

Rainer Müller (2003): Die Biografie als gesundheitliche Kategorie. Vortrag an der Freien Universität Berlin, Referat Weiterbildung.

Im Rahmen der Veranstaltung „Arbeit, Leben und Gesundheit: Betriebliche Gesundheitsförderung unter biografischen Gesichtspunkten“ sollen einige Anmerkungen zu dem Thema Arbeit, Leib und Biografie gemacht werden, um damit die Relevanz der Kategorie Biografie für Gesundheit bzw. Gesundheits- und Arbeitswissenschaften ein wenig beleuchten zu können.

Zum Thema Erwerbsbiografie und Gesundheit kann jeder aus eigener Erfahrung berichten, dass nämlich zwischen der eigenen Erwerbs- bzw. Arbeitsbiografie und der eigenen Gesundheit ein Zusammenhang besteht; denn wir haben im Laufe unseres Lebens am eigenen Körper - besser müsste man sagen am eigenen Leib (Merleau-Ponty 1966, Schmitz 1965) - spüren können, dass Arbeitsfähigkeit von unserem leiblichen Befinden abhängig war und ist und unser gesundheitliches Befinden wiederum von der getanen Arbeit positiv wie auch negativ beeinflusst wird. Wir erleben diesen Zusammenhang täglich in unserem Tätigsein. Synchron zu unserem biologischen Tagesrhythmus sind wir morgens meistens leistungsfähig und abends nach getaner Arbeit müde, erschöpft und erholungsbedürftig, einige dennoch befriedigt und zufrieden und voller Produzentenstolz, andere resigniert, entmutigt, gekränkt, unbefriedigt und unzufrieden. Erfahren wird diese Koppelung von Arbeit und Gesundheit, also Tätigsein und Befindlichkeit, nicht nur im täglichen, sondern ebenfalls im lebenszeitlichen Rhythmus der Entwicklungsphasen unseres Lebenslaufs bzw. unserer individuellen Biografie vom Säugling über Kindheit, Erwachsenwerden, Adoleszenz, Alter- und Altwerden. Es gehört also zu unseren lebenspraktischen Erfahrungen, dass Arbeit und Gesundheit an unsere Leiblichkeit gebunden ist. Leiblichkeit soll dabei nicht als Konstituierung eines „Nur-Körpers“ (Rittner 1982), wie er als Objekt der Biomedizin angesehen und behandelt wird, sondern als die lebenspraktische Einheit der organischen, seelischen, geistigen, spirituellen und sozialen Ebenen unseres eigenen Selbst verstanden werden. Die Integration dieser Ebenen leisten wir durch unsere Auseinandersetzung mit der Umwelt, wobei Arbeit eine wesentliche Sphäre dieses Stoffwechsels zwischen der Eigenwelt und der Umwelt ist. Arbeit soll hier nicht auf Erwerbsarbeit reduziert werden, sondern im umfassenden Sinne, so von Marie Jahoda (Jahoda 1983)

formuliert, als dem „innersten Wesen der Lebendigkeit“ eigen verstanden werden. Hausarbeit, Eigenarbeit oder auch Arbeit im Ehrenamt wie auch Schwarzarbeit gehören also ebenso dazu.

Die biografisch prozesshafte Integration der Ebenen des Physischen, des Psychischen und Sozialen läuft sowohl über die Sinne und die Sinnlichkeit des Leibes, als auch über die unseren Handlungen Orientierung gebenden alltagspraktischen Sinnstrukturen und Deutungsmuster. In diesem biografischen Prozess bildet die Person ihre Sozialität und Subjektivität aus. Dieser Prozess wird auch als Entwicklung der personalen Identität (Erikson 1968) beschrieben. Das Individuum verfügt über einen inneren Aspekt des Selbst und einen äußeren und wahrzunehmenden Aspekt, die Person. Aufrechterhaltung und Entwicklung von Selbstidentität ist als ein reflexiver Prozess zwischen innerer und äußerer Welt zu begreifen und gelingt in der Kontinuität der eigenen Biografie. So wird die eigene Lebensgeschichte weiter entwickelt und erzählt. Die erlebte und erzählte Lebensgeschichte wird geprägt durch Vorstellungen von der eigenen Handlungsfähigkeit,

vom Vermögen, Ereignisse der Außenwelt in die eigene Biografie integrieren zu können und von der Fähigkeit, Kontrolle über den eigenen Körper ausüben zu können (Barkhausen 1996, Alheit u.a. 1999, Hauser-Schäublin u.a., 2001). Unter der Kategorie Biografie ist somit die individuell gestaltete und erlebte Lebensgeschichte, also der subjektiv gedeutete Erfahrungszusammenhang im Lebenslauf zu verstehen (Heinz 2001).

Arbeit und Gesundheit werden von uns also über eine leibzentrierte Subjektivität erfahren und praktiziert. Zu unseren alltagsweltlichen Erfahrungen gehört eben auch, dass unser individuelles leibliches Selbstgefühl als Basis unserer Identität mit seinen Mustern von innerer und sozialer Kohärenz durch gesundheitliche Krisen und/oder instrumentalisierende risikohafte Arbeitsformen gefährdet werden kann. Unserem Kohärenzsinn wiederum liegt ein Gefühl des Vertrauens in uns selbst sowie eine Anerkennung durch andere - das können Personen oder auch Institutionen sein – zu Grunde. Der Kohärenzsinn speist sich aus den Erfahrungen der eigenen Handlungsfähigkeit, der Gewissheit, sich selbst planend steuern zu können und unserer Fähigkeit, dem Leben einen Sinn geben zu können. Antonowsky (1987) hat es mit dem Begriffen Machbarkeit, Vorhersehbarkeit und Sinnhaftigkeit umschrieben.

Zu unserer eingestandenen oder auch eher ignorierten Gewissheit gehört, dass unsere Identitätsbildung auf fragiler Grundlage steht, unser subjektiv konkreter Leib, also unsere Gesundheit, immer verletzbar und sterblich ist. Er entfaltet in seiner rhythmischen Dynamik einen Eigensinn. Unter rein funktionalen Anforderungsmustern, wie z.B. Arbeitsdisziplin, wird er als störend oder auch manchmal als peinlich empfunden. Von daher wurde und wird er zum Objekt sozialer Normierung und Disziplinierung. Allerdings lässt er sich nicht so leicht als „biologischer Ballast“ entsorgen oder negieren, sondern betreibt in seinem Eigensinn und in seiner Abwehr bzw. seinen Bewältigungsmodalitäten seine „unterirdische“ Geschichte. So kommt es zu Kranken-, Erkrankungs- bzw. Krankheitsgeschichten.

In der Erwerbs- bzw. Arbeitsbiografie kommt also Subjektivität im Spannungsverhältnis von Arbeit mit leibgebundenen Formen der Identitätsbildung zum Ausdruck.

Vom Begriff „Biografie“ wird in den Sozialwissenschaften ein Verständnis von Lebenslauf bzw. Lebensverlauf abgegrenzt. Hierunter werden eher äußere Strukturmomente, Fragen der sozialen Konstitution und Abfolgen von Statuspassagen verstanden. Im Titel des im Jahre 2000 beendeten Sonderforschungsbereichs „Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf. Institutionelle Steuerung und individuelle Handlungsstrategien“ (Leisering, Müller, Schumann 2001) kommt dies zum Ausdruck.

Unter Lebenslauf wird in soziologischer Perspektive die zeitliche Abfolge von Ereignissen und Handlungen von Geburt bis zum Tode im Rahmen gesellschaftlicher Lebensbereiche und Institutionen verstanden (Heinz 2001, S. 167). Die Lebenslaufforschung zeichnet die Erfahrungen von Personen im Lebensverlauf nach, wobei sowohl historisch herausragende Ereignisse als auch institutionelle bzw. kulturelle Rahmungen bzw. Kontexte einbezogen werden. Die unterschiedlichen Erfahrungen werden auf ihre sozialen, beruflichen, geschlechtsspezifischen und ethnischen Unterschiede hin verfolgt. Das auf Erwerbsarbeit ausgerichtete sozialstaatliche Sicherungssystem hat in Deutschland die Struktur des Lebenslaufs geprägt. Die drei wichtigsten Merkmale sind Kontinuität: als kulturell und materiell gesicherte Lebensspanne, Sequenzialität: als zeitlich geordneter

Ablauf zentraler Lebensereignisse und Biografizität als Orientierungsrahmen für den individuellen Lebensplan verstanden.

Aktuelle Zeitdiagnosen meinen auszumachen, dass Kontinuität, Sequenzialität und Biografizität prekär geworden sind. Kulturelle Milieus, eben auch Arbeiter- und Angestelltenmilieus lösen sich auf, materielle Sicherheit ist bei hoher Arbeitslosigkeit, Flexibilisierung von Erwerbsverläufen und Abbau sozialstaatlicher Sicherung nicht mehr garantiert. Geordnete Abfolgen von Vorbereitungs-, Aktivitäts- und Ruhephase, als Normalarbeitsbiografie bezeichnet, ohnehin nur für privilegierte Teile männlicher Erwerbspersonen gültig gewesen, erodieren. Sinnhorizonte zur biografischen Orientierung und Deutung werden fragiler, da „kein einheitliches symbolisches Universum mehr“ (Alheit, Hanses 2004) existiert, denn die Menschen bewegen sich durch unterschiedliche Teilsysteme und „Sinnprovinzen“ und sind aufgefordert, Konsistenz und Kontinuität – also biografische Identität – in zeitlicher Abstufung herzustellen. Das Individuum ist zu selbst organisierten Lernprozessen und selbst referenzieller Lebensführung verpflichtet, was zu fragilen Biografien führt (Alheit, Hanses 2004).

Lebenslauf als zeitliche Abfolge und Biografie als subjektive Deutung von Handlung und Erfahrung sind als Kategorien zu interpretieren, die in einem dialektischen Verhältnis zu Institutionen stehen. Eine Klammer zwischen diesen beiden Kategorien schafft Thomas Schulz, indem er von der „Selbstkontextualisierung“ des Individuums spricht (Schulz 2002).

Der Begriff der Selbstkontextualisierung erlaubt, Arbeitsbiografie und Erwerbsverlauf aufeinander bezogen in den Blick zu nehmen und Fragen von Gesundheit und Krankheit, Risiko und Ressource im Erwerbsleben zu analysieren. Denn Erwerbsbiografie und –verlauf sind an 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. Ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und Leistungsfähigkeit ergibt sich aus der fundamentalen institutionellen Ordnung marktwirtschaftlicher Gesellschaften. Das Überleben in seinen psycho-physischen und sozialen Dimensionen ist in industriellen und marktmäßig organisierten Gesellschaften an Einkommen, das heißt an Erwerbstätigkeit gebunden. Erwerbs- bzw. Arbeitsfähigkeit wiederum setzt Leistungsfähigkeit, d.h. Gesundheit voraus und dies wiederum gelingt, wenn Selbststeuerung und Selbstdeutung mit den Anforderungen der Institutionen der Erwerbssphäre in Einklang gebracht werden können.

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 (Müller 1995).

Durch Formen der Erwerbstätigkeit selbst ist nicht selten eine Gesundheitsgefährdung gegeben. Allgemeiner Ausdruck dafür ist die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko ist eng an den sozialökonomischen Status, also

den Erwerbsstatus, gekoppelt. In einer einfachen Formel ausgedrückt heißt dies: Hilfsarbeiter sterben etwa 10 Jahre früher als Professoren (Müller 1999).

Lebensläufe, d.h. in einer gesundheitlichen Perspektive als Kurven von Leistungsfähigkeit, können in der angesprochenen Perspektive als Reihen von Übergängen und Verweildauern beschrieben werden. Mit dem Statuspassagen-Konzept lässt sich der interaktive Aushandlungsprozess zwischen biografischen Akteuren und Institutionen analysieren. Zeitmuster, Normen und Erwartungen werden in den Passagen von beiden Seiten wechselseitig thematisiert und strukturieren die Übergänge. Sozialstaatliche Institutionen regeln zahlreiche Übergänge zwischen Lebensphasen und -bereichen, gerade um die Erwerbstätigkeit herum. Sie haben Statuspassagen 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 Statuspassagen 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 und letztlich in den Tod, werden wir als Lebensläufer von Institutionen begleitet bzw. reguliert. Die Personen sind dabei aktive Mitwirkende, die sich der Angebote und Optionen, z.B. des Bildungs- bzw. des Medizinsystems, bedienen, um ihren individuellen Lebenslauf zu organisieren und dabei ihrer Biografie einen konkreten historischen, sozialen und leiblich-lebendigen Ausdruck geben und in einen je historischen subjektiven Sinn- und Deutungszusammenhang interpretieren. 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 solcher Vorgaben werden von Bürgerinnen und Bürgern wie auch von Betrieben bei ihren Überlegungen und Handlungen ins Kalkül gezogen.

Am augenfälligsten ist ein solches Kalkül bei Betrieben und Beschäftigten bei der Frühverrentung. Betriebe wollen sich im Rahmen ihrer Rationalisierungsstrategien älterer und kranker Personen entledigen, Ältere und Leistungsgewandelte wiederum wollen dem gestiegenen Leistungsdruck und dem erlebten Arbeitsleid entkommen. Doch nicht nur bei der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit, sondern auch bei Arbeitsunfähigkeit aus Krankheitsgründen, wie ebenfalls bei der medizinischen und beruflichen Rehabilitation werden Lebensläufe, Berufskarrieren bzw. Arbeitsbiografien gesteuert, reguliert bzw. geprägt. Die Entscheidung über den Zugang zu den Sach- und Geldleistungen des Sozialversicherungssystems, also zu einem anderen sozialen Status, wird von einer Expertise abhängig gemacht. Die Expertenrolle haben hier Ärzte zugestanden bekommen. Sie fungieren als „Gatekeeper“; sie bewilligen oder verwehren Leistungen bzw. Gratifikationen oder den Status als z.B. Frührentner. Doch nicht nur Ärzte, sondern auch andere Professionen, so die Fachkräfte der Pflegewissenschaft, der Psychologie, der Sozialarbeitswissenschaft wie auch der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften wirken als Gatekeeper bzw. Lotsen von Lebensläufen bzw. Erwerbskarrieren. Sie klären auf, beraten, dirigieren, steuern und entscheiden und führen somit auf Bahnen, die gesellschaftlich oder institutionell eher erwünscht sind als andere (Müller 2002).

Dies trifft eben auch für Public Health-, Präventions- und Gesundheitsförderungsexperten zu. Public Health geht der uralten Frage nach den Bedingungen eines guten Lebens

nach und eben dies unter den Bedingungen der Marktökonomie. Wie sollte Erwerbsarbeit gestaltet sein, damit ein gesundes, sicheres und sozial angemessenes Leben möglich ist. Public Health als Theorie und Praxis setzt sich mit der Ambivalenz von riskierter Leiblichkeit auseinander. Riskierte Leiblichkeit kann meinen, dass unser Körper bzw. Leib ein Risiko für uns sein kann, wir also als Person unseren gesellschaftlichen Verpflichtungen nicht hinreichend oder gar nicht mehr Genüge tun können. Es kann ebenso bedeuten, dass wir unseren Körper bzw. Leib riskieren, um Aufgaben bzw. Herausforderungen bei der Existenzsicherung im Lebensverlauf nachkommen zu können. Existenzsicherung geschieht in unserer Marktgesellschaft über Erwerbsarbeit. Auferlegte und hingegenommene Gefährdungen der Arbeitsbedingungen riskieren unsere intakte Leiblichkeit, also Gesundheit. Es wird gefragt, über welche Maßnahmen, in welcher institutionellen Regulierung und Steuerung und bei wie geklärter Verantwortlichkeit sowohl bei gestörter Leiblichkeit, also Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit, Gesundheit wieder hergestellt werden kann bzw. durch Sach- und Finanzleistung die Existenz, also der soziale Status, aufrecht erhalten werden kann. Public Health fragt ebenso bei geschädigter Leiblichkeit, also im Falle von Arbeits- bzw. berufsbedingten Erkrankungen danach, welche Konsequenzen für Kuration, Kompensation und Prävention zu ziehen sind. Bei all diesen Prozessen hat das Individuum seine subjektiven Interpretationen, Sinnhorizonte und Verstehensperspektiven einzubringen. Die regulierenden Institutionen und steuernden Gatekeeper haben, wenn sie erfolgreich sein wollen, eben diese biografische Eigenheit bzw. den Eigensinn der Person wahrzunehmen.

Public Health wird als ein soziales und politisches Konzept verstanden, das durch Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und andere gesundheitsbezogene Interventionen auf Verbesserung von Gesundheit, Lebensverlängerung und Erhöhung der Arbeits- und Lebensqualität von ganzen Bevölkerungsgruppen abzielt.

Das Verhältnis von Arbeit/Erwerbsarbeit, Leib und Biografie hat in der Deutung der angesprochenen Ambivalenz riskierter Leiblichkeit seine je zeitgenössische Ausgestaltung. Das alte Modell wird als Maschinen- und Kraftmodell des männlichen Industriearbeiters apostrofiert. Gegenstand wissenschaftlichen Interesses wurden diese "Industriekörper" in der Ambivalenz von riskierter Leiblichkeit als geschädigter Organismus durch Unfälle und Berufskrankheiten für Pathologie und Toxikologie. Als stör anfälliger Organismus wurde der „Arbeiterkörper“ Gegenstand für eine physikalisch-chemische Betrachtungsweise der Leistungsphysiologie. Als ein zu erziehender widerspenstiger Leib mit seinem Eigensinn, als ein zu konditionierender Körper wurde er später Gegenstand der Psychologie und Soziologie in der tayloristischen Arbeitswissenschaft (Sarasin, Tanner 1998).

Das neue kulturelle Modell im Wechselspiel von Arbeit, Leib und Biografie betont in der klassischen dualistischen Perspektive von Körper und Geist die kognitiven bzw. emotionalen Dimensionen von riskierter Leiblichkeit und dies ebenso, wie gesagt, in der Ambivalenz von geschädigt versus therapiebedürftig bzw. stör anfällig versus konditionierungsbedürftig. Die Durchdringung von Informations- und Kommunikationstechnologie fast aller Arbeitsfelder mit der starken Zunahme von personaler und nichtpersonaler Dienstleistungsarbeit bei zugleich auftretender Verschärfung der sozialen, organisatorischen und technischen Rationalisierung der Erwerbsarbeit, auch als systemische Rationalisierung in und zwischen den Betrieben bzw. selbständigen Personen beschrieben, setzt auf die geschlechts- und körperlosen Geistes- und Gemütsarbeiter. Allerdings

kommt der biografische Eigensinn der Subjekte diesen systemischen Rationalisierungen in die Quere. Es kommt zu Störungen sowohl in der Systemwelt als auch in der Leiblichkeitserfahrung der Arbeitspersonen. Ausbeutbarkeit und Funktionalisierung, biografische Einheit – auch der Arbeitsbiografien – trifft auf eine subjektive Orientierung nach guter und sinnhafter autonomer Arbeit. Allerdings lässt sich eine Ungleichzeitigkeit riskierter Leiblichkeit zwischen alten und neuen kulturellen Modellen beobachten.

Die Kategorie Biografie ist weniger in den Gesundheits- und Arbeitswissenschaften, sondern eher innerhalb der Medizin im Zusammenhang von Krankheit und Biografie mehr oder weniger erfolgreich thematisiert worden. Es lassen sich Ansätze unterscheiden, die Biografie im Zusammenhang mit der Ätiologie und Pathogenese von Erkrankungen bzw. Krankheiten betrachten, von solchen, die Biografie unter Aspekten der Krankheitsbewältigung bzw. Heilung untersuchen. In beiden Perspektiven wird das Verhältnis von „Lebensgeschichte und Krankengeschichte“ in den Blick sowohl des Therapeuten wie auch des Patienten/der Patientin genommen (v. Uexküll 1990, v. Weizsäcker, 1998).

Peter Alheit und Andreas Hanses haben sich damit beschäftigt, wie sich die Dialektik von Institution und Biografie im Bereich sozialer Arbeit und Medizin wandelt (Alheit/Hanses 2004). Nach ihrer Auffassung haben Medizin und soziale Arbeit als „Stichwortgeber“ (Sinnhorizonte) beträchtliche Auswirkungen auf die Konstruktion unserer Biografien. Die starke Profession „Arzt“ hat sich in der Medizin und diese wiederum in der Klinik ausgebildet. Bezug auf die Metapher „Heilung“ wird in der wissenschaftlichen, klinischen Medizin Krankheit dekontextualisiert und die soziale und biografische Einbettung leiblicher Störungen negiert. Krankheit wird vom konkreten Menschen abgespalten und zu einer ontologischen Größe gemacht. Zentral in der ärztlichen Praxis ist der klinische Blick, die Diagnose und nicht das Gespräch, d.h. die Erzählung der Erkrankungs- und Krankheitsgeschichte der Person mit ihren biografischen Deutungen und personalen Sinngewebungen. Medizin und Arzt erfahren eine hohe gesellschaftliche Akzeptanz. Durch diese starke Legitimierung und Institutionalisierung wirkt Medizin dadurch, dass es eine hohe Inanspruchnahme medizinisch-ärztlicher Leistungen durch die Bevölkerung gibt auf biografische Konstruktionen von Krankheit, Gesundheit, Arbeitsfähigkeit bzw. Leistungsfähigkeit und auch Wellness, Aging. Erfolg kann Medizin allerdings nur noch in den klinischen Kernbereichen feiern. In Feldern der Allgemeinmedizin, Psychiatrie, Psychosomatik, Rehabilitation und auch Betriebsmedizin ist ihre institutionelle Kraft zum Stichwortgeber bzw. zur Sinnstiftung individueller Lebensführung schwach. Kritik an der Medizin erfolgt auf Grund gescheiterter Interaktionsbeziehungen mit Ärzten. Die medizinischen Dienstleistungen bleiben unverstanden, Patienten fühlen sich nicht ernst genommen (Iatrogenesis). Alheit und Hanses konstatieren eine Kollision zwischen Institution Medizin und Biografie auf zwei Ebenen. Patienten nehmen eine Selbstkontextualisierung vor, d.h. zusätzlich oder auch an Stelle der medizinischen Sinnhorizonte von Krankheit nehmen sie eigene biografische Konstruktionen von Erkrankung vor und suchen Heilung in der alternativen oder auch heterodox genannten Medizin. Bio-Medizin hat keinen Zugang zu den biografischen Konstruktionen der Patienten wegen der oben angesprochenen Dekontextualisierung durch die klinische Medizin. Um jedoch ihre Akzeptanz und gesellschaftliche Legitimation bzw. Legitimierung aufrecht zu erhalten, müssen gesundheitliche Dienstleistungen bzw. ihre Akteure eine Anschlussoption an biografische Sinnkonstruktionen und Ressourcen eröffnen (Alheit, Hanses 2004, S. 14),

denn Studien zur Qualität und zu den Outcomes der medizinisch-ärztlichen Leistungen zeigen, dass es hier hohe Defizite gibt, die zurück geführt werden eben auf den Mangel an Verstehen zwischen den beiden Akteuren Arzt versus Patient. Die Fülle an Untersuchungen über Compliance macht auf diesen Sachverhalt ebenfalls aufmerksam.

Alheit und Hanses verweisen darauf, dass im Gegensatz zur Medizin soziale Arbeit keine professionelle Metapher wie Heilung in Anspruch nehmen, sondern höchstens den Aspekt der „Normalisierungsbalancen“ als zentrale Kategorie einer sozialpädagogischen Intervention benutzen kann. Hier geht es um eine sozialpädagogische Praxis, die es mit Normalitätsbrüchen und Normalisierungsstrategien zu tun hat. Gefragt ist Sozialmanagement, Beratung, Empowerment, und pädagogische Arbeit. In all diesen Verfahren geht es eben um ein Fallverstehen und um ein Interpretieren von Alltagswissen und Alltagshandeln bei dem Klientel, wobei jedoch die Institution Soziale Arbeit nur diffus als „Biografiegenerator“ fungiert. Während gerade das Medizinsystem auch auf die zentralen Akteure, nämlich die Ärzte professionalisierend und im Sinne einer Konstruktion von professioneller Biografie wirkt, sind die beruflichen Akteure im Bereich der sozialen Arbeit nicht so eingebunden, dass es ihnen gelingt, eine klare Kontur von Profession mit einer Ausbildung von Habitus und systematischem Wissenssystem zu erhalten.

Die geringe Institutionalisierung sozialer Arbeit zeigt jedoch positiv, dass prinzipiell dem biografischen Wissen des Klientels gegenüber dem Komplex professioneller institutioneller Wissensbestände der Sozialpädagogik eine viel größere Bedeutung zukommt. Der geringe Grad professioneller Institutionalisierung bei den „Sozialpädagogen“ führt zu einer größeren Fragilität und geringerer Macht dieser Berufsgruppe; sie sind eher darauf angewiesen, in ihrer Praxis über Aushandlungsprozesse und gemeinsame Sinninterpretationen biografisches Wissen der Klientele in einem gemeinsamen Lernprozess zu organisieren. In ihren Reflektionen über die eigene Professionalität werden Konzeptionen der Partizipation, der Aushandlung, des Empowerments und des Fallverstehens zu den zentralen Kategorien in sozialer Arbeit. Notwendig ist eine verstehende Perspektive und nicht eine hierarchische Bevormundung. Über die Anerkennung des Anderen als Anderen wird eine Kontextualisierung aufrecht erhalten. Alheit und Hanses kommen zu dem Schluss: „Vor dem Hintergrund dieser Überlegung ist die These zu wagen, dass es gerade die ‚bescheidene Profession‘ sozialer Arbeit ist, die durch die Widersprüchlichkeit ihrer professionellen Situation und der aktuellen Herausforderung das Potenzial besitzt, Modelle zu entwickeln, die das Verhältnis zwischen Institutionalisierung und Biografisierung personenbezogener Dienstleistungen neu zu organisieren vermag und von hier aus auf die ‚harten‘ Professionen zurück wirken kann“ (Alheit, Hanses 2004, S. 19). Dies gilt eben auch für die „bescheidenen“ Akteure im Feld der Gesundheitsförderung.

Für die Arbeits- und Gesundheitswissenschaften und den sich darauf berufenden professionellen Experten bedeutet dies nun, sich mit der angesprochenen Ambivalenz riskierter Leiblichkeit theoretisch wie praktisch auseinanderzusetzen. Allerdings ist festzuhalten, dass unser arbeits- und gesundheitswissenschaftliches Wissen zu diesem Wechselverhältnis von Arbeit, Leib und Biografie bislang nicht hinreichend genug konzeptioniert und für Gesundheitsförderung bzw. Prävention relevant gemacht worden ist. Hierzu bedürfte es eines interdisziplinären, fächerübergreifenden Dialogs mit einem theoretischen Konstrukt, das die Scharnierfunktion zwischen den naturwissenschaftlichen wie auch sozial- und geisteswissenschaftlichen Fächern ermöglicht und Hinweise für die

Gestaltung von Arbeitswelten und ebenso für die Sach- und Dienstleistungen einer kurativen und präventiven Gesundheitssicherung gibt.

Literatur

Alheit, P. u.a., 1999: Biographie und Leib, Gießen

Alheit, P.; Hanses, A., 2004: Institution und Biografie: Zur Selbstreflexivität personenbezogener Dienstleistungen, in: Hanses, A. (Hg.): Biografie und soziale Arbeit. Institutionelle und biografische Konstruktion von Wirklichkeit, Baltmannsweiler, i.E.

Antonowsky, A, 1987: Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well, San Francisco; siehe auch: Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H., 1998: Was erhält Menschen gesund? Antonowskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, Köln

Barkhaus, A. u.a., 1996: Identität, Leiblichkeit, Normativität, Frankfurt

Erikson, E.H., 1968: Kindheit und Gesellschaft, Stuttgart

Hauser-Schäublin, B. u.a., 2001: Der geteilte Leib. Die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland, Frankfurt/New York

Heinz, W.R., 2001: Der Lebenslauf der Soziologie, in: Joas, (Hg.): Lehrbuch der Soziologie, Frankfurt/New York

Jahoda, M., 1983: Wieviel Arbeit braucht der Mensch?, Weinheim

Leisering, L., Müller, R., Schumann, K.F. (Hg.), 2001: Institutionen und Lebensläufe im Wandel, Weinheim, München

Merleau-Ponty, M., 1966 □ 1945 □: Phänomenologie der Wahrnehmung, Berlin

Müller, R., 1995: Thesen zur Gesellschaftlichkeit von Arbeit, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 27-38

Müller, R., 1999: "Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und arbeitsbedingte Erkrankungen als Aufgaben des Arbeitsschutzes", in: Krause; Zander (Hg.), *Arbeitssicherheit. Handbuch für Unternehmensleitung, Betriebsrat und Führungskräfte*, Heft 2, 28. Jahrgang, Loseblattsammlung, Gruppe 5. Freiburg, 161- 200

Müller, R. (Hg.), 2002: Gesundheit im Spannungsfeld individuellen Handelns und institutioneller Steuerung, Bremerhaven

Rittner, V., 1982: Krankheit und Gesundheit. Veränderungen in der sozialen Wahrnehmung des Körpers, in: Kemper, D., Wulf, Ch. (Hg.): Die Wiederkehr des Körpers, 40-51

Sarasin, Ph., Tanner, J. (Hg.), 1998: Physiologie und industrielle Gesellschaft. Studien zur Verwissenschaftlichung im 19. und 20. Jahrhundert, Frankfurt/Main

Schmitz, H., 1965: Der Leib. System der Philosophie, Bd. 2, Bonn

Schulz, Th., 2002: Chronische Krankheit und Selbstkontextualisierung, in: Müller, R. (Hg.): Gesundheit im Spannungsfeld individuellen Handelns und institutioneller Steuerung, Bremerhaven, S. 73-104

Uexküll, v., 1990: Psychosomatische Medizin, hg. von Adler, R. u.a., 4. Auflage, München, Wien, Baltimore

Weizsäcker, v., 1998: Der kranke Mensch. Eine Einführung in die medizinische Anthropologie, Frankfurt/Main