Gerd Marstedt

Gesundheitsverhalten als Risikomeidung: Postulat und Alltagsrealität

Empirische Befunde zu arbeits- und gesundheitsbezogenen Wahrnehmungs- und Verhaltensmustern der Bevölkerung

Was ist eine »gesunde« Stadt? Eine, die lebendig und laut und vital ist, oder eine, die Pop-Konzerte nach 22 Uhr wegen der Lärmbelästigung von Anwohnern verbietet? Eine, die ihre Asylanten, Obdachlosen und Junkies in der City betreut oder sie (hygienisch begründet) in menschenleere Außenquartiere verbannt? Eine, die »Lebensqualität« insbesondere in Schrebergärten und Naherholungsgebieten sieht, oder eine, die voll auf Wirtschaftsförderung und Industrialisierung setzt, das Gesundheitsrisiko »Arbeitslosigkeit« gravierender einschätzt als die Folgen von Flugzeug- und Autolärm, von Industrieabgasen und Wald-Zerstörung? Die Antwort wird je nach politischem Standort, nach Lebensalter und Familienstand, nach kulturellen und sozialen Interessenprioritäten sehr unterschiedlich ausfallen. Und auch wenn der politisch »vernünftige« Kompromiß als Konflikt-Lösung zitiert wird, ändert dies nichts daran, daß *»die«* Stadtbewohner äußerst divergente Ansprüche im Hinblick auf Lebensqualität, sehr diskrepante Kriterien für gesundheitsförderliche Wohn- und Freizeitbedingungen haben.[1]

Spätestens die Ottawa-Charta der WHO suggerierte ein gemeinsames Banner für Schul- und »Alternativ«-Mediziner, Gewerkschafter und Grüne, Bürgerinitiativen und Öko-Läden, Psychologen und Umweltschützer: Kaum etwas ist dort zu lesen von widersprüchlichen Bürger-Interessen, wenig ist zu ahnen von unversöhnlichen Modellen der Prävention und Therapie. Gesundheitsförderung erscheint als konsistenter Entwurf sozialen Fortschritts gegen vorherrschende politische Strömungen, ohne die Brüchigkeit dieser Allianz auch nur anzudeuten. Nichts weniger als der (paternalistische) Schutz des Bürgers vor Luftverschmutzung und Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz wird eingefordert und zugleich die (autonome) Selbstbestimmung und persönliche Kompetenz des Individuums. »Sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen« werden eingeklagt – zu Lasten welcher

Ausgaben dies zu monetarisieren ist, bleibt individuellen Neigungen anheim gestellt.

Die Ottawa-Charta avisiert *alle* Aspekte menschlichen Daseins unter dem Vorzeichen ihrer Gesundheitsförderlichkeit oder aber auch Pathogenität: »politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische, sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren.« Das ist so richtig wie inhaltsleer. Eben dieser allumfassende Geltungs- und Veränderungsanspruch ist jedoch vermutlich auch Voraussetzung für ihre breite Resonanz in einer Vielzahl von privaten wie öffentlichen Verbänden, in Krankenkassen und Bürger-Assoziationen. Die verbale Überbrückung von Partialinteressen, das Übertünchen konträrer Veränderungsvorstellungen (samt erhoffter Finanzmittelzuweisungen) und Strategien (Pädagogik oder Besteuerung, Gesetzesinitiativen oder Appelle) konstituiert einen Rahmen, in dem »Gesundheit« als vermeintlich gemeinsame Koalitionsbasis unterschiedlichster Interessengruppierungen fungieren kann. »Gesundheit« bleibt so jedoch eine black-box, eine Parole, die nur vereint, solange ihre Botschaft vieldeutig bleibt. »Idealisten und Pragmatiker, Utopisten und Fanatiker, Moralisten, Ausbeuter und Vermarkter« erkennt Trojan in der unübersichtlich gewordenen Präventionslandschaft.[2]

Die Ottawa-Charta ist nur ein Beispiel von vielen für einen gesellschaftlich unterlassenen Diskurs über unterschiedliche Konzepte und Zielsetzungen der Gesundheitsförderung, wenngleich das namhafteste. Das Referate-Ensemble auf Weltgesundheitstagen, die Satzungen von Gesundheits-Konferenzen, die Programmatiken so mancher »Public Health«- und »Gesunde-Städte«-Inititativen ließen sich statt dessen ebenso als Beleg anführen.

1. Verborgene Diskrepanzen: Eine Typologie widerstreitender Gesundheits-Konzepte

Völlig abstrahiert wird im Rahmen solcher Allianzen unter der gemeinsamen Flagge der »Gesundheitsförderung« von

- massiven Verteilungskonflikten um die Zuweisung staatlicher und kommunaler Ressourcen (Gelder, Fördermittel, Personalstellen, Forschungseinrichtungen und -projekte)
- Kontroversen um Machtpositionen und gesundheitspolitischen Einfluß (Ärzte versus Psychotherapeuten oder Heilpraktiker, Betriebsräte versus Moderatoren von Gesundheitszirkeln, »Schul«- versus »Alternativ«-Mediziner)

- sozialpolitischen und wissenschaftlichen Hegemoniebestrebungen hinsichtlich der Definitionsmacht und Durchsetzung politischer Reformen (in der GKV, im Krankenhaus, hinsichtlich der Kompetenzen und Vergütung des Allgemeinarztes, der Anerkennung »alternativer« Medizin).

Abstrahiert wird aber auch von divergenten gesellschaftlichen Reform-Optionen und politischen Maximen. Betrachtet man Reader, Kongreßberichte, wissenschaftliche und gesundheitspolitische Sammelbände zum Thema »Gesundheitsförderung«, so lassen sich sehr unterschiedliche Strömungen und Gesundheits-Konzepte identifizieren – »Konzepte« weniger im Sinne einer bündigen wissenschaftlichen Theorie oder detaillierten politischen Programmatik, als eher im Sinne eines Destillats dominanter Weltanschauungen und sozialer Veränderungsprioritäten. Vermutlich kaum ein Wissenschaftler, Gesundheitspolitiker, Fachreferent oder im Gesundheitswesen engagierter Erwerbstätiger wird sich bei erster Annäherung hier allein *einer* Richtung zuordnen, erkannte Bornierungen der einzelnen Gesundheits-Konzepte für sich akzeptieren.

Es sind jedoch keine Stilisierungen und Pappkameraden, die hier aufgebaut sind. Prioritäten-Setzungen für Strukturveränderungen in der GKV und Innovationen im Gesundheitswesen, avisierte Schwerpunkte für die Allokation von Steuermitteln, inhaltliche Definitionen vorrangigen Forschungsbedarfs und nicht zuletzt die inhaltlichen Akzente der öffentlichen Argumentation auf wissenschaftlichen Foren und in den Medien erlauben jedoch m.E. durchaus eine kategorial meist eindeutige Zuordnung zu unterschiedlichen Gesundheitskonzepten – auch wenn sich hier zweifellos noch eine Vielzahl von Zwischentönen, zusätzliche Nuancen und Schattierungen ausmalen ließen.

Compliance ist als Konzept der Risikofaktoren-Medizin und -Epidemiologie unzweifelhaft das gesellschaftlich dominante Modell der Gesundheitsförderung und -erziehung. Der Begriff ist hier von mir sehr viel weitreichender definiert als üblich, subsumiert nicht nur die Befolgung ärztlicher Hinweise (etwa zur Medikamenteneinnahme), sondern ebenso die Vermeidung individueller Verhaltensrisiken (Rauchen, Alkohol, Bewegungsmangel) unter diese (identische) Logik.[3] Auch wenn es eine Reihe positiv definierter Verhaltensmaximen gibt (regelmäßige Vorsorgeuntersuchung, vitamin- und ballaststoffreiche Ernährung), so ist das vorherrschende Postulat doch eher negativ definiert als *Meidung* solcher Risikofaktoren (Rauchen, Alkohol, Bewegungsmangel, Streß, fettreiche Nahrung

usw.), die in Feldstudien signifikante Korrelationen zu meist chronisch-degenerativen Erkrankungen bzw. physiologischen und funktionellen Risikofaktoren (z.B. Bluthochdruck) aufgezeigt haben. Die Übernahme dieser aus medizinischem Wissen abgeleiteten, hochgradig selektiven[4] Regeln ist eine defensive Strategie der Minimierung von Expositions-Risiken und Noxen durch Änderung individueller Verhaltensgewohnheiten. Das Fortschrittsprinzip gründet in einer ungebremsten, »freien« Fortentwicklung von Technik und Wissenschaft, gerade auch im Bereich der medizinischen Diagnostik. Kuration durch Zukunfts- und high-tech-Therapien (Gentechnik, Transplantationsmedizin) ist zwar kein genuin eigenes Anwendungsfeld, wird aber als unverzichtbare Ergänzung der Prävention befürwortet. Die expertokratische Maxime einer umfassenden Übernahme ständig erneuerter (und nicht selten gänzlich revidierter) Forschungsbefunde und Wissensbestände in das Glaubens- und Verhaltensrepertoire der Individuen begründet ein letztlich ebenso technokratisches wie autoritäres Gesellschaftsbild.

Kommunikation als umfassendes theoretisches Konzept des »Gesundheitsverhaltens« und medizinisch-therapeutischer Hilfe ist von Horn u.a. (1983, 1984) sehr detailliert dargestellt worden. Die dort sehr weitreichende Definition, in der Krankheit »generell als psychosoziale Konfliktlösungsstrategie« charakterisiert wird[5], umreißt simultan ein idealtypisches Muster kommunikativer und affektiver Problem- und Konfliktbewältigung, das eine Flucht in psychische und psychosomatische Erkrankungen vermeidet. Jenseits dieser psychoanalytischen Fundierung ist »Kommunikation« aber auch in einer Vielzahl von Untersuchungen zum »social support«, zu persönlichen »Netzwerken« oder auch im Kontext »salutogenetischer« Ressourcen zu einem umfassenden Konzept von Gesundheit und Gesundheitsförderung entwickelt worden. Das Fortschrittsprinzip fokussiert (in stark sozialpsychologischer Perspektivverengung) Aspekte wie Solidarität und soziale Unterstützungsfunktionen, die auch als zentrale Eckpfeiler subsidiärer gesellschaftlicher Organisationsformen (»Netzwerke«, Selbsthilfegruppen, Bürgerinitiativen) fungieren.

Konzept	Gesundheits-Konzepte: Gesellschaftliche und wissenschaftliche Implikationen					
	Präventions-Strategien	individuelle Ressourcen von Gesundheit	Medizinisch-therapeutische Priorität	Fortschritts-prinzip	Gesellschaftliche Entwicklungs-perspektive	Gesundheitsschutz in der Arbeitswelt
Com-pliance	Vermeidung von (insb. Verhaltens-) Risiken, Nutzung med. Wissens, Früherkennung	Minimierung der Risiko-Exposition, Inanspruchnahme der Medizin	Schulmedizin, high-tech-Diagnostik und -Therapie	wissenschaftlicher und technischer Fortschritt	technokratisch-autoritär: Fortentwicklung medizinischen Wissens, Transformation in individ. Verhalten	individuelle Verhaltensprävention, Ergonomie, Unfallverhütung, Modell „Rückenschule“
Kommunikation	kommunikative und emotionale Problem- und Konfliktverarbeitung	geringe Konflikt-Verdrängung und Somatisierung, soziale Unterstützung, „Salutogenese“	„sprechende“ Medizin, Psychosomatik, Psychotherapie	Solidarität und soziale Unterstützung, Emotionalität	psychologistisch: Aufbau von Gruppen und „Netzwerken“, subsidiäre und psychotherapeutische Hilfe	Problematisierung von Belastungen, Arbeitsgruppen, Modell „Gesundheitszirkel“
Ökologische Vernunft	Abbau und Meidung von Umweltrisiken, konsumtive Selbstbescheidung	Meidung unnötiger zivilisator. Risiken, Selbstheilungskräfte	Naturheilverfahren, „sanfte“ Medizin, Stärkung des Auto-Immun-Systems	Einklang mit Natur, Verzicht auf Risiko-Technologien	prä- oder post-industriell: „ökologischer Umbau der Industriegesellschaft“, Verzicht auf quant. Wachstum	Ausbau von Arbeitsschutznormen und -vorschriften, Modell „Erweiterte EG-Normen“
Selbstbestimmung	Selbstverwirklichung, Erkennen eigener Bedürfnisse und Interessen	psycho-soziales Wohlbefinden trotz unvermeidbarer Risiken	keine Präferenz, jedoch auch: Akzeptanz von Krankheit und Gebrechen	sozialer Diskurs, individuelle u. kollektive Verantwortung	basis-demokratisch: Mitbestimmung am Arbeitsplatz, Bürger-Initiativen, plebiszitäre Elemente	Arbeitnehmer-Reklamationsrechte gegenüber Gesundheitsrisiken, Modell „IG Medien/Duckindustrie“

Ökologische Vernunft zielt als Konzept von Gesundheit sowohl auf Verhaltens- wie Verhältnisaspekte, auf individuelle Konsumgewohnheiten wie Arbeits- und Umgebungsbelastungen. Kritik an sozial ungebremsten Maximen von Wirtschaftswachstum, Naturausbeutung und Technik-Fetischismus mündet einerseits in Postulate individueller Selbstbescheidung (im Hinblick auf Konsumgewohnheiten wie die Inanspruchnahme der »Pillen-und-Apparate-Medizin«) und Rückbesinnung auf körpereigene therapeutische Ressourcen. Krankheit ist in diesem Kontext im wesentlichen ein Effekt des Bruchs mit der inneren und äußeren Natur. Unter dem Stichwort »ökologischer Umbau der Industriegesellschaft« wird andererseits jedoch auch ein alternatives Konzept gesellschaftlichen Fortschritts entwickelt, das einen radikalen Einbezug von Kriterien wie »Gesundheit« und »Umweltverträglichkeit« in alle Felder politischen Handelns fordert – im Rahmen von Gesetzesinitiativen, Schutznormen oder auch Verursacherabgaben.

Selbstbestimmung dürfte vor allem unter dem Etikett »Demokratisierung« als maßgebliche gesellschaftliche Wertorientierung erkannt werden, repräsentiert jedoch auch ein (Minoritäten-)Konzept von Gesundheitsförderung. Deutlicher als in der Ottawa-Charta, wo Selbstbestimmung und soziale Kompetenz als ein Ziel unter vielen benannt sind, wird der Gehalt dieses Konzepts etwa bei Ivan Illich (1975) nachvollziehbar, wenn »die bewußt gelebte Gebrechlichkeit« oder die »Fähigkeit zu gesunden und zu leiden und in Frieden den Tod zu erwarten« als integrale Komponenten des Lebens und auch der Gesundheit hervorgehoben werden.[6] Aber auch in der Metapher »Gesund ist, was Spaß macht«[7] wird ein Selbstbestimmungs-Konzept umrissen, das oktroyierte Regeln und Normierungen des Alltagsverhaltens zurückweist, eine Lebensführung akzentuiert, die im Einklang steht mit individuellen Bedürfnissen und Wertorientierungen. Psychosoziales Wohlbefinden ist in Anbetracht der Unausweichbarkeit von Gesundheitsrisiken – auch bei Verstößen gegen die Regeln medizinischer Vernunft – zugleich Garant relativer Gesundheit, ja mehr noch: Was individuell »gesund« ist und was »ungesund«, ist nach objektiven medizinischen Kriterium nur sehr unzuverlässig zu bestimmen.[8]

Mit der Selbstbestimmung des Individuums einher geht das Fortschrittsprinzip eines umfassenden gesellschaftlichen Diskurses, einer kollektiven Verantwortung, die egoistische Bornierungen überwinden soll. Die (insbesondere in der Arbeitswelt) nicht seltenen Verstöße gegen eigene gesundheitliche Interessen (zugunsten

anderer Motive: Verdienst, Aufstieg, Arbeitsplatzsicherheit) deuten auch einige Probleme dieses Konzepts an.

Leithäuser (1983) hat das Beispiel eines Gießerei-Arbeiters angeführt, der an einer Hammer-Presse durch das Heben schwerer Werkstücke unter extrem hohen körperlichen Belastungen und gesundheitsgefährdenden Umgebungsbedingungen tätig ist, der aber aus dieser Tätigkeit gleichwohl ein profundes Gefühl der Selbstachtung bezieht, Stolz, eine sehr schwierige Arbeit zu bewältigen und dafür sozial anerkannt zu werden.[9] Die Humanisierungs-Perspektive und der Gesundheitsförderungs-Ansatz für dieses (Extrem-)Beispiel sähe innerhalb der oben skizzierten Gesundheitskonzepte wohl extrem unterschiedlich aus, würde (1) neben ergonomischen Maßnahmen und Gehörschutzmitteln wohl auch die »Rückenschule« als Hilfe zum günstigeren Heben und Tragen von Lasten in Betracht ziehen, (2) veränderte Möglichkeiten der Arbeitsorganisation und Kooperation (kollegiale Hilfeleistungen beim Heben) im Rahmen von Arbeitsgruppen-Diskussionen überprüfen, (3) die vermutlich massiven Verstöße gegen Arbeitsschutznormen reklamieren und Mechanisierungs- oder gar Automations-Perspektiven entwickeln, (4) die Bedeutung der Tätigkeit für Identität und Selbstwertgefühl des Arbeiters trotz der evidenten Gesundheitsgefährdungen zunächst einmal akzeptieren und allenfalls diskursiv nach Veränderungsmöglichkeiten Ausschau halten.

2. *Defizite des Compliance-Konzepts*

Die normative Problematik des Compliance-Ansatzes ist bereits verschiedentlich hervorgehoben[10], und auch ihre theoretischen Defizite sind in der Literatur zum Teil bereits dargestellt worden.[11] Folgende konzeptuelle Mängel und theoretische Ausblendungen sind insbesondere hervorzuheben:

- Die am Risikofaktoren-Konzept orientierte Gesundheitsförderung zeichnet sich durch eine hohe *Partialisierung* aus, Gesundheitsverhalten wird zergliedert in eine für das Individuum kaum mehr überschaubare Vielzahl schädlicher oder riskanter Verhaltensmomente, gegen die je einzeln Aufklärungs- und Interventionsversuche in Gang gesetzt werden. Ein konzeptuell ganzheitlicher, auf die komplexe Lebenswelt des Individuums bezogener Ansatz wurde nicht entwickelt. Maßgeblich ist ein enumerativer Kanon medizinischer Ge- und Verbote, der sich bisweilen wie ein Gesundheits-Katechismus liest.[12] Auch die in Interventionsstudien

gängige Beschränkung auf eine spezifische Erkrankung und ihre Risikofaktoren bleibt unzulänglich. Nicht ohne Häme wird über das MONICA-Projekt der WHO vermeldet:[13]

> So gelang es zwar in mittlerweile sechs Studien, die Blutfettwerte durch Diät und Medikamente abzusenken. Doch statt an Herz- und Kreislauferkrankungen starben die Beteiligten jetzt vermehrt durch Mord, Unfälle oder Krebs. Über die Hintergründe dieses auf den ersten Blick unsinnigen, aber doch mehrfach gesicherten Ergebnisses grübelt jetzt die Wissenschaft.

- Die Ignoranz *schichtspezifischer Normen*, Wert- und Handlungsorientierungen abstrahiert von den jeweils in unterschiedlichen Ausmaß gegebenen, individuell nur wenig beeinflußbaren (finanziellen, zeitlichen) Handlungsvoraussetzungen und den über Schulbildung und berufliche Sozialisation vermittelten normativen Einbindungen des Individuums. Rauchen gilt in Akademiker-Kreisen nicht nur als gesundheitsschädlich, sondern auch als »unfein« und »proletarisch«. Weiterhin lassen sich Momente medizinischen Risikoverhaltens als »kleine Freuden, kleine Fluchten«, d.h. als soziale und berufliche Bewältigungsstrategien interpretieren[14] und sind mehr als bloß defizitäre Verhaltens-Gewohnheiten. Buchmann u.a. (1983) haben in Mittel- und Oberschichten gefunden, daß »Gesundheit« dort sehr stark einen »Symbolwert« (im Sinne einer Status-Distinktion), in Unterschichten hingegen fast überwiegend einen »Gebrauchswert« für die Befriedigung anderer Ziele und Motive innehat.
- Jenseits dieser Abstraktion von sozialen und beruflichen Differenzierungen wird »Gesundheitsverhalten« im Compliance-Ansatz losgelöst von *individuellen Wertorientierungen, Sinnstrukturen* und Lebenskonzepten betrachtet, fungiert als formales Bewertungskriterium (gesundheitsförderlich versus gesundheitsriskant) unterschiedlichster Handlungsmuster im privaten und beruflichen Alltag. Eine Reihe qualitativer Studien hat jedoch gezeigt, daß dieses zweckrationale Modell individuellen Handlungsstrukturen eine völlig fremde Logik aufstülpt. Bei Horn u.a. (1983) ist das Gesundheits- und Krankheitsverhalten eingebunden in biografisch erworbene Muster der Verarbeitung psychosozialer Konflikte, Herzlich (1973, 1991) sieht die soziale Integration des Individuums als maßgeblich an, seine motivationale und emotionale Einbindung in reale Kommunikations- und Interaktions-Zusammenhänge. Für Giegel u.a. (1988) schließlich ist (bei Arbeitern) kein »Gesundheitsmotiv sui generis« empirisch feststellbar, Gesundheitsverhalten ist nach ihren Befunden eine aus

berufsbiografischen Perspektiven abgeleitete Größe. Das Gesundheitsverhalten ist danach also kaum direkt beeinflußbar, wenn sich nicht zugleich auch übergeordnete, subjektiv handlungsanleitende Wertorientierungen und Motive des Individuums verändern.

3. *»Gesundheitsbewußtes Alltagsverhalten« – Befunde einer empirischen Befragung*

Eine unlängst vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen im Auftrag der Angestelltenkammer Bremen durchgeführte empirische Studie[15] hat nun einige Befunde zu Tage gefördert, die die unausgesprochenen Prämissen des Compliance-Ansatzes zusätzlich in Frage stellen. Die Fragebogenerhebung »Gesundheit und Lebensqualität« wurde im März/April 1993 in Bremen und im niedersächsischen Umland durchgeführt. Gegenstand der Erhebung waren u.a. Aspekte des Gesundheitsverhaltens und der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe, Schmerzen, Beschwerden und Erkrankungen, sowie insbesondere Erfahrungen und Veränderungswünsche am Arbeitsplatz und im Betrieb. Die Stichprobe (Response-Quote 42 %) umfaßt 6331 Teilnehmer (Wohnbevölkerung 16-65 Jahre), darunter 4214 Erwerbstätige.

Die Dimension des »Gesundheitsverhaltens« wird auch in Forschungsstudien meist sehr partialisiert und inhaltlich reduziert betrachtet. Forschungsbefunde hinsichtlich der Verbreitung der medizinischen Risikofaktoren im engeren Sinne (Rauchen, Alkohol, Ernährung, Bewegung) liegen zumeist nur je einzeln vor, kaum gebündelt über verschiedene Verhaltensapekte hinweg. Darüber hinaus blenden Operationalisierungen des Gesundheitsverhaltens zumeist sehr wesentliche Aspekte aus wie etwa: Umgang mit Streß, Kommunikation von Problemen, Körperkonzepte, Kontrollerwartung usw. Auch die Studie »Gesundheit und Lebensqualität« hat diese sehr komplexen Bedürfnisse und Verhaltensdispositionen in Anbetracht der Schwierigkeiten einer standardisierten Erhebung nicht berücksichtigt. Es wurde jedoch versucht, ein – am Wissensbestand der Risikofaktoren-Therorie und des Compliance-Ansatzes orientiertes – übergeordnetes Konstrukt gesundheitsbewußten bzw. gesundheitsriskanten Alltagsverhaltens zu definieren, das über Einzelvariablen hinausgeht.

In dieses Konstrukt integrierte Dimensionen sind:
- Rauchen
- Alkoholkonsum
- Ernährung
- körperliche Bewegung.

Zusätzlich wurde – auch unter Rekurs auf einschlägige medizinische Postulate – eine Kategorie
- »Körpersensibilität« einbezogen, die vier Einzelaspekte zusammenfaßt: Für ausreichenden Schlaf sorgen, Entspannungsübungen betreiben (Autogenes Training, Muskelentspannung usw.), den eigenen Körper auf medizinische Veränderungen beobachten, sich in körperlichen Krisensituationen schonen.

Aus allen fünf Einzeldimensionen (die sich in einer Faktorenanalyse als voneinander relativ unabhängige Aspekte des Gesundheitsverhaltens erweisen) wurde ein Gesamtwert »gesundheitsbewußtes – gesundheitsriskantes Alltagsverhalten« gebildet und – da eine theoretisch-inhaltliche Klassifikation kaum begründbar wäre – die Stichprobe nach Quartilen der Häufigkeitsverteilung in vier Gruppen aufgeteilt.

Arbeitsverpflichtungen beeinflussen das Gesundheitsverhalten

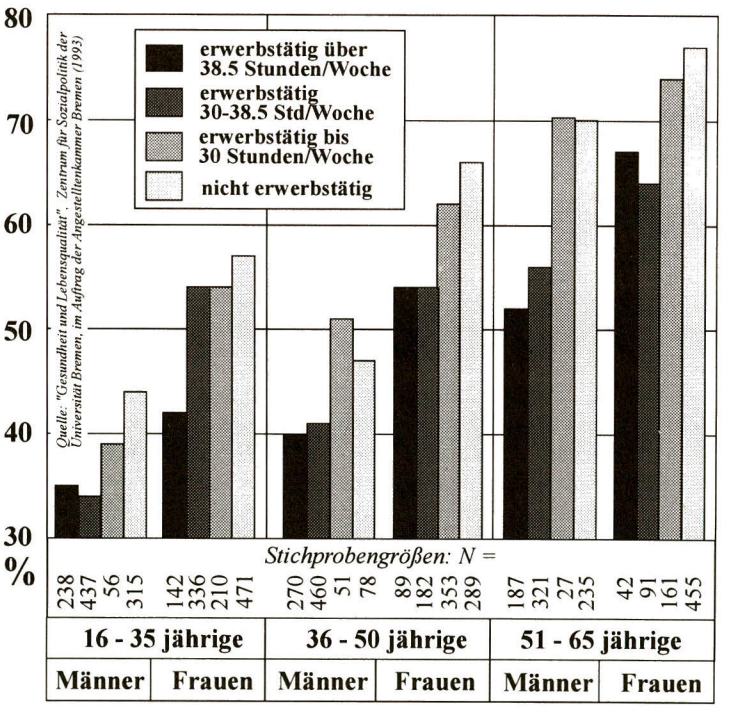
Aus der folgenden Grafik sind drei unterschiedliche, einander kumulativ verstärkenden Korrelationen erkennbar. (1) »Gesundheitsbewußtes« Alltagsverhalten nach den Regeln medizinischer Vernunft ist in sehr starkem Maße altersabhängig, präventive Strategien der Meidung von Risikofaktoren sind bei Jüngeren nur in sehr geringem Ausmaß vorzufinden. (2) In allen drei Altersgruppen sind bei Frauen sehr viel seltener Kumulationen des Risikoverhaltens vorzufinden. Und (3) spielt innerhalb aller Alters- und Geschlechtsgruppen der Erwerbsstatus und der zeitliche Umfang des beruflichen Engagements eine erhebliche Rolle: Mit zunehmendem Umfang der Arbeitsverpflichtung sinkt der Anteil derjenigen, die sich relativ »gesundheitsbewußt« verhalten.

Dieses Ergebnis bleibt im übrigen auch bestehen, wenn der Gesundheitszustand (Vorliegen einer chronischen Erkrankung, Anzahl von Arbeitsunfähigkeitsfällen bzw. Krankheitsepisoden in den letzten 2 Jahren) kontrolliert wird. Das heißt, hier liegt keine Scheinkorrelation vor, es ist der zeitliche (und damit zusammenhängend auch psycho-physische) Umfang beruflicher Anforderungen und Verpflichtungen, der das Gesundheitsverhalten beeinflußt, und

nicht der (auch mit dem Erwerbsstatus und der Arbeitszeit statistisch verknüpfte) Gesundheitszustand, der bei Nicht- und Teilzeit-Erwerbstätigen beispielsweise höhere Anteil von Leistungsbeeinträchtigten, Frührentnern oder Behinderten.

Ohne dieses Ergebnis bereits im Detail zu interpretieren, sei doch festgehalten: Das Compliance-Konzept wird offensichtlich bei Erwerbstätigen und insbesondere bei zeitlich sehr stark in Anspruch genommenen Beschäftigten sehr viel weniger befolgt, sei es, weil bei ihnen materielle und zeitliche Zwänge sehr viel stärker ausgeprägt sind (im Sinne fehlender »Muße« für bewußte Ernährung, für autogenes Training oder Fitnessübungen usw.), sei es, weil die normativen Erwartungen in der Arbeitswelt dazu im Widerspruch stehen.

Grafik 1:
Prozent-Anteil Befragter, die sich im Alltag eher »gesundheitsbewußt« verhalten (Ernährung, Rauchen, Sport, Schonung usw.)



Im Konflikt mit betrieblichen Normen: hohe »Körpersensibilität«

Diese letzte Interpretation liegt jedenfalls nahe, wenn man ein anderes Teilergebnis der Befragung heranzieht. »Trotz Krankheit zur Arbeit gehen« – dieses in der Diskussion zu Krankenstand und Mißbrauch der Lohnfortzahlung oder der Debatte zur Einführung von »Karenztagen« häufige unterschlagene Verhaltensmuster findet sich sehr viel häufiger bei Beschäftigten mit höherem Lebensalter und niedrigem Bildungsabschluß (vgl. Tabelle).

Erwerbstätige (in Prozent), die sagen, sie seien im letzten Jahr mindestens einmal trotz Krankheit zur Arbeit gegangen (N=4210)

Lebensalter		Schulausbildung (Abschluß)	
bis 29 Jahre	42.9 %	Volks-/Hauptschule	52.9 %
30 – 39 Jahre	43.4 %	Mittlere Reife	51.2 %
40 – 49 Jahre	50.6 %	Fachhochschulreife	40.0 %
50 – 59 Jahre	56.7 %	Abitur	42.9 %
60 – 65 Jahre	61.6 %		
Gesundheitsverhalten		**Körpersensibilität**	
sehr »gesundheitsbewußt«	41.6 %	sehr hoch	37.4 %
eher »gesundheitsbewußt«	47.7 %	hoch	41.7 %
eher »gesundheitsriskant«	50.3 %	niedrig	49.0 %
sehr »gesundheitsriskant«	54.4 %	sehr niedrig	56.7 %

Jüngere und dabei insbesondere qualifizierte Arbeitnehmer-Generationen sind nach eigener Aussage sehr viel eher geneigt, Krankheitsbeschwerden auch als körperliches Warnsignal ernst zu nehmen, sich zu schonen, ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen, Schmerzen und Beschwerden nicht umstandslos mit Medikamenten zu begegnen.

Die Relativierung oder gar Suspendierung von Arbeitstugenden wie Pflichtbewußtsein und Arbeitsdisziplin durch jüngere und qualifizierte Beschäftigte erklärt wohl zum einen den obigen Befund. Darüber hinaus wird jedoch auch der erhebliche Einfluß individueller Gesundheitsorientierungen deutlich. Arbeitnehmer, die ein hohes Ausmaß an »Körpersensibilität« entwickelt haben, das auch im Alltag verhaltensrelevant wird, folgen dieser Maxime im Konfliktfall auch gegen die normativen Anforderungen des Betriebs. Wer sich auch im privaten Alltag schont, wenn es ihm nicht gut geht, wer Sensibilität aufbringt für die eigene psycho-physische Verfassung, für wen ein sorgsamer und an schwankende Leistungsvoraussetzungen

angepaßtes Aktivitätsniveau maßgeblich ist, für den hat dies häufiger auch im Umgang mit beruflichen Verpflichtungen Vorrang.

Schonung in psycho-physischen Krisen, Ernst-Nehmen körperlicher Warnsignale, eigene Leistungsvoraussetzungen nicht als unbegrenzt definieren, keinen »Raubbau« mit dem eigenen Körper treiben – diese Maxime gesundheitlicher Vernunft und Verantwortung kollidiert jedoch sehr massiv mit beruflichen Normen und Erwartungen. Auch bei jener Erwerbstätigengruppe mit hoher Körpersensibilität ist gleichwohl noch etwa jeder Dritte trotz Krankheit zur Arbeit gegangen. Ungeachtet der Tatsache, daß dies zum Teil auch erklärt wird durch Unterschiede im jeweiligen Schweregrad der Erkrankung, wird darüber hinaus aber auch der Einfluß von Qualifikation, Arbeitsmarktposition und Beschäftigungssicherheit deutlich: »Körpersensibilität« als verhaltensrelevante Alltagsmaxime kann sich nicht jeder Arbeitnehmer leisten, es sei denn um den Preis einer Gefährdung der eigenen materiellen Existenzsicherung.

»Gesundheit« – eine Frauensache. Risikoverhalten nach Alter und Geschlecht

	Befragte (in Prozent), bei denen ... Risikofaktoren vorliegen				
	0	1	2 – 3	4	insgesamt
Alter: 18 – 39					
Männer	11 %	25 %	57 %	7 %	100 %
Frauen	21 %	35 %	42 %	2 %	100 %
Alter: 40 – 59					
Männer	10 %	27 %	55 %	8 %	100 %
Frauen	18 %	37 %	43 %	2 %	100 %
Alter: 60 und älter					
Männer	11 %	30 %	54 %	5 %	100 %
Frauen	12 %	44 %	43 %	1 %	100 %

Quelle: Blaxter (1990), 132f.

Blaxter (1990) hat in ihrer Studie »Health and Lifestyles« unterschiedliche Aspekte des Gesundheitsverhaltens auch zusammenfassend analysiert. Für die vier Risikofaktoren: Rauchen, Alkohol, Ernährung und Bewegung ergibt sich getrennt nach Geschlecht und Alter folgendes Ergebnis (vgl. Tabelle): In jeder Altersgruppe liegt der Anteil sich »gesundheitsbewußt« verhaltender Frauen deutlich höher als bei Männern, wie auch umgekehrt ein extremes Risikoverhalten (in mehreren Dimensionen) bei ihnen seltener anzutreffen ist.

Die Untersuchung »Gesundheit und Lebensqualität« hat damit weitgehend übereinstimmende Ergebnisse gebracht.[16] Im Hinblick auf eine Vielzahl von Verhaltensaspekten und Einstellungen zeigt sich: Männliche Befragte orientieren sich sehr viel seltener an den Regeln medizinischer Vernunft. Risikomeidung ist für Männer noch sehr viel häufiger als für Frauen eine randständige Dimension der Lebensführung.

Beispielhaft dazu einige Ergebnisse:

- »sehr gesundheitsriskant« (in der Klassifikation des oben skizzierten Konstrukts) verhalten sich 17.7 % der Männer und 8.9 % der Frauen, »sehr gesundheitsbewußt« 21.2 % der Frauen und 11.8 % der Männer;
- eine hohe oder sehr hohe Körpersensibilität zeigen 40.9 % der Frauen und 30.8 % der Männer;
- häufig an medizinischen Themen interessiert sind 22.1 % Frauen und 14.2 % Männer, für »Fragen einer gesunden Lebensweise« interessieren sich häufig 35.8 % der Frauen und 19.8 % der Männer;
- schon »Gesundheitskurse« (von Krankenkassen, Volkshochschulen usw.) besucht haben mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer (57.9 %, 27.9 %).[17]

Dieser Befund hat wohl zumindest zwei Erklärungshintergründe. Erstens: Frauen sind, dies haben auch viele medizinsoziologische Untersuchungen gezeigt[18], in der Familie immer noch die Experten und Sachwalter in Gesundheitsfragen: Sie wenden bei Bagatellerkrankungen und im Krankheitsvorstadium die Regeln der Laienmedizin an, übernehmen die Krankenpflege, präjudizieren oftmals auch die Entscheidung, wann welche Art professioneller medizinischer Hilfe in Anspruch zu nehmen ist. Insofern fungiert die Auseinandersetzung mit Gesundheitsfragen als ganz selbstverständliche »Weiterbildung«, die der familialen Rollenzuschreibung und dem dortigen Expertenstatus zugute kommt. Das Vorleben spezifischer Regeln »gesundheitsbewußten« Verhaltens ist selbstverständliche, aber auch Wissen und Kompetenz signalisierende Verhaltensnorm.

Zweitens: Compliance ist bei Männern in Einzelaspekten durchaus akzeptabel: Nichtrauchen, Jogging, Body-Building – nicht aber als konsistenter Lebensstil. Eine aktive Befassung mit Gesundheit und umfassende Risikomeidung ist für die Mehrzahl der Männer Flucht, Eingeständnis von Angst, Schwäche und Verletzlichkeit. Ein funktional-instrumentelles Verhältnis zum eigenen Körper hingegen symbolisiert Stärke und Unbesiegbarkeit. Dahinter steht zumeist allerdings nicht ein Verständnis von Gesundheit als »Selbstbestimmung«,

das Krankheitsanfälligkeit, Gebrechlichkeit als reale Existenzbedrohung und mögliche Lebenseinschränkungen akzeptiert, sondern ein autosuggestives Selbstbild, das diese Bedrohungen der eigenen psycho-physischen Integrität und der eigenen Rolle als »Familienernährer« dethematisiert und affektiv bagatellisiert oder verdrängt.

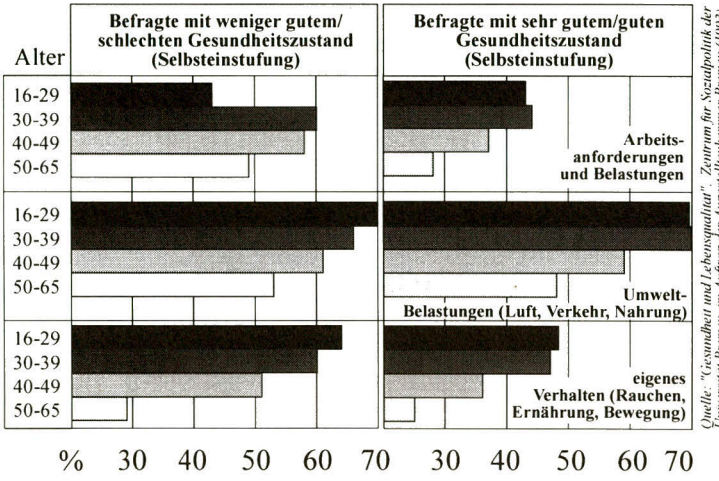
Der Compliance-Ansatz geht an diesen Männlichkeitsnormen und alltagskulturellen Rollen-Zuschreibungen systematisch vorbei. Der systematische Rekurs auf »Gesundheit« evoziert (insbesondere bei Männern) zunächst einmal Abwehr und Distanz. Gesundheitsförderung im Rahmen des Compliance-Ansatzes müßte – ich pointiere, schlage dies aber nicht ernsthaft vor – im Rahmen eines Marketing-Konzepts zunächst einmal eine klar definierte Positiv-Kennzeichnung erhalten, die Konkordanz aufweist mit gesellschaftlich maßgeblichen Wertorientierungen (wie entweder: Leistung, Erfolg, Prestige oder aber auch: Freiheit, Unabhängigkeit, Selbstverwirklichung), dürfte nicht in der gegenwärtigen, überwiegend negativen Beschwörung individueller Schwächen und Anfälligkeiten verharren.

Arbeit, Umwelt und Verhalten: Die Risiko-Sensibilität Jüngerer

Gesundheißtbewußt, oder exakter: in medizinischer Logik weniger gesundheitsriskant verhalten sich insbesondere Frauen und Angehörige älterer Generationen, Befragte also, die bereits deutlicher bei sich selbst Verschleißerscheinungen, Schmerzen und Beschwerden, oder sogar chronisch-degenerative Erkrankungen feststellen müssen. Überraschenderweise nun ist in der Wahrnehmung von Gesundheitsbeeinträchtigungen durch Arbeitsbedingungen, durch Umweltbelastungen und auch durch eigenes Verhalten ein völlig gegenläufiger Trend feststellbar. Nicht Ältere, die durchschnittlich ja in sehr viel häufigerem Maße eine größere Anfälligkeit für Erkrankungen, ein Nachlassen psycho-physischer Leistungsvoraussetzungen bei sich selbst haben wahrnehmen können, sondern Jüngere sind es (vgl. Grafik), die ein größeres Maß an Gesundheitsbedrohungen in ganz unterschiedlichen Lebenssphären erkennen. Überspitzt formuliert: Gesundheitsrisiken lauern für Jüngere überall.

Warum sind Jüngere sensibler in Bezug auf wahrgenommene Gesundheitsrisiken, setzen dies jedoch seltener in Verhaltensmuster im Sinne des Compliance-Ansatzes um? Maßgeblich ist hier wohl, daß »Gesundheit« (zumeist) als fraglose Gegebenheit vorausgesetzt wird, als nicht problematisierungsbedürftige Voraussetzung der eigenen Existenz. Gesundheit ist in gewisser Hinsicht Synonym zum

Grafik 2: Wahrgenommene Beeinträchtigungen der Gesundheit nach Lebensalter, Gesundheitszustand und Risiko-Art



Prozent-Anteil von Befragten, die ihre Gesundheit durch die jeweiligen Risikoarten beeinträchtigt sehen (N=6099)

»Leben«.[19] Von daher ist ein aktives, im alltäglichen Verhalten stets aufs neue zu manifestierendes Ringen und Sich-Bemühen um etwas, das schon als gegeben erkannt wird, nur wenig motivbildend. Erst mit der Einbindung in spezifische soziale und kulturelle Erwartungen (Frauen als maßgebliche Laienmediziner in der Familie) oder zunehmender Fragwürdigkeit dieser Kognitionen (Alter und nachlassende psycho-physische Resistenz, qualitativer und quantitativer Bedeutungsgewinn von Schmerzen oder Beschwerden) kann Risikomeidung im Sinne medizinischer Verhaltenserwartungen sich zu einer subjektiv sinnvollen oder sogar prioritären Motivation herausbilden.

Gleichwohl bleibt die in den Medien tagtäglich zu lesende Berichterstattung über Umweltskandale und ökologische Gefahren und die Entlarvung stets neuer individueller Verhaltensrisiken für jüngere Generationen nicht völlig folgenlos: Sie werden jedoch nicht wachgerüttelt und zu »Präventions-Freaks« bekehrt, sondern reagieren irritiert, desorientiert, verängstigt. Die obigen Befunde deuten eine beinahe idiosynkratische Sensibilität gegenüber Gefahren in der Arbeit, in der Umwelt, in eigenen Verhaltensgewohnheiten an, wenn

man berücksichtigt, daß die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands als gut oder sehr gut für 25jährige sicherlich in weitreichenderem Maße Fitneß, Beschwerdefreiheit, Wohlbefinden bedeutet als für 55jährige.

Betriebliche Gesundheitsförderung: Was wollen Beschäftigte vorrangig?

Die Darstellung einiger empirischer Befunde aus dem Projekt »Gesundheit und Lebensqualität« zum Gesundheitsverhalten in der Bevölkerung und Wahrnehmungsmustern von Risiken hat zunächst deutlich machen sollen, daß der Compliance-Ansatz von wesentlichen normativen und kulturellen Voraussetzungen in unterschiedlichen Schichten und sozialen Formationen der Bevölkerung abstrahiert und daher nur sehr selektiv befolgt wird. Der ubiquitäre Geltungsanspruch postulierter Verhaltensregeln und Meidungsstrategien, der von geschlechterspezifischen wie beruflichen, generationellen wie gesundheitlichen Besonderheiten der Adressaten-Gruppen absieht (von je individuellen Voraussetzungen der Lebenslage und Lebensführung ohnehin) ist insofern »aufgestülpt«, nicht nur was Inhalte betrifft (Korrespondenz mit Motivationen und Wertorientierungen), sondern auch im Hinblick auf ihre »Implementierung«, die Einbindung vermittelter Regeln in Freizeit und Erwerbstätigkeit.

Gesundheit ist im Alltag kein zentraler Fokus der Lebensführung, solange diese Normalitätsunterstellung nicht aufgebrochen wird, sei es durch Krankheit, sei es durch Rollenzuschreibungen im familialen Kontext. Diese Feststellung gilt zweifelsohne zunächst wohl auch für die Arbeitswelt. Gleichwohl werden in diesem Lebensbereich auch abweichende Definitionen erfahrbar, gelten dort (mit fortschreitender technisch-organisatorischer Rationalisierung in zunehmendem Maße) Normalitätserwartungen, die auch schon Fitneß, Streß-Resistenz, dauerhafte und schwankungsfreie Leistungsvoraussetzungen, sowie allseitige innerbetriebliche Arbeitseinsatzmöglichkeiten als »Gesundheit« im Sinne von Arbeitsfähigkeit festlegen.[20] Zumindest Anstöße zur Problematisierung der selbstverständlichen Gegebenheit von Gesundheit sind im Erwerbssystem häufiger und nachhaltiger. Gesundheitsförderung könnte von daher in der Arbeitswelt u.U. eher auf Resonanz stoßen als unter den elastischeren Reaktions- und Bewältigungsbedingungen des privaten Alltags. In der Befragung »Gesundheit und Lebensqualität« wurden auch Veränderungswünsche angesprochen, die den Arbeitsplatz und betriebliche

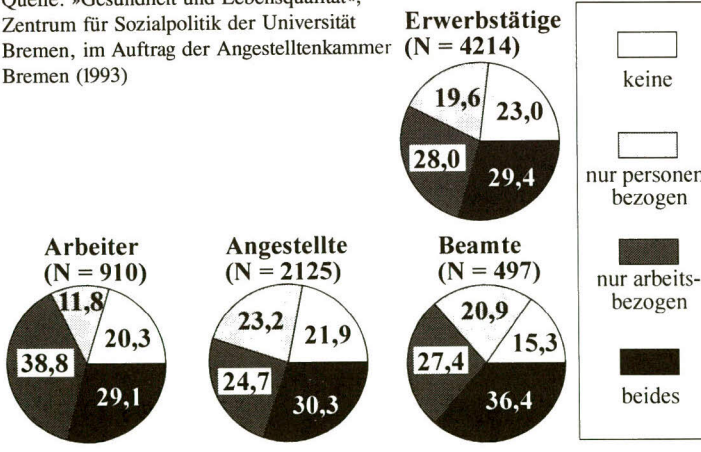
Rahmenbedingungen betreffen, Sozialleistungen und Arbeitszeitregelungen, aber auch Maßnahmen zur Humanisierung und Gesundheitsförderung.

Unterscheidet man hier nach

- eher arbeitsbezogenen Maßnahmen einerseits (Humanisierung und Belastungsabbau, Mischarbeit, Arbeitsplatzausstattung, Umgebungsbelastungen, Schutzregelungen für gesundheitlich Beeinträchtigte)
- und eher personenbezogenen Maßnahmen andererseits (Pausengymnastik, Gesundheitskurse, Nichtraucherschutz, gesundes Kantinenessen)

und unterteilt die erwerbstätigen Befragten danach, ob sie nur das eine, nur das andere oder beides als Veränderungswunsch benennen, so zeigt sich (vgl. Grafik) für alle Erwerbstätigen, daß der Interessen-Schwerpunkt nach wie vor im Bereich arbeitsbezogener Maßnahmen liegt. Nur 23 Prozent benennen allein personenbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung, 28 Prozent nur arbeitsbezogene und 29 Prozent Maßnahmen in beiden Bereichen. Dieses Ergebnis widerlegt zunächst einmal das oftmals von Sicherheitsbeauftragten, Betriebsräten oder auch Vorgesetzten artikulierte Vorurteil, Arbeits- und Gesundheitsschutz sei eine Sache, die zumeist gegen die Interessen von Arbeitnehmern (oder zumindest ohne deren Unterstützung) durchgesetzt werden müsse.

Grafik 3:
Gesundheitsbezogene Veränderungsinteressen (Arbeitsplatz, Betrieb) in Prozent
Quelle: »Gesundheit und Lebensqualität«, Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, im Auftrag der Angestelltenkammer Bremen (1993)



Nicht sonderlich überraschend zeigen sich in dieser Frage dann auch Differenzierungen, die mit der Stellung im Beruf, den Tätigkeitsprofilen zusammenhängen. Bei Arbeitern (Angelernte, Facharbeiter und Vorarbeiter) ist die Gruppe derjenigen, die sich verhaltensbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung wünscht, am kleinsten. Verhaltenspräventive Maßnahmen sind dort also deutlich nachrangig geblieben gegenüber klassischen Maßnahmen der Humanisierung und Arbeitsgestaltung, bei Angestellten hingegen ist inzwischen nahezu ein Gleichstand von Veränderungsprioritäten feststellbar.

Zentraler Veränderungsanspruch aller Beschäftigtengruppen: Mitbestimmung

Von noch größerem Interesse sind indes jene Aspekte, die in der Frage nach Veränderungsprioritäten am Arbeitsplatz und im Betrieb deutlich vorrangig genannt wurden, deutlich favorisiert gegenüber verhaltens- wie verhältnisbezogenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Wie aus der folgenden Tabelle hervorgeht, sind die Fragen des Führungsstils und der sozialen Anerkennung, mehr Möglichkeiten der Mitbestimmung und Entscheidungsteilhabe am Arbeitsplatz.

Gibt es Unterschiede in dieser Rangordnung, zwischen Jüngeren und Älteren zum Beispiel, oder Arbeitern und Angestellten? Greift man hier einmal die wohl weitreichendste Forderung nach mehr Mitbestimmung im Betrieb heraus, so zeigt sich, daß einfache sozialstatistische Merkmale nur wenig Einfluß haben. Weder das Lebensalter, noch die Berufsausbildung, noch die Stellung im Beruf beeinflussen nachhaltig, ob jemand mehr Mitbestimmungsmöglichkeiten fordert oder nicht. Das Interesse an Mitverantwortung und weitreichenderen Entscheidungsspielräumen in der Arbeitswelt ist nach diesen Ergebnissen also heute bei allen Arbeitnehmergruppen vorzufinden, jüngeren wie älteren, Arbeitern wie Angestellten.

Demokratisierungs-Ansprüche sind kein herausragendes Merkmal schulisch oder beruflich besonders qualifizierter Beschäftigter, sondern sind zu einer allgemeinen Anspruchsnorm geworden – wiewohl sicherlich in unterschiedlicher Reichweite der jeweils avisierten Mitsprache und Beteiligung an Entscheidungsprozessen. Es gibt Veränderungsinteressen, die nach wie vor sehr stark geprägt sind durch vorgängige schulische und berufliche Ausbildungsprozesse und damit verbundene Motive: Bei beruflichen Weiterbildungsinteressen etwa ist dies der Fall. Demokratischere Umgangsformen in

Arbeitsbezogene Veränderungsinteressen von Erwerbstätigen

Als einen der 3 wichtigsten Veränderungswünsche nennen (in Prozent)	Erwerbstätige N=4119	Arbeiter N=911	Angestellte N=2125	Beamte N=498
besserer Führungsstil, mehr Anerkennung von Vorgesetzten	41,3	47,1	43,0	43,4
mehr Mitbestimmungsmöglichkeiten, Entscheidungsteilhabe	30,3	34,0	30,9	31,4
Gleitzeit, persönliche Arbeitszeiteinteilung	27,3	29,4	28,0	22,2
bequemere Arbeitsplatzausstattung, Stühle	23,0	19,0	23,9	29,6
mehr und genauere betriebliche Informationen	22,2	24,7	24,0	18,0
bessere Umgebungsbedingungen (Lärm, Nässe, Schmutz)	18,9	38,8	11,2	14,9
mehr körperliche Bewegung, Pausengymnastik	17,5	8,0	20,2	22,9
Teilzeitarbeit, kürzere Arbeitszeit	16,7	12,4	17,9	17,4
mehr Gruppenarbeit, Teamarbeit	15,4	12,6	14,7	19,3
schönere Pausenräume, Arbeitsplatz selbst gestalten	13,8	13,7	13,9	16,6
Mischarbeit, weniger einseitige Anforderungen	6,3	9,5	5,6	4,8

der Arbeitswelt, Information und Entscheidungsteilhabe, sind jedoch nicht mehr nur Anspruch und Erwartung allein einer kleinen und hochqualifizierten Arbeitnehmer-Elite.

Allerdings wird diese Norm in unterschiedlichem Ausmaß eingeklagt, je nachdem, in welchem Umfang am Arbeitsplatz und im Betrieb ein demokratischer Führungsstil praktiziert, Mitarbeiter informiert und Möglichkeiten der Entscheidungsteilhabe geboten werden. Die Forderung nach mehr Mitbestimmung ist eine aktuelle Forderung an den Betrieb, in dem man arbeitet, und sie ist von zwei Erfahrungen abhängig.

Entscheidend sind:

- die Abhängigkeits- oder Unabhängigkeitserfahrung am jetzigen Arbeitsplatz, das Maß also, in dem man sich nur als Rädchen im Getriebe empfindet, als Untergebener und Befehlsempfänger behandelt wird, oder aber als mündiger »Bürger im Betrieb«,

- die Schärfe betrieblicher Rationalisierungsstrategien in den letzten Jahren, das Ausmaß also, in dem Arbeitnehmer-Interessen im Zusammenhang technischer und organisatorischer Veränderungen mitberücksichtigt oder aber vernachlässigt worden sind, das Ausmaß, in dem sich nicht nur die Produktivität, sondern auch die Humanität der Arbeit verändert hat.

Die skizzierte Rangfolge der Veränderungsprioritäten von Beschäftigten ist eine recht klare Absage auch an paternalistische Formen von Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung. Betriebe, die zur Pflege des Betriebsklimas oder zur Senkung des Krankenstandes also alleine auf Pausengymnastik oder gesundes Kantinenessen, auf Gesundheitskurse oder Nichtraucherschutz setzen, dürften nur bei einer Minderheit ihrer Beschäftigten auf Resonanz und Interesse stoßen. Der »Gesundheitszirkel«, so er eine wirklich eine offene Thematisierung arbeitsbezogener Probleme, Konflikte und Belastungen zuläßt und nicht auf betrieblich von vornherein vordefinierte Aspekte oder gar Produktivitätsdimensionen beschränkt bleibt, ist die für Arbeitnehmer-Ansprüche heute allemal angemessenere Form der Gesundheitsförderung.

Dies beinhaltet sicher auch Risiken. Für den Betrieb kann eine zu weitreichende Problematisierung von Formen betrieblicher Herrschaft (Vorgesetztenverhalten, Entscheidungs-Kompetenzen, Hierarchien, Führungsstil) allzu unruhestiftend geraten. Für die betriebliche Interessenvertretung können Risiken der Dethematisierung und Ausblendung gesundheitsbezogener Fragen aufgrund individueller und kollektiver Egoismen problematisch werden. Daß »Schutzregelungen für ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer« insgesamt nur von jedem siebten Arbeitnehmer als wichtiger Veränderungsaspekt benannt werden, deutet diese Problematik ebenso an wie der empirische Befund, daß etwa jeder dritte Erwerbstätige angibt, nicht zu wissen, ob es in seinem Betrieb Kollegen/Kolleginnen gibt, die ernsthafte gesundheitliche Probleme haben oder eine chronische Erkrankung. Hier systematisch zu intervenieren und Problemhorizonte aufzuzeigen, die über den Erfahrungs- und Interessenbrennpunkt des einzelnen und der Arbeitsgruppe hinausreichen, erscheint mir jedoch eine für die betriebliche Interessenvertretung allemal angemessenere Funktionsausfüllung als eine autochthone Formulierung und Reklamation gesundheitsbezogener Veränderungsansprüche. Allein individualisierende Formen der Gesundheitsförderung, aber auch progressiv erscheinende »Belegschaftsbefragungen« zu Belastungen und Gesundheitsrisiken

(die das Terrain vermeintlich relevanter und irrelevanter Veränderungs-Interessen schon a priori definiert haben), gehen nach den oben dargestellten Ergebnissen systematisch an Arbeitnehmer-Ansprüchen vorbei.

4. Gesundheit – ein noch zu führender gesellschaftlicher Diskurs

Gesundheit scheint in zunehmendem Maße zu einer gesellschaftlich zentralen Wertorientierung und einem Kriterium sozialen Fortschritts zu werden, jene Rolle einzunehmen, die in siebziger Jahren die Parole »Mehr Demokratie wagen« innehatte, und dies – anders als seinerzeit – bei einer breiten Verankerung in der Bevölkerung. Denn ob es Jubiläums- und Silvester-Ansprachen sind oder das Niesen-Antwort-Ritual: »Gesundheit!« – dies ist wohl der am meisten persönlich gehegte, wie auch in Meinungsumfragen artikulierte Zukunftswunsch in der Bevölkerung.[21] »Gesundheitsförderung« erscheint daher prima facie qualifiziert als völlig unstrittige, konsensuale Maxime politischen Handelns. Schon taucht die Forderung auf, analog der Umweltverträglichkeit auch ein Kriterium der »Gesundheitsverträglichkeit« bei politischen Innovationen und technisch-wissenschaftlichen Großvorhaben einzuführen.

Die Klassifizierung unterschiedlicher Gesundheits-Konzepte hat darauf hinweisen sollen, daß es jedoch unter der vereinenden Flagge von Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health sehr diskrepante wissenschaftliche wie politische Lager gibt, die nicht nur im Hinblick auf reklamierte Forschungsschwerpunkte und Steuermittel durch tiefe Gräben getrennt sind, sondern ebenso durch ihr Menschenbild und Kriterien gesellschaftlicher Innovation. Dieser Diskurs um Inhalte und Strategien politischer Veränderungsvorhaben ist erst noch zu führen. Auch Gerhardt (1993) trägt in ihrer Kritik des (für sie doktrinären) public-health-Ansatzes und Befürwortung der Alleinzuständigkeit der klinischen Medizin in Gesundheits- bzw. Krankheitsfragen nur wenig dazu bei, diesen Diskurs voranzutreiben. »Public-Health« wird als homogenes und in sich konsistentes Konzept betrachtet, so wie umgekehrt die Fiktion einer am Individuum, seiner spezifischen Biografie wie Lebensweise interessierten niedergelassenen Medizin zum Faktum stilisiert und ihre Okkupation auch des Feldes der Prävention und Gesundheitsförderung ignoriert wird.

Der Compliance-Ansatz als gesellschaftlich dominantes Modell der Produktion von Gesundheit wird vielerorts – in »Gesundheits-

Konferenzen«, »Gesunde-Städte«-Programmen und »Gesundheitsförderungs«-Kongressen stillschweigend akzeptiert, auch von Wissenschaftlern und politischen Repräsentanten, die anderes wollen. »Selbstbestimmung« der Bürgers auch in Gesundheitsfragen, »Kommunikation« als Paradigma psycho-sozialer Krankheitsverursachung stehen jedoch im Widerspruch zu einem autoritären und hochgradig selektiven Kanon medizinisch und epidemiologisch begründeter Verhaltensanleitungen. Eine Vielzahl von Forschungsergebnissen und auch einige oben skizzierte Befunde aus der Befragung »Gesundheit und Lebensqualität« haben deutlich gemacht, daß Compliance ein pauschal-undifferenziertes Modell der Prävention ist, das von sozialen, beruflichen und kulturellen Normen (als Wegweisern und Verankerungen der individuellen Lebensführung) weitgehend abstrahiert, und so auch Verhaltenskonflikte wie massive Irritationen und Bedrohungsgefühle erzeugen kann. Daß für die Mehrheit der Erwerbstätigen »Mitbestimmung« ein zentrales Kriterium beruflicher und betrieblicher Veränderungsprioritäten ist (und nicht ein paternalistischer Gesundheitsschutz oder eine bevormundende Verhaltensprävention), könnte Verfechter des Selbstbestimmungs-Ansatzes von Gesundheit dazu anregen, ihre Stimme fortan ein wenig lauter zu erheben.

Korrespondenzadresse:
Gerd Marstedt
Sonderforschungsbereich 186, Universität Bremen
Postfach 330 440, 28334 Bremen

Anmerkungen

1 Vgl. ausführlicher hierzu: Bremer Perspektiven-Labor, o.J.

2 Trojan (1992), 11.

3 Repräsentanten des Compliance-Ansatzes sind aus meiner Sicht keineswegs identisch mit Verfechtern von »public health«, wie Gerhardt (1993) dies suggeriert. Wie die Cholesterin-Debatte gezeigt hat (vgl. Kühn 1993) oder auch die Einführung des »Gesundheits-check-ups« in der GKV dokumentiert, sind niedergelassene Ärzte und »Schulmediziner« wohl zumindest ebenso häufig in dieser Strömung zu verorten wie Epidemiologen oder Akteure im Bereich gemeindeorienter Interventionstudien.

4 Übersehen wird recht häufig, daß nur ein sehr begrenzter Ausschnitt individueller und zumeist konsumtiver Verhaltensaspekte zum Thema von Gesundheitsförderung gemacht wird, Aspekte des Arbeitsverhaltens, der Kommunikation über persönliche Probleme und Konflikte usw. bleiben in der Regel (in Interventionsstudien, im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung) außen vor. vgl. Kühn (1993), 20ff.

5 Horn u.a. (1983), 4.
6 Illich (1973), 178, 180.
7 Ernst (1992).
8 Ernst refereriert zwei kanadische Langzeit-Studien. Nach der einen Studie (Manitoba) ist die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands ganz erheblich valider für die Prognose der zukünftigen Lebenserwartung als alle herangezogenen objektiven medizinischen Indikatoren funktioneller und physiologischer Art. Nach der zweiten zitierten Studien (Alameda) ist wiederum das subjektive Wohlbefinden und Gesundheitsgefühl ein besserer Mortalitäts- und Lebenserwartungs-Indikator als alle untersuchten Aspekte des Risikoverhaltens (Rauchen, Ernährung usw.) vgl. Ernst (1992), 61ff.
9 Leithäuser (1983) , 120f.
10 Vgl. etwa: Gerhardt/Friedrich (1985), Friedrich u.a. (1990), Gerhardt (1993).
11 Vgl. für viele andere Kühn (1993).
12 So heißt es in einer wissenschaftlichen (!) Literaturübersicht zum Gesundheitsverhalten: »1.) Nach Möglichkeit in einem Beruf arbeiten, der den Fähigkeiten entspricht und befriedigt. 2.) Wenig, langsam und mit Genuß essen. Gut kauen. (...) 3.) Alkohol meiden. Wenn schon, dann nur in kleinen Mengen zum Essen. 4.) Nicht Rauchen. (...) 9.) Nach jeder Mahlzeit die Zähne putzen und regelmäßig (einmal pro Jahr) zum Zahnarzt gehen. 10.) Lärm und schlechte Luft sind nach Möglichkeit zu meiden. 11.) Die Kleidung soll klimaangepaßt und luftdurchlässig sein. Kein deformiertes Schuhwerk tragen. 12.) Unbefriedigende soziale Kontakte sind möglichst zu meiden. 13.) Konflikte analysieren und austragen. 14.) Pflege Freundschaften und anregende Kommunikation. 15.) Liebe ist kein Privileg der Jugend 16.)...«, aus: Voigt (1978), 104f.
13 Frankfurter Rundschau, 13.9.1991, 13.
14 Franzkowiak (1986).
15 Vgl. Marstedt u.a. (1993).
16 Vgl. ausführlich hierzu Marstedt u.a. (1993), 24ff.
17 Die Stichprobe der Befragung »Gesundheit und Lebensqualität« weist für Arbeiter eine leichte (ca. 10-15 %) Unterrepräsentanz auf. Insofern wäre die überraschend hohe Erfahrungs-Quote in Bezug auf »Gesundheitskurse« (Gesamtstichprobe: 42.3 %) für die Gesamtbevölkerung geringfügig nach unten zu korrigieren.
18 Vgl. etwa: Brucks u.a. (1987).
19 Vgl. ausführlicher hierzu Gerhardt (1993).
20 Vgl. dazu Marstedt (1990).
21 In Meinungsumfragen nach »dem wichtigsten Lebensbereich für das Wohlbefinden«, findet sich, und dies seit Jahrzehnten fast unverändert, »Gesundheit« stets an erster Stelle, 1992 mit 80 % der Nennungen vor der »Familie« (73 %) und »Liebe/Zuneigung« (68 %). Bundeszentrale für politische Bildung (1992), 556.

Literaturverzeichnis

Blaxter, M. (1990): Health and Lifestyles, London, New York

Bremer Perspektiven-Labor, Senator für Bildung und Wissenschaft (Hrsg.) (o.J.): Bremen – eine gesundheitsbewußte Stadt, Gesundheit als Leitmotiv der Stadtentwicklung, Manuskript, Bremen

Brucks, U., von Salisch, E., Wahl, W.B. (1987): Soziale Lage und ärztliche Sprechstunde, Rissen

Buchmann, M., Karrer, D., Meier, R. (1985): Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Alltag. Bern, Stuttgart

Bundeszentrale für politische Bildung (1992): Datenreport 1992, (Hrsg.:) Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Ernst, H. (1992): Gesund ist, was Spaß macht, Stuttgart

Franzkowiak, P. (1986): Kleine Freuden – kleine Fluchten, in: Wenzel, E. (Hrsg.) Die Ökologie des Körpers, Frankfurt/Main, 121-174

Friedrich u.a. (1990), H., Mergner, U., Mönkeberg-Tun, E., Ziegeler, G. (Hg.): Gesundheit als gesellschaftlicher Zwang? Psychosozial 42. 13. Jgg., Heft II. München

Gerhardt, U. (1993): Gesundheit – ein Alltagsphänomen, Wissenschaftszentrum Berlin, Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, WZB-Paper P93- 206, Berlin

Gerhardt, U., Friedrich, H. (1985): Risikofaktoren, primäre Prävention und das Problem des richtigen Lebens. In: Deppe, H.-U. u.a. (Hg.): Medizinische Soziologie. Jahrbuch 4. Frankfurt/Main, New York, 107-127

Giegel H.J., Frank, G., Billerbeck, U. (1988): Industriearbeit und Selbstbehauptung. Opladen

Herzlich, C. (1973): Health and Illness. London, New York

Herzlich, C. (1991): Soziale Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld, in: Flick, U. (Hrsg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit – Subjektive Theorien und soziale Respräsentationen. Heidelberg, S. 293-304

Horn K., Beier, C., Wolf, M. (1983): Krankheit, Konflikt und soziale Kontrolle. Opladen

Horn, K., Beier, C., Kraft-Stumm, D. (1984): Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn. Zur Logik von Widerständen gegen gesundheitliche Aufklärung. Opladen

Illich, I. (1975): Die Enteignung der Gesundheit, Medical Nemesis, Reinbek bei Hamburg

Kühn, H. (1993): Healthismus, Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA, Berlin

Leithäuser, T. (1983): Arbeitsbelastung und ihre Bewältigung in sozialpsychologischer Sicht, in: Loccumer Protokolle, 10, Gesundheitsrisiko Arbeitswelt, Rehburg-Loccum, 117-138

Marstedt, G. (1990): Schattenwürfe sozialer Rationalisierung: Zum Bedeutungswandel von Gesundheit und Krankheit in der Arbeitswelt. In: Friedrich u.a., S. 74-86

Marstedt, G., Last, R., Wahl, W.B., Müller, R. (1993): Gesundheit und Lebensqualität«, Ergebnisbericht zu einer Untersuchung des Zentrums für Sozialpolitik über Arbeit und Freizeit, Gesundheit und Krankheit im Land Bremen, Hrsg.: Angestelltenkammer Bremen, Bürgerstr. 1, 28195 Bremen

Trojan, A. (1992): Gesundheit fördern oder kontrollieren? in: Trojan, A., Stumm, B. (Hrsg.:) Gesundheit fördern statt kontrollieren, Frankfurt/Main, S. 9-35

Voigt, D. (1978): Gesundheitsverhalten, Stuttgart