogenes Spektrum von Therapieformen, die eines eint, dass sie nicht oder nicht offiziell zur Schulmedizin gezählt

werden. Bis Mitte des 19. Jahrhunderts gab es eine breite Palette von alternativen Verfahren des Heilens in Europa. Erst ab dieser Zeit wurden durch staatliche Regelungen die „herrschende Medizin“ geschaffen und die alternativen Verfahren an den Rand bzw. in die Illegalität gedrängt (Saks 2001, 121). Im Laufe des 20. Jahrhunderts entstanden den Ärzten untergeordnete medizinische Semiprofessionen (Physiotherapeuten etc.), während in Randzonen alternative Therapien weiterexistierten bzw. neue entstanden, die meist von der herrschenden medizinischen Profession und den mit ihr verbündeten staatlichen Instanzen bekämpft wurden. Ab den 60er Jahren wurden traditionelle Institutionen und Professionen immer stärker angegriffen und im Umfeld neuer sozialer Bewegungen blühten auch alternative Therapien, deren Unterdrückung nicht mehr so gut gelang wie in autoritäreren Zeiten. Inzwischen ist die Gesundheitsszene pluralistischer geworden. Ärzte haben alternative therapeutische Verfahren in ihr Repertoire übernommen, die Schulmedizin zeigt sich heute aufgeschlossener gegenüber diesen. Die Patienten bzw. Konsumenten nutzen die Marktgegebenheiten, d.h. nur eine Minderheit der Konsumenten ist orthodox, d.h. nur von der Schulmedizin oder nur von bestimmten alternativen Verfahren überzeugt. Manche alternative Therapierichtungen haben sich als Professionen in verschiedenen Ländern bereits gut etabliert, z.B. Chiropraktik in den USA, Heilpraktiker in Deutschland oder Akupunktur in verschiedenen Staaten, während andere, z.B. verschiedene psychotherapeutische Schulen, kurze Zeit im Aufstieg waren, sich dann aber nicht durchsetzen konnten. Es gibt unterschiedliche Ursachen für den Wiederaufstieg der alternativen Medizin (vgl. Goldstein 2000):

- Misserfolge bei der Behandlung chronischer Krankheiten,
- die Entmündigung und Depersonalisierung von Patienten (Wunsch nach Selbstkontrolle),
- zunehmende Professionalisierung, Verwissenschaftlichung und Technisierung der Medizin (damit verbunden Verunsicherung, Ängste, Misstrauen),
- der Wunsch nach ganzheitlicher und personbezogener Behandlung,
- der Wunsch nach Spiritualität und die Abgrenzung der Schulmedizin von der Religion,
- die Ähnlichkeit zwischen den theoretischen Grundlagen alternativer Heilverfahren und den Alltagstheorien,
- Angst vor Verstümmelung, Organverlust, Körperzerstörung,
- das Interesse der Medien an abweichenden Therapieformen,
- ein expandierender Markt alternativer Heilmethoden.

Gesellschaftliche Subsysteme und Gesundheit

Jedes Subsystem verarbeitet nach Luhmann Umwelt nach eigenen dichotomen (polarisierten) Codes, wobei eher ein Kontinuum anzunehmen ist. Zur Umwelt des Subsystems gehören auch Menschen. Zur Hypothesenbildung soll die folgende Tabelle dienen, in der die jeweiligen Codes, Verarbeitungsweisen oder Kommunikationsformen als eher gesundheits- oder krankheitsfördernd dargestellt werden.

	gesundheitsfördernd	krankheitsfördernd
<i>Medizin</i>	gesund	krank
<i>Recht</i>	legal	illegal
<i>Politik</i>	mächtig	ohnmächtig
<i>Erziehung, Bildung</i>	gebildet	ungebildet
<i>Wirtschaft</i>	reich, angesehener Beruf	arm, arbeitslos
<i>Religion</i>	heilig, gläubig	profan, ungläubig
<i>Kunst</i>	schön	hässlich
<i>Medien</i>	medienkompetent	medieninkompetent
<i>Familie</i>	verheiratet + Kinder	ledig, geschieden
<i>Natur, Umwelt</i>	„natürlich“	„unnatürlich“

Gesundheit und Medizin im gesellschaftlichen Kontext

An einer wichtigen gesellschaftlichen Teilproblematik soll die Verbindung der Medizin mit anderen gesellschaftlichen Bereichen und Faktoren aufgezeigt werden.

In der modernen Gesellschaft wird es als unerwünscht angesehen, dass Mädchen bzw. Frauen, die sich noch in der Ausbildung befinden, Kinder bekommen. Dies ist eine normative Bestimmung, keineswegs eine „Selbstverständlichkeit“, als die sie erscheint. Es wäre zweifellos institutionalisierbar, dass Mädchen bzw. junge Frauen während ihrer schulischen, beruflichen oder hochschulischen Ausbildung Kinder bekämen und aufziehen könnten – was ja auch trotz normativen Hindernissen geschieht. Mit Hilfe von modernen Antikonzeptionsmitteln können Frauen ihren Kinderwunsch hinausschieben und machen dies auch aufgrund der normativen Gegebenheiten. Doch aufgrund der immer länger werdenden Ausbildungen und Berufsfindungsphasen – ebenfalls normative Regelungen, die u.a. durch bürokratische und andere rechtliche, politische und wirtschaftliche Mechanismen gestützt werden – müssen immer mehr Frauen, die zuerst ihre Schwangerschaft erfolgreich verhindert haben, mit Hilfe der gleichen Medizin forciert und technologisch raffiniert versuchen, schwanger zu werden (In-vitro-Fertilisation etc.). Aufgrund der sich daraus wieder ergebenden somatischen, psychischen und sozialen Komplikationen werden weitere medizinische Maßnahmen erforderlich usw. In diesen sozialen Prozessen erscheinen die medizinischen Maßnahmen als neutrale klientenorientierte Dienstleistungen, nicht als Teil einer normativen Sozialmaschine, die vielleicht neu programmiert werden sollte.

These: Die Grundlagen des Gesundheitsverhaltens und einer „gesundheitserhaltenden Einstellung des Körpers“ wie auch der Bildungs- und Berufschancen werden in der Kindheit gelegt. Folglich würde es von kollektiver Rationalität zeugen, Ressourcen von den unwichtigen Bereichen, z.B. Gymnasien, Kuraufenthalten, teuren Diagnosegeräten in Praxen, unwirksamen bzw. überteuerten Medikamenten, die Lebensqualität nicht verbessernde Operationen, Stützung ineffizienter Hochschulstrukturen etc. zu dem wichtigen Bereich der Unterstützung der Kinder von 0 bis 6 Jahren zu verlagern.

„Die Zunahme der Lebenserwartung ist in den vergangenen Jahrzehnten nur zu 20 – 40 % auf medizinische Maßnahmen zurückzuführen (Busse 1998).“ (Walter/Schwartz 2001, 233)

Folglich muss überlegt werden, wie man die Kosten des medizinischen Systems verringern oder zumindest konstant halten kann, um wichtigere Maßnahmen, z.B. Hilfen für unterprivilegierte Kinder und Familien zu finanzieren.

Gesundheitssozialisation und -erziehung

Institutionen: Familie, Kindergarten, Schule, Betrieb, Medien, Internet etc.

Wichtige Aspekte: Aufklärung, Information, Definitionsmacht, Wissensgefälle, Expertensysteme, Förderung von Bewältigungskompetenzen (empowerment, enabling). Individualisierung. Technik des Selbst.

Interprofessionalisierung: Kooperation von Ärzten, LehrerInnen, Kindergärtnerinnen, Sozialarbeitern etc. wird institutionalisiert. Modularisierung der Ausbildung.

In der Schule sollten die Maßnahmen, die die Motivation, das Kompetenzerleben (Selbstwirksamkeit) und das Wohlbefinden und damit die Gesundheitschancen verringern, minimiert werden: schlechte Noten, Sitzenbleiben, keinen Abschluss erhalten (Weiglhofer 2000, 37 f).

Ziele der Gesundheitsberatung und –erziehung

- Prävention
 - Stärkung der Selbststeuerung, Selbstkontrolle, Selbstwirksamkeit
 - Stärkung der sozialen Netzwerke
 - Verbesserung der Informationsgrundlagen und der Transparenz
 - Verbesserung des rationalen Konsums von Gesundheitsdienstleistungen
 - Verringerung der sozialen Ungleichheit im Gesundheitswesen
- (vgl. Brinkmann-Göbel 2001, 13 ff)

Gesundheitsberatung

Zentrale Gesundheitsberatung: Für Laien geeignete Diagnose- und Therapiedatenbanken und –multimediaanwendungen im Internet bzw. auf CD-ROM, in Konkurrenz staatliche und private Anbieter. Eine zentrale Beratungsstelle für den deutschsprachigen Raum, an die Fragen gerichtet werden können.

Dezentrale Gesundheitsberatung: Interprofessionelle kommunale bzw. private Teams (Arzt, LehrerIn, ErzieherIn, Sozialarbeiter, PflegerIn, SozialwissenschaftlerIn etc.), die für einzelne und für bestimmte Gruppen an verschiedenen Orten (Schulen, Hochschulen, Volkshochschulen etc.) zu bestimmten Zeiten zur Verfügung stehen. Die Teams sind vernetzt und es gibt zentrale Evaluationsagenturen für die Teams, die sich allerdings auch selbst evaluieren. Gesundheits-, Erziehungs- und Familienberatung sind verbunden.

Gruppentraining (Beispiel)

Es werden in Organisationen (Schulen, Betriebe etc.) Gruppen gebildet, die Gesundheitsziele anstreben: Gewichtsabnahme, Beenden des Rauchens, regelmäßige Bewegung (laufen etc.). Die Gruppen in mehreren Organisationen führen Wettbewerbe durch. Die besten Gruppen werden prämiert.

Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen:

- Patienteninformationssysteme (vor allem im Internet)
- regelmäßige Patientenbefragungen, deren Ergebnisse in den Informationssystemen veröffentlicht werden
- Patientenberatungsstellen
- regelmäßige Qualitätskontrolle und Evaluation der Krankenhäuser und Arztpraxen (Evaluationsergebnisse im Internet veröffentlichen - Datenschutzprobleme)

Qualitätsverbesserung im Schulwesen:

- Schüler- und Elterninformationssysteme (vor allem im Internet: erforderliches Wissen, Punktevergabe usw.)

- regelmäßige Schüler- und Elternbefragungen, deren Ergebnisse in den Informationssystemen veröffentlicht werden
- Schüler- und Familienberatungsstellen
- regelmäßige Qualitätskontrolle und Evaluation der Schulen und Hochschulen (Evaluationsergebnisse im Internet veröffentlichen)

Forschungslage

Vor allem in Deutschland ist die Situation im Bereich der sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung nicht sehr positiv zu beurteilen. Obwohl jährlich hunderttausende Menschen in Krankenhäusern sterben, gibt es bisher nicht eine einzige qualitativ hochwertige für das Bundesgebiet oder für mehrere Länder repräsentative Untersuchung des Sterbens im Krankenhaus bzw. an anderen Orten. Es gibt auch keine repräsentativen Studien über iatrogene (durch das Subsystem Medizin erzeugte) psychische und soziale Schädigungen in der Bevölkerung. Über die interprofessionelle Zusammenarbeit von Ärzten, LehrerInnen, Erzieherinnen, Sozialarbeitern und anderen Menschenarbeitern und über innovative Modelle kann man kaum Studien finden. Die soziale Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung und im Gesundheitsverhalten wurde zu wenig differenziert untersucht. Die Verteilung der Forschungsgelder im Gesundheitsbereich wird für die Bevölkerung kaum transparent gemacht. Auch die deutschen Medien, die Hochschulen, die Gesundheitsbehörden und die Forschungsorganisationen vernachlässigen in diesen Bereichen ihre Aufklärungs- und Kontrollfunktionen.

Literatur

- Badura B. 1981. Soziale Unterstützung und chronische Krankheit, Frankfurt.
- Badura, B./Feuerstein, G. 2001. Gesundheit und Gesundheitswesen. In: Joas, H. (Hg.), Lehrbuch der Soziologie. Frankfurt, Campus, 363-388.
- Bauch, J. 2000. Medizinsoziologie. München, Oldenbourg,.
- Becker, R. 1998. Bildung und Lebenserwartung in Deutschland. Z. Soziologie 27, 133-150.
- Brinkmann-Goebel, R. (Hg.) 2001. Handbuch für Gesundheitsberater. Bern, Huber.
- Cockerham, W.C. 1999. Health and social change in Russia and Eastern Europe. London, Routledge.
- Eis, D. 1998. Welchen Einfluß hat die Umwelt? In: Schwartz, F.W. et al., Das Public Health Buch. München, 51-80.
- Feldmann, K. 1995. Leben und Tod im Werk von Talcott Parsons. In: Feldmann, K.; Fuchs-Heinritz, W. (Hg.), Der Tod ist ein Problem der Lebenden. Frankfurt./M., Suhrkamp, , 140-172.
- Feldmann, K. 2001. Soziologie kompakt. 2. Aufl., Wiesbaden, Westdeutscher Verlag.
- Foucault, M. 1973. Die Geburt der Klinik: eine Archäologie des ärztlichen Blicks, München: Hanser.
- Goldstein, M.S. 2000. The growing acceptance of complementary and alternative medicine. In: Bird, C.E. et al. (eds.): Handbook of medical sociology. 5. ed. Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall, , 284-297.
- Hurrelmann, K./ Laaser, U. 1998. Gesundheitswissenschaften. Handbuch f. Lehre und Forschung. 2. Aufl. Weinheim, Beltz.
- Hurrelmann, K./ Leppin, A. (Hg.) 2001. Moderne Gesundheitskommunikation. Bern, Huber.
- Jungbauer-Gans, M./ Schneider, W. 2000. Gesundheit. In: Allmendinger, J./ Ludwig-Mayerhofer, W. (Hg.) Soziologie des Sozialstaats, München, 201-236.
- Kaiser, G. u.a. 1996. Die Zukunft der Medizin - Neue Wege zur Gesundheit? Frankfurt., Campus.
- Krämer, W. 1993. Wir kurieren uns zu Tode. Ffm, Campus.

- Lüschen, G. et al. 1995. Health systems in the European Union. München, Oldenbourg.
- Luhmann, N. 1990. Der medizinische Code. In: ders., Soziologische Aufklärung 5. Opladen, 183-195.
- Mielck, A. (Hg.) 1994. Krankheit und soziale Ungleichheit. Opladen.
- Mielck, A. 2000. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern, Huber.
- Rosenbrock, R. 1993. Betriebliche Gesundheitspolitik und Organisationsentwicklung, in: J.M. Pelikan et al., Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, Weinheim, München, 123-140.
- Saks, M. 2001. Alternative medicine and the health care division of labour: present trends and future prospects. In: Gallagher, E.B./Risk a, E. (eds.): The sociology of health and illness. Current Sociology, 49, 119-134.
- Schwarzer, R. 1992. Psychologie des Gesundheitsverhaltens, Göttingen.
- Siegrist, J. 1995. Medizinische Soziologie. 5. Aufl. München, Urban u. Schwarzenberg.
- Siegrist, J. 1996. Der medizinische und gesellschaftliche Fortschritt. In: Kaiser, G. u.a. (Hg.), Die Zukunft der Medizin. Frankfurt, Campus.
- Siegrist, J. /Möller-Leimkühler, A.M. 1998. Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit. In: Schwartz, F.W. et al., Das Public Health Buch. München, 94-109.
- Speidel, H. 1993. Spätfolgen bei Scheidungswaisen - psychotherapeutische Aspekte, gesellschaftliche Voraussetzungen und Spätfolgen, in: O. Kraus (Hg.), Die Scheidungswaisen, Göttingen, 135-152.
- Turner, B.S. 1996. The body and society. 2. ed. London, Sage.
- Walter, U./Schwartz, F.W. 2001. Gesundheit der Älteren und Potenziale der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Deut. Zentrum f. Altersfragen (Hg.), Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Opladen, Leske + Budrich, 145-251.
- Weiglhofer, H. 2000. Die Förderung der Gesundheit in der Schule. Wien, Facultas.

Fragen und Aufgaben

(Die Fragestellungen sind für pädagogische Studiengänge ausgewählt worden.)

1. Was kann in Kindergärten und Grundschulen getan werden, um die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Kinder und der Eltern zu verbessern?
2. Wie ist es erklärbar, dass Schulversagen (schlechte Noten, Sitzenbleiben, Überweisen auf die Sonderschule etc.) krankheitsfördernd wirkt?
3. Welche Einflüsse auf Gesundheitseinstellungen und –verhaltensweisen werden von den Medien (Fernsehen, Zeitungen, Zeitschriften, Bücher, Internet) ausgeübt?
4. Welche implizite Gesundheitspolitik wird durch familien- und schulpolitische Entscheidungen bewirkt?
5. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede bestehen zwischen der Professionalisierung im medizinischen und im schulischen Bereich?
6. Welche Maßnahmen sollten im Gesundheits- und Erziehungsbereich ergriffen werden, wenn man von der Geltung des sozialen Unterstützungsansatzes überzeugt ist?
7. Welche Änderungen sollten in Krankenhäusern und Schulen durchgeführt werden, um auf die Bedürfnisse der Klienten besser einzugehen?
8. Welche Veränderungen sind in medizinischen und schulischen Institutionen durchzuführen, wenn man von der Theorie von Durkheim ausgeht?
9. Vergleichen Sie das Zusammenspiel und auch die Konkurrenz der Prozesse der Medikalisierung, Psychologisierung und Pädagogisierung.
10. Stellen Sie Verbindungen zwischen alternativer Medizin, neuen sozialen Bewegungen und alternativen Erziehungsmodellen her.

11. Wie kann man Strukturen (Aufbau, Organisation, Ausstattung) und Prozesse (Arbeitsabläufe, Interaktionen) der Dienstleistungsorganisationen Krankenhaus und Schule messen, und welche Zusammenhänge gibt es zwischen beiden?
12. Welche Schwierigkeiten ergeben sich, wenn man aus Strukturen Prozesse und aus diesen Ergebnisse vorherzusagen versucht?
13. Sowohl im Gesundheits- als auch im Bildungsbereich treten Verteilungskonflikte auf. Beschreiben Sie solche Konflikte und erarbeiten Sie Lösungsvorschläge.
14. Erarbeiten Sie Vorschläge für Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheits- und im Bildungsbereich.
15. Diskutieren Sie pro und contra folgende These: Eine Verbesserung der Lebens- und Gesundheitschancen ist durch eine Verlagerung der Gesundheits- und Bildungsausgaben des Staates von unwichtigeren Bereichen zu den ersten 4 Lebensjahren zu erreichen.