

Rainer Müller (1996): Rehabilitation als Gesundheitsförderung im Lebensverlauf. Vortrag, Summer School of Public Health, Delmenhorst 10.09.1996

1. Warum wird Rehabilitation als Gesundheitsförderung interpretiert und auf den Lebensverlauf bezogen?

Der Lebensverlauf ist an körperliche, leibliche, seelische Gesundheit gebunden. Gesundheit wiederum ist als Fähigkeit des Individuums zu denken, mit eigenen Ansprüchen und Erwartungen auf der einen Seite und mit Anforderungen und Notwendigkeiten der Lebens- und Arbeitswelt auf der anderen Seite souverän umgehen zu können. Allgemein kann Gesundheit mit Leistungsfähigkeit übersetzt werden. Verständnisse und Konzeptionen von Rehabilitation sind von daher auf ein Verständnis von Leistungsfähigkeit zu orientieren. Dabei ist eine Langfristperspektive, nämlich auf den Lebensverlauf, einzunehmen, wobei sozial und kulturell vermittelte Annahmen und Deutungen von Gesundheit zu beachten sind.

Ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und Leistungsfähigkeit ergibt sich aus der fundamentalen institutionellen Ordnung marktwirtschaftlicher Gesellschaften. Das Überleben in seiner physischen und sozialen Dimension ist in industriellen und marktmäßig organisierten Gesellschaften an Einkommen und Einkommen wiederum an Erwerbstätigkeit gebunden. Erwerbs- bzw. Arbeitsfähigkeit wiederum setzt Leistungsfähigkeit, d.h. Gesundheit voraus. Gesundheit muß als relative Größe zwischen den Polen vollständigen Wohlbefindens und schwerer Krankheit angesehen werden. Mit dem Konzept der relativen Gesundheit wird zum Ausdruck gebracht, dass Gesundheit weniger eine körperliche Eigenschaft als vielmehr die Übereinstimmung zwischen Anforderungen und Handlungspotentialen darstellt. Diese strukturelle Grundbedingung organisiert den Lebensverlauf mit seiner zentralen Phase der Erwerbstätigkeit. Die Zentralität von Erwerbsarbeit bzw. der Wirtschaft als sie organisierende Sphäre zeigt sich auch in der normativen bzw. ideologischen Einschätzung von Erwerbsarbeit in den gesellschaftlichen Orientierungen der Bürgerinnen und Bürger. Es kann weder auf der realen Handlungsebene, noch auf der Bewußtseinssebene ein Ende der Arbeitsgesellschaft diagnostiziert werden. Dem Zwang zur Erwerbsarbeit kann man nur entgehen, wenn man massiv privilegiert oder einen schwerwiegenden sozialen, gesundheitlichen und existenziellen Preis bereit ist zu bezahlen. Ein schuldloses Herausfallen aus der Erwerbsarbeit führt, wie wir wissen, zu schwerwiegenden Krisen in der sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Situation einer Person. Bereitschaft zur Erwerbstätigkeit, Fähigkeit zur Erwerbstätigkeit sowie die faktische Erwerbsarbeit ist die Grundlage für die Produktivität von Wirtschaft und damit für die Stabilität und Ordnung des politischen Systems.

Da Erwerbstätigkeit durch Krankheit, Unfall, Alterung gefährdet ist und für die Erwerbsfähigkeit Qualifikation aufgebaut werden muß, wurden in Deutschland in den vergangenen 100 Jahren sozialstaatliche Institutionen um die Erwerbstätigkeit herum entwickelt. Zu nennen ist hier das Bildungssystem und die Einrichtungen der sozialen Sicherung, die auf Kuration von Krankheit bzw. Kompensation von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit sowie Alter gerichtet sind. In Deutschland knüpfen die meisten sozialpolitischen Leistungen am Erwerbsstatus an. Die Leistungen sind darauf gerichtet, den sozialen Status der Erwerbstätigkeit zu sichern. Die sozialpolitischen Leistungen organisieren Übergänge, z.B. aus dem Bildungssystem in den Erwerbsstatus, Statuswechsel innerhalb der Erwerbstätigkeit (z.B. Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitation, berufliche Weiterbildung, Arbeitsförderungsmaßnahmen) wie auch aus der Erwerbstätigkeit (Rentenversicherung (Frühverrentung)).

Rehabilitation als Förderung von Gesundheit und damit Aufrechterhaltung von Leistungsfähigkeit im Lebensverlauf ist ein Thema, da der Zusammenhang von Gesundheit und Erwerbs- bzw. Arbeitsfähigkeit in der heutigen Epoche in einer spezifischen Weise prekär geworden ist.

Eine historisch erstmalige Situation hat sich mit der demographischen Entwicklung der Bevölkerung in den westlichen Industrienationen eingestellt. Die Alterspyramide ist in Deutschland auf den Kopf gestellt. In wenigen Jahren werden fast 40 % der Bevölkerung älter als 60 Jahre sein. Die durchschnittliche Lebenserwartung hat sich in den letzten 100 Jahren mehr als verdoppelt. Wie Japan,

so ist auch die Bundesrepublik Deutschland eine Gesellschaft des langen Lebens geworden. Der Anteil der über 50jährigen Erwerbspersonen übersteigt um das Jahr 2000 den Anteil der unter 30jährigen Erwerbspersonen. Zugleich ist in allen westlichen Industrienationen festzustellen, daß die Erwerbsquote der 55-59jährigen Männer in einer Spannweite von 50-80% liegt, in Deutschland bei etwa 70%. Die Erwerbsquote für 55-59jährige Frauen allerdings zeigt Anfang der 90er Jahre eine noch niedrigere Quote von etwa 40 % (Karazman u.a. 1995, Friedrich-Ebert-Stiftung 1996).

Die Erwerbsquoten wie auch Zahlen über Frühinvalidität und Arbeitslosigkeit sowie Behinderung weisen darauf hin, daß Altern/das Älterwerden und Erwerbstätigkeit in den marktförmigen Industriegesellschaften schwer miteinander in Einklang zu bringen sind. Wissensmäßig wie auch technologisch stehen uns Möglichkeiten der menschengerechten und sozialverträglichen Arbeitsgestaltung zur Verfügung. Es gibt also Optionen für eine altersgerechte und humane Gestaltung von Arbeitsanforderungen im Lebensverlauf. Dennoch wird in Betrieben ein Ausgrenzen von Älteren und Leistungsgeminderten und weniger eine Politik der Arbeitsplatzgestaltung in Verbindung mit Laufbahnpolitik betrieben.

Obwohl eine bewußtseinsmäßige wie kulturelle und ideologische Orientierung auf Erwerbsarbeit als Norm generell stark verankert ist, zeigt sich eine Abschwächung dieser Erwerbszentrierung mit zunehmendem Alter. Wir haben das kulturelle Phänomen, daß Arbeitnehmergruppen sich um das Alter von 50 Jahren herum innerlich mit ihren Lebensentwürfen von der Erwerbsarbeit abmelden. Es gibt eine faktische wie auch eine interne Emigration aus der Erwerbsarbeit.

Diese Relativierung der Zentralität von Erwerbsarbeit hängt unter anderem mit den negativen Erfahrungen in der Erwerbsarbeit zusammen und mit dem Wissen, daß erworbener Erwerbsstatus bzw. eingenommener Arbeitsplatz nicht mehr sicher ist, man also keine geordnete, sichere Karriere im Berufsverlauf durchlaufen kann. Flexibilisierung und Dynamisierung - und nicht beamtenmäßige Karriere - sind das zunehmende Muster der Erwerbsbiographie.

Die Debatte um die Funktionsfähigkeit von medizinischer wie beruflicher, insbesondere jedoch um die medizinische Rehabilitation und die Notwendigkeit, dieses sozialpolitische Instrument neu zu definieren und eine neue Praxis zu etablieren, speist sich nicht nur aus der demographischen Entwicklung und der prekären Arbeitsmarktsituation, sondern außerdem aus der Krise der Medizin. Die medizinische Rehabilitation ist in ihren theoretischen wie praktischen Konzepten an die klinische Medizin gebunden, und diese wiederum an ein biomedizinisches Verständnis von Krankheitsepisoden (Akutmedizin). Wie die Medizin generell, so ist auch die medizinische Rehabilitation unter Legitimationsdruck gekommen, insbesondere wirken die Kalküle der Ökonomie Druck erzeugend. Rehabilitation muß ihre Effektivität und Effizienz belegen und damit den Nutzen der Allokation von Ressourcen wie Geld und Personal offenlegen. Der Beitrag der Medizin und auch der Rehabilitation an der Sicherung wie auch zur Wiederherstellung von Gesundheit im Sinne von beruflicher Leistungsfähigkeit wird stärker als früher in Zweifel gezogen. Auch für die medizinische Rehabilitation gilt, daß eine erhebliche Diskrepanz zu verzeichnen ist zwischen der Bedeutung chronisch degenerativer Erkrankungen auf der einen Seite sowie dem gesellschaftlich vorherrschenden Paradigma ärztlichen Handelns andererseits - nämlich Diagnostik und Behandlung von Spätphasen der Erkrankung. Ob und unter welchen besonderen Voraussetzungen (Krankheitsarten, Therapieformen, sozialen und beruflichen Merkmale der Teilnehmer) Rehabilitation medizinisch effektiv ist, ist bislang strittig geblieben (Biefang 1987, VDR 1989).

Die Kritik an der Rehabilitation weist nicht nur auf die Dominanz klinisch-medizinischer Sichtweisen und Praktiken, sondern auch auf eine unzureichende Berücksichtigung psychosozialer Faktoren. Eine mangelnde Einbeziehung der sozialen Situationen in den verschiedenen Lebensphasen und Lebenslagen wird beklagt. Außerdem reklamiert die Kritik eine längerfristige Zeitperspektive, nämlich auf den Lebensverlauf hin. Hinzu kommt noch ein weiterer Kritikpunkt, der einen "sozialbürokratischen" Risikofaktor (Badura u.a. 1987) im Umgang mit zu Rehabilitierenden feststellt. Dieser Risikofaktor zeigt sich bei der schleppenden und defizitären Organisation der Versorgungs- und Betreuungskette.

Eine Gesellschaft mit langem Leben und einer Verschärfung der sozialen, organisatorischen und technischen Rationalisierung der Erwerbsarbeit hat neue Konzeptionen sozialstaatlichen und

gesundheitpolitischen Umgangs bei der Aufrechterhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit als Fähigkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe im Lebensverlauf zu entwickeln. Medizinische Kuration bzw. medizinisch-klinische Rehabilitation wirken nicht mehr hinreichend, um die wachsende Schere beim Älterwerden zwischen Leistungsfähigkeit und Leistungsanforderung zu schließen. Eine neue Konzeption von Rehabilitation als Gesundheitsförderung muß entwickelt und diese Strategie auf den Lebensverlauf bezogen werden.

2. Rehabilitation als Gesundheitsförderung im Lebensverlauf als eine Herausforderung an den Sozialstaat.

Die bisherigen sozialstaatlichen Regulierungen sind auf Episoden und nicht auf dauerhafte Phasen von Krankheit, Arbeitslosigkeit, Armut ausgerichtet. In ihrer Bearbeitung sind sie hoch fragmentiert bei verschiedenen Institutionen angesiedelt sowie auf kurzzeitige Perspektiven abgestellt. Eine Redefinition der Rehabilitation setzt also eine Umorientierung bei den Steuerungskonzepten, Regelungsmechanismen wie auch bei den normativen Orientierungen voraus. Dies bedeutet statt Fixierung auf Krankheit Orientierung auf Gesundheit und Gesundheitsförderung. Dies meint weiterhin statt kurzzyklischen Zeitperspektiven Ausrichtung auf Stabilisierung und Organisation von langfristigen Lebensphasen bzw. auf einen gelungenen Lebensverlauf. Außerdem ist es notwendig, um den bürokratischen Risikofaktor und die niedrige Compliance bzw. mangelnde Mitwirkung der Versicherten bzw. Bürger zu vermeiden, stärker die Deutungen der Sozial- und Arbeitsbürgerinnen und -bürger über den Eigensinn ihres Lebenslauf zu beachten. Nicht das Verständnis von Klient und Patient als passives „Objekt“ sollte die Sicht- und Handlungsweise bestimmen. Stattdessen ist gefragt, sich auf den sozialen Status des Bürgers mit seinen Bedarfen nach Information, Aufklärung, Sinnggebung und Teilhabe zu beziehen. Nicht hoheitlich paternalistisch-bürokratisch, sondern demokratisch-partizipativ und zivil sollte der sozialstaatliche Umgang organisiert sein. In den sozialstaatlichen Regulationsmechanismus sollte statt Versicherungsfall-Denken die Moderation und Stabilisierung von Lebensverläufen konzeptionell und perspektivisch neu formuliert und praktiziert werden.

Damit dies gelingt, ist es notwendig, sich über den Zusammenhang von sozialstaatlicher Regulierung und Lebenslauf, über die Konzeption von Gesundheit und Krankheit, von Leistungsfähigkeit und Alterung theoretisch zu verständigen.

3. Sozialstaat und Lebenslauf

Zum Lebenslauf gibt es eine Reihe von Metaphern. Soziologen haben den Lebenslauf mit einer Rolltreppe verglichen, auf der wir alle fahren. Dieses Bild ist jedoch nicht treffend, da es sich - wenn überhaupt - nicht nur um eine Rolltreppe, sondern um verschiedene Rolltreppen mit unterschiedlicher Länge und Geschwindigkeit sowie mit verschiedenen möglichen Übergängen handeln würde. In diesem Bild wird es zu einer schwierigen Aufgabe, von einer Rolltreppe zur nächsten zu kommen. Denn sozialstaatliche Regelungen haben zahlreiche Übergänge zwischen Lebensphasen und -bereichen, gerade dies um die Erwerbstätigkeit herum, festgeschrieben und klare Zäsuren institutionalisiert. Es gibt nahezu keine Übergänge im Lebensverlauf, die nicht durch irgendeine Weise sozialpolitisch gerahmt wären. Von der Geburt über die Statuspassage ins Bildungssystem, in einen eigenständigen Haushalt, ins Erwerbssystem, in die Ehe, in Krankheit oder Arbeitslosigkeit und aus ihnen hinaus, wie auch der Übergang in den Ruhestand. Alle solche Übergänge werden durch sozialstaatliche Institutionen gesteuert. Sozialpolitische Rahmungen sind nicht nur beschränkt auf förmliche Bescheinigungen, finanzielle Unterstützungen, sondern sie organisieren die Übergänge. D.h. sozialpolitische Setzungen gestalten Lebenslaufregime primär mit, indem sie Lebensphasen stärker voneinander abtrennen, also Übergänge von einem sozialen Status in einen anderen definieren und regulieren, sie schreiben damit soziale Ordnungsprinzipien fest. Die Personen als Lebensläufer sind dabei aktive Mitwirkende, die sich den Angeboten und Optionen, z.B. des Bildungssystems, bedienen, um ihren individuellen Lebenslauf zu organisieren. Zwischen den Individuen und sozialstaatlichen Einrichtungen bestehen also interaktive Beziehungen, welche vom Einzelnen eine hohe Kompetenz der Selbststeuerung verlangen. Sozialpolitische Setzungen bieten für Personen und Berufsgruppen wie auch für Betriebe Strukturen und Anreize zur Organisation von Berufs- und Lebensverläufen. Gratifikationen und Sanktionen sozialpolitischer Vorgaben werden also von Bürgerinnen und Bürgern wie auch von Betrieben bei ihren

Überlegungen und Handlungen ins Kalkül gezogen. So nutzen z.B. Betriebe wie auch Beschäftigte die Möglichkeiten der Rentenversicherungen, um vorzeitig aus dem Erwerbsleben auszuschneiden. Betriebe entledigen sich gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kostengünstig durch Verweis auf die flexible Altersgrenze oder durch Nutzung der Frühinvalidität, anstatt in altersgerechte bzw. gesundheitsförderliche Arbeitsplätze und -Berufsaufbahnen zu investieren.

Wenn man den Einfluß von Sozialpolitiken auf Lebensverläufe untersuchen will oder durch Sozialpolitiken Lebensverläufe gestalten will, so ist es sinnvoll, von den Vorstellungen der Institution über die Normalität des Lebenslaufs mit daraus sich ergebenden Druck- bzw. Sogwirkungen auf die Sozialbürger bzw. auf das Medizinsystem oder auf Betriebe auszugehen. Zu fragen ist, welche Vorstellungen über eine Normalbiographie die Institutionen wie Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung, Krankenversicherung oder das Bildungssystem haben. Welche Konzepte, Annahmen haben die Bürgerinnen und Bürger über eine normale Biographie?

4. Lebenslauf und Normalbiographie

Bei der Diskussion um Lebenslauf und Normalbiographie geht es allerdings nicht nur um Vorstellungen bei den Institutionen und bei den Bürgern, sondern ebenfalls darum, welche Typen von Biographien bzw. welche Lebenslaufmuster sich in der Realität zeigen. Wie ist das Verhältnis von normativen Vorstellungen zu den faktischen Biographien gestaltet?

Die normativ geltende und faktisch vorherrschende Normalbiographie hat folgende Sequenz: Erwerbsarbeitsfreie Kindheit, Schulbesuch, Vollzeitberufstätigkeit, dauerhafte Ehe und festes Ruhestandsalter. Dieser Typus von Normalbiographie hat sich erst in den letzten 100 Jahren ausgebildet. Sozialstaatliche Regelungen und Institutionen waren daran sehr stark beteiligt, insofern als sie die Rahmungen für die Lebensläufe und Karrieren der Individuen aufbauten. Die Individuen selbst haben in ihrem Lebensverlauf sich mit den unterschiedlichen Lebenslaufmustern, z.B. des Schulsystems bzw. der beruflichen Bildung, also den sozialpolitischen Einrichtungen auseinanderzusetzen und sie in ihren Lebensentwurf zu integrieren. Deshalb wird der Lebensverlauf nicht im Bild einer Rolltreppe angesehen. Levy (1977) definiert Lebenslauf folgendermaßen: Der Lebenslauf wird als Statusbiographie, genauer als Sequenz von Partizipations-, Positions- und Rollenkonfigurationen verstanden, anders ausgedrückt: Der Lebensverlauf ist als Bewegung durch die Sozialstruktur, als Abfolge der Teilhabe an sozialen Bereichen zu fassen. Als solche sozialen Bereiche sind beispielsweise für die Jugendphase zu nennen: Familie, Schule, Freundeskreis, Sportvereine. Man nimmt also teil an den jeweiligen Aktivitäten in der Familie, in der Schule. Man hat dort eine Position als Kind oder als Schüler und entsprechende Rollen auszufüllen. In einer weiteren Sequenz als Erwachsener nimmt man teil am Erwerbsleben. Man hat dort die Position z.B. als Vorarbeiter in einem Maschinenbaubetrieb und führt die Rollen des Vorgesetzten bzw. Facharbeiters und Kollegen aus. In der je gegebenen Periode des Lebens ist jedes Individuum/der Lebensläufer also grundsätzlich durch ein Bündel (eine Konfiguration) von Teilhabe (Teilhabe) mit den zugehörigen Positionen und Rollen gekennzeichnet. Der Lebensverlauf läßt sich also durch eine spezifische Abfolge dieser Konfigurationen, also Bündelungen von Teilhabe, Position und Rolle beschreiben.

Es ist also sinnvoll, bei der Analyse von Lebenslaufmustern von folgenden Sachverhalten auszugehen:

- Personen nehmen in der Regel an mehreren verschiedenen Teilsystemen oder sozialen Feldern in der Gesellschaft teil;
- In ihrer Teilnahme haben sie bestimmte Stellungen in den internen Strukturen dieser Felder inne (Strukturaspekt);
- Stellungen und Teilnahmen werden sozial bewertet sowohl von den Personen selbst als auch von ihrer Umgebung. Stellung und Teilnahme unterliegen also Erwartungen und Normen sowie Interpretationen verschiedener Art. Dies nennt man auch den Kulturaspekt.

Eine weitere belangreiche Tatsache ist die gleichzeitige Existenz verschiedener Lebenslaufmodelle. So gibt es geschlechts- und milieuspezifische Modelle. Die Vorstellungen über eine Normalbiographie sind für Frauen nicht identisch mit denen für Männer. Sich zu verheiraten gilt gleichermaßen für beide

Geschlechter als Vollständigkeitsnorm. An der Arbeitswelt teilzunehmen war und ist bislang als herrschende Norm für Männer vorrangig. Eine verheiratete Hausfrau ohne eigene Erwerbstätigkeit wird beispielsweise nicht als arbeitslos angesehen.

Die weibliche Normalbiographie wird in diesem Verständnis als eine von der männlichen Normalbiographie abgeleitete Biographie verstanden. Dies ist jedoch in der letzten Zeit sehr stark kritisiert worden und befindet sich in den rechtlichen Regelungen und Umgangsweisen auch im Wandel.

Im heimlichen Curriculum der Sozialversicherungen existiert ein Verständnis von Normalbiographie, das auf eine oben angesprochene „normale“ Lebenslaufsequenz, auf ein Konzept von Lebensverlauf ausgerichtet ist.

Das Konzept des Lebensverlaufs lässt sich nach folgenden Punkten beschreiben:

1. Der Lebenslauf ist um das Erwerbssystem herum organisiert. Die Erwerbszentrierung gilt sowohl für die äußere Gestalt als auch für das ihr zugrunde liegende Organisationsprinzip. Die zeitliche Gliederung zeigt in der Grobstruktur eine Dreiteilung in Vorbereitungs-, Aktivitäts- und Ruhephase.
2. Die äußere Gestalt und innere Struktur des Lebensverlaufs in dieser genannten Struktur haben sich historisch entwickelt. Dies wird deutlich insbesondere am Alter als Lebensform des Ruhestandes nach der Erwerbstätigkeit für eine zunehmende Zahl von Personen und für einen Zeitraum von zum Teil 20-30 Jahren, also z. T. einem Drittel des Lebens. Auch Kindheit und Jugend haben einen Formwandel erfahren und sind als eine eigenständige Lebensphase durch die sozialpolitischen Einrichtungen der Bildungsinstitutionen geschaffen worden.
3. Diese historische Entwicklung hat dazu geführt, daß der Ablauf der Lebenszeit - Kindheit, Jugend, Erwachsenenzeit, Alter - zu einem Strukturprinzip geworden ist. Die Verzeitlichung des Lebens ist weitgehend am chronologischen Lebensalter orientiert.
4. Diese zeitliche Strukturierung bzw. Chronologisierung mit ihrer Eigenständigkeit der zeitlichen Phasen von Kindheit, Jugend, Erwachsensein und Ruhestand mit den jeweiligen sozialstaatlichen Einrichtungen wie Bildungssystem, Arbeitsmarkt, Alterssicherungssystem, hat dazu geführt, daß der einzelne von seinen ursprünglichen sozialen Bindungen wie Familie, Stand, Gemeinschaft, freigesetzt wurde und als einzelner in die Lage versetzt wie auch genötigt wurde, seinen Lebenslauf selber zu organisieren.
5. Das so geschaffene lebenszeitliche Regelungssystem läßt sich nun auf zwei Ebenen der Realität aufsuchen:
 - a. Man kann die Bewegungen der Individuen durch die verschiedenen Felder mit der Ausübung der jeweiligen Positionen und Rollen als Karrieren beschreiben, andererseits läßt sich
 - b. untersuchen, welche biographischen Perspektiven die Personen haben und welche Handlungen sie jeweils ausgeübt haben, um ihren Lebenslauf zu organisieren und zu managen. Es lassen sich also in der Perspektive der Karriere die sequenziellen Abläufe des Lebens fassen und beschreiben sowie untersuchen, mit welchen Orientierungen und Normen, Hoffnungen und Wissenbeständen die Individuen in ihrer Lebenswelt ihre Handlungen geplant und umgesetzt haben.

Die Karrieren lassen sich insbesondere an den Punkten gut untersuchen, wo es Übergänge von einem sozialen Status, von einem Feld, von einer Position bzw. Rolle in andere gekommen ist. Solche Übergänge werden als Statusübergänge bezeichnet, sozialpolitische Einrichtungen sind hier, wie gesagt, strukturierend tätig (Allmendinger 1994; Behrens, Voges 1996).

5. Rehabilitation als Aufforderung zur Bilanzierung des Lebensverlaufs - Rehabilitation als Biographisierung

Die Individuen müssen sich als Lebensläufer an diesen Übergängen über ihre Wünsche, Erwartungen und die Voraussetzungen zur Erreichung des nächsten Status vergewissern. Sie sind aktiv wie auch passiv dazu aufgefordert, eine Bilanzierung über die Vergangenheit, ihrer jetzigen Situation und über ihre Zukunft vorzunehmen. Man nennt dies auch Biographisierung. Die sozialstaatlichen Einrichtungen, die mit ihren Interventionsweisen, wie z.B. medizinische oder berufliche Rehabilitation, die Übergänge

organisieren, verlangen unterschiedlich stark solche Bilanzierungen bzw. Biographisierungen. Besonders deutlich ist dies beim Übergang von der Jugendzeit zur Berufstätigkeit und beim Ausscheiden aus der Erwerbstätigkeit in den Ruhestand, insbesondere wenn es über den Weg der vorzeitigen Verrentung geht.

Eine solche Bilanzierung bzw. Biographisierung ist erst recht in Situationen gefordert, wo die Ausübung der Erwerbstätigkeit nicht mehr möglich ist. Dies ist dann gegeben, wenn Krankheit, chronische Erkrankung und Leistungswandel eingetreten sind. Rehabilitation läßt sich so gesehen als eine Anforderung zur Bilanzierung bzw. Biographisierung verstehen. Allerdings ist nun zu fragen, ob die Institution Rentenversicherung oder Krankenversicherung bei der Entscheidung für eine Rehabilitation und auch bei ihrer Durchführung mit den gleichen oder ähnlichen Normenverständnissen und Orientierungen, bezogen auf vergangenes und zukünftiges Leben, operiert wie der Bürger bzw. die Bürgerin. Es ist zu fragen, ob durch die Verrechtlichung und Bürokratisierung der Sozialversicherung und durch die Bearbeitung von Leistungswandel als Krankheit den Bedarfen, Wünschen und Möglichkeiten der Individuen entgegenwirkt oder sie umdeutet bzw. sehr stark kanalisiert und einschränkt.

So stellt sich gerade bei der Rehabilitation die Frage, ob nicht die Normungen und Deutungen sowie Handlungsmuster der klinischen Medizin für ein Gelingen der Wiedereingliederung in den sozialen Status des Erwerbstätigen mit verschiedenen Teilhabe-, Positions- und Rollenmöglichkeiten zu eng ist, und ob nicht eine konzeptionelle Neuorientierung auf ein erweitertes Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung notwendig ist.

Ein weiterer kritischer Punkt ist zu betonen. Die hohe Arbeitsteilung zwischen den Sozialversicherungen zur Stützung und Stabilisierung und Organisation von Lebensläufen mit ihren je organsationsspezifischen Sicht- und Bearbeitungsweisen führt nicht unbedingt zu optimalen Karrieren im Wechselspiel von z.B. beruflicher Tätigkeit und Erkrankung bzw. Heilung. Die Fragmentierung führt dazu, daß die Institutionen der sozialen Sicherung nicht notwendigerweise dazu beitragen, die biographische Kontinuität und Kohärenz des Lebensentwurfes und des Lebenslaufs für die Sozialbürger möglich zu machen. Die verschiedenen Institutionen der sozialen Sicherung zeigen eine geringe Synchronisierung lebenslaufsrelevanter Funktionsweisen wie Stützung und Stabilisierung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Badura hat diesen Sachverhalt als sozialbürokratischen Risikofaktor bezeichnet (Badura u.a. 1987).

Ein zusätzlicher Punkt ist zu betrachten, wenn nämlich die Perspektive in der Rehabilitation von Krankheit abgewandt und stärker auf Gesundheit gerichtet werden soll. Der Lebenslauf ist stark institutionalisiert. Durch sozialstaatliche Einrichtungen werden sowohl seine Struktur wie auch die ihm unterliegenden normativen Muster geprägt. Nun ist festzuhalten, daß nicht alle Normen und sozialen Werte, die einen hohen Konsens haben, strukturell sozialstaatlich institutionalisiert worden sind. So ist zwar Qualifikation und Erwerbsfähigkeit als hoher sozialer Wert auch strukturell durch die Institution des Bildungs- und Arbeitssystems und durch soziale Sicherungssysteme gestützt, jedoch Werte wie Gesundheit oder auch z.B. Nächstenliebe sind nicht durch Teilsysteme der sozialen Sicherungsstruktur abgestützt.

Gesundheit ist bislang nur ex negativo als Nichtkrankheit über das Medizinsystem und dessen Finanzierung durch Kranken- und Rentenversicherung strukturell abgestützt. Zwar liegt mit dem Arbeitsschutz, dem Konsumenten- und Umweltschutz ein sozial strukturiertes Institutionensystem vor, was auf Gesundheit gerichtet ist, dennoch sind diese präventionsorientierten Institutionen, insbesondere der Arbeitsschutz, stark von den Konzepten und Verständnissen der kurativen und biomedizinischen Perspektive (Physiologie, Toxikologie) geprägt. Im Umweltschutz bzw. in der ökologischen Sichtweise finden sich Ansätze für eine stärkere kulturelle, normative und konzeptionelle Orientierung auf positive menschengerechte, gesundheitsförderliche, sozialverträgliche und ökologische Gestaltung von Arbeits- und Lebensbedingungen sowie von Lebensentwürfen.

Für Rehabilitation als Gesundheitsförderung heißt dies, daß in den Institutionen der sozialen Sicherung eine inhaltliche Konzeption von Gesundheit und Lebensverlauf zu entfallen ist und als Ableitung davon auf struktureller Ebene Gesundheitsförderung zu implementieren ist.

6. Konzepte von Gesundheit - Salutogenese als Modell

Auf welche inhaltlichen Konzepte von Gesundheit und Gesundheitsförderung kann zurückgegriffen werden? Die Streßforschung, die Sozialepidemiologie und neuere Entwicklungen in der Gesundheitswissenschaft haben folgendes Modell von Krankheitsverhütung bzw. Bewältigung und Gesundheitssicherung als ein Grundmodell entwickelt.

Umwelt- bzw. arbeitsbedingte Erkrankungen sind das Ergebnis akuter oder chronischer Prozesse, in denen einwirkende Arbeits- bzw. Umweltbelastungen (als Risiken zu bezeichnen) die körperlichen, psychischen und sozialen Fähigkeiten des Betroffenen, sich mit seiner Umwelt auseinanderzusetzen, derartig strapazieren, dass die Person die Anforderungen nicht mehr bewältigen kann. Die Fähigkeit, Anforderungen bzw. belastende Einflüsse zu bewältigen, ist abhängig sowohl von der Person (z.B. biologische Immunlage, berufliche Qualifikation) als auch von dem sozialen Netz (wie z.B. Familie, Einkommen, Kollegen, Arbeitsschutz, Leistungen der Sozialversicherungen).

Die in diesem Verständnis zum Ausdruck kommende Grundstruktur zum Wechselverhältnis von Umwelt und Individuum bildet modellhaft die Möglichkeiten von Verursachung und Entwicklung von Krankheit ab. Es lassen sich hieraus ebenso Konzepte über die Aufrechterhaltung von Gesundheit gewinnen. Somit werden auch die personellen und strukturellen Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung aufgezeigt.

Die Darstellung macht auf drei Aspekte aufmerksam:

1. Es wird zwischen krankheitsbegünstigenden Einflüssen (Risiko, Belastungen, Noxen) und krankheitshemmenden Ressourcen unterschieden. Sie können sowohl in der Person, als auch in der Umwelt liegen (z.B. Qualität der Arbeit, Zugang zur sozialen Hilfeleistung, Giftstoffe in den Nahrungsmitteln).
2. Die Einflüsse können direkt oder indirekt über Verhalten und Handeln z.B. Rauchen, Konfliktleugnen bzw. Konfliktaustragung, berufliche Überarbeitung wirken. Gerade die Betonung des Handlungsaspektes in der Vermittlung von Umwelt und Individuum eröffnet im Verständnis von arbeits-, umweltbedingten Erkrankungen und ihrer präventiven Bekämpfung grundlegende wichtige Erkenntnisse. Umwelt – eben auch die Erwerbsarbeit – wird als gestaltbar begriffen, so dass sie gesundheits- bzw. menschengerecht eingerichtet werden kann. Arbeitnehmer bzw. Bürger werden nicht nur als Opfer von schädlichen Einflüssen angesehen, sondern als handelnde Subjekte akzeptiert. Ihre Kompetenzen sollten bei der Wahrnehmung und Bewältigung von Arbeits- und Umweltbelastungen sowie der Gestaltung von Arbeits- und Lebensbedingungen also unbedingt einbezogen werden.
3. Es muß zwischen spezifischen Belastungen in der Umwelt und am Arbeitsplatz (z.B. Erregern wie Hepatitisviren, gefährliche Arbeitsstoffe, wie Lösemittel und Lärm usw.) sowie zwischen unspezifischen Einwirkungen (z.B. Zugehörigkeit zur sozialen Schicht, Betriebsklima, Niveau der Lebensqualität, Rangordnung in der Betriebshierarchie, Maß an sozialer Kontrolle über die eigene Lebens- und Arbeitssituation, rechtliche Normen, soziale Sicherungssysteme) unterschieden werden. Selbst bei der Reaktion des Menschen auf Reize muß eine Unspezifität beachtet werden. Hierauf macht insbesondere das in der Streßforschung beschriebene Anpassungssyndrom aufmerksam.

Ein Konzept der Salutogenese wurde von Antonovsky erarbeitet (1987, 1993). Er hat die Voraussetzungen der Belastungsbewältigung bzw. der Frage "Wer wird krank und wer bleibt gesund?" in seinem Modell der Salutogenese auf der Basis zahlreicher empirischer Studien an verschiedenen Bevölkerungsgruppen zusammengefaßt und hypothetisch hinterfragt. Nach diesem Verständnis bleiben Individuengruppen auch dann unter hohen Belastungen eher gesund:

1. wenn die Anforderungen und Zumutungen, mit denen diese konfrontiert werden, einigermaßen

- 2. vorhersehbar und einordnungsfähig sind (comprehensibility = Vorhersehbarkeit)
- 2. wenn Möglichkeiten der Reaktion und des Eingreifens, wenn Chancen der Einflußnahme auf Entwicklungen und Ereignisse gegeben sind (manageability = Machbarkeit) und
- 3. wenn die Möglichkeit besteht, unter diesen Bedingungen individuelle oder kollektive Ziele anzustreben und auch zu erreichen (meaningfulness = Sinnhaftigkeit).

In Antonovskys Modell ist der letzte Punkt von besonderer Bedeutung. Unter Sinnhaftigkeit (meaningfulness) versteht er das Ausmaß, dem Leben einen emotionalen-spirituellen Sinn geben zu können. Zumindest sollten Probleme und Anforderungen, die das Leben uns auferlegt, als wertvoll angesehen werden, so dass man bereit ist, Energien einzusetzen und sich zu engagieren.

Die genannten drei Faktoren bilden zusammengenommen den Sense of Coherence, zu deutsch etwa: das Gefühl, sich in einer verstehbaren und beeinflussbaren Welt im Lebensverlauf zu bewegen. Je ausgeprägter der Sense of Coherence ist, um so stärker ist in der Regel die Fähigkeit, gesundheitliche Belastungen auszuhalten bzw. nicht krank zu werden oder auch Krankheitsepisoden zu bewältigen. Dieses Konzept verbindet kognitive und emotionale Dimensionen mit praktischen Aspekten. Dieses Modell von Sense of Coherence hat sich in Forschungen als ein besonders brauchbarer Prädiktor für zukünftige Gesundheit erwiesen.

Nach Antonovsky (1993) überschreitet sein Konzept der Kohärenz in dreifacher Hinsicht die bisherigen medizinpsychologischen und -soziologischen Modelle insofern, als anstelle einer Orientierung an Risiken, d.h. also an pathogenen Bedingungen, auf gesundheitsfördernde, d.h. salutogene Aspekte abgestellt wird. Weiterhin umfasst das Konzept eine generalisierte Widerstandsressource und nicht ein spezifisches individuelles oder auch konkretes soziales Bewältigungsmerkmal. Für Antonovsky ist das flexible Verfügen über ein Repertoire von Bewältigungsmöglichkeiten, die situationsadäquat eingesetzt werden können, entscheidend. Antonovsky geht drittens davon aus, dass sein Konstrukt „Kohärenzsinn“ eine universelle transkulturelle Bedeutung hat.

An Antonovskys Konzept hat es Kritiken gegeben, so von Siegrist (1994). Siegrist wertet das Konzept als individualpsychologisch konzipiert. Entgegen den Erkenntnissen aus der Lebenslauforschung gehe Antonovsky fälschlicherweise davon aus, dass der Kohärenzsinn als eine stabile Persönlichkeitseigenschaft angelegt sei, die vom jungen Erwachsenenalter bis ins hohe Lebensalter gleich bleibe. Man müsse vielmehr davon ausgehen, dass Persönlichkeitseigenschaften über die lebensgeschichtliche Entwicklung hin nicht konstant blieben, sondern einer Veränderung und einer Dynamik unterlägen. Gegen diese Stabilität sprächen auch empirische Forschungen, die als Längsschnitte angelegt worden seien. Siegrist verweist darauf, dass das Konzept des Kohärenzsinn Überschneidungen mit ähnlichen Konstrukten der Psychologie habe, wie z.B. die Konzepte von Kompetenz, internale Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit (siehe Schwarzer 1992). Weiterhin verlangt Siegrist als Soziologe, dass eine Theorie des Kohärenzsinn nachgewiesen werden müsse, dass unter spezifischen sozialen Bedingungen unterschiedliche Ausbildungen, Wirkweisen dieses Sinn sich zeigen müssten. Er fragt, ob Kohärenzsinn lediglich im Sinne eines Moderators bei Vorliegen von chronischen Belastungen wirke oder unter allen Bedingungen dieser Sinn eine gesundheitsfördernde Gegebenheit darstelle. Der Anspruch auf universelle interkulturelle Geltung sei zu hinterfragen, auch wenn die bisher vorgelegten Studien von Antonovsky sich auf Personen aus Israel, Nordamerika und Europa bezögen. Siegrist verlangt für eine derartige Theorie mit doch sehr umfangreichem Geltungsanspruch eine emotionstheoretische und stressphysiologische Fundierung. Bisher sei dieses Konzept zu stark kognitionspsychologisch ausgerichtet. Dennoch misst er dieser Konzeption von Antonovsky einen hohen emanzipatorischen Gehalt zu, welches gerade für die Weiterentwicklung der vorhandenen Theoriebestände anregend wirke und könne gerade in eine psychosomatische Medizin gut integriert werden.

7. Leistungsfähigkeit und Arbeitsanforderungen im Lebensverlauf

Im vorhinein wurde festgestellt, daß Altern und Erwerbstätigkeit anscheinend schwer miteinander zu verbinden sind. Eine Reihe von Studien belegt diesen empirischen Sachverhalt. Insbesondere ausgehend von dem Faktum der Frühberrentung sind zahlreiche empirische Studien durchgeführt

worden. Sie befassen sich mit Erklärungen des zunehmenden Trends zur Frühberrentung einschließlich des sinkenden Frühberrentungsalters. Sie versuchen, Ursachen bzw. Determinanten der Frühberrentung zu ermitteln. Einige Studien untersuchen gesundheitsbezogene Variablen (Schuntermann 1987, Biefang u.a.1990), andere stellen eher arbeitsweltbezogene Faktoren in den Mittelpunkt ihre Forschungsinteresses (Pallenberg 1992, Voges 1994). Persönliche Lebensumstände werden vom Institut für Empirische Soziologie (1984) genauer untersucht. Andere Studien untersuchen die sozialpolitischen bzw. betrieblichen und individuellen Strategien und Rationalitätskalküle im Zusammenhang von Berufsverlauf und Patientenkarrerien (Gerhardt 1992, Voges 1994, Behrend 1994). Im eigenen Forschungszusammenhang wurden soziologische Studien zur betrieblichen und sozialstaatlichen Rahmung und Steuerung krankheitsbedingter Krisen des Erwerbsverlaufs publiziert (Behrens 1993, 1996, Behrens u.a. 1993).

Eine Langzeitstudie über 10 Jahre in verschiedenen Berufen in Finnland belegt, daß die physische Leistungsfähigkeit - sowohl die kardiopulmonale als auch die muskulo-skelettale - nach dem 45. Lebensjahr einen dramatischen Abfall zeigt (Ilmarinen 1993, Ilmarinen, Tuomi 1993). Diese Interventionsstudie in Finnland belegt allerdings auch, daß durch prophylaktische, d.h. gesundheitsfördernde Maßnahmen es möglich ist, diesen Abfall der Leistungsfähigkeit zu entdramatisieren. Es wurde dort ein integriertes Konzept zur Förderung der Arbeitsfähigkeit mit zunehmendem Alter entwickelt.

Die Förderung der Arbeitsfähigkeit erfordert drei Aktionen:

1. Hohe physische Arbeitsanforderungen abbauen
2. Mangelhaft organisierte Arbeit verbessern. Dies schließt eine Reduktion der psychosozialen Streßfaktoren ein.
3. Physische, mentale und soziale Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmer fördern (Ilmarinen 1995).

Ilmarinen zieht aus der Längsschnittstudie den Schluß, dass die Arbeitsfähigkeit mit zunehmendem Alter in allen untersuchten, sowohl physischen wie mentalen Tätigkeitsgruppen gefördert werden kann. Die Divergenz zwischen Arbeitsfähigkeit und Alter kann also beseitigt werden. Die Lösungen setzen Maßnahmen am Arbeitsplatz voraus, aber auch die Arbeitnehmer müssen selbst individuelle Gesundheitsförderungsmaßnahmen ergreifen (Ilmarinen 1995, S. 32).

8. Zusammenfassung

Rehabilitation als Gesundheitsförderung im Lebensverlauf konzipiert, hat also eine konsequente Neuorientierung vorzunehmen und den bisherigen engen medizinischen Kontext zu verlassen und sozialwissenschaftliche Erkenntnisse und Methoden zu integrieren. Die institutionellen Träger der Rehabilitation, Krankenversicherung und Rentenversicherung wie auch die Unfallversicherung, haben einen Perspektivenwechsel vorzunehmen, der sich sowohl auf die Lebenslaufperspektive einzustellen hat, wie auch eine Gestaltung der Arbeitsanforderungen in seinen Handlungskanon einzubeziehen hat. Rehabilitation nur als zeitlich begrenztes kuratives Verfahren außerhalb von Lebens- und Arbeitswelt angesiedelt, wird ohne einen Bezug zu den Deutungen und Entwürfen der Betroffenen seinen Nutzen wenig erweisen können. Rehabilitation hat sich an den Entwicklungen in der Gesundheits- und auch Arbeitswissenschaft neu zu orientieren, um neue Formen der Rehabilitation im Sinne einer Gesundheitsförderung zu etablieren. Es muß zu neuen Kooperationen und Allianzen von Erwerbstätigen, Betrieben und Sozialversicherungseinrichtungen kommen, wie auch zwischen den professionellen Akteuren, wie Ärzten, Psychologen, Ergotherapeuten, Arbeitsplatzgestaltern. Komplexe Anforderungsmuster verlangen komplexe Thematisierungs- und Bewältigungsszenarien. Rehabilitation ist also nicht eine Maßnahme, die als kurzfristige Intervention bei schon massiv abgefallener Leistungsfähigkeit eintritt, sondern muß frühzeitiger und systematischer als Angebot an Betriebe und Belegschaften im Rahmen einer Humanisierung des Arbeitslebens und als altersgerechte Arbeitspolitik praktiziert werden.

9. Literatur

Allmendinger, J.: Lebensverlauf und sozialpolitik, Frankfurt a.M./New York 1994

- Antonovsky, A.: Unraveling the mystery of health, San Francisco 1987
- Antonovsky, A.: Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung, Tübingen 1993
- Badura, B. u.a.: Leben mit dem Herzinfarkt, Berlin/Heidelberg 1987
- Behrend, Ch. (Hg.): Frühinvalidität – ein „Ventil“ des Arbeitsmarkts, Berlin 1994
- Behrens, J.: Betriebliche Sozialpolitik und soziale Ungleichheit, in: Geißler, R. (Hg.): Sozialer Umbruch in Ostdeutschland, Opladen 1993, S. 149-162
- Behrens, J.; Dreyer-Tümmel, A.; Müller, R.: Überbrückung oder Statuspassage: Krankheitsfolgen als ein soziologischer Indikator, in: Leisering, L. u.a. (Hg.): Moderne Lebensläufe im Wandel, Weinheim 1993, S. 201-220
- Behrens, J.; Voges, W. (Hg.): Kritische Übergänge. Statuspassagen und sozialpolitische Institutionalisierung, Frankfurt a.M./New York 1996
- Biefang, S.: Stand der Erfolgsmessung in der Rehabilitationsforschung, in: VDR 1997
- Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.): Gesellschaft des langen Lebens: Sozialgeschichte und Gesellschaftspolitik, Bonn 1996
- Ilmarinen, J.: Arbeitsfähigkeit und Alter – 10 Jahre Längsschnittstudien mit verschiedenen Berufsgruppen, in: Karazman, R. u.a. (Hg.): Betriebliche Gesundheitsförderung für älter werdende Arbeitnehmer, Gambrug 1995, S. 15-33
- Ilmarinen, J.; Tuomi, K.: Work ability of aging workers, in: Ilmarinen, J. (Ed.): Aging and work, Helsinki 1993, S. 142-151
- Ilmarinen, J.: Arbeit und Alter. Arbeitsphysiologische Aspekte des Alterns, in: Florian, H.J.; Harwerth, A. (Hg.): Tagungsbericht arbeitsmedizinische Herbsttagung 1993, Stuttgart 1993, S. 363-376
- Karazmann, R. u.a. (Hg.): Betriebliche Gesundheitsförderung für älter werdende Arbeitnehmer, Gambrug 1995
- Levy, R.: Der Lebenslauf als Statusbiographie, Stuttgart 1977
- Siegrist, J.: Selbstregulation, Emotion und Gesundheit – Versuch einer sozialwissenschaftlichen Grundlegung, in: Lamprecht, F.; Johnen, R. (Hg.): Salutogenese: Ein neues Konzept in der Psychosomatik, Frankfurt a.M. 1994, S. 85-94
- Schwarzer, R.: Psychologie des Gesundheitsverhaltens, Göttingen 1992
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger – Reha-Kommission (VDR) (Hg.): Rehabilitationsforschung im Überblick, Frankfurt a.M. 1989