

### Zu den Grenzen klientenzentrierten Handelns in der Prävention: das Beispiel eines Herz-Kreislauf-Projekts

Groetschel, Rose

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

#### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Groetschel, R. (1990). Zu den Grenzen klientenzentrierten Handelns in der Prävention: das Beispiel eines Herz-Kreislauf-Projekts. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 14(2/3), 49-73. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-266097>

#### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

#### Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

## ZU DEN GRENZEN KLIENTENZENTRIERTEN HANDELNS IN DER PRÄVENTION. DAS BEISPIEL EINES HERZ-KREISLAUF-PROJEKTS

Rose Groetschel

### 1. Prävention als Idee

Vorbeugen ist besser als heilen, das ist schon lange nicht mehr die Weisheit allein unserer Großmütter. Ende der sechziger Jahre lebte die Idee von Prävention nicht nur an Universitäten auf, ebenso in den Köpfen mancher Gesundheitspolitiker.

An psychologischen Fachbereichen kam man sogar ins Schwärmen: Der Prävention sollte die Zukunft gehören. Das Thema fehlte nunmehr in keiner Grundlagenveranstaltung. Was wir wollten, schien uns klar: nicht etwa eine gesellschaftliche Verallgemeinerung psychologischer Kompetenz. Auf den subjektiven Faktor beschränken wollten wir uns gerade nicht, weder Gruppenencounter zur Ehehygiene betreiben noch die mit psychologischem Veränderungsverstand ausgetüftelten Curricula optimieren. Solche Psychotechnologie, die sagt, welcher Augenblick zur Verstärkung erwünschten Strebens der richtige sei, wenn Fritzchen sich meldet zum Beispiel, lehnten wir ab. Mit Prävention meinten wir viel mehr als bloße Kosmetik, nämlich die objektive Veränderung von Lebensbedingungen und ihre menschengerechte Gestaltung. Gemeinwesenarbeit, gemeindenaher Psychiatrie, Gemeindepädagogik - das waren Schlagworte, welche Hoffnungen auf mehr Menschlichkeit bargen und auf den Wandel der Verhältnisse, die Therapie und Psychotechnologie erst nötig machen. Mitunter waren die Vorstellungen recht praktisch: Statt Apparatemedizin und Subvention der Ärzte auf Kosten der Kranken wollten wir Ambulatorien und das Gespräch mit dem Arzt, statt geschlossener Abteilungen frühestmögliche Rehabilitation, statt umsatzstarker Medikamente eine Kontrolle des Arzneimittelmarktes.

Das politische Klima schien zudem günstig: Die SPD hatte Reformen auf ihr Programm geschrieben; von neuer Lebensqualität war die Rede. Die ökonomische Situation bot in der Tat noch immer Aussicht auf die Möglichkeit qualitativer Veränderungen anstelle linearquantitativer Steigerung wirtschaftlicher Produktivität. Dies, wenngleich die Perspektive einer anhaltenden Phase "reduzierten Wachstums" sich seit Mitte der siebziger Jahre abzeichnete. Auch deren Folgeerscheinungen

-----  
+) Elgin Schrewe danke ich für kritische Hinweise und ergänzende Überlegungen.

müßte man ja vorbeugen. Da billiger und langfristig effektiver, versprach präventive Sozialpolitik jene zu entlasten, die unter diesem Gesichtspunkt ein Interesse daran hatten: den Staat, die Versicherungsträger und nicht zuletzt das Kapital, das Arbeitskraft nutzen will, und zwar ohne Einschränkung durch hohen Krankenstand, Fluktuation, Absentismus.

So kam es in einer Atmosphäre der Reformpolitik - mit noch reformpolitischem Geist, durch den Druck der Interessen verschiedener gesellschaftlicher Kräfte begünstigt - dazu, daß eine Reihe von Modellprojekten entworfen und subventioniert wurde, Projekte, deren Akteure unterschiedlichste Erwartungen daran knüpfen, was zukünftige Spezial- und Gesundheitspolitik denn zu leisten vermögen.

In einem dieser Projekte, einem Präventionsprojekt, arbeite ich. Dessen Geschichte ist zunächst eine Geschichte einer wissenschaftsimmanenten Auseinandersetzung um das "richtige" präventive Konzept. Gegen den medizinischen Ansatz stand ein - eher sozialwissenschaftlich begründeter - Entwurf einer arbeitsweltbezogenen Prävention. Wie dieser sich zu den Bedürfnissen jener Menschen verhält, denen die Prävention gilt und die Prävention tragen sollen, ist Gegenstand der Überlegungen im zweiten Teil des folgenden Berichts.

## 2. Ein Präventionsprojekt - zu seiner Geschichte

Seit Prävention als gesundheitspolitische Strategie in Ministerien aktuell ist, fördert der Bundesminister für Forschung und Technologie - neben dem Forschungsprogramm zur Humanisierung des Arbeitslebens - ein sogenanntes Programm zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit, mit den Schwerpunktbereichen Psychiatrie, Krebs, Behinderung, Herz-Kreislaufkrankheiten. In dem Projekt, welches den Hintergrund und Anlaß unserer Überlegungen bildet, geht es um Herz-Kreislaufkrankheiten und deren Vorbeugung - und das in Betrieben. Es ist Teilprojekt einer - dies ist der Name: Multizentrischen Interventionsstudie zur Prävention kardiovaskulärer Morbidität und Mortalität. Ziel ist, gemeindebezogen im Projektverbund präventive Maßnahmen zu entwickeln. Methoden, die einsetzen in Institutionen einer Gemeinde, wie in Schulen und eben auch in Betrieben. Gleichsam als Vehikel dienend und flächendeckend sozusagen, sollen sie Zugang zu jenen potentiell pathogenen Einflüssen gewähren, deren Wirksamwerden es zu verhindern gilt.

Der erste Entwurf eines interventiven Konzepts stammt von Medizinern, Epidemiologen ihres Fachs. In den Behörden, die dann das Geld dazu gaben, überzeugten offenbar ihre Argumente: Chronische degenerative Erkrankungen sind die große Herausforderung heutzutage. So die Herz-Kreislaufkrankheiten: Am Herzinfarkt oder Hirnschlag stirbt nahezu jeder zweite; man weiß, die Entwicklung dorthin ist schleichend, Symptome zeigen sich oft erst nach Jahren. Dabei kennen die Mediziner die Ursachen dieser Krankheiten ziemlich genau; das Risikofaktorenkonzept faßt sie zusammen: hoher Blutdruck und viel Cholesterin, Diabetes und Rauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht. Ihre Prognose: Könnte man diesen Vorzeichen beizeiten begegnen, wäre mancher vor einem Infarkt womöglich bewahrt. Nicht mehr übersehen kann man, daß trotz vermehrter Ausgaben für die Gesundheit Morbiditäts- und Mortalitätsraten stetig steigen. Professionelle Hilflosigkeit macht den Bakrott der Medizin evident. Neue Wege des Umgangs mit diesem Problem sind somit drängende Notwendigkeit. Da ministerielle Gelder mit dem Fingerzeig auf Amerika leichter zu locken sind, folgte noch der gewisse Verweis: Dort nämlich ist die Entwicklung bereits weiter als hier. Dort ist Prävention lange schon Wirklichkeit, erfolgreiche Wirklichkeit, wie man nachlesen kann. Die Zahl der Herz-Kreislaufkrankheiten sinkt, seit es Interventionsstudien gibt.

Den politischen Kräften, denen vor allem an billigerer Gesundheit liegt, mußte der Ansatz US-amerikanischer Epidemiologie durchaus gefallen. Er scheint ja recht einfach. Lebenserwartung würde demnach dann nicht mehr sinken, wenn jeder Einzelne nur ein wenig selbst darauf achtete, all das zu unterlassen, was er im Übermaß tut, wie rauchen und essen und faul sein. Als neue Gesundheitspolitik läßt sich Prävention, so verstanden, auch gut verkaufen. Geschickt verpackt, kann sie Konservativen das Wort reden und zugleich den Kritikern herkömmlicher Medizin, denen die lukrativen Geschäfte mit der Medizin ein Ärgernis sind. Daß im Unterschied zur Therapie - Prävention keiner Pillen bedarf, möge gar dem ein oder anderen als Hoffnung auf weniger Macht der Konzerne schimmern. Doch das nationale Wachstum pharmaindustriellen Kapitals oder auch der Zigarettenindustrie wird schon sicherlich nicht gleich bedroht - dies jedenfalls kann aus staatlicher Sicht das Interesse nicht sein. Verantwortungsdelegation heißt indessen das neue Rezept. Prävention würde dann auch billiger sein als Heilen.

Mit dem Verzicht auf Pillen kamen Sozialwissenschaftler in das Projekt. Denn so leicht verschreiben wie drei mal ein Zäpfchen täglich kann man Kalbfleisch anstelle von Schweinefleisch leider nicht. Gesünderes Leben setzt komplexere Ver-

änderungen von Bewußtsein und Verhalten voraus. Bewußtsein verändern, das sollten Sozialwissenschaftler, die dafür zuständig sind. Der Logik des Konzepts folgend, sollten sich aber allenfalls die Mittel von den bei Medizinern verwandten unterscheiden. Im Prinzip, dachte man, handelt es sich um Gleiches: Wie beim Schlüssel für die Schraube und beim Messer für den Blinddarm, setzte man nun auf die verbale Trickkiste von Psychologen, um Trimmen und fettarme Kost als Wille zu induzieren.

Die Sozialwissenschaftler freilich arrangieren sich mit dergleichen Werkzeugkastenkonzept nur schlecht. Was man ihnen beim Vorstellungsgespräch angeboten hatte, hatte allemal noch Einfluß auf die Formierung des interventiven Konzepts offen gelassen. Sie - wir hofften also, wie würden kraft besserer Argumente zu verhindern wissen, daß mit personaler, massenkommunikativer und struktureller Intervention allein gemeint sei, was amerikanischem Vorbild entsprach: nämlich Raucherentwöhnung, die entsprechenden Plakate dazu sowie das Entfernen von Zigarettenautomaten.

Und so begann eine Art paradigmatischer Streit um das richtige präventive Konzept.

Zum einen galt die Kritik grundlegenden Vorstellungen, wie sie epidemiologischer Modellbildung innewohnen. Noch immer bestimmt der als klassisch bezeichnete medizinische Krankheitsbegriff epidemiologisches Denken. Und dies entgegen dem Selbstverständnis anerkannter Vertreter dieser Wissenschaftsdisziplin, welche sich gerne in die Tradition jener Medizin einordnen, die in Rudolf Virchow, dem radikalen Arzt, versinnbildlicht wird. Jedoch anders als Virchow, für den Gesundheit noch eine Frage der Lösung gesellschaftlicher Widersprüche war, zeichnen seine Epigonen als Funktion individueller Vernunft oder Unvernunft, abhängig davon, ob Menschen sich gesundheitsbewußt verhalten, ob sie rauchen, ob sie Gemüse oder Schweinshaxe essen. Wenngleich als Sozialwissenschaftler unter medizinischen Forschern geehrt, war es wohl eher gewohnt medizinische Manier, die ihre Neugier offenbar zügelte, als sie - auf der Suche nach Pathogenese und Ätiologie - gerade solche Faktoren fanden, die, organisatorischer Natur und Noxen gleich, Personen scheinbar unvermittelt anhaften - das Cholesterin im Blut, der hohe Blutdruck, rauchen und dick sein. Immerhin werden zum Thema Rauchen und Gesundheit dreitausend Untersuchungen rühmlich aufgezählt. Dagegen nehmen sich die paar Studien zur Schichtarbeit und ihren gesundheitlichen Folgen, zugegeben, recht kümmerlich und unüberzeugend aus. Ob

es nur die häufig bemühten methodischen Schwierigkeiten sind, die den Beleg derartiger Zusammenhänge erschweren, sei dahingestellt. Jedenfalls sind es nicht etwa die Epidemiologen, die man protestieren hört, beispielsweise wegen verheerender Wirkungen von Asbest oder untragbarer Folgen von Schichtarbeit. Während andere streiten, führen sie ein Wissenschaftlerdasein, unberührt von Problemen gesellschaftlicher Natur - entsprechend eigentümlich muteten denn auch ihre präventiven Entwürfe an.

Zum anderen richtete sich die Kritik gegen die politischen Konsequenzen, die mit Hilfe epidemiologischer Modellbildung begründet werden. Schlecht hörte sich die neue präventive gesundheitspolitische Strategie nicht an: Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitsverhalten der Bürger gelte es fortan zu fördern. Mit Gesundheitserziehung erreiche man das. Selbsthilfe werde unterstützt und Selbstverantwortung Erziehungsziel. Doch emanzipativ klingende Worte wie diese, in gesundheitspolitische Praxis dann umgesetzt, beschönigen womöglich, was repressiv sein kann: Für Krankheit wird der Einzelne verantwortlich gemacht und Kosten der Krankheit, die er mithin verschuldet, gehen dann, um "gerecht" zu sein, zu seinen Lasten. Solche Selbstbeteiligung, in Form abgestufter Beiträge für die Krankenkassen beispielsweise, wird zwar bislang noch in die Zukunft geschrieben; doch das Abrücken vom Solidarprinzip, diese bewahrenswerte sozialpolitische Errungenschaft, beginnt bereits dann, wenn der Apotheker statt der einen Mark, wie früher, heute drei Mark für ein Rezept verlangt. Wenn man, bevor die Bundesregierung sich nicht scheut<sup>1)</sup>, "gesundheitsgerechtes Verhalten (als) Teil des Sozialverhaltens schlechthin" postuliert, wenn "der Mensch immer zugleich (als) der Risikofaktor seines Mitmenschen" gilt, läßt sich zur Not auch mehr noch begründen: Warum verdiente nicht ebenfalls zu zahlen, wer seine Gesundheit vorsätzlich riskiert und wer deswegen Leistungen der Krankenkassen vermehrt zu beanspruchen droht, die Übergewichtigen und die Raucher etwa? Seit Studien belegen, daß der Raucher nicht nur sich selbst, sondern auch dem Nichtraucher Schaden antut, hat jener Streiter noch ein Argument mehr parat, der die Ursachen von Krankheit auf die einzelne Person zentriert wissen will, ganz wie es das Risikofaktorenkonzept unterstellt.

-----  
1) Deutscher Bundestag: Gesundheit und Eigenverantwortung, Drucksache 9/1382/24.2.82/212, Antwort der Bundesregierung auf die große Anfrage der CDU/CSU

Gegen Wissenschaftsgläubigkeit medizinischer Prägung, gegen verkürzte Verhaltensveränderung und Selbstverschuldung als Strategie setzten wir auf die - in Selbstverantwortung durch die Betroffenen initiierte - Veränderung von Belastungsstrukturen, besonders in der Arbeitswelt. Wichtig war uns, den Komplex psychosozialer Belastungsfaktoren, gemeinhin als "Streß" zusammengefaßt, diesen Komplex, den die Urheber des ersten Studienkonzepts noch explizit ausgeklammert hatten, neben den klassischen Risikofaktoren als Gegenstand interventiven handelns im Studienkonzept zu verankern. Daß man sich zur Begründung einer derartigen Erweiterung des Konzepts nicht auf strenge wissenschaftliche Maßstäbe würde einschwören dürfen, war ein Grund die Erweiterung abzuwehren. Doch, dies wiederum der Einwand gegen diese Position, seit wann leitet Praxis sich geradewegs aus Wissenschaft ab? Da zudem der "sichere" wissenschaftliche Nachweis über die gesundheitlichen Folgen von Belastungen noch eine Weile wird auf sich warten lassen, da man sich außerdem nun einmal - eigentlich genau genommen trotz mangelnder wissenschaftlicher Grundlagen - darauf geeinigt hatte, Intervention zu betreiben, müssen auch weitere als nur wissenschaftliche Argumente einen komplexer gefaßten Interventionsbegriff begründen. Ein Argument mit starkem Gewicht ist zunächst: Intervention findet an einem Ort statt, im Betrieb, wo man eine lediglich subjektiv motivierte Verhaltensänderung wohl kaum erzielen kann, solange Belastungen, die das Arbeitsleben erzwingt, bestehen bleiben. Namentlich in Betrieben darf sich das Angebot einer gesünderen Lebensalternative nicht als Forderung zur individuellen Entsagung darstellen. Vielmehr muß es sich als Solidarität erweisen bei der kollektiven Anstrengung, gesündere Arbeitsbedingungen zu schaffen. Ganz unwissenschaftlich ist auch ein solcher Ansatz nicht: Die Belastungsforschung bietet mittlerweile doch eine Reihe Hinweise dafür, daß Arbeitsbedingungen wie Belastungen im allgemeinen und spezifische Weisen ihrer Bewältigung an Krankheitsprozesse gebunden sind. Anzunehmen ist, so die forschungsleitende Hypothese, daß Belastungen doppelt auf Herz-Kreislaufkrankheiten wirken, vermittelt über die Risikofaktoren und unabhängig von diesen. Gesunder Menschenverstand hat dergleichen Zusammenhang schon längst erkannt. Traute man ihm gar die Wahrheit zu, würden sich weitere Studien schlichtweg erübrigen. Denn Betroffene, befragt nach den vermeintlichen Ursachen ihrer Krankheitserfahrungen, antworten typischerweise so:

"Tja, man sagt mir in erster Linie der hohe Cholesteringehalt. Ich möchte sagen aufgrund der Vielarbeiterei glaub' ich schon, daß das Herz darunter gelitten hat. Und hinzu der hohe Cholesteringehalt. Das kann mit ein Faktor gewesen sein, daß es überhaupt soweit gekommen ist. Die Ärzte werden das wahrscheinlich anders definieren." Oder: "Mir wurde lediglich mitgegeben vom Krankenhaus aus, wo ich da entlassen wurde, wurde mir so ein Heft mitgegeben: 'Wie entsteht der Herzinfarkt?'. Und da steht halt tausendmal drin: das Rauchen und das Trinken. Da steht nicht einmal drin, daß es vom Arbeiten auch kommen könnte. Daß man vom zu vielen, vom Tag

und Nacht arbeiten, vom Streß, von allem, was auf einen zukommt als Arbeiter oder Handwerker oder irgendwie, daß da einem auch mal die Klappe stehen bleibt" (GLADOW 1981).

Gewiß, mitnichten kann das subjektive Urteil valide sein. Und als Prüfung der Hinweise, welche die Forschung auf diesem Gebiet gibt, hat es Grenzen, denn Menschen filtern in ihrer Wahrnehmung die Realität. Doch, soll Intervention überhaupt Aussicht auf Erfolg haben, was heißt: von den Betroffenen angenommen werden, wird es unerlässlich sein, deren Wahrnehmungen, deren Bedürfnisse, Einsichten, Urteile, deren Bewußtsein jeglichem interventiven Bemühen voranzustellen. So wird man nicht zuletzt der Glaubwürdigkeit halber die Arbeit nicht vom Gesamtgeschehen abtrennen können.

In diesem Sinne stand schließlich das interventive Konzept. Die klassischen Risikofaktoren wie die psychosozialen Belastungsfaktoren wurden als Grundlagen anerkannt. Arbeitsbelastungen, Belastungen auch im außerbetrieblichen Bereich und ihre Bewältigung standen nun im Mittelpunkt einer unspezifischen, einer nicht allein auf Herz- und Kreislaufkrankheiten gerichteten Präventionsstrategie, die sich in erster Linie an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren sollte. Aktionsforschung war das Stichwort, womit wir auf den Begriff brachten, was wir meinten. Was vor uns lag, war die Aufgabe, wissenschaftliche Erkenntnisse mit dem Alltagshandeln und dem Alltagsbewußtsein zu vermitteln.

Wie die Praxis aussah, läßt sich für den Zweck der folgenden Überlegungen in Kürze beschreiben: Mit Ausnahme einer medizinischen Untersuchung, die, obgleich sie außerhalb der Arbeitszeit stattfand, immerhin von 30 % der Belegschaft genutzt wurde, mit dieser Ausnahme traf unser breit gefächertes interventives Angebot auf wenig aktive Sympathie. Gruppen zu Themen wie Belastungen und Streß am Arbeitsplatz, Ernährungsgruppen, Raucherentwöhnungsgruppen, Aktionskomitees zur aktuellen Betriebspolitik, im Namen von Gesundheit und unter Voraussetzung eines persönlichen Engagements, bekamen von den Arbeitnehmern wenig Unterstützung.

### 3. Prävention und Klientenzentrierung

Gesundheit ist ein allgemein akzeptierter Wert und als Ziel der Prävention deswegen unumstritten. In ihrem Namen lassen sich Steuererhöhungen für Zigaretten und Kaffee widerstandslos durchsetzen, ungesüßter Orangensaft und vitaminisierte Marmelade leichter verkaufen. Gesundheit als Thema fehlt beim mittäglichen



Tischgespräch unter Kollegen genauso wenig wie im Werbefernsehen kurz vor der Tagesschau. Selbstverständlich hingegen ist nicht, daß, soll Gesundheit im Leben wirklich, gerade angesichts ungesunder Strukturen, dies den bewußten Einsatz aller verlangt. Insofern ist es auch nur konsequent, wenn eine interventive Strategie auf eine Aktivierung aller Betroffenen zielt.

Diese Art der Intervention nennen wir personorientiert. Im Unterschied zur strukturorientierten, die der Veränderung pathogener Strukturen gilt, soll personorientierte Intervention das Bewußtsein und Handeln jener Personen, auf die das präventive Bemühen zielt, direkt beeinflussen. Aktivieren will man, präventivem Ansinnen gemäß, für eine gesundheitsgerechtere Gestaltung des Lebens, der äußeren Lebensumstände gleichwohl wie des eigenen Gesundheitsverhaltens.

Uns interessiert nun zum ersten die Frage, welche Chancen personorientierte Intervention überhaupt haben kann, hier bezogen am Beispiel unserer Arbeit auf ein Interventionsprojekt in Betrieben zur Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten. Wir fragen weiter, mit Blick auf jenen Prozeß der Intervention, in dem sich die von Wissenschaft und Politik definierten Ziele vermitteln: Welche Bedeutung hat klientenzentriertes Handeln im Rahmen einer personorientierten Prävention?

Als klientenzentriert wird hier eine professionelle Haltung bezeichnet, die das Wohl, auch die Gesundheit des Einzelnen im Auge hat und dabei dessen Autonomie und Selbstbestimmung jederzeit achtet. Dessen persönliche Werte, Bedürfnisse, Bewußtseinsstrukturen bestimmen klientenzentriertes Handeln. Die Ziele dieses Handelns können sehr wohl gesetzt werden, etwa nach objektiven oder ethischen Maßstäben, womit wir uns von einer Perspektive abgrenzen, die grundsätzlich Zieloffenheit postuliert.

Beim Versuch einer Antwort zeigen wir, wie sich wissenschaftliche Erkenntnisse zu Konzepten des Alltagsbewußtseins verhalten, wobei es darum gehen wird, die Begründungen präventiver Ziele und der Wege sie zu erreichen vom Standpunkt der Betroffenen aus zu prüfen. Ausgangspunkt der Überlegungen ist folgender: Ungeachtet einiger Fehler und Mißgeschicke aufseiten der Interventoren, die man möglicherweise korrigieren könnte, ist unsere Erfahrung im Betrieb generalisierbar: Ein Interesse an gesundheitsbezogenen Themen geht kaum über deren passive Rezeption und Konsumtion hinaus. Ein Bedürfnis nach Prävention ist offenbar nicht aktuell, was phänomenal als Indifferenz im Handeln sich zeigt. Daß Gesundheit als Wert und Ziel indes nicht außer Zweifel steht, denn ein jeder will gesund leben, veranlaßt, nach den Motiven und Gründen zu fragen,

welche gesundes Handeln hemmen. Kennt man sie, kann man die Möglichkeiten und Grenzen der Verwirklichung interventiver Absichten bestimmen. Beispiele und Ergebnisse sollen nun dazu dienen, auf typische wie allgemeine Probleme zu verweisen.

Zum Beispiel der Fall Herr X: Herr X ist Hafenarbeiter. An seinem Beispiel lernen wir das Milieu näher kennen, in welchem Intervention erfolgt. Wie die meisten seiner Kollegen arbeitet er im Schichtdienst. Sonderschichten übernimmt er immer dann, wenn es möglich ist, wie an Wochenenden. Seit einiger Zeit ist sein Arbeitseinsatz seltener gefragt. Arbeit wird knapp; die Bereitschaft unter Kollegen Sonderschichten und Überstunden zu machen ist größer als das Angebot dafür. So etwas ärgert ihn. Doch immer noch verdient er monatlich über dreitausend Mark netto. Seine Frau arbeitet drei mal wöchentlich als Verkäuferin und kümmert sich ansonsten um die beiden Kinder, die beide in die Schule gehen. Vor kurzem hat er sich ein Haus gebaut, außerhalb der Stadt mit großem Garten und sonniger Veranda. Er ist stolz, daß er hier frei und gestaltend wirken kann. Zehn Jahre wird es dauern, schätzt er, bis er die Schulden, die er damit auf sich genommen hat, bezahlt haben wird. So lange muß er "ranklotzen", wie er sagt, und nach Sonderschichten Schlange stehen. Danach werde dann vieles besser sein, dann könne er richtig leben, basteln, sich ausruhen, sich auf seine Frau und Familie konzentrieren. Wie er seine Freizeit verbringt? Verwandte und Freunde besuchen ihn hin und wieder, zum gemeinsamen Grillen etwa. Oder er geht mit den Kindern zum Schwimmen, auch Schlittschuhlaufen im Winter, nach der Frühschicht. Er erzählt, wie ihm manchmal "der Kragen platzt", wie ihm "alles zu viel wird" und niemand es ihm "recht machen" kann. Doch er vertrage viel. Herr X ist Mitte dreißig. Ob er gesund ist und gesund lebt? Der Arzt stellte einen erhöhten Blutdruck fest. Er fühlt sich allerdings kräftig, wengleich er mitunter nach Schichtwechsel schlecht schläft oder wenn so ein Grillabend gelegentlich bis zum frühen Morgen dauert, was ihm dann tags darauf "zu schaffen macht". Er bewegt sich viel, ißt gerne üppig und gut und raucht zwanzig Zigaretten am Tag. Wenn er nachts arbeitet, noch mehr. Belastungen hat er am Arbeitsplatz eine Menge: Lärm, schnell muß es immer gehen und der ständige Schichtwechsel sind besonders schlimm. Freizeit hat er kaum. Trotz alledem könne er recht zufrieden sein, denn was er will, habe er soweit erreicht. Angst mache ihm, daß sein älterer Bruder Krebs haben soll oder wenn so etwas passiert wie neulich, als man einen Kollegen im Gabelspapler tot auffand. Schlaganfall. Ob er Angst um seinen Arbeitsplatz hat? Gewiß, den Arbeitsplatz zu verlieren, damit müsse man immer

rechnen; bedrohlich seien gegenwärtig zunächst Lohnkürzungen, von denen öfters die Rede ist. - Wie Herr X denken und leben viele in dem Betrieb.

Was sagt der "Interventor" zu diesem Lebenskonzept? Zunächst fällt auf: Sehr gesund scheint dies Leben nicht zu sein. Belastungen häufen sich und - die Wissenschaft sagt es - gerade die gefährdende Schichtarbeit, Lärm, Arbeitsdruck, keine Kontrolle, Doppelbelastung der Frau, Herr X raucht und sein Blutdruck ist erhöht. Daß er sich trotz ungünstiger Umstände zufrieden gibt, stimmt bedenklich, weiß der Interventor doch, wie vordergründig solch Antwortverhalten oft ist. Der flüchtige Zweifel an der Legitimation seines Tuns, das auf Veränderung des Lebens der Familie X zielt, ist schnell beschwichtigt. Ein sensibles Instrument, das Zufriedenheit mißt, würde die wahre Unzufriedenheit bestimmt enthüllen. Man bräuchte bloß die Frage zu stellen, ob man, stünde man abermals vor der Wahl, den gleichen Beruf wieder ergreifen würde oder ob man sich denn gerecht bezahlt fühle. Und wenn diese Fragen keine validen Indikatoren für Unzufriedenheit sind? Mag er auch wirklich zufrieden sein - der Inventor, bange um seine Legitimation, bleibt immer noch im Recht: Denn es spricht einiges für die Annahme, daß die Zufriedenen sich mitnichten etwa dank adäquater Bewältigung ihrer Belastungen in diesem Gemütszustand wähnen. Unter Umständen ist er Resultat von Verdrängung. Und verdrängte Probleme, wie man weiß, suchen gerne somatisiert ihre Lösung. Und Herrn X ist ja seine Gesundheit offenbar wichtig. Daß seine Wertung nicht zu seinem Verhalten paßt, da er sinnfällig ungesund lebt, mag ein typischer Fall von Diskrepanz zwischen Einstellung und Handeln sein, von der die Sozialpsychologie seit langem spricht: Beides verträgt sich selten miteinander. - Präventive Intervention scheint also allemal, wie hier exemplarisch gezeigt, vertretbar. Wie nun ist diese Aufgabe anzugehen?

Der Interventor konzipiert: An Handlungsalternativen mangelt es keineswegs. Dem handlungstheoretischen Imperativ gemäß geht es darum, Handlungsspielräume zu analysieren, das Handeln planend zu strukturieren und ühend schließlich neues aufzubauen. Am Beispiel von Herrn X läge etwa nahe, den übermäßigen und zudem noch freiwilligen Arbeitseifer zu zügeln; mit weniger Sonderschichten lebte er auch noch gut. Sich an der Betriebspolitik zu beteiligen, wäre ohnehin angebracht, das erhöht die Kontrollkompetenz. Sich mit anderen organisieren ist somit immer gut, nicht nur der besseren Chancen bei der Durchsetzung erwünschter Ziele wegen. Auch Veränderungen, die sich im medizinischen Sinne auf das persönliche Gesundheitsverhalten beziehen, schließt der Handlungsperspektiven eruiierende, sozialwissenschaftlich geschulte Interventor nicht aus. Das eige-

ne Gewissen beschwichtigt man, solange sich Sinn und Zweck der Intervention nicht auf Cholesterinsenkung und Raucherentwöhnung beschränken. Man hat ja erfahren: Manch schlichter Raucherentwöhnungskurs Brengelmann'scher Manier kann weitreichende Prozesse der Selbstreflexion initiieren. Und sich auf sich selbst, auf den eigenen Körper zu besinnen, soll Voraussetzung der nötigen Motivation für Prävention sein: Derart erfährt man seine eigentlichen Bedürfnisse und Interessen und setzt sich vielleicht für sie ein. - Wen diese Entwicklungsentwürfe zu glatt anmuten, dem entgegnet man: Gleichsam als Arbeits-hypothesen sollen sie ja im Austausch mit den Betroffenen deren Bedürfnisse und Einsichten eingepaßt und mit ihnen gemeinsam gestaltet werden. Bloß: Was bedeuten dergleichen Zukunftsaussichten für jemanden wie Herrn X?

1. Grund des Scheiterns: Belastungen auf sich zu nehmen sorgt auch für Gesundheit vor.

Der Vorschlag war, den Arbeitseinsatz zu verteilen, statt der zehn intensiven, auf weitere Jahre. Doch die Last seiner Schulden verteilte Herr X zugleich, er verlängerte sie mithin. Ein Eigenheim müßte es auch nicht unbedingt sein, eine Mietwohnung sei ebenso gut. Nur, den Ärger mit den Nachbarn bekäme er dazu und billiger würde es langfristig nicht. Sich in die Betriebspolitik einmischen? Allemal vermehrte das den Einfluß und die soziale Anerkennung - um den Preis der Freizeit zwar, die ohnehin kaum für Erholung reicht. Erfolg, gibt es ihn überhaupt, wird nur mühsam erlangt. Dann, das Rauchen aufgeben? Das bedeutete vor allem Verzicht. Was seine Funktion ersetzt, macht dick. Nachts, während der Schicht, wenn er allein ist, ist Rauchen immerhin eine Methode sich wach zu halten. In die Politik sich einmischen, das wäre gewiß ein Weg - doch zu Hause fühlt er sich wohler, dort kann er tun und lassen, was er will.

Mit anderen Worten: Jenés Paradigma, welchem der aufgeklärte Interventionist folgt, unterstellt, wenn auch von Wechselwirkungen die Rede sein mag, man sei einer schädigenden Umwelt ausgesetzt, ohne zu berücksichtigen, daß eben diese Umwelt Bedürfnisse weitgehend formt. So kommt es, daß die Belastungen, die hier interessieren, meist von ambivalentem Charakter sind, nämlich pathogen und zugleich relevante individuelle Bedürfnisse abdecken.

Ein Kranschlosser bei Klöckner, 26 Jahre alt, drei Jahre im Betrieb, formuliert den Konflikt so: "...um die alltägliche Arbeit durchhalten zu können, da rea-

giere ich mich also irgendwie ab. Es gibt Leute, die lassen sich vollaufen, es gibt Leute, die rauchen 'ne Pfeife. Es gibt welche, die fahren viel Auto. Andere verhauen ihre Familie und was weiß ich. Aber ich meine, daß ich mich irgendwie auf der Arbeit abreagiere. Also man kann einmal Kaffee trinken gehen; aber ich geh' dreimal Kaffee trinken, auch wenn er mir gar nicht schmeckt. Ich verpiß mich oder ich lasse es darauf ankommen, auf Konflikt und so. Das bringt schon was. Man muß sich auf alle Fälle manchmal wehren, daß man nicht alles macht, was man da vorgesetzt kriegt. Aber wo man nur kann - das ist immer so 'ne Sache. Es gibt bestimmt tausend Sachen, gegen die ich mich wehren müßte. Dann müßte ich aber auch bestimmt wiederum ein Jahr länger warten, um mehr Lohn zu kriegen, und dann müßte ich korrekt meine Arbeitszeit und auch die Pausen einhalten und diese ganzen Sachen. Das ist ... Abwägungssache, wenn ich da jetzt drauf dringe, das ist und das ist nicht richtig und so, dann kann ich nicht sagen, ich hau ab, ich mach um viertel nach eines Feierabend. Das geht nicht. Ok, dann muß ich bis zwei Uhr durcharbeiten. Das muß man abwägen im jeweiligen Fall".

Das grundlegende Interesse der Lohnabhängigen ist, ihr Reproduktionsvermögen langfristig zu sichern, Arbeitskraft zu erhalten und die Bedingungen, die deren Tauschbarkeit garantieren. Sich anpassen erscheint dafür als adäquate Strategie und die Gefahr indes minimiert, bei Fehlern und Fehlzeiten versetzt, entlassen oder um der Rationalisierung willen dequalifiziert zu werden.

Wohl Angst und die Hoffnung, mögliche existentielle Verunsicherung vermeiden zu können, liegen als Motive zugrunde, wenn sich beispielsweise der Betriebsrat von Eternit einem Verbot von Asbest entgegenstellt<sup>2)</sup> oder wenn, statt bei Krankheit zu Hause zu bleiben, mancher lieber arbeiten geht. Indessen frohlocken die Krankenkassen, wie die AOK Niedersachsen, über die Krankenstandsraten, die im letzten Jahr von 6,08 auf 4,78% gesunken sind (WESERKURIER 1982). Oder ein Bonner Minister lobt: Man verdanke der guten Arbeitsmoral der Deutschen den Rückgang von Fehlzeiten in Betrieben.

Die Gesundheit zu erhalten gehört zu den existentiellen Bedürfnissen, deren Befriedigung die Strategie dient, die als Arbeitsamkeit erscheint. Die Bereitschaft, Belastungen auf sich zu nehmen, schließt eine Vorsorge für Gesundheit dabei nicht aus, womit sich jener Widerspruch zwischen Einstellung und Handeln, wie er sich zunächst aufdrängte, zwischen gesund leben wollen und sich dennoch belasten, als nur vordergründiger erweist. Funktionell verhält es sich sogar umgekehrt: Mehr Belastungen machen auch mehr Gesundheit möglich. Denn Arbeit veräußert man nunmal zunächst als Mittel zum Zweck des eigentlichen Lebens; sie ist Voraussetzung zum Glück: Erst außer der Arbeit, wenn er nicht

<sup>2)</sup>Schreiben des Gesamtbetriebsrats der ETERNIT AG an Herrn Ehrenberg vom 10.11.1980

als Lohnabhängiger abhängig erscheint, ist der Arbeiter als persönliches Individuum bei sich; erst in jener Sphäre, in der Kontrolle, Einfluß, freie Wahl, Selbstverwirklichung noch möglich erscheint, kann er sein Leben leben. Dort, wo er frei wirken kann, hat auch seine eigene Vorsorge für Gesundheit einen Platz. Freilich, tun und lassen, was er will, kann er nur dann, wenn er das Geld dazu hat. Arbeit dominiert eben im negativen Sinn. Und belastende Arbeit, indem sie mehr Lohn und den Arbeitsplatz sichert, einen höheren Status und Prestigegewinn in Aussicht stellt, schafft alles in allem Bedingungen für einen Lebensplan, in dessen Kalkül zentrale Werte, Bedürfnisse wie Gesundheit, eingehen können.

Ein Beispiel: Der Eigenheimbau. Als möglicher Schritt zur Befreiung von restriktiven Lebensverhältnissen, in der Mietwohnung etwa, dient er dem rationalen Zweck einer in selbst gestalteter Umgebung vergleichsweise besseren Erholung. Die Belastungen, die ihm vorausgehen und ihn begleiten, sind dabei zugleich Bewältigungsformen, welche existentielle Bedürfnisse befriedigen. Und das nicht ohne normative Sanktion. Denn der Eigenheimbau steht überdies, weniger als Ausdruck kleinbürgerlicher normativer Zwänge denn als Zeichen von Wohlstand, für erfolgreiche Leistung.

Soziale Deutungsmuster helfen, die Struktur der Verflechtung zu stabilisieren. Als kognitive Voraussetzung erfolgreicher Bewältigung schreiben sie den gesundheitsgefährdenden Belastungen ihre entsprechende Bedeutung zu. Dazu zählen das Leistungsprinzip oder die Sachzwangperspektive, wonach man etwa einfach akzeptieren muß, daß in "unserer modernen Gesellschaft" Schichtarbeit und eine gewisse Arbeitshetze notwendig sind und daß ja auch die schlechtesten Arbeitsbedingungen noch ihre gute Seite haben.

So kommt es, daß wohlgemeintes Ansinnen des Interventors mit Zeitplan und Lebenskonzept seines Adressaten schwer nur in Einklang zu bringen sind.

## 2. Grund des Scheiterns: Die Arbeitswelt verträgt keine Schwäche

Wie man vom Interventor hört, gilt es, die Gesundheit nicht zu gefährden, sie nicht zu riskieren. Man erfährt, daß nicht nur riskantes Autofahren und riskantes Spiel gewagte Unternehmungen sind, ja, auch als Raucher und Gourmand,

als Autofahrer - mangels Bewegung und als Überstunden - und Sonderschichtarbeiter verhalte man sich riskant. Gesünder könne man erste leben, wenn man sich auf den Körper besinnt, darauf, wie dieser auf Überforderung, Unterforderung reagiert, welche seine Signale sind, mit denen er sagt, daß er belastet sei. Um nicht erst dann zu reagieren, wenn es bereits spät ist, im Krankheitsfall, gilt dies als einer der wichtigsten Schritte zur Motivierung für Prävention.

Doch in jener Sphäre, in der Anerkennung von der Funktionsfähigkeit abhängt, kommt dem Körperbewußtsein einem Eingeständnis von Schwäche gleich, einem Gefühl eigener Unzulänglichkeit. Auf sich selbst Rücksicht nehmen wird gemeinhin nicht honoriert. Denn, lebt der Arbeiter auch erst außer der Arbeit, so wird die Güte dieses Lebens doch weitgehend von dieser Arbeit bestimmt. Um gut zu leben, muß er interessiert sein, sein Leistungsvermögen zu maximieren, oder zumindest so zu tun als ob - unter Bedrohung der eigenen Arbeitskraft freilich, durch jene Kollegen, die besser, schneller, öfter arbeiten, die stärker und kräftiger sind als er. Die Arbeitssphäre ist somit die Sphäre der Konkurrenz, in der Schwäche, physische wie auch psychische, nichts zu suchen hat. Wenn es eine Ökonomie im Haushalten mit Arbeitskraft gibt, so allenfalls im Geheimen, oder aber dort, wo bisweilen Solidarität einen Platz hat. Doch die gibt es selten genug. Am besten ist, es weiß niemand Bescheid, wenn einer statt auf der Brücke Wache zu schieben, etwa im warmen Wärterhäuschen seine Zeitung liest.

Sich belasten steht dagegen als Zeugnis von Stärke. Konkurrenzfähig ist man erst dann, wenn man sich noch etwas mehr belasten, wenn man noch besser funktionieren kann als es selbst den Anforderungen genügt. Und dafür muß man einiges riskieren. Dabei ist riskieren nicht nur in diesem Sinne funktional. Bei denen, die beschränkt werden, deren Individualität als Arbeitskraft gleichgültig ist, gibt es stets einen Funken des Widerstands. Und Individualität und Identität in der Arbeit kann retten, wer sich unterscheidet. Persönliche Rettung verspricht jede Art des Aus-der-Reihe-Fallens, jede Abweichung von der Norm. Gibt man das Lohnmotiv dabei nicht auf, ist die Richtung der Abweichung bereits bestimmt: Mehr leisten, mehr riskieren ist dann das Ziel. Mit Widerstand, im Risiko derart genormt, bleibt man Mensch und verdient zudem nicht schlecht dabei.

Verzicht und Entsagung scheint nicht einmal der Preis für eine stabile Identität zu sein. Denn man riskiert etwas nicht ohne Lust. Die Erfahrung der Grenzen der eigenen Belastbarkeit hat einen gewissen Reiz, nicht allein dann, wenn mit rasantem Autofahren etwas gewagt wird. Vermutlich bietet die Erschöpfung am Ende einer Doppelschicht nicht minder etwas von einer Befriedigung ähnlicher Art, zumal sie auf freier Entscheidung beruht, auf internaler Form von Kontrolle sozusagen. Um mutig und tüchtig Stärke zeigen und sich zugleich Respekt sichern zu können, wird eine mögliche Gefahr verharmlost und unterschätzt. Selbstdestruktion gehört dazu, denn erst wenn man der heraufbeschwörten Belastung erfolgreich widerstanden hat, kann man zufrieden sein. Angstlust nennt man psychoanalytisch dann die zuversichtliche Hoffnung, die sich mit der Ahnung drohender Gefahr mischt und die als Emotion riskantes Handeln begleitet.

Was der Interventor will, bedeutet das Gegenteil dieser Überlebensstrategie. Ob gesund leben nach seinem Konzept erfolgreicher ist, bleibt dabei zweifelhaft.

### 3. Grund des Scheiterns: Das Mißtrauen hat rationale Substanz

Prävention kommt nicht ohne Daten aus: Untersucht und erhoben wird vorher und nachher, zur Evaluierung des interventiven Effekts. Doch spätestens seit der Diskussion um den neuen Personalausweis ist die Gefahr der Verwendung von Daten für andere als wissenschaftliche Zwecke weiten Teilen der Bevölkerung bewußt. Als Modernisierung von Herrschaft verdächtigt man es dann, wenn Datensysteme und Wissenschaft, die sie speist, Menschen auf ein komplex strukturiertes Mengensystem reduzieren.

Denn den richtigen Mann zum richtigen Zeitpunkt auf den richtigen Platz zu stellen, ist seit jeher Unternehmerinteresse. Obwohl nicht selten sogar von den durch Selektion Betroffenen und Benachteiligten verständnisvoll akzeptiert, ahnt ein jeder von Ihnen zumindest dumpf, daß jedes Prinzip, welches dies Anliegen steuert, seinem eigenen Wohl nicht zuerst und unmittelbar zugute kommt. Person-Umwelt-Übereinstimmung nennt die Wissenschaft, was es zu schaffen wie zu nutzen gilt. Die Methoden dafür wechseln. Stets kommen sie von denen da oben, mal in Gestalt einer Refa-Arbeitsgruppe, mal als Wissenschaftlerteam, für die Humanisierung der Arbeit beispielsweise. In Zeiten struktureller Krisen bringen sie selten mehr Ruhepausen, eher neue Bildschirmgeräte in der Ver-



waltungsabteilung, und damit die Frage, wer denn so seinen Platz behält oder erhält und ob überhaupt. Womit innovative Unternehmensberater neuerdings locken, das sind aufmerksame Computer, der Personalabteilung in allen sie betreffenden Belangen gefügsam dienend. Gespeicherte Datensätze können, wenn nötig sofort, Auskunft geben über Arbeitseinsatz und Arbeitsplanung, über einzelne Mitarbeiter und deren Funktionen, deren Kenntnisse, Fähigkeiten und ihren Werdegang im Betrieb. Und noch mehr: Der Computer kann auf Knopfdruck erkunden, wer wie häufig am Arbeitsplatz fehlt oder wer wann wieviel Überstunden macht. In der Kantine wird automatisch verrechnet, welche Mahlzeit und wieviele Biere der Kollege mittags hatte und wer dabei in seiner Gesellschaft war. Und der Computer registriert es für immer; genauso wie er die Gesundheit des Kollegen kennt.

Die Aussicht auf dergleichen unbegrenzte Möglichkeiten von Personalinformationssystemen fanden bei den Kollegen betroffener Unternehmen bisland wenig Sympathie. Zum Beispiel bei Daimler Benz: Leichtere Arbeitsplätze für ältere Kollegen zu finden, schien ihnen als vorgeblicher Zweck zu harmlos zu sein für das, was der Vorstand der Firma an anderer Stelle als "angemessenen Einsatz von leistungsgewandelten Mitarbeitern" offerierte. (WECHSELWIRKUNG 1980). Die Aufschlüsse, die Profilvergleiche von Arbeitsplätzen und Personen geben, über Persönlichkeit und Ernährungsverhalten, schienen ihnen hochinteressant zu sein allein für Personalsachbearbeiter, für Werk- und Vertrauensarzt oder auch für Krankenkassen, im Krankheitsfall. Davon, daß das Solidarprinzip der Kassen aufgehoben werden soll, daß man Versicherungsbeiträge nach Krankheitsrisiken erheben will, was sich bemessen läßt, am Infarktrisiko vielleicht<sup>3)</sup>, davon hören Sie ja bisweilen munkeln.

Über das Mißtrauen, daß Arbeitnehmer Wissenschaftlern entgegenbringen, braucht man sich nach diesen Erfahrungen nicht wundern. Wer weiß denn und kann garantieren, daß die Angaben auf Fragen, wie alt man denn sei, seit wann man hier arbeite, was man vorher getan habe, ob man mal arbeitslos gewesen sei, ob und wodurch man sich belastet fühle - daß die Messungen von Blutdruck und Cholesterin tatsächlich im Interesse der jeweiligen Person verwandt werden. Und personbezogene Daten braucht der Präsident des Bundeskriminalamtes für sei-

3) Das Herzinfarktrisiko wird, auch in diesem Projekt, nach einer in den USA entwickelten Formel errechnet, in die folgende Daten eingehen: Geschlecht, Alter, Gewicht, Zigaretten, systolischer und diastolischer Blutdruck, Gesamt-Cholesterin, Hämoglobin (bei Frauen), EKG-Befund. Das Herzinfarktrisiko wird in Prozent angegeben. Ein Herzinfarktrisiko von 30 % bedeutet zum Beispiel, daß von 100 Personen 30, d. h. jeder dritte, innerhalb der nächsten 12 Jahre bei Frauen, innerhalb der nächsten 9 Jahre bei Männern voraussichtlich einen Herzinfarkt erleiden wird.

ne Art der Prävention (COBLER 1980) ebenso wie die Epidemiologie, wenn sie Präventionsstrategie entwickeln will.

#### 4. Grund des Scheiterns: Eingeschliffene Deutungsmuster sind stärker als wohlgemeinte Information

Zunächst zwei gewöhnliche Begebenheiten am Rande präventiver Intervention:

Aus dem Protokoll über die Verteilung einer "Gesundheitszeitung" unter den Arbeitern des Interventionsbetriebes: "Als ich die Zeitung auf dem Betriebsgelände verteilte, sprach mich einer der Arbeiter so an: 'Sie mit Ihrer Vorsorgeuntersuchung haben meine Ehe ruiniert!' Auf Nachfrage erfuhr ich dann: 'Seit er sein Ergebnis der medizinischen Untersuchung kennt, ist der Umstand, daß er raucht, bestimmendes Thema ehelicher Konflikte. Die Angabe seines Infarkttrisikos, welches relativ niedrig war, böte seiner Frau immer wieder aufs Neue Anlaß, ihn mit endlosen Schimpfkanonaden zu überfallen, sobald er nach einer Zigarette greife. Danach würden beide tagelang gar nicht mehr miteinander reden, bis zur nächsten Auseinandersetzung.'"

Vielleicht erinnert sich der ein oder andere an eine Zeitungsmeldung ähnlichen Inhalts: Der morgendliche Dauerlauf, Jogging genannt, bekam einem Eifrigen nicht. Mit einem Herzinfarkt mußte er ins Krankenhaus eingeliefert werden und starb kurze Zeit später.

Die Beispiele stehen für ein Grundproblem jeglicher Intervention: Intervention führt zu unerwünschten Effekten. Bezogen auf das Ganze sind sie möglicherweise marginal. Die Intervention hat sie auch nicht allein zu verantworten. Doch was in beiden Fällen gezeigt werden kann, ist die Wirkung einer Intervention, die ohne Einfluß auf den Prozeß der Verarbeitung interventiver Information bleibt. Aufklärung, die sich auf Information reduziert, bewirkt Effekte, die sie selbst nicht mehr kontrollieren kann. Vorhandene Bewußtseinsstrukturen, auf welche die Information trifft, und der Rahmen, innerhalb dessen Bewußtsein sich bildet, bestimmen dann, welcher Art diese Effekte sind.

Der Leser möge glauben, daß im Fall des streitbaren Rauchers die Information

"rauchen macht krank und senkt die Lebenserwartung" nicht etwa einseitig und plump gegeben worden war. In einer Benachrichtigung an die Teilnehmer einer medizinischen Untersuchung, in der ihnen die Ergebnisse der Untersuchung mitgeteilt worden waren, war vielmehr verständlich und differenziert auf die vielfältigen Ursachen von Herz-Kreislaufkrankheiten hingewiesen, auch auf die Unsicherheit jedweder Voraussage im Einzelfall. Nicht versäumt worden war zudem, Wege zur Veränderung ungesunder Lebensweisen zu zeigen. Alles schien also konzeptgemäß und richtig. Daß jedoch, trotz sorgfältig bedachter Vermittlung der Information, das Rauchen zum neuen Anlaß für alte Konflikte wurde, daß die Schuld an ehelichen Streitigkeiten endlich den Trägern der Information zugeschrieben wurde, zeigt wohl, wie sich bestimmte Aspekte des Inhalts der Information, selektiv herausgegriffen, bestehenden Strukturen einfügen lassen. - Beim unermüdlichen Läufer verhält es sich ähnlich: Information wurde zum Verhängnis - Spekulation sei erlaubt - des leistungssportlichen Ehrgeizes wegen, welcher sich entfalten darf bei Unempfindlichkeit dafür, was dem eigenen Körper gut tut und was nicht; dies noch gepaart mit der einverlebten Lebenserfahrung, daß ohne Leistung ein Ertrag, fit sein, gesund sein, gar nicht erst erwartet werden darf.

Beschränkt sich Intervention auf Information ohne persönlichen Kontakt, bleiben eben nicht nur die unerwünschten Effekte aus. Dies weiß man seit langem. Sofern Informationen Widersprüche akzentuieren und dies tun sie meist, aktivieren sie ein Motiv zum Ausgleich kognitiver Dissonanz. Effekte bewirken sie dann also stets und die können unerfreulich sein. Nicht immer nur stabilisieren sie bestehende Strukturen, wie bei jenem häufig erwähnten Raucher, der Dissonanz zwischen kognizierter Schädlichkeit und kogniziertem Zwang oder Genuß des Rauchens auszugleichen weiß, indem er auf den rauchenden Großvater verweist, der ebenso wie andere neunzig Jahre alt wurde. - Gegen die Willkür bei der Verarbeitung von Informationen steht eine quasi-therapeutische Beziehung, in welcher der Therapeut, da er an dem Verarbeitungsprozeß teilhat, jederzeit und unmittelbar Einfluß nehmen kann. Der direkte und kontinuierliche Kontakt zum Klienten ermöglicht es, Nuancen einer Veränderung wahrzunehmen, zu thematisieren und Handlungsalternativen auf ihre Praktikabilität hin zu prüfen.

#### 4. Zur Diskussion

Unsere Überlegungen fassen wir in einigen Punkten zusammen:

1. Personorientierte Intervention, modifizierende und reglementierende Eingriffe in die Lebensgestaltung einzelner im Namen von Gesundheit legitimieren sich aus der Perspektive der Betroffenen nicht. Das Konzept Gesundheit, wie es Wissenschaft begründet, bietet, wenn man es in den Alltag transformiert, keine gesündere Lebensalternative. "Naive" Ansichten über die Bedingungen von Gesundheit sind nicht nur sinnhaft, ihre Implikationen für das Handeln sind mit Gesundheit als Wert und Ziel durchaus vereinbar.

Unterschiedliche Bezugssysteme gelten für Wissenschaft einerseits, für die Betroffenen andererseits; für Wissenschaft zählen Fakten, empirisch quantifizierbare Größen; die Betroffenen leidet dagegen ein komplexeres Geflecht äußerer wie innerer Bedingungen, welches einem quantifizierenden Anliegen schwerlich zugänglich ist. So kommt es, daß ein Abbau von Belastungen, bleibt er individuell und auf das persönliche Verhalten reduziert, sehr wohl ungesunde Folgen haben kann: Weniger Sonderschichten schmälern den Lohn; sich mit einer Mietwohnung begnügen statt eines Eigenheims bedeutet entsprechend den möglichen Voraussetzungen eigenen Wohlbefindens, eigener Gesundheit zu entsagen. Oder auch anders: Wer den politischen Weg zur Veränderung von Belastungsstrukturen geht, hat den mühsamen, aufreibenden Weg der kleinen Schritte vor sich. Und ob das die persönlich gesündere Alternative zur Entspannung vor dem Fernseher ist, war bislang noch keine Gegenstand eines wissenschaftlichen Designs. - Wissenschaft ihrerseits schürt neuerdings an anderer Stelle den Zweifel am Ziel der Intervention: Wie die sogenannte Stockholmer Prospektive Studie ergab, hat sich bei nunmehr 700 Todesfällen nach 20 Beobachtungsjahren ein ominöser Befund gezeigt: Viel Cholesterin erhöht das Risiko für einen Herzinfarkt - das wußte man schon -, doch was man nun erfährt ist neu: Wenig Cholesterin, erklärtes Ziel der Herz-Kreislauf-Intervention und Sinn fettarmer Kost, erhöht dagegen ein anderes Risiko: Bei erniedrigtem Cholesterin im Blut tritt Darmkrebs auf.

2. Den Interventor - namentlich den aufgeklärten, den nicht im medizinischen Modell befangenen Interventor - und seinen Adressaten trennen verschiedene Paradigmen, die jeweils das Handeln unterschiedlich leiten. Der sozialwissenschaftliche Krankheitsbegriff, als Fortschritt in der Wissenschaft gefeiert, kann sich mit dem Alltagsbewußtsein und dem gesellschaftlichen Sein der Betroffenen dann nicht vertragen, wenn es um die Umsetzung ins Handeln geht. Während das sozialwissenschaftliche Verständnis von Gesundheitsgefährdung in seiner Konsequenz strukturelle Eingriffe in Räumen wie der Arbeitswelt erfordert, orientieren sich Handlungskonzepte der Betroffenen an anderen Zielen. Deren All-

tagsbewußtsein bildet sich über die Erfahrung des Machbaren im Rahmen individuell kognizierter Einflußmöglichkeiten, ebenso ihre Hierarchie der Werte, die Handlungsziele bestimmen. Und Einfluß, so die Erfahrung, hat am Arbeitsort weniger Aussicht auf unmittelbaren Erfolg als in der außerbetrieblichen Sphäre, in der er als eine Funktion freier Wahl und des freien Willens erscheint. Lärm und Arbeitshetze sind Bedingungen, denen man sich einfügen muß, die man selbst nicht verantworten und verändern kann. Dagegen verspricht solch ein Einfluß sinnfällig spürbar und erfolgreich zu sein: Wer aufhört zu rauchen, muß seltener husten, wer weniger ißt, nimmt ab, wer sich an der frischen Luft bewegt, der fühlt sich wohl ... Dort, wo Handeln möglichst kurzfristig Aussicht auf Erfolg hat, im reproduktiven Bereich, können Aktivierungsabsichten zu Gesundheitsthemen eher greifen. Aktivierung für Gesundheit als Handlungsziel des Einzelnen kann mithin schwerlich das Ziel sein, das den Erfolg definiert. Dort sind vielmehr andere Themen, Ziele und Werte aktuell; Gesundheit hat dort als Thema keinen Platz, es sei denn als eines von politisch-strategischem Gewicht. Entsprechend sind die Motive desjenigen, der sich in ihrem Namen Einfluß verschafft, Motive politischer Natur; die persönliche Gesundheit als Ziel bleibt dagegen privat.

3. Bewußtseinswandel und Veränderung des Handelns sind keine Kommunikationsprobleme. Sie haben mehr zur Voraussetzung als die Überzeugungskraft interventiver Information, seien sie wissenschaftlich auch noch so abgesichert. Das Wissen, daß Schichtarbeit krank macht, schließt keine persönlich gesündere Lebensalternative ein, wenn die Kompetenz, die von Schichtarbeit ausgehende Belastung zu mindern, außerhalb des Betroffenen liegt. Solange derart stabile Strukturen gleichzeitig existentiellen Bedürfnissen dienen, solange Schichtarbeit und Mehrbelastungen recht erträglich und in Personalplänen von Unternehmen fest verankert sind, kann die Einsicht in die Pathologie dieses Lebens schwerlich Konsequenzen im individuellen Handeln haben. Informationen, mit der Absicht verbreitet, Menschen zum Abbau der sie doch belastenden Arbeitsbedingungen zu bewegen, muten angesichts ihrer Unwegsamkeit wie Appelle an das Hygienebewußtsein und -verhalten an, welche man im vergangenen Jahrhundert hätte an die Bevölkerung richten können, zur Vorbeugung von Cholera und Pest. Verheerende Zustände hätten individuelles Bemühen zur Farce gemacht. Verwunderung, mitunter auch wütende Abwendung, sind denkbare Reaktionen, wenn derart unerfüllte Sehnsucht zwar geweckt wird, aber Wege ihrer Befriedigung nur neue Konflikte bedeuten. - Aktivierung, individueller, wie kollektiver Art, muß sich

dagegen solcher Inhalte bedienen, die sich handelnd umsetzen können. Insbesondere in Zeiten wirtschaftlicher Krisen treten Fragen der Qualität des Arbeitslebens hinter Fragen der Sicherung der eigenen Reproduktion zurück. Das Thema Gesundheit, mit seinen, was die Existenzsicherung betrifft, möglicherweise widersprechenden Implikationen, ist dann erst recht nicht aktuell; im Gegenteil sogar eher noch suspekt: Wenn sich gegenwärtig die Gewerkschaften darum bemühen, in Tarifverhandlungen soziale Forderungen gegenüber ökonomischen noch stärker zu gewichten, so erweckt das bei jenen, die sie vertreten, mehr Mißtrauen als Sympathie; merkt man doch dem Tun den Charakter einer Befriedungsstrategie an, welche eine Minderung des Reallohns und des Lebensstandards zu verdecken sucht. Und Gesundheit, als attraktives Etikett, hilft dabei.

4. Personorientierte Intervention muß, will sie sich als glaubwürdig erweisen und erfolgreich aktivieren, eine klientenzentrierte Intervention sein. Doch Empathie und Anteilnahme, wie man Klientenzentrierung lehrt, reichen nicht aus. Klientenzentrierung gilt es vielmehr mit Wissenschaft zu verbinden. Weder wissenschaftliche Einsichten noch wissenschaftlich legitimierte politische Opportunitäten können dabei die Ziele des Handelns maßgeblich bestimmen. Die Handlungskonzepte der Betroffenen, innerhalb deren sie sich mit ihren Bedürfnissen, Werten, Erfahrungen orientieren, bilden den Maßstab, an dem sich Ziele begründen müssen. Für ein präventives Konzept heißt das: Es muß in der Lage sein, gleichwohl wissenschaftliche Erkenntnis, psychologische Kompetenz und die Handlungsvoraussetzungen der Betroffenen zu reflektieren, um nicht den Gefahren seiner Reduktion in der ein oder anderen Richtung Vorschub zu leisten: der Gefahr unerwünschter Effekte aufgrund der Unverträglichkeiten zwischen wissenschaftlicher Erkenntnis und Alltagsbewußtsein zum einen, zum anderen der Gefahr der Stabilisierung pathogener Bewältigungsstrukturen, die puristische Klientenzentrierung birgt, wenn nämlich positive Wertschätzung und Spiegelung von Erlebnisinhalten lediglich übliche Verarbeitungs- und Deutungsmuster verstärken, ohne zu Strukturen, die Wissenschaft erfaßt, durchdringen zu können; nicht zuletzt besteht die Gefahr der Instrumentalisierung psychologischer Veränderungskompetenz, wenn sie als Mittel der Durchsetzung der von außen bestimmten Ziele zur bloßen Technologie gerät. Probleme freilich stellen sich auch mit einem hier nur grob skizzierten präventiven klientenzentrierten Interventionskonzept nach wie vor: unabdingbare Voraussetzung für seine Verwirklichung ist ein direkter, kontinuierlicher, unmittelbarer Kontakt zwischen Interventor und seinen Adressaten. Von deren Seite erfordert ein solcher Kon-

takt Bereitschaft und Motivation, aufseiten der Interventoren personale Intensität. Motivation entwickelt sich über erfahrene Betroffenheit und kognisierte Handlungschancen, die sich bieten. Die Betroffenheit soll indes nicht Leiden sein, Krankheit gar, denn das nähme der Prävention ihren Sinn. Die Antizipation der Möglichkeit der Entwicklung einer Krankheit jedoch macht nur schwerlich betroffen. Wie Betroffenheit ohne induziertes Leiden erlebbar wird, stellt sich somit als ein Problem. Zu den Inhalten aktivierender Strategie: In der Welt der Arbeit sind noch immer und wieder neu ökonomisch-finanzielle Probleme der Lohnpolitik dominant; nicht etwa der Belastungsabbau, ganz zu schweigen von fettarmer Kost oder den zwanzig Zigaretten täglich. Das Thema Gesundheit ist da nonkonform. Herkömmliche Finanzierung von Wissenschaft läßt nicht nur die erforderliche Personalintensität und die nötigen thematischen Umwege schwerlich zu. Forschungsförderung wird an nachweisbare Effekte in kürzester Zeit geknüpft. Im Wettlauf um den Erfolg, wer und wie man Herz-Kreislaufkrankheiten verhindern kann, scheint dann leichterding's jede Methode recht, auch Schuldzuschreibung, sofern sie wirksam und billig ist.

5. Prävention kann sinnvoll nur auf zwei Wegen erfolgen: personorientiert ist der eine Weg, der andere ist der politische. Mediziner und Psychologen werden mit Predigten über Gesundheit das Arbeitsleben nicht gesünder machen. Personorientierte Intervention hat, wie wir sahen, dort ihre Grenzen, wo die Verantwortlichkeiten der Personen, die sie meint, enden, wo stabile Strukturen Handlungsalternativen nicht zulassen. Und in der Arbeitswelt, in der Lohnabhängige gewöhnlich abhängig sind, sind diese Grenzen des Einflusses schnell erreicht. Die hoffnungsfrohe Annahme gar, über die Einsicht in die Dringlichkeit gesünderer Arbeitsbedingungen könne man ökonomisches Bewußtsein politisieren, ist wohl bei all dem ein Trug. Personorientierte Intervention sollte sich deswegen bescheiden und die Anstrengungen um eine humane und gesunde Gestaltung der Arbeit jenen überlassen, die dafür verantwortlich sind: Die Humanisierung des Arbeitslebens ist zuallererst eine Aufgabe der Politik - unabhängig von der konjunkturellen Lage der Wirtschaft. Nur so begriffen können die Anstrengungen erfolgreich sein. Für diesen politischen Weg bestehen legalisierte Strukturen, die Gewerkschaften insbesondere, die es zu nutzen gilt. Arbeitszeitverkürzung, Verkürzung der Lebensarbeitszeit, Tarifrente ja oder nein, das sind die dort gegenwärtig drängenden Fragen. In die Diskussion hierüber sich einzumischen, Handlungsspielräume dort zu nutzen, wo sie gegeben sind, wäre ein Auftrag weit-

sichtiger präventiver Gesundheitspolitik. Der Abbau menschenunwürdiger, ungesunder Arbeitsbedingungen ist da das Ziel, wobei es zu verhindern gilt, daß Gesundheit als Etikett lediglich unliebsame Lohnpolitik zu verkaufen hilft. Medizin und Psychologie liefern dafür die wissenschaftlich begründete Argumentation - analytische Studien zu betreiben gilt es also weiterhin. Aktivierende Aufklärung hat dabei eine andere Zielgruppe und Strategie als vordem. Nicht individuelle Betroffenheit motiviert für diese Arbeit. Wer Betriebsrat oder Gewerkschaftler wird, den bedrängt nicht die Sorge um die eigene Gesundheit. Zu solch einer Arbeit führt eher, wie gesagt, ein politisches Motiv.

#### LITERATUR:

COBLER, S., 1980: Herold gegen alle, Gespräche mit dem Präsidenten des Bundeskriminalamtes. In: Transatlantik, 11, 1-7

GLADOW, W., 1981: Herzinfarkt und Arbeit

ISENBERG, H.G. und SOSNA, J.: Stahlarbeit und Lebensinteressen, Seminarprogramm und Lernmaterial aus dem Projekt "Arbeits- und Lebensbedingungen von Schichtarbeitern" - Kooperation Universität Bremen - Arbeiterkammer

WECHSELWIRKUNG, 1980: Datenverarbeitung - Ein Mittel gesellschaftlicher Kontrolle, 7, 6-37

WESERKURIER 1982: "Ärzte fördern keine Scheinkranken", 15.03.

Dr. Rose Groetschel  
Diplom-Psychologin  
Lothringer Str. 40  
2800 Bremen

