

Soziologische Aspekte der Beeinflussung sozialen Verhaltens

«Für den Medizinsoziologen stellt die Beeinflussung präventiven Verhaltens das Problem der Organisation sozialen Verhaltens. Denn Prävention erschöpft sich nicht in der Information über die Chancen sich vor Krankheit zu schützen. Vielmehr gilt es, Gesundheitsverhalten als Gruppenverhalten zu initiieren.»

Aspects sociologiques de la prévention

Pour le sociologue de la médecine, l'encouragement à un comportement préventif pose le problème de l'organisation du comportement social. En effet, la prévention ne se limite pas à la seule information sur les chances de se protéger de la maladie. Il s'agit bien plutôt de faire en sorte que le comportement propre à conserver la santé devienne un comportement généralisé dans la collectivité.

Spontanverhalten, sozialer Druck und persönlicher Lebensstil¹

Chr. von Ferber²

1. Prävention durch «Soziales Marketing» [1]

Jeder, der präventives Verhalten fördern oder initiieren will, sieht sich in eine ungewohnte, ja künstliche Situation versetzt. Er wird vor das Problem gestellt, auf welche Weise er eine rationale Utopie vom gesunden Leben an ein Publikum, i. S. der Massenkommunikation gesprochen, an Zielpersonen herantragen kann, die durch zwei Eigenschaften gekennzeichnet sind

- die Zielpersonen der Prävention sind in die Sozialstruktur eingebunden, sie unterscheiden sich nach sozialer Lage und soziokultureller Wertorientierung,
- die Zielpersonen sind Individuen, die sich ihren eigenen Vers auf ihre soziale Lage machen, die ihre höchstpersönlichen Lebensziele verfolgen und persönliche, von ihnen selbst zu verantwortende Entscheidungen treffen müssen.

Der Präventivmediziner oder auch -nichtmediziner findet sich in einer mehrfach ungeklärten Situation vor. Wie die Verlegenheit, welche Berufsbezeichnung an das Wort «Präventiv-» nun anzuhängen sei, -mediziner oder -nichtmediziner, anzeigt, ist schon unklar, welche Profession präventives Verhalten fördern, initiieren und beeinflussen soll. Vielleicht auch gar keine gelernte oder «studierte» Profession, sondern jeder, der sich dazu berufen fühlt, seine Mitmenschen das gesunde Leben zu lehren, also der Präventivlaie!

Darüberhinaus ist unklar, wie diese Lehre vom gesunden Leben an die Zielpersonen adressiert werden soll. Doch zunächst müssen wir uns der Frage zuwenden: Was ist der Gegenstand der Lehre vom gesunden Leben?

Die Lehre vom präventiven Verhalten ist eine rationale Utopie. Sie ist eine Utopie, weil sie den Menschen einen wünschbaren Zustand als Lebensziel vor Augen

stellt, in extremer Formulierung: «Alle Krankheiten und Unfälle sind vermeidbar!», bescheidener gesagt: «Es gibt auf dem Stand unseres heutigen Wissens Gesundheitsgefährdungen, vor denen man sich schützen kann.»

Und sie ist eine rationale Utopie, weil sie von zwei Voraussetzungen geleitet wird. Sie wendet bestimmte, hinreichend gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse ins Praktische [4, 12]. Diese Erkenntnisse besagen, dass ein Zusammenhang zwischen Umweltbedingungen und Lebensgewohnheiten einerseits und dem Auftreten bestimmter Krankheiten andererseits besteht. Und – das ist die zweite Voraussetzung – die Lehre vom präventiven Verhalten stellt die Menschen vor eine rationale Entscheidungsalternative: Willst Du Deine Gesundheit schützen, dann musst Du Dein Verhalten darauf ausrichten oder Du musst das Risiko vermeidbaren Siechtums oder vorzeitigen Sterbens auf Dich nehmen.

Jeder, der seine Mitmenschen präventives Verhalten lehren will, findet sich demnach in einer Zwitterrolle vor. Halb ist er ein Wissenschaftler, Sozialmediziner oder Epidemiologe, der gesicherte Erkenntnisse über den Zusammenhang von beeinflussbaren Milieubedingungen und Krankheiten verbreitet, halb ist er Pädagoge, Agitator oder Prophet, der seine Mitmenschen zum gesunden Leben führen oder gar mitreißen will.

1.1 Widerstände in der Sozialstruktur

Wie ist nun die gesellschaftliche Realität beschaffen, mit der sich ein solcher Präventivmediziner oder -pädagoge auseinandersetzen muss, um das Verhalten seiner Zielpersonen in einem gesundheitsfördernden Sinne zu beeinflussen?

Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass die gesellschaftliche Realität sich ausserordentlich resistent gegenüber der rationalen Utopie der Präventivmedizin verhält [3]. Den grossen Erwartungen, die auch heute noch von vielen gehegt werden, dass durch präventive Massnahmen der allgemeinen Gesundheitsvorsorge wie Einstellen des Zigarettenrauchens, Rückkehr zu normaler Ernährung und Bewegung oder

¹ Grundsatzreferat der Tagung des Forum Davos 78: Grenzen der Medizin III: Prävention und ihre Möglichkeiten.

² Dr. phil., ord. Prof. für Medizinsoziologie, Medizinische Fakultät der Universität Düsseldorf, D-4000 Düsseldorf 1, Institut für Medizinische Soziologie, Universitätstrasse 1.

durch Untersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung das Risiko der grossen Volkskrankheiten unserer Zeit verringert werden könnte, sind Ermüchterung und Skepsis, ja verbreitete Resignation gefolgt. Offenbar haben die optimistischen Erwartungen in den Erfolg der Prävention zweierlei unterschätzt [6].

Die Verbreitung des Wissens darüber, dass bestimmte Gesundheitsrisiken vermeidbar sind, bewirkt noch keine Verhaltensänderung. So sind die Zigarettenraucher in der Regel über die Gesundheitsschädlichkeit des Rauchens hinreichend informiert, ähnliches gilt vom Übergewicht und von der Bewegungsarmut. Die Lehre vom gesunden Leben allein bleibt folgenlos, ja, möglicherweise verstärkt sie noch den bestehenden Zustand, wenn sie keine greifbaren, jedem zugängliche Verhaltensalternativen anzubieten hat.

Zum anderen sind die Zielpersonen präventiver Verhaltensangebote in einigen Eigenschaften, die für die Beeinflussung präventiven Verhaltens wesentlich sind, ganz inhomogen zusammengesetzt. Der Handlungsspielraum, von präventiven Verhaltensalternativen für sich Gebrauch zu machen, ist für die zur Zielpopulation gehörende Bevölkerungsgruppe objektiv und subjektiv gesehen sehr unterschiedlich. Kettenraucher und Übergewichtige finden sich in allen Berufen und Einkommensklassen. Sie stehen in verschiedenen Lebensstadien, ihre Eingewöhnung in die Risikogewohnheiten liegt verschieden weit zurück und ist mit ganz unterschiedlichen Anlässen und Konstellationen verbunden.

Ebenso verschieden wie die objektiven Lebensbedingungen sind die subjektiven Verstehensmöglichkeiten. Vorliegende Untersuchungen zur Wirksamkeit präventiver Verhaltensangebote stimmen in der Regel darin überein, dass der formale, im Schulabschluss dokumentierte Bildungsgrad die beste Vorhersage über die tatsächliche Inanspruchnahme ermöglicht. Je höher der Bildungsabschluss, desto grösser die Wahrscheinlichkeit, dass Angebote zur Prävention in Anspruch genommen werden. Man wird in der Interpretation des statistischen Zusammenhanges, der zwischen den Merkmalen Bildungsabschluss und Inanspruchnahme präventiver Verhaltensangebote gefunden wurde, sicher nicht fehl gehen, wenn man auf zwei Gesichtspunkte hinweist. Die rationale Utopie präventiven Verhaltens erschliesst sich dem Verständnis derjenigen leichter, die trainiert sind und in ihrem Berufsalltag daran gewöhnt sind, in rational begründeten Verhaltensalternativen zu denken. Die Verwissenschaftlichung des Lebens – und das präventive Verhalten ist ein weiterer Schritt der Rationalisierung des Alltags – steht dem Verständnis derjenigen näher, die in diesen Prozess von Haus aus einbezogen sind. Zum andern kann kein Zweifel darüber bestehen, dass Höhe des Bildungsabschlusses und Einkommensklasse ganz hoch miteinander korrelieren. Der Bildungsabschluss ist *auch* ein Indikator der objektiv gegebenen Handlungsmöglichkeiten.

Kurz gesagt: Die optimistischen Erwartungen, die in die Wirksamkeit der Prävention gesetzt wurden,

haben die Widerstände der Sozialstruktur unterschätzt.

1.2 Voraussetzungen für ein erfolgreiches

«Soziales Marketing»

Wenden wir die Fehleinschätzungen einer möglichen Beeinflussung präventiven Verhaltens ins Positive, so können wir vier Thesen formulieren.

1. Die Beeinflussung präventiven Verhaltens darf sich nicht auf die Verbreitung von Informationen über Chancen gesunden Lebens beschränken, sondern muss entsprechend der sozialen Lage ihrer Zielpersonen realistische Verhaltensalternativen anbieten [20].

2. Die Beeinflussung des Verhaltens grosser Bevölkerungsteile, die unter einem erhöhten Krankheitsrisiko leben, muss sich mit den verhaltensprägenden und -stabilisierenden Wirkungen der Sozialstruktur auseinandersetzen. Die Zielpersonen präventiver Verhaltensangebote leben verteilt auf die Sozialstruktur und haben von daher verschieden grosse Schwellen zu überwinden, um von den Angeboten für sich Gebrauch zu machen [14].

3. Die Erkenntnis, dass die Teilgruppen, in die sich eine Zielpopulation aufgrund sozialstruktureller Gegebenheiten aufteilt, verschieden grosse Schwellen zu überwinden haben, um präventive Verhaltensangebote zu nutzen, zwingt zu der Konsequenz, sich an den Teilgruppen zu orientieren, die die grössten Schwierigkeiten zu überwinden haben und daher objektiv das grösste Risiko tragen. Konkret gesagt, unter Bezugnahme auf ein gut durchanalysiertes Gebiet der Prävention: Aus der Zielpopulation für die Schwangerenvorsorge sollten sich präventive Massnahmen das Ziel setzen, vornehmlich die Teilgruppen zu erreichen, bei denen nach vorliegenden Untersuchungen das grösste Risiko der Säuglingssterblichkeit besteht, nämlich Mehrgebärende aus unteren sozialen Schichten und ledige Mütter [15, 16]. Eine ähnliche Differenzierung lässt sich für andere Risikopopulationen wie Kettenraucher, Übergewichtige, Bewegungsarme unschwer vornehmen.

4. Die Erkenntnis, dass die Beeinflussung präventiven Verhaltens sich mit den verhaltensprägenden und -stabilisierenden Wirkungen der Sozialstruktur auseinandersetzen muss, macht die Prävention zu einem Element der Gesellschaftsreform. Denn, wenn eine Änderung von Lebensgewohnheiten stets auch eine Befreiung aus gesellschaftlichen Zwängen bedeutet, dann kommt jeder spontanen Aufhebung von Zwangssituationen für die Prävention zumindest eine paradigmatische Bedeutung zu. Die rationale Utopie der Prävention gewinnt auf diesem Wege zusätzliche Motive, es wachsen die Chancen der Beteiligung. Unabhängig von der Verbreiterung der ideologischen Basis, die über eine Verbindung mit gesellschaftsreformerischen Bewegungen eintritt, muss die Beeinflussung präventiven Verhaltens darauf bedacht sein, den Spielraum, den spontanes Verhalten in und gegenüber der sozialstrukturellen Determination besitzt, zu entdecken und für sich zu nutzen.

Abschliessend möchte ich eine methodologische Bemerkung hinzufügen. Soziologische Aussagen über die Beeinflussung präventiven Verhaltens gehen mit einer gewissen Selbstverständlichkeit von sozialen Strukturen aus, etwa von dem strukturellen Verhältnis, das zwischen der Gewinnung, Formulierung und Verbreitung präventiven Wissens und den daraus abzuleitenden Verhaltensalternativen einerseits und den Handlungschancen der Zielpersonen andererseits besteht, präventive Verhaltensangebote für sich zu nutzen. In der Formulierung des Problems steckt daher bereits die Hypothese, dass die Beeinflussung präventiven Verhaltens darauf gerichtet sein muss, die Wirksamkeit verhaltensprägender und -stabilisierender Elemente der Sozialstruktur aufzuheben. Diese Hypothese wird durch vorliegende Untersuchungen auch bestätigt [3, 14].

Wie jeder erfolgreiche wissenschaftliche Ansatz erliegt allerdings diese Hypothese der naheliegenden Verführung, die Bedeutung des Gefundenen zu überschätzen, also neben der sozialstrukturellen Determination keine weiteren Einflussfaktoren zuzulassen. Demgegenüber ist nachdrücklich zu betonen, dass die Wirksamkeit der sozialstrukturellen Determination, der «sozialen Zwänge», nicht auf Naturgesetze zurückgeht, sondern auf der Geltung sozialer Normen beruht [13]. Die Geltung sozialer Normen gründet sich auf Akte des Meinens, des Für-Richtig-Haltens, des Vereinbaren, auch determinieren soziale Normen das Verhalten nur in Ausnahmefällen lückenlos. In der Regel besteht in der Sozialstruktur ein Verhaltensspielraum, der auch durch individuelle Entscheidungen ausgefüllt wird [2]. Auch wandeln sich soziale Normen in der Masse, wie ihnen in den Akten des Meinens, des Für-Angemessen- und des Für-Richtig-Haltens der Menschen Geltung entzogen wird (z. B. Kritik des Leistungsgedankens unter der Perspektive des Gesundheitsverschleisses [11]).

2. Prävention durch bestehende Gruppen und Organisationen

Eine solche methodologische Kritik hebt eine ganz entscheidende Voraussetzung auf, die präventive Modelle in der Regel machen. Diese unterstellen nämlich, dass eine message oder eine wichtige Mitteilung oder Botschaft an einen grossen Bevölkerungskreis herangebracht werden muss, der selbst nur durch seine Eigenschaft als Adressat der Botschaft definiert ist, also eine Zielpopulation bildet, die unter sich keine sozialen Beziehungen unterhält und nur das Merkmal, Adressat für eine präventive Massnahme zu sein, gemeinsam hat. Diese Voraussetzung stellt der Beeinflussung präventiven Verhaltens die Aufgabe, das Merkmal, Adressat für eine Botschaft präventiver Beeinflussung zu sein, im Sozialverhalten zur Wirksamkeit zu bringen, also aus dem blossen Adressaten einen Mitspieler, einen Partner, einen aktiv Handelnden zu machen. Oder anders gesagt: Aus einem reinen Klassifikationsmerkmal, das eine Zielpopulation beschreibt, zum Beispiel alle Zigarettenraucher, die zwanzig Zigaretten und mehr pro Tag rauchen, oder alle Übergewichtigen soll ein soziales Gruppenmerkmal der Selbstidentifikation gemacht werden: Zum Beispiel Zigarettenraucher, die gemeinsam mit anderen sich das Rauchen abgewöhnen, Bewegungsarme, die mit anderen kreislaufaktivierenden Sport treiben usw.

Mit dieser Voraussetzung aber wird für die Beeinflussung präventiven Verhaltens die Schwelle zum Erfolg sehr hoch angesetzt. Nicht genug damit, dass von sehr wenigen, die präventiv wirken wollen, sehr viele erreicht werden müssen, muss nun auch noch eine soziale Bewegung initiiert werden, die eine Identifikation als Gruppe bewirkt und in die Praxis gesundheitsbewussten Verhaltens hineinführt.

Demgegenüber bringt es eine erhebliche Erleichterung, wenn die Beeinflussung präventiven Verhaltens sich an bereits bestehende Gruppen wenden kann, an Vereine, an Schulen, an Betriebe. In diesen ist eine Gruppenbildung bereits geleistet. Eine Kommunikation braucht nicht erst hergestellt zu werden, eine soziale Kontrolle des Verhaltens ist ebenso wie die Voraussetzungen zu einer sich gegenseitig verstärkenden Motivierung gegeben. Auch sind Informations- und Schlüsselpersonen bekannt, über die weitere Personenkreise mit erhöhter Aussicht auf Erfolg angesprochen werden können. Die Multiplikation von Vorschlägen für ein gesundheitsbewusstes Verhalten erscheint auf diese Weise eher gesichert.

Für die Beeinflussung präventiven Verhaltens stellt sich die Aufgabe, in den Zielrahmen bestehender Gruppen Ziele einer gesundheitsbewussten Lebensweise einzubringen, also im Schulunterricht die Gesundheitserziehung oder -bildung als ein fächerübergreifendes Lernziel zu verankern, etwa im Sport- oder Biologieunterricht, aber auch in der Geschichte. Denn Geschichte lässt sich, wie Norbert Elias schon vor 40 Jahren in seinem bedeutenden Werk «Der Prozess der abendländischen Zivilisation» sehr überzeugend gezeigt hat, auch als eine Geschichte des Wandels alltäglicher Lebensgewohnheiten schreiben.

Ferner bieten die vielen Vereine, die sich der Pflege alltäglicher Geselligkeit verschrieben haben, bisher viel zu wenig genutzte Gelegenheiten, einer gesundheitsbewussteren Lebensweise eine grössere Verbreitung zu sichern.

3. Prävention bei «arbeitsbedingten Krankheiten»

Für die Betriebe bedeutet die Gesundheitsvorsorge eigentlich eine Erweiterung ihrer bereits bestehenden Verpflichtungen in der Unfallverhütung [19]. Für die Unfallverhütung brachte es seinerzeit einen ganz entscheidenden Fortschritt, als an die Stelle der Verschuldung die Gefährdungshaftung trat [18]. Damit setzte sich die Auffassung durch, dass unabhängig vom Verschulden im konkreten Einzelfall die Arbeit in den Produktionsbetrieben, zumal unter den gegebenen technologischen Bedingungen, ein erhöhtes Gefährdungsrisiko einschliesst. Diese Gefährdung gilt es durch geeignete Vorkehrungen soweit als irgend möglich zu verringern. Nun ist nicht zu leugnen, dass die Arbeitsverhältnisse neben dem Unfallrisiko und neben der Gefährdung i. S. der anerkannten Berufskrankheiten auch ein allgemeines gesundheitliches Risiko einschliessen.

Im Unterschied zu dem Unfallrisiko und zu den Berufskrankheiten hat sich für die Bezeichnung des allgemeinen Gesundheitsrisikos am Arbeitsplatz der Ausdruck «arbeitsbedingte Krankheiten» eingebürgert. Für die Verringerung des Unfallrisikos und für die Verbesserung des Schutzes für die Berufskrankheiten zu sorgen, besteht für die Unternehmungen ein gewisses ökonomisches Interesse. Denn für die Abgeltung von Schäden, die durch Unfall oder durch Berufskrankheiten entstehen, werden die Unternehmungen

– so ist die Regelung in der Bundesrepublik, aber auch in anderen Ländern – branchenweise im Wege der Umlage herangezogen. Für die arbeitsbedingten Krankheiten besteht eine solche Haftung bisher nicht und dürfte auch als ein individueller, versicherungsrechtlicher Anspruch für den Geschädigten schwer zu begründen sein. Wohl aber lässt sich bei dem Stand der Forschung zu den arbeitsbedingten Krankheiten ein Anspruch auf Verringerung des allgemeinen Gesundheitsrisikos am Arbeitsplatz als Rechtsgrundsatz formulieren. Zum Verständnis dieser These bedarf es einiger erläuternder Bemerkungen.

1. Es kann als ein gesichertes Ergebnis der arbeitswissenschaftlichen Forschung gelten, dass jede Arbeit ganz spezifische Belastungen enthält, nämlich

- Belastungen der Arbeitsumgebung (Lärm, Hitze, Feuchtigkeit, Staub usw.)
- Belastungen bestimmter Muskelgruppen (schwer heben, stehen, einformige Bewegungen unter Zeitdruck)
- psycho-nervöse Belastungen, die wir mit dem Ausdruck Stress belegen (Stress durch ständiges Aufrechterhalten der Aufmerksamkeit in reizarmen Situationen, Stress durch Termindruck und Hetze, Stress durch besondere Verantwortung usw.).

Die genannten Belastungen sind mit bestimmten Berufen und Arbeitsplätzen in einer so selbstverständlichen Weise verbunden, dass sie überwiegend auch die charakteristischen Merkmale des Arbeitsplatzes bezeichnen, die in die Lohn- und Gehaltsfindung eingehen.

2. Es wird im allgemeinen vorausgesetzt, dass die genannten Belastungen durch den Rhythmus von Arbeit und Freizeit, von Arbeit und Urlaub, von Anstrengung und Erholung ausreichend kompensiert werden. Diese Voraussetzung lässt sich schon bei einer kurz- und mittelfristigen Betrachtung zu Recht bezweifeln. Die Krankenstandsforschung enthält viele Hinweise darauf, dass akute Erkrankungen, die zur vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit führen, in nicht geringem Umfang durch Überforderung bedingt sind, also eine zu Freizeit und Urlaub zusätzliche Kompensation der Belastungen darstellen [7].

Für eine langfristige Betrachtung, wie sie angemessen ist, wenn wir die Entstehung und den Verlauf chronisch-degenerativer Krankheiten ins Auge fassen, ist eine selbstverständliche Kompensierung von Belastungen durch Freizeit, Urlaub und Erholung nicht zu erwarten. Ständige, in der gleichen Richtung sich verstärkende Belastungen können auf die Dauer nicht kompensiert werden und führen zu Gesundheitsschädigungen. Dies leuchtet unmittelbar ein, wenn wir einen weiteren Gesichtspunkt hinzufügen.

3. Für die Beanspruchung, die für einzelne Berufe und an bestimmten Arbeitsplätzen gefordert werden, rechnen wir mit dem gesunden, normal belastungsfähigen Menschen, mit einem Norm-Menschen, den es in der Wirklichkeit allgemein so nicht gibt. Die Abweichungen gegenüber einer von Arbeit und Beruf vorausgesetzten Normleistungsfähigkeit sind bekanntlich er-

heblich. Ausser in den Eigenschaften, die ein jeder Mensch vor Eintritt in ein Arbeitsverhältnis einbringt (an physischer Kondition, an Ausbildung und an Erfahrung), unterscheiden sich die Menschen ganz wesentlich in der Art und Weise, wie sie die an sie gestellten Anforderungen verarbeiten, nämlich

- ob sie beispielsweise an der Verantwortung leiden oder in ihr eine ständige, zur Mehrleistung herausfordernde Selbstbestätigung sehen, oder
- ob sie die einseitige Beanspruchung bestimmter Muskelgruppen durch sportliche Betätigung ausgleichen oder sie als einen nicht zu vermeidenden Verschleiss ertragen, oder
- ob sie für die Belastungen am Arbeitsplatz aktiv nach Kompensationsmöglichkeiten suchen (z. B. Sport) oder den Verschleiss ihrer Arbeitskraft als den selbstverständlich zu zahlenden Preis für erhöhten Konsum betrachten – die für moderne Industriegesellschaften grundlegende Trennung von Arbeits- und Konsumsphäre wird dann kulturell als eine Beziehung von Aufwand, ja Aufopferung einerseits und Entschädigung bzw. Befriedigung andererseits gedeutet, literarisch überhöht im Goethe-Zitat: «Saure Wochen, frohe Feste!» [8, 9].

Die Beispiele verdeutlichen einen für das Verständnis arbeitsbedingter Krankheiten wesentlichen Gesichtspunkt: die Interaktion, die zwischen den Anforderungen eines Arbeitsplatzes und dem arbeitenden Menschen, und zwar hier in seiner ganz individuellen Ausprägung gesehen, stattfindet. In jedem Beruf, an jedem Arbeitsplatz werden die Anforderungen individuell verarbeitet, sie werden interpretiert, mit den subjektiv gegebenen Leistungsmöglichkeiten verglichen [10]. Auf sie hin orientiert sich das Alltagsverhalten, an ihnen entscheidet sich die Bewältigung, aber auch das Versagen in einer zentralen Lebenssituation, hängt doch von Beruf und Arbeit der soziale Status eines Menschen und der von ihm abhängigen Familiengruppe ab.

Im Prinzip treffen wir auf die gleiche Situation wie bei der Unfallgefährdung. Die Anforderungen am Arbeitsplatz werden zur Erfüllung der Produktionsziele gesetzt. Technologie, Arbeitsorganisation und Arbeitseinsatz sind die Handlungsparameter der Unternehmensführung. Sie werden im Interesse der Unternehmensziele variiert. Für die Arbeitenden sind die Anforderungen am Arbeitsplatz vorgegeben. Sie können nur in Grenzen über die betriebliche Interessenvertretung beeinflusst werden. Die Beschäftigten müssen sich auf diese Vorgaben einstellen, sie im genannten Sinne «verarbeiten». Sie sind der Gefahr einer Fehlverarbeitung und des Scheiterns infolge Versagens und Überforderung ausgesetzt. Fehlverarbeitung und Scheitern können beide chronisch-degenerative Krankheiten auslösen und verstärken [8, 9, 10].

Dieser Gefahr – schlagwortartig als Gesundheitsverschleiss am Arbeitsplatz bezeichnet – begegnen wir nur unzureichend, wenn wir – wie es gegenwärtig geschieht – sie als individuelles Risiko («Krankheit ist Schicksal») verstehen oder als kollektives Risiko der

Kranken- oder Invalidenversicherung abfangen. Im ersten Fall werden Risiken der Produktion auf die Beschäftigten überwältigt, persönliche Lebenschancen werden verkürzt, im zweiten Fall werden Unkosten der Produktion über die Sozialversicherungseinrichtungen sozialisiert. Keine der beiden Lösungen trägt zur Prävention bei [17].

Demgegenüber bedeutet es eine angemessene Risikoverteilung und eröffnet es einen weiteren Weg in die Prävention, wenn die Betriebe die Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz, insbesondere die Vorbeugung gegen arbeitsbedingte Krankheiten, als eine selbstverständliche Aufgabe der Unternehmenspolitik durchführen. In der Bundesrepublik bieten das Arbeitssicherheitsgesetz und das Betriebsverfassungsgesetz hierfür bereits die gesetzliche Grundlage. Der bestehende gesetzliche Rahmen wäre durch geeignete Handlungsmodelle in der Praxis auszufüllen [17].

Zusammenfassung

Eine erfolgversprechende Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens kann zwei Wege beschreiten. Sie kann sich am Modell der Massenkommunikation orientieren und «soziales Marketing» betreiben oder sie kann sich an bereits bestehende Gruppen, Organisationen oder Institutionen wenden und diese für die Ziele der Gesundheitsvorsorge zu gewinnen suchen. Letzterer Weg scheint die grösseren Erfolgchancen zu bieten, da die Gruppenbildung schon geleistet und eine Verhaltenskontrolle besser gewährleistet ist. Die Zielgruppen der Gesundheitsvorsorge können leichter bestimmt werden. Auch sind die Widerstände aus der Sozialstruktur, die Soziales Marketing überwinden muss, durch die Gruppenbildung und durch die Organisation bereits gebrochen. Eine Verringerung der Gefährdung durch «arbeitsbedingte Krankheiten» kann nur durch Einbeziehung der Betriebe erreicht werden.

Résumé

Comportement spontané, pression sociale et style de vie personnel

Si l'on veut intéresser la société à la prévention, il y a deux possibilités. Il y a d'abord celle d'utiliser les méthodes de la communication de masse, ce que l'on appelle aussi le «social marketing». Mais ceci pose le problème de la définition de la population à laquelle on s'adresse et il faut tenir compte des résistances inhérentes à toute structure sociale. D'une manière générale, il y a peu de chances de réussir de cette façon.

L'autre possibilité consiste en une coopération entre les responsables de la médecine préventive et des groupes, des institutions et des organisations existantes. Cette manière de faire a de meilleures chances de succès, notamment parce qu'il est alors plus aisé de définir les buts pertinents de l'action et que, si l'on passe par l'intermédiaire de groupes déjà constitués, les résistances seront moins grandes.

Pour diminuer les «arbeitsbedingte Krankheiten» (maladies qui dépendent surtout mais pas uniquement des conditions de travail), des propositions, jusqu'ici peu utilisées, ont été faites par l'industrie elle-même.

Summary

Influencing health behavior: spontaneous action, social strains and individual way of life

To interest people in health behavior there are two different ways. First of all the way using the methods of mass communication or as some call it: "social marketing". But this raises the problems of defining the population that should be referred to and to overcome the resistances of social structure. So generally there are only few chances in succeeding.

The other way would be that those people engaged in realizing preventive medicine would try to cooperate with existing groups, organizations or institutions. This seems to be far more successful. To reduce the number of "arbeitsbedingte Krankheiten" (sickness that mainly but not only depends on working conditions) special opportunities are offered by industrial firms.

Literatur

- [1] Allgemeine Ortskrankenkasse Mettmann, Zwischenbericht I, Stand der Aktion Gesundheit, März 1978, AOK Mettmann (Selbstverlag 1978).
- [2] Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.), Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit, Bd. 1, Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie. Bd. 2, Ethnotheorie und Ethnographie des Sprechens. Reader Sozialwissenschaft, Reinbek (Rowohlt 1973).
- [3] Cartwright, A. and O'Brien, M., Social class variations in health care and in the nature of general practice consultations. In: David Tuckett & Joseph T. Kaufert (Ed.), Basic Readings in Medical Sociology, London (Tavistock 1978).
- [4] Dunnell, K. and Holland, W. W., Planung im Gesundheitsdienst. In: M. Blohmke, Chr. v. Ferber, K. P. Kisker, H. Schaefer, Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 1 Grundlagen und Methoden, Stuttgart (Enke) 340–362 (1975).
- [5] Elias, N., Über den Prozess der Zivilisation. 1. Bd. Wandlungen des Verhaltens in den weltlichen Oberschichten des Abendlandes. 2. Bd. Wandlungen der Gesellschaft. Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation (Basel 1939).
- [6] von Ferber, Chr., Das sozialtherapeutische Instrumentarium der Gesundheitshilfe – eine kritische Analyse der Situation in der Bundesrepublik. In: Die Ortskrankenkasse 60, 238–243 (1978).
- [7] von Ferber, Chr., Soziale Konflikte – Welche Bedeutung haben soziologische Aussagen zum Krankenstand. In: Christian und Liselotte von Ferber, Der kranke Mensch in der Gesellschaft. Reinbek (Rowohlt 1978).
- [8] von Ferber, L., Macht Arbeit krank? In: Arbeit und Leistung 26, 257–264 (1972), 28, 57–65 (1974).
- [9] von Ferber, L., Psychosoziale Hintergründe des Schlaganfalls. Arbeits- und berufsspezifische Belastungen als auslösende und verstärkende Bedingungen chronisch-degenerativer Erkrankungen. In: Mensch, Medizin, Gesellschaft 2, 36–44 (1977).
- [10] Von Ferber, L., Slesina, W. und von Ferber, Chr., Vorstudie zur Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz – eine arbeits- und medizinsoziologische Untersuchung. Forschungsvorhaben gefördert durch den Minister für Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen (1978).
- [11] Matthöfer, H., Humanisierung der Arbeit und Produktivität in der Industriegesellschaft, Frankfurt (Europäische Verlagsanstalt 1977).
- [12] Pflanz, M., Epidemiologie und Präventivmedizin 1971. In: Ders. Die soziale Dimension in der Medizin. Stuttgart (Hippokrates) 197–210 (1975).
- [13] Popitz, H., Soziale Normen. In: Europäisches Archiv für Soziologie, 2, 185–198 (1961).
- [14] Prinz, Helge, Tücke, M., Wokeck, Jutta, Raiser, H., Zur Bedeutung der sozialen Schicht für die Schwangeren- und Kleinkindervorsorge (Deutsches Grünes Kreuz Marburg 1973).
- [15] Schmidt, E., Guthoff, W., Müntefering, H., Säuglingssterblichkeit 1973. Prospektive Einzelfallanalyse in Düsseldorf. München (Urban und Schwarzenberg 1974).
- [16] Selbmann, H. K., Brach, M., Höfling, H. J., Jonas, R., Schreiber, M. A. und Überla, K., Münchner Perinatalstudie 1975, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Schriftenreihe Bd. VIII, Köln-Lövenich (Deutscher Ärzte-Verlag 1977).
- [17] Standfest, E., u. a. Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Zur Demokratisierung des Sozialstaates. W.S.I.-Studie Nr. 35, Köln (Bund-Verlag 1977).
- [18] Tennstedt, Fl., Sozialgeschichte der Sozialversicherung, In: Handbuch der Sozialmedizin Bd. III, Stuttgart (Enke) 385–492 (1976).
- [19] Tennstedt, Fl., Frühinvalidität als Problem des Verhältnisses zwischen Sozialversicherung und Arbeitswelt. In: Gewerkschaftliche Monatshefte 28, Nr. 3, 194–206 (1977).
- [20] Verres, R., Psychologische Gesichtspunkte bei der Planung medizinischer Vorsorgeaktionen. In: Das öffentliche Gesundheitswesen. 40, 119–127 (1978).