Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 32 (2006)
Heft: 4

Artikel: Betriebliches Gesundheitsmanagement : eine komplexe Aufgabe
Autor: Hafen, Martin
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-800957

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 11.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Betriebliches Gesundheitsmanagement – eine komplexe Aufgabe

Die Erwerbsarbeit ist ein hochgradig gesundheitsrelevanter Faktor. Das macht Unternehmen zu einem wichtigen Setting für Massnahmen der Prävention, der Früherkennung und der Behandlung. Wie komplex die Aufgabe eines umfassenden Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist, das sollen die folgenden, gesundheits- und organisationstheoretischen Ausführungen zeigen.

MARTIN HAFEN*

Die Gesundheit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Betrieben ist nicht nur für die Arbeit gebenden Organisationen (Unternehmen, staatliche Verwaltung etc.) ein zentraler Faktor, sondern auch für das Sozialversicherungswesen. So wird mit einiger Alarmierung konstatiert, dass sich die Zahl der Personen, die im erwerbsfähigen Alter eine IV-Rente beziehen, von 1992 bis 2004 von 3,2% auf 5,2% angestiegen ist.[1] Die Botschaft des Bundesrates zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 22.6.2005 ist ein direktes Resultat dieser Entwicklung.[2] Mit den vorgeschlagenen Massnahmen, bei denen der Früherkennung, (noch) nicht aber der Prävention, steigende Bedeutung zugemessen wird, möchte der Bundesrat die Zahl der Neurenten, verglichen mit dem Jahr 2003, um 20% reduzieren.

Arbeit als Risikofaktor für die Gesundheit

Die ungünstige Entwicklung des Gesundheitszustandes der erwerbstätigen Bevölkerung manifestiert sich jedoch nicht nur in den Unternehmen und bei den Sozialversicherungen, sondern auch bei den Betroffenen selbst: So zeigt die Eidgenössische Gesundheitsbefragung von 2002[3], dass sich 44% der Arbeitnehmer/innen durch ihre Arbeit stark gestresst fühlen, was sich bei vielen von ihnen in psychischen und psychosomatischen Beschwerden ausdrückt, für deren Behandlung Leistungen von den Krankenkassen anfallen. Dieser Befund wiederum findet sich in der zitierten IV-Statistik bestätigt, denn 40% der IV-Bezüger/-innen beziehen ihre Rente infolge psychischer Probleme. Geht man mit der WHO (1998) davon aus, dass Gesundheit ein Zustand umfassenden Wohlbefindens sowohl in körperlicher, psychischer als auch sozialer Hinsicht darstellt, wird deutlich, dass der Gesundheitszustand der erwerbstätigen Bevölkerung in der Schweiz durch die Arbeitsbedingungen massgeblich beeinträchtigt wird – ganz abgesehen von den Beeinträchtigungen der Gesundheit derjenigen, die aus gesundheitlichen oder andern Gründen gar nicht (mehr) erwerbstätig sein können.[4]

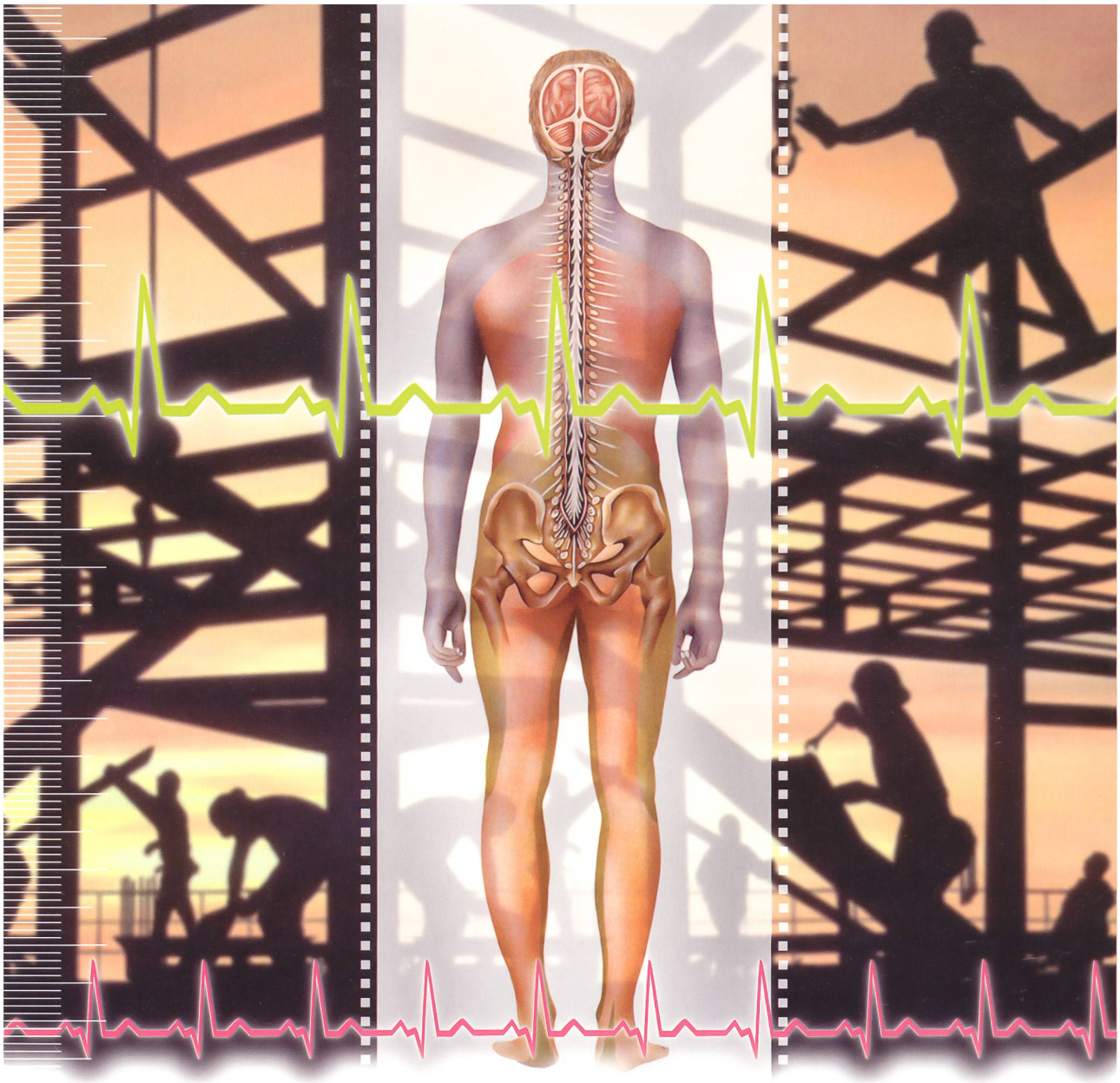
Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit in Betrieben – ein Überblick

Dass die Arbeitswelt ein Bereich der sozialen Lebenswelt darstellt, der für die Gesundheit eine grosse Bedeutung hat, ist hinlänglich bekannt. Darauf deutet etwa die Gründung von zahlreichen Organisationen hin, die sich im Themenbereich «Gesundheit am Arbeitsplatz» positionieren, wie etwa der «Dachverband der Fachgesellschaften für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz»[5], der «Schweizerische Verband für Betriebliche Gesundheitsförderung»[6], das «Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung»[7], die «Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz»[8], die «Europäische Stiftung für die Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen»[9] oder das «Nationale Institute of Disability Management and Research» in Kanada[10], um nur einige zu nennen. An den Programmen und Publikationen dieser Organisationen lassen sich drei zentrale Themenfelder im Bereich «Arbeit und Gesundheit» eruieren, die nachfolgend kurz eingeführt werden sollen

Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit: Massnahmen, die darauf ausgerichtet sind, negative Folgen der physischen Gestaltung des Arbeitsplatzes zu verhindern – Lärmschutz, Sicherheit bei Arbeit in der Höhe (auf Dächern oder Gerüsten), ergonomische Gestaltung von Büroarbeitsplätzen, Hygieneprobleme etc.

Allgemeine Prävention und Gesundheitsförderung: Massnahmen, die darauf ausgerichtet sind, Ursachen für eine allgemeine Beeinträchtigung der

* Martin Hafen, Sozialarbeiter HFS und Soziologe Dr. phil. arbeitet als Dozent an der HSA Hochschule für Soziale Arbeit Luzern und leitet dort unter anderem zusammen mit Prof. Kurt Gschwind den MAS Master of Advanced Studies in Prävention & Gesundheitsförderung (www.hsa.fhz.ch/masp). Weiter hat er als Lehrbeauftrager an der Uni Luzern (Soziologie) im SS 06 ein Seminar «Betriebliches Gesundheitsmanagement» durchgeführt. Kontakt: HSA Luzern, Werftstr. 1, Postfach 3252, 6002 Luzern, Tel. 041 367 48 81, E-Mail: mhafen@hsa.fhz.ch, Homepage privat: www.fen.ch.



Gesundheit zu reduzieren – Stress, schlechtes Betriebsklima, Mobbing etc. *Eingliederungsmanagement:* Massnahmen, die darauf ausgerichtet sind, «behinderte» Arbeitnehmer/-innen in die Unternehmen zu integrieren resp. Arbeitnehmer/-innen mit gesundheitlichen Problemen möglichst früh zu unterstützen, damit die Dauer der Absenz verkürzt, und die Wahrscheinlichkeit für ein Ausscheiden aus der Arbeitsstelle resp. dem Erwerbsleben überhaupt verringert werden kann.[11]

Versucht man einen Überblick über die umfangreiche Literatur in diesen Bereichen zu gewinnen, fällt Folgendes auf: im Bereich Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit finden sich unzählige Merkblätter und Informationsschriften zu spezifischen Themenbereichen, welche den Unternehmen als Leitfaden zur Verbesserung der Arbeitssicherheit dienen und klar formulierte Handlungsanleitungen geben. Literatur, welche das Thema Arbeitsschutz umfassender darstellt und neben «best practice» auch theoretische Überlegungen einfliessen lässt, gibt es auch, wenn auch ungleich seltener.[12] Noch seltener zu finden sind Publikationen, welche sich bemühen, die Perspektive vom reinen Arbeitsschutz auf eine allgemeine Gesundheitsförderung im Betrieb zu erweitern und dabei sowohl das Management als auch die Arbeitnehmer/-innen als relevante Akteure/-innen bezeichnen.[13]

Der Bereich des Eingliederungsmanagements schliesslich hat sich in den letzten Jahren langsam zu einem Berufsfeld entwickelt, in welchem beachtliche Anstrengungen unternommen werden, und zu welchem auch zunehmend Publikationen erscheinen, die Unternehmen und andere Arbeitsorganisationen dabei unterstützen, die Folgen von temporärer Arbeitsunfähigkeit (disability) zu minimieren. Ein Themenschwerpunkt ist dabei die Integration von Menschen mit einer bleibenden Behinderung[14], ein anderer die Verhinderung von Arbeitsplatzverlust und «Invalidisierung» von Menschen mit plötzlich auftretenden körperlichen oder psychischen Beschwerden – bisweilen (je nach Konzept) ergänzt durch präventive Aktivitäten. Die Publikationen sind auch hier mehrheitlich auf die praktische Umsetzung von Massnahmen ausgerichtet.[15]

Begriffliche Unschärfen

Ein genauerer Blick in die praxisorientierte Fachliteratur zeigt zwei Dinge: Einerseits sind die verwendeten Begriffe wie Gesundheit, Gesundheitsförderung, Prävention, Eingliederungsmanagement, Disability Management oder Gesundheitsmanagement nicht klar definiert und werden in den diversen Texten uneinheitlich verwendet;

andererseits fällt auf, dass die Konzepte oft nur die eine oder die andere Seite der Unterscheidung von Prävention («Arbeitsschutz» und «betriebliche Prävention/Gesundheitsförderung») und Behandlung («Eingliederungsmanagement» und «Disability Management») fokussieren. Nur wenige Definitionen und Ansätze umfassen das ganze Spektrum von Massnahmen – von der Prävention über die Früherkennung bis hin zur Behandlung[16] – so etwa die Definitionen von «Disability Management» von Merckx/Weiland[17] und Mehrhoff[18], sowie die Definition von «Betrieblichem Gesundheitsmanagement» des Instituts für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation IPQR[19], was aber sofort die Frage aufwirft, in welcher Hinsicht sich diese Disziplinen voneinander unterscheiden. Eine theoretische Aufarbeitung dieser und anderer Differenzen wird nicht unternommen. In der Regel werden einfach die konzeptuellen und methodischen Schwerpunkte der einzelnen Ansätze aufgelistet, was die Unterscheidungskraft nicht verbessert, da sehr viele Gemeinsamkeiten bestehen. Die mangelnde Trennschärfe zwischen den einzelnen Begriffen und Konzepten wird denn auch zunehmend beklagt.[20]

Das Ziel dieses Aufsatzes ist es, auf der Basis einer systemischen Präventionstheorie[21] – ausgehend von Gesundheitsbegriff – einen Beitrag zur Klärung der in der Praxis gebräuchlichen Begriffe zu leisten, die Grenze von Prävention und Behandlung bei Massnahmen im Kontext des Betrieblichen Gesundheitsmanagements schärfer zu ziehen und einige grundsätzliche Überlegungen zum Versuch anzustellen, Betriebe zu gesundheitsförderlich(er)en Lebenswelten zu machen.

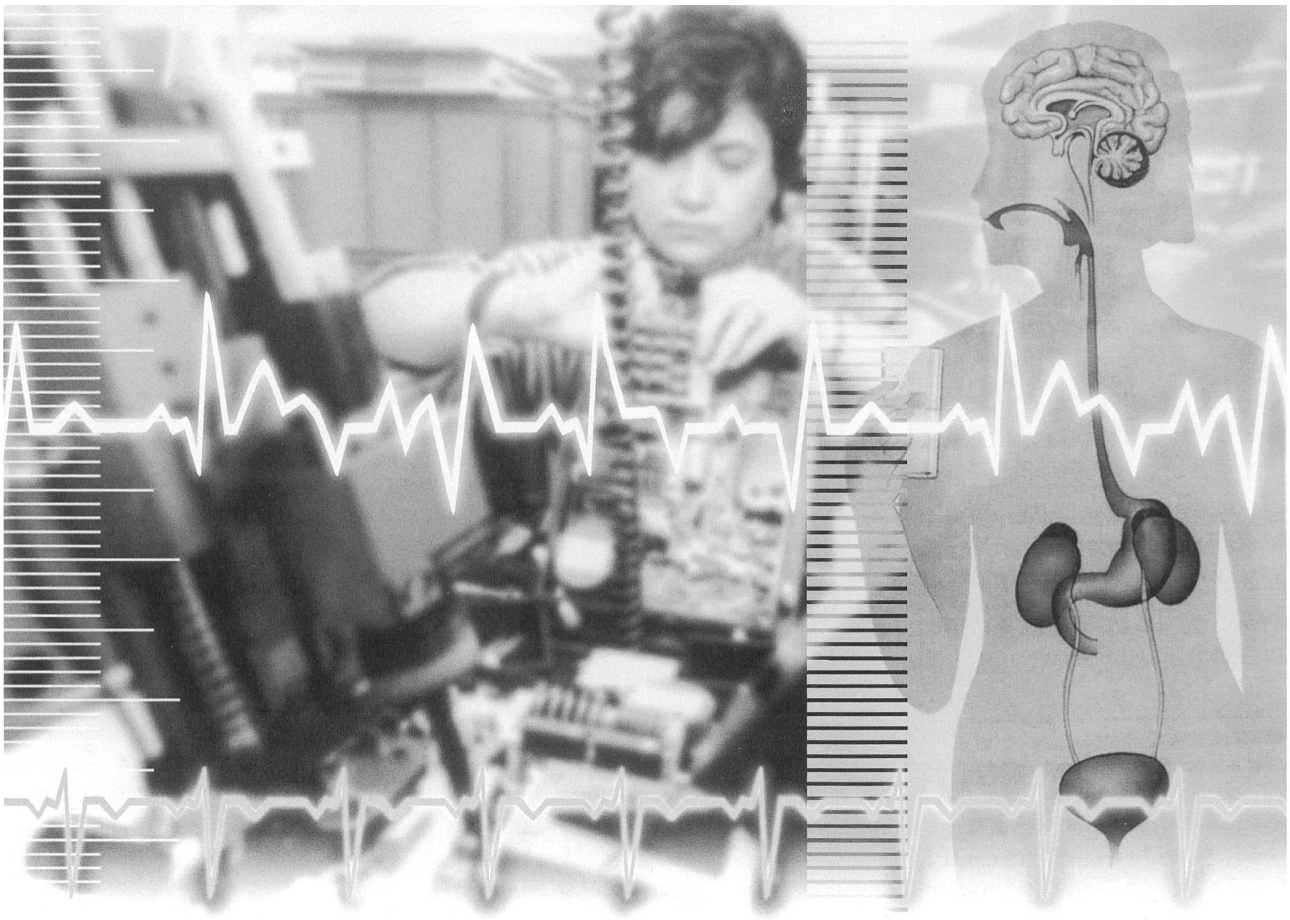
Was ist Gesundheit?

Eine zentrale Schwäche der rezipierten Literatur ist – wie so oft – der unscharfe Gesundheitsbegriff. Die gebräuchliche Definition von *«Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit»* wird durch die IPQR als *«biomedizinisches Modell»* beschrieben, das ein *«vereinfachendes Krankheitsmodell»* (?) darstelle und *«für einen ganzheitlichen Ansatz viel zu schmal»* sei.[22] Folglich nimmt das IPQR Bezug auf den Gesundheitsbegriff der «Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit» (ICF) der WHO[23], die ein funktionales, bio-psycho-soziales Modell der Gesundheit entwickelt hat. Dieses Modell bezweckt eine Standardisierung bei der Beschreibung von Gesundheitszuständen. *«Sie definiert Komponenten von Gesundheit und einige mit Gesundheit zusammenhängende Komponenten von Wohlbefinden (wie Erziehung/Bildung und Arbeit). Deshalb können die in der ICF enthaltenen Domänen als Gesundheitsdomänen und mit Gesundheit zusammenhängende Domänen betrachtet werden.»*[24] Diese Domänen umfassen einerseits die Körperfunktionen und -strukturen, anderseits aber auch die Aktivitäten einer Person und ihre Teilhabe am sozialen Leben. «Funktionsfähigkeit» dient als Oberbegriff über diese Domänen bzw. «Behinderung» («disability»), wenn sich Einschränkungen in der Funktionsfähigkeit ergeben. Ergänzt wird das Modell durch Umweltfaktoren, die mit den genannten Konstrukten in Wechselwirkung stehen.

Wie bei einer anderen, funktionalen Gesundheitsdefinition der WHO, die Gesundheit als Ressource beschreibt, die es Menschen erlaubt, ein individuell, sozial und ökonomisch produktives Leben zu führen[25], ergibt sich auch bei der ICF das Problem, dass die Beschreibung der Funktion von Gesundheit keine Beschreibung des Phänomens «Gesundheit» erlaubt. Man weiss, wozu man Gesundheit brauchen kann[26], aber man weiss nicht, was Gesundheit sein könnte. Der Begriff des Wohlbefindens aus der eingangs zitierten WHO-Definition hilft da wenig. Erstens wird Gesundheit mit diesem Begriff vollständig individualisiert[27], was Massnahmen zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit nur schwer planbar macht; zweitens lässt sich Wohlbefinden nicht bestimmen, wenn man nicht eine Vorstellung davon hat, wovon es sich unterscheidet (etwa von Unwohlsein), und drittens ist Wohlbefinden als sich laufend verändernder Zustand nur sehr schwer fassbar. Ist eine Person, die Liebeskummer hat, nicht mehr gesund, weil dieser Zustand ja kaum als Zustand des Wohlbefindens beschrieben werden kann?

Die Verborgenheit der Gesundheit

Wir haben es also mit Gesundheitskonzepten zu tun, die nicht in der Lage sind, Gesundheit exakt zu definieren. Das wiederum macht es schwierig, Begriffe wie Gesundheitsmanagement oder Gesundheitsförderung exakt zu bestimmen, weil ja nicht klar ist, was gemanagt oder gefördert werden soll. Das Definitionsproblem beim Gesundheitsbegriff liegt darin begründet, dass es für Gesundheit keine positiven, empirisch eindeutig fassbaren Symptome gibt wie bei vielen Krankheiten. Die Phänomenologie der Gesundheit ist eine *«Phänomenologie des Unscheinbaren»*, so Medard Boss[28], und genau das lässt Gadamer[29] von der *«Verborgenheit der Gesundheit»* sprechen.



Aspekte wie Wohlbefinden (WHO) oder Antonovskys Kohärenzgefühl[30] können sowohl Symptome als auch (Mit-)Ursachen von Gesundheit sein – in jedem Fall erlauben sie keine Bestimmung dessen, was Gesundheit sein könnte. Schliesslich können auch körperlich schwer kranke Menschen wie etwa der Astrophysiker Stephen Hawking über ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl und Wohlbefinden verfügen. Um dem Gesundheitsbegriff mehr Kontur zu verleihen, bietet sich an, dem Krankheitsaspekt wieder mehr Beachtung zu schenken. Die Abwesenheit von Krankheit ist ein zentrales (um nicht zu sagen: das zentrale) Kriterium für die Bestimmung der Gesundheit – das zeigen auch Untersuchungen zu Laienkonzepten von Gesundheit[31]. Zu beachten ist dabei, dass es sich um eine negative Bestimmung von Gesundheit handelt: vor allem an Symptomen der Nicht-Gesundheit lässt sich erkennen, dass es einen Zustand vor Einsetzen der Krankheit gab – einen Zustand, der dem, was gemeinhin als «Gesundheit» bezeichnet wird, am nächsten kommt. Oder wie es der Aphoristiker und Immunbiologe Gerhard Uhlenbruck ausdrückt: *«Gesundheit ist die Summe aller Krankheiten, die man nicht hat.»*[32] Dieses Nicht-Haben von Krankheit kann sich in Wohlbefinden ausdrücken, muss es aber nicht.

Gesundheit und Krankheit als Kontinuum

Wir gehen also davon aus, dass Krankheit einen zentralen Faktor für die Bestimmung von Gesundheit darstellt. Wichtig ist, dass die Krankheit nicht von der Gesundheit getrennt, sondern als Aspekt der Gesundheit gesehen wird.[33] Antonovsky hat das mit dem Bild des Kontinuums von Gesundheit und Krankheit ausgedrückt. Ein Mensch ist nie vollständig gesund und nie vollständig krank. Jede Rede von Gesundheit (und Krankheit) entspricht einer Momentaufnahme, welche die Gesundheits- und Krankheitsaspekte bezeichnet, die das Leben gegenwärtig beeinflussen. Unterscheidungstheoretisch lässt sich formulieren, dass Gesundheit die Einheit der Differenz von Gesundheit und Krankheit ist, was sich auch anhand des taoistischen Symbols von «yin» und «yang» symbolisieren lässt: Gesundheit und Krankheit bedingen sich genau so wechselseitig wie Erde (yin) und Himmel (yang). Die Auffassung, dass Gesundheit und Krankheit nicht voneinander losgelöst betrachtet werden können, sondern sich wechselseitig bedingen, ermöglicht auch vermehrt, Krankheit als Botschaft und als Chance zu sehen – als Teil des Lebens, der durchaus seine «gesunden» Aspekte umfassen kann.[34] So kann eine Krebsdiagnose Auslöser für eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit sein, wenn es durch den Befund der lebensgefährdenden Krankheit gelingt, psychische oder soziale, Krankheit begünstigende Faktoren wie ein schlechtes Stressmanagement oder eine verfahrene Beziehung zu beseitigen.[35] Es geht bei einer exakten Bestimmung von Gesundheit demnach auch um eine eigentliche «Ehrenrettung» der Krankheit – eine Ehrenrettung, die durch die Verherrlichung von «Gesundheit» als höchstem, anzustrebendem Wert in der Moderne, als *«gesellschaftlichem Hyperkonsens»*[36] notwendig geworden ist.

Gesundheit/Krankheit als psychische und soziale Konstruktion

Der vorhin genutzte Terminus der «Momentaufnahme» zeigt, dass weder Gesundheit noch Krankheit eigentliche «Zustände» darstellen, sondern eine Beobachtung der momentanen Positionierung eines Menschen auf dem Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum. Jede Rede von Gesundheit und Krankheit bezeichnet demnach anhand von Symptomen einen Zustand, der sich von andern möglichen Zuständen unterscheidet. Es handelt sich dabei um eine doppelte Konstruktionsleistung: Zum einen werden die Symptome so-

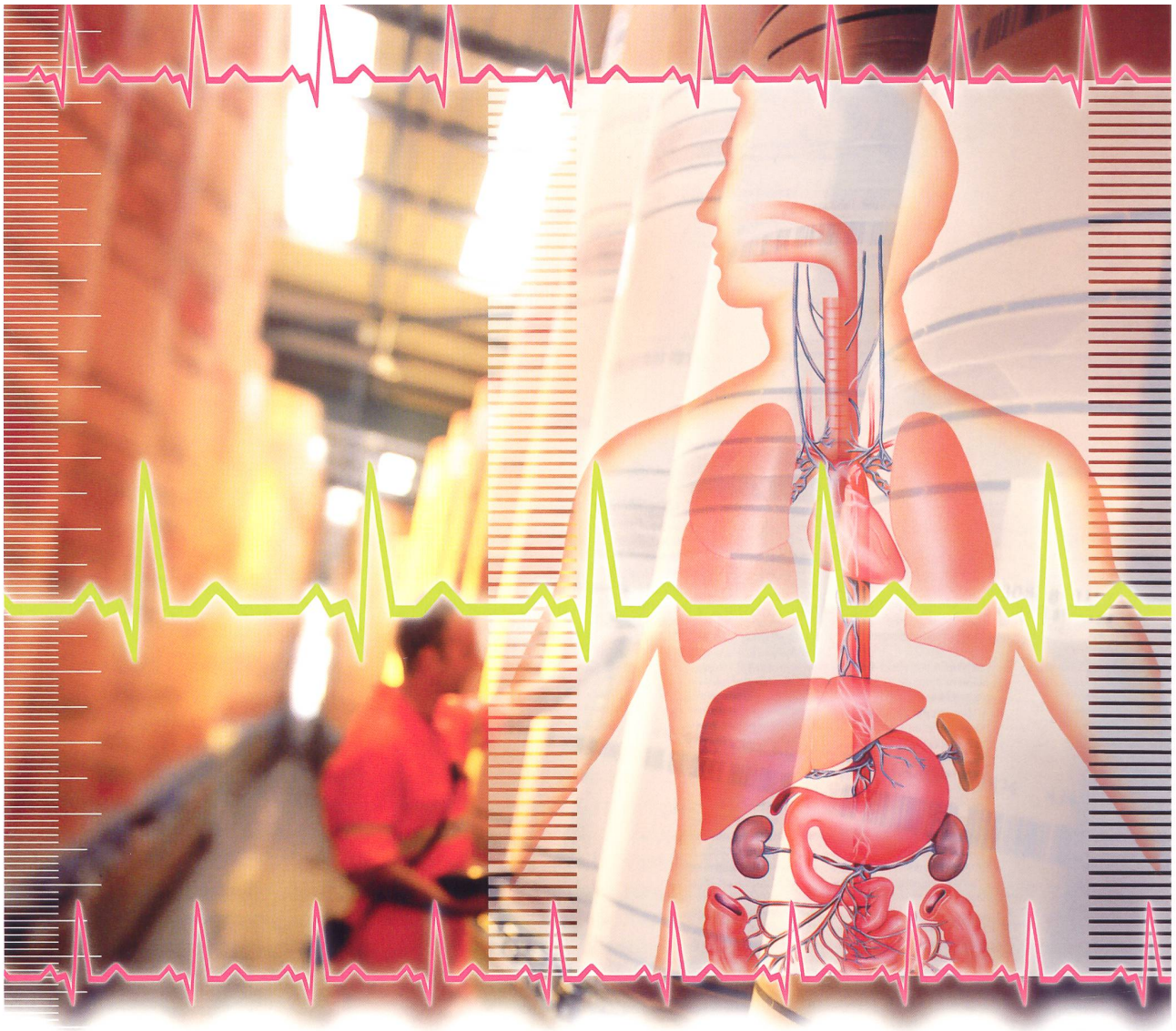
zial konstruiert, zum andern auch die Konzepte von Krankheit und Gesundheit, die mit den Symptomen in Verbindung gebracht werden.

Krankheiten wie Krebs «gibt» es, seitdem die Medizin Sezierungen vornimmt, und von psychischen Krankheiten wie Wahn und Depression ist erst seit dem «Zeitalter der Vernunft» die Rede.[37] Natürlich sind (so ist zumindest anzunehmen) auch früher Menschen an bösartigen zellulären Veränderungen gestorben und schon immer hat es psychische Zustände gegeben, die nicht der «Normalität» entsprochen haben. Gerade die Geschichte der Geisteskrankheit zeigt jedoch die kontingente (also auch immer anders mögliche) Konstruktivität solcher Phänomene (der Symptome) und Konzepte (von Krankheit) auf – etwa am Beispiel der Schamanen, die ihren hohen sozialen Status nach Foucault[38] durch Hysterie und Hypochondrie erhalten.

Wir verstehen Gesundheit und Krankheit demnach als Konstruktionsleistungen, die sich im Laufe der Zeit verändern und sich zudem kulturell unterscheiden. Dazu kommt, dass diese Konstruktionen durch zwei unterschiedliche Beobachtungsinstanzen vollzogen werden: die eher subjektivierende, individuelle (psychische) Beobachtung durch die einzelnen Menschen und die eher objektivierende, soziale in unterschiedlichen gesellschaftlichen Kontexten wie der Familie, dem Betrieb, der Medizin und der Wissenschaft. «Eher subjektivierend» soll ausdrücken, dass unsere individuellen Beobachtungen von Gesundheit und Krankheit stark durch die sozialen Konstruktionsleistungen beeinflusst sind, diesen aber nicht einfach entsprechen. Gerade bei einem nur schwer objektivierbaren Konzept wie «Gesundheit» ist es daher unabdingbar, zwischen individueller Beobachtung von Gesundheit und der Beobachtung durch Medizin und Wissenschaft zu unterscheiden. «Eher objektivierend» drückt aus, dass auch die soziale Beobachtung von Gesundheit und Krankheit keine wirklich «objektive» Beobachtung ist. Betriebe oder Familien können die Gesundheit oder Krankheit eines Individuums ganz anders beobachten, als die Medizin, die Wissenschaft oder die Massenmedien. Gerade im Kontext des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist dann entscheidend, dass das Verhältnis der betrieblichen und der medizinischen Einschätzung des Gesundheits-/Krankheitszustandes rechtlich geregelt ist, so dass ein Arztzeugnis das Individuum vom betrieblichen Leistungsanspruch auch dann befreit, wenn der Abteilungsleiter den Verdacht hegt, eine Mitarbeiterin mache «blau», sei also nicht krank. Schliesslich gibt es innerhalb der Profession «Medizin» weitere Unterschiede bei der Konstruktion von Gesundheit; so entsteht aus einem psychosomatischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit eine ganz andere Beschreibung des Gesundheitszustandes, als sie mit dem Verständnis der «konventionellen Medizin» zu erwarten ist.[39]

Risiko- und Schutzfaktoren

Wenn man der Vorstellung der WHO folgt, dass es sich bei der Gesundheit um ein bio-psycho-soziales Phänomen handelt, so gilt es zwei Aspekte zu präzisieren. Zuerst ist bei dieser Klassifizierung die physikalisch-materielle (ökologische)[40] Komponente (etwa bei Asbestbelastung oder beim Passivrauchen) nicht genannt (wenn auch wohl mitgemeint). Wichtiger ist, dass mit dieser Bezeichnung nicht zwischen der Ebene von Gesundheit/Krankheit und der Ebene der Einflussfaktoren unterschieden wird, welche die Generierung von Krankheit und damit auch die Gesundheit mitprägen. In andern Worten: Die Positionierung eines Menschen auf dem Gesundheits-/Krankheitskontinuum wird über die (psychische und soziale) Beobachtung von Symptomen konstruiert, die über die An- und Abwesenheit von Krankheiten resp. über das Vorhanden/Nichtvorhandensein von Gesundheit informieren. Dieses konstruktivistische Verständnis von Gesundheit erlaubt es, gleichzeitig Symptome von Gesundheit wie Wohlbefinden und solche von Krankheit zur Beschreibung von Gesundheit heranzuziehen. Entscheidend ist, dass die Gesundheit in ihrer untrennbaren Verbundenheit zur Krankheit immer nur physische und psychische Gesundheit meinen kann – einer Gesundheit, die ganz zentral durch die An- und Abwesenheit von psychischen und körperlichen Krankheiten beeinflusst wird. Die sozialen und physikalisch-materiellen Aspekte kommen erst auf der Ebene der Einflussfaktoren ins Spiel. Lärm selbst ist genau so wenig krank wie Ruhe für sich gesund ist. Aber Lärm kann krank machen. Wir können also bei Lärm im Sinne Antonovskys[41] von einem Stressor sprechen – oder besser: von einem potentiellen Stressor, denn es ist das jeweilige psychische oder körperliche System selbst, das bestimmt, ob und welche Art von Lärm zu einem ungünstigen, inneren Spannungszustand führt, der Krankheit begünstigt und dadurch Gesundheit mindert.[42] Um diese Potentialität auszudrücken, kann der Begriff «Risikofaktor» herangezogen werden – nicht zuletzt weil er (zumindest nach Luhmanns Risikotheorie[43]) ausdrückt, dass die Gefahr einer Schädigung auch dadurch zum Risiko wird, dass wir mitentscheiden können (und durch Prävention und Gesundheitsförderung dazu genötigt werden), welchen Faktoren wir uns in welchem Mass aussetzen. Den potentiell pathogenen



Risikofaktoren stehen die gesundheitserhaltenden Schutzfaktoren (bei Antanovsky: Widerstands-Ressourcen) gegenüber, die den pathogenen Einfluss der Stressoren einschränken können. Dabei ist zu beachten, dass nur die Risikofaktoren die Positionierung eines Menschen auf dem Gesundheits-/Krankheitskontinuum (pro-)aktiv beeinflussen (indem sie Krankheiten generieren). Die Schutzfaktoren erhalten die Gesundheit reaktiv, indem sie die pathogene Wirkung der Risikofaktoren limitieren.

Pathogenese und Salutogenese

Konsequent formuliert bedeutet dies, dass auch salutogenetische Ansätze keine grundsätzlich andere Perspektive einnehmen als Pathogenetische. Wenn die Salutogenese danach fragt, was uns gesund erhält, dann entspricht das der Frage nach Schutzfaktoren, welche den Einfluss von Risikofaktoren minimieren. Dabei ist zu bedenken, dass auch die Schulmedizin neben der Behandlung von Krankheiten immer schon die Frage nach Schutzfaktoren gegen bestimmte Stressoren gestellt hat. So haben die zunehmenden Kenntnisse über die Zusammenhänge von Hygienebedingungen resp. sauberem Trinkwasser und Phänomenen wie hoher Kindersterblichkeit oder die Verbreitung von Seuchen massgeblich zur Einrichtung von städtebaulichen Massnahmen zur Hygieneverbesserung beigetragen.[44] Zudem geht es auch bei der salutogenetischen Perspektive nicht in erster Linie um die Nutzung bestehender Ressourcen (Schutzfaktoren), sondern um die Behebung von Ressourcen-Defiziten im präventiven Sinn. Schliesslich ist, ganz streng formuliert, nur die Behandlung in der Lage, die Gesundheit zu fördern, weil nur sie (durch Beseitigung von Krankheiten) die Positionierung auf dem Gesundheits-/Krankheitskontinuum aktiv in Richtung Gesundheit verschiebt. Gesundheitsförderung und Prävention durch Stärkung der Schutzfaktoren (resp. Abbau von Risikofaktoren) fördern die Gesundheit nicht aktiv, sondern erhalten sie, da die Genese von Krankheiten unterbunden wird. Von einer Genese der Gesundheit kann im Übrigen ohnehin nie die Rede sein, da Gesundheit (als Einheit von Gesundheit und Krankheit) nicht generiert (erschaffen), sondern lediglich gefördert oder erhalten werden kann, weil sie von Geburt an besteht und erst mit dem Tod endet.

Pathogenese und Salutogenese sind also keine grundsätzlich unterschiedlichen Ansätze, sondern zwei Seiten einer Medaille – je nachdem ob die Gesundheits- oder die Krankheitsseite der Unterscheidung «Gesundheit/Krankheit» angeschaut wird. Die Kritik von Seiten der Gesundheitsförderung an der Schulmedizin, dass sie lediglich pathogenetisch ausgerichtet sei, läuft daher ins Leere und hat wohl deswegen auch so wenig Resonanz in der kurativen Medizin. Infolge der Bedeutung von psychischen und körperlichen Krankheiten für Gesundheit und Wohlbefinden und wegen der Differenziertheit der

unzähligen Krankheitsbilder im Vergleich zum wenig differenzierten und damit schwer fassbaren Konzept der psychischen und physischen Gesundheit ist auch die «Salutogenese» immer auf eine pathogenetische Perspektive zurückgeworfen. Auch sie muss danach fragen, welche Risikofaktoren zu welchen Krankheiten führen, denn nur dann lassen sich die Widerstands-Ressourcen (Schutzfaktoren) bestimmen. Das Beharren der Gesundheitsförderung auf der «salutogenetischen» Perspektive, das sich bisweilen zu einer regelrechten «Krankheits- oder «Problemphobie» steigert, ist vor allem darum bedauerlich, weil es wichtige Aspekte der Kritik an der Schulmedizin in den Hintergrund treten lässt – insbesondere den Umstand, dass die Schulmedizin dem Einfluss und dem Zusammenspiel von psychischen und sozialen Risiko- und Schutzfaktoren zu wenig Beachtung schenkt. Nicht der pathogenetische Zugang ist es, der an der Schulmedizin zu kritisieren ist, sondern ihre mechanistisch-reduktionistische Perspektive, die lediglich körperliche und physisch-materielle Krankheitsfaktoren berücksichtigt.

Ein multi-faktorieller Ansatz der Risiko- und Schutzfaktoren

Wir folgern aus den bisherigen Ausführungen, dass nicht das Gesundheits-/Krankheits-Modell bio-psycho-ökosozial ist, sondern ein Modell der Einflussfaktoren auf Krankheiten und damit auf die Gesundheit. Sobald man nicht mehr nur die Beseitigung von Krankheitssymptomen in Betracht zieht, sondern eine mehr präventive Perspektive verfolgt, ist es unabdingbar, Einflussfaktoren auf allen vier Ebenen zu beachten, d.h. Risikofaktoren zu minimieren und Defizite an Schutzfaktoren zu beheben. Lediglich mit «pathogenetisch» formulierten Fragen wie *«Was (welche Krankheit oder Verletzung) soll verhindert werden?»*, *«Welches sind die Faktoren, die das Auftreten der Krankheit wahrscheinlicher machen?»* und *«Welche Schutzfaktoren-Defizite müssen behoben werden, um die Wahrscheinlichkeit zu reduzieren?»* lassen sich klar definierte, zielgerichtete Massnahmen planen und umsetzen – Massnahmen, die auch auf ihre Wirkung hin beurteilt werden können, und eine effizienz-basierte Gesundheitsförderung und Prävention ermöglichen. Diese Klarheit in Hinblick auf die Benennung von zu verhindernden Krankheiten/Verletzungen schliesst nie aus, bei der Umsetzung der jeweiligen Massnahmen aus methodischen Gründen eine «salutogenetische» Perspektive einzunehmen und von Förderung der Gesundheit anstatt von Verhinderung von Krankheit zu sprechen.[45] Bei der Methodik geht es bekanntlich um die Fragen, wie etwas erreicht werden soll, während die Frage nach dem «Was?» eine funktionale Frage ist und die Antwort «Förderung der Gesundheit» wenig Klärung bringt.

Betriebe als gesundheitsrelevante Settings

Doch kommen wir nach diesen Ausführungen zum Gesundheitsbegriff[46] zurück zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Die einführenden Abschnitte haben deutlich gemacht, dass Erwerbsarbeit sowohl ein Risiko- als auch ein Schutzfaktor sein kann und so die Positionierung eines Menschen auf dem Gesundheits-/Krankheitskontinuum beeinflusst, je nachdem ob sie die Entstehung von Krankheiten fördert (z. B. wenn die Stressbelastung zu hoch ist) oder reduziert (z. B. wenn eine sinnerfüllte Arbeit dabei hilft, familiäre Probleme zu bewältigen). Doch es ist nicht nur die Arbeit selbst, welche die Gesundheit beeinflusst, sondern auch Faktoren im Kontext der Erwerbstätigkeit – etwa das Betriebsklima, die Arbeitszeiten oder physikalisch-materielle Einflussfaktoren wie Lärm oder schlechte Luft. Das Verhältnis von Risiko- und Schutzfaktoren ist dabei in jedem Fall individuell zu bestimmen. So ist fehlende Schutzkleidung kein Risikofaktor, wenn kein Grund vorhanden ist, solche Schutzkleidung zu tragen. Arbeitet man an einer sehr lauten Maschine, dann ist der Lärm ein Risikofaktor (z. B. für das Auftreten von psychischen Problemen oder einer Hörschädigung) und der Gehörschutz ein Schutzfaktor – sofern er getragen wird. Ergeben statistische Erhebungen, dass ein gutes Betriebsklima das individuelle Gesundheitsempfinden und die Leistungsfähigkeit verbessert, weil es die Belastung von Stressoren reduziert, dann wird das Betriebsklima zu einem Schutzfaktor, der zur Erhaltung der Gesundheit beiträgt. Ein schlechtes Betriebsklima wiederum ist nicht nur ein fehlender Schutzfaktor, sondern ein (pro-aktiv pathogener) Risikofaktor, weil Mobbing und fehlender Respekt die psychische Befindlichkeit aktiv schwächen, indem sie Depressionen oder ein Burn-out wahrscheinlicher machen.

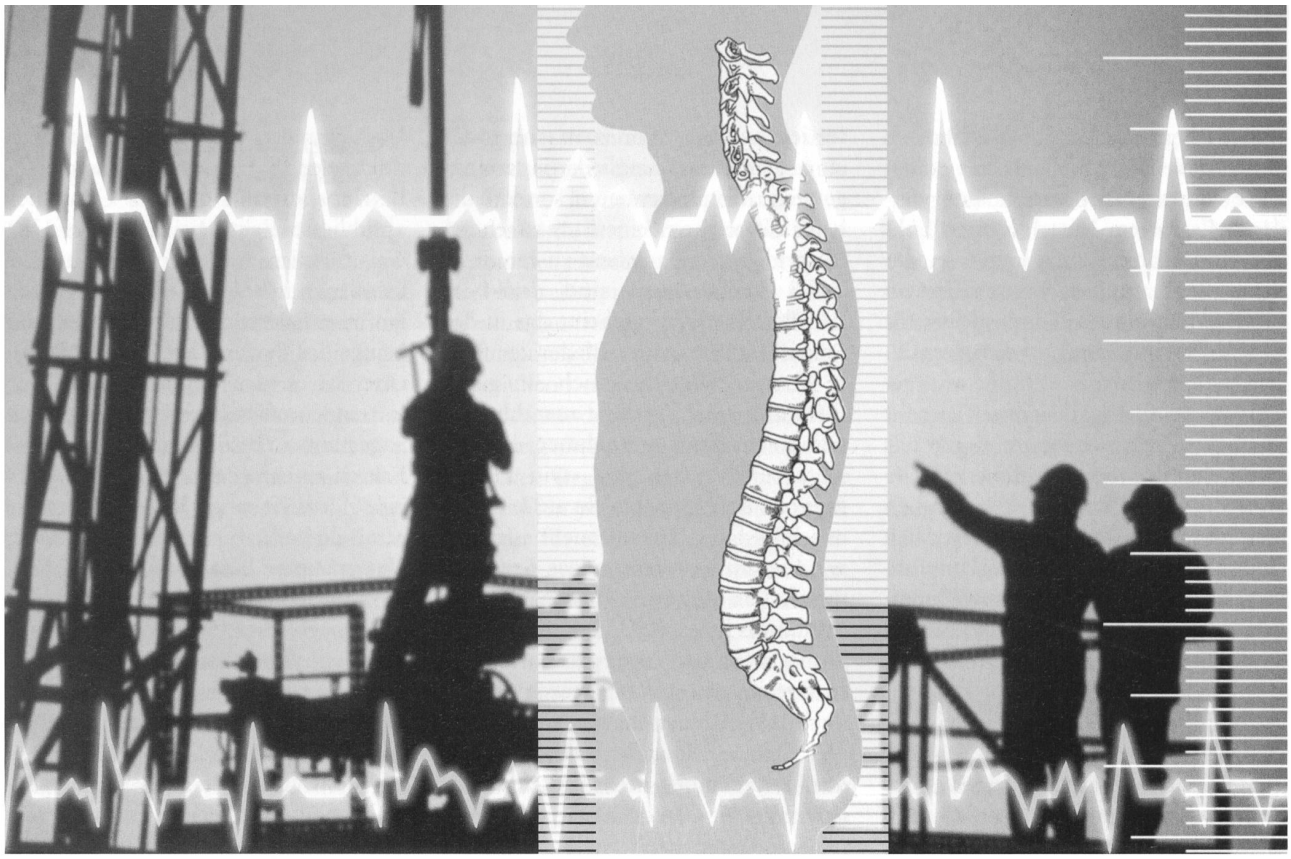
Prävention ...

Für ein umfassendes Gesundheitsmanagement im Betrieb sind also nicht nur die aktuellen (psychischen und sozialen) Beobachtungen der Gesundheit der Mitarbeiter/-innen von Bedeutung, sondern auch alle Faktoren, welche das Auftreten von Krankheiten pro-aktiv oder reaktiv beeinflussen. Gerade für die Prävention, die ja anders als die Behandlung nicht direkt an der Krankheit resp. ihren Symptomen ansetzen kann, sind diese Faktoren zentral. Prävention ist immer nur

über die Beseitigung von Risikofaktoren resp. die Behebung von Schutzfaktoren-Defiziten möglich.[47] Das macht die wissenschaftliche Analyse des Einflusses von bestimmten Faktoren auf das Entstehen resp. Nicht-Entstehen von Krankheiten zum entscheidenden Faktor. Nur wenn man gesicherte Angaben zur Beziehung von Einflussfaktoren und Krankheit hat, kann man sicher sein, dass die erfolgreiche Implementierung von vorbeugenden Massnahmen zumindest eine potentiell präventive Wirkung hat. Das Adjektiv «potentiell» steht für die Erkenntnis, dass die Wirkung der Prävention oft darum so schwierig zu bestimmen ist, weil in der Regel nicht nur ein Einflussfaktor, sondern ganz viele Faktoren bestehen. Das macht es methodologisch äusserst schwierig, den Einfluss einer präventiven Massnahmen (z. B. die erfolgreiche Verbesserung des Betriebsklimas) auf die Entwicklung der individuellen Gesundheiten zu bestimmen.[48] Die Zahl der möglichen Einflussfaktoren in einem Betrieb auf alle denkbaren, psychischen und körperlichen Krankheiten variiert von Betrieb zu Betrieb, ist aber immer enorm hoch. Hinzu kommen alle andern Einflussfaktoren auf die Gesundheit – individuelle, körperliche und psychische Dispositionen, soziale Faktoren (z. B. in Familie und Nachbarschaft) oder Einflussfaktoren aus der physikalisch-materiellen Umwelt.

Doch auch ohne Beachtung dieser zusätzlichen Einflussfaktoren eröffnet sich für die Betriebliche Prävention resp. Gesundheitsförderung[49] ein enormes Interventionsfeld, und es ist angesichts beschränkter Ressourcen immer eine zentrale (und oft sehr schwierige) Aufgabe zu bestimmen, bei welchen Risikofaktoren resp. fehlenden Schutzfaktoren angesetzt werden soll. Die Aufgabe wird noch komplexer, wenn man bedenkt, dass viele Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Mitarbeitenden nicht direkt angegangen werden können, sondern dass nach Einflussfaktoren auf solche selbst gesucht werden muss. Wird zum Beispiel ein schlechtes Betriebsklima als wichtige (Mit-)Ursache für häufige Krankheitsabwesenheiten diagnostiziert, muss nach (Mit-)Ursachen für das schlechte Klima gesucht werden, wenn man dieses verbessern will (z. B. mangelnde Führungsqualität, unklare Transparenz, zu hohe Arbeitsbelastung etc.).

Wenn wir uns die eingangs vorgestellten, in der Praxis des Betrieblichen Gesundheitsmanagements gebräuchlichen Klassifizierungen in Erinnerung rufen, so können wir formulieren, dass sowohl die Betriebliche Prävention/Gesundheitsförderung als auch der Arbeitsschutz nichts anderes machen, als soziale, psychische, körperliche und physikalisch-materielle Risikofaktoren zu beseitigen resp. auf den vier Ebenen Schutzfaktoren zu stärken, wobei sich der Arbeitsschutz in der Regel auf den Bereich der physikalisch-materiellen Risikofaktoren bezieht (Schutz vor Lärm, Staub, Verletzungen etc.). In andern Worten: Prävention, Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz in Betrieben sind bestrebt, Faktoren zu beseitigen, die mit einer erhöhten, statistisch belegten Wahrscheinlichkeit zu Krankheiten und Verletzungen führen. Welche Krankheiten/Verletzungen vermieden werden sollen, über welche Einflussfaktoren das erreicht werden soll, welche Systemreferenz gewählt wird (Individuum und Soziales System) welche Methoden zur Anwendungen kommen, welche Zielgruppen ausgewählt werden, welche externen Faktoren (z. B. die Marktlage oder politische Vorgaben) berücksichtigt werden müssen, wie für Nachhaltigkeit der Massnahmen gesorgt werden kann und auf welche Weise die präventiven Massnahmen evaluiert werden – das ist im Rahmen einer umfassenden Situationsanalyse abzuklären, denn nur so ist die Gewähr dafür gegeben, dass die Betriebliche Prävention/Gesundheitsförderung nicht zu einer Alibiübung verkommt. Eine strukturelle Trennung von Massnahmen der Prävention/Gesundheitsförderung und des Arbeitsschutzes ist nicht angezeigt; vielmehr sollten die Arbeitsschutzmassnahmen ein Aspekt der Betrieblichen Prävention/Gesundheitsförderung und – weiter gefasst – eines umfassenden betrieblichen Gesundheitsmanagements sein, das auch die Bearbeitung von bestehenden Problemen einschliesst, wie es beim Eingliederungsmanagement der Fall ist.



... Früherkennung ...

Präventive/gesundheitsförderliche Massnahmen richten sich in der Regel an bestimmte Risikogruppen, nicht aber an Personen, bei denen sich das zu verhindernde Problem bereits manifestiert hat. Das ändert sich bei der Früherkennung, die als Schnittlinie zwischen Prävention und Behandlung bezeichnet werden kann.[50] Sobald Anzeichen für ein bestimmtes Problem – sei dies Alkoholismus, sexuelle Belästigung oder eine längere Krankheitsabwesenheit[51] – diagnostiziert werden, wird ein Problembezug zu einer konkreten Person hergestellt. Es geht dann nicht mehr wie in der Prävention um eine Gruppe von Personen, die irgendwann mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit von einem Problem betroffen sein könnten, sondern um klar adressierbare Individuen, bei denen das jeweilige Problem manifest wird. Betriebliche Früherkennung ist in diesem Sinn auf eine Systematisierung ausgerichtet, die auf drei Ebenen erfolgt[52]:

- auf der Ebene der Beobachtung von Problemanzeichen
- auf der Ebene des Austausches dieser Beobachtungen
- auf der Ebene der Einleitung von behandelnden Massnahmen

Auf der Ebene der Beobachtung von Problemanzeichen werden Strukturen angelegt, die absichern, dass sich abzeichnende Probleme möglichst früh erkannt werden. Abteilungsleitungen können geschult werden, sich andeutende Suchtprobleme oder Anzeichen von Burnout früher zu erkennen. Oder es werden regelmässig Erhebungen zur Befindlichkeit resp. Arbeitszufriedenheit des Personals durchgeführt. Oder es werden – entscheidend für ein funktionierendes Eingliederungsmanagement (siehe nachfolgend) – verbindliche Massnahmen festgelegt, welche die Chancen der Früherkennung vergrössern, wenn sich bei kranken Mitarbeiter/-innen eine längere Abwesenheit oder gar ein definitives Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess und eine «Invalidisierung» (im Sinne der Abhängigkeit von einer Invaliden-Rente) abzeichnet.

Auf der Ebene des Austausches dieser Beobachtungen geht es darum, Gefässe einzurichten, die Zeit und Raum für die Diskussion der gemachten Beobachtung gewähren. Diese Gremien können, ja sollen möglichst interdisziplinär zusammengesetzt sein, also z. B. die Betriebspsychologin oder den Sozialarbeiter im Betrieb einbeziehen. Nur so ist gewährt, dass Führungspersonen, aber auch Arbeitskollegen/innen mit ihren Beobachtungen nicht alleine gelassen werden und eine möglichst adäquate Frühbehandlung erfolgen kann.

Auf der Ebene der Einleitung von behandelnden Massnahmen schliesslich werden Voraussetzungen dafür geschaffen, dass adäquate Massnahmen ergriffen werden können, wenn sich bei einer Person Anzeichen von Problemen manifestieren, welche die Arbeitsfähigkeit längerfristig gefährden könnten. Durch die Massnahmen der Früherkennung wird gesichert, dass die behandelnden Massnahmen nicht erst einsetzen, wenn es für eine nachhaltige Verbesserung der Situation zu spät ist.[53]

... und Behandlung

In welcher Weise die behandelnden Massnahmen erfolgen, hängt von der Konstellation des Einzelfalles ab. Bei einem Suchtproblem kann die Früherkennung zu einer Überweisung an eine Suchtberatungsstelle führen und nachfolgend in eine Therapie. Bei einem sich abzeichnenden Burn-Out liegt das Problem u. U. bei der Abteilungsleitung, so dass es Sinn macht, diese in die behandelnden Massnahmen einzubeziehen. Entscheidend ist bei einem funktionierenden Eingliederungsmanagement, dass es mit einer fachgerechten, medizinischen Behandlung einer Krankheit oder Verletzung nicht getan ist. Vielmehr schafft der Betrieb die Strukturen dafür, dass er sich an der Koordinierung der notwendigen Massnahmen aktiv beteiligen kann – mit dem Ziel, die Mitarbeitenden im Un-

ternehmen zu behalten. Methodisch kann diese Koordination mit einem Case Management angegangen werden. Mit diesem Mittel können Lükken und Doppelspurigkeiten in der Behandlung reduziert werden. Zudem wird die betreute Person in dieser für sie schwierigen Situation davon entlastet, sich die adäquate Hilfe weit gehend selbst zu organisieren. Vielmehr ist es das Ziel, dass sie die durch das Case-Management koordinierte Hilfe *«wie aus einer Hand»* erlebt[54], um sich möglichst schnell zu erholen resp. sich einer allenfalls notwendigen Umschulung oder einer Umplatzierung innerhalb des Betriebs zuwenden zu können.

Der Nutzen für das Unternehmen

Wir wollen uns an dieser Stelle nicht in Details zur Umsetzung eines effektiven Eingliederungsmanagements resp. Disability Managements vertiefen, umso mehr als die praxis-orientierte Fachliteratur in diesem Bereich in den letzten Jahren massiv zugenommen hat.[55] Vielmehr wollen wir uns der Frage zuwenden, warum sich viele Unternehmen so schwer tun, Massnahmen im Bereich des Gesundheitsmanagements einzuführen – vor allem wenn es darum geht, nicht nur Gesundheitsförderung/Prävention zu machen oder ein angemessenes Eingliederungsmanagement zu implementieren, sondern die beiden Bereiche zu einem umfassenden Gesundheitsmanagement zu vereinen. Zwei Erklärungen sind denkbar: Auf der einen Seite scheint das in der Praxisliteratur immer wieder gemachte Versprechen, dass sich ein gutes Gesundheitsmanagement auszahlt, und sich so für das Unternehmen und die Mitarbeiter/-innen eine «win-win-Situation» ergibt, noch nicht ausreichend anschlussfähig. Hier braucht es sicher weitere und umfassendere Studien, welche ein positives Kosten/Nutzen-Verhältnis belegen. Unternehmen und immer mehr auch nicht profitorientierte Organisationen operieren streng nach betriebswirtschaftlichen Kriterien.[56] Der Appell an die Verantwortung der Unternehmen den Mitarbeiter/innen und «der Gesellschaft» gegenüber, mag in Einzelfällen fruchten; in der Regel muss sich aber auch ein «soziales» Unternehmen an seiner zu erwartenden Bilanz orientieren. In andern Worten: Betriebe sind wie alle Systeme selbstreferentiell geschlossen, d.h. sie orientieren sich an ihrer eigenen Geschichte und an ihrer eigenen Funktion, und die ist wie gesagt in hohem Mass durch betriebswirtschaftliche Überlegungen bestimmt. Personalreduktionen in Firmen, die das gleiche Betriebsjahr mit grossen Gewinnen abschliessen, sind ein deutlicher Hinweis für diese Systemlogik. Natürlich kann man in solchen und andern Fällen moralisierend argumentieren, nur bringt das in der Regel wenig. Effizienter ist es, den ökonomischen Nutzen eines umfassenden Gesundheitsmanagements zu betonen und mit härteren Fakten zu belegen, oder – etwa durch eine Zertifizierung – Imagegewinne zu ermöglichen, die sich aus Sicht der Unternehmen langfristig auch ökonomisch auszahlen können. Gerade bei der Betrieblichen Prävention kann man nicht ignorieren, dass das Unternehmen in der Gegenwart Kosten tragen muss, die sich erst (und nicht einmal sicher) in der Zukunft auszahlen werden. Dieses Verhältnis von sicherem gegenwärtigem Aufwand und unsicherem zukünftigen Gewinn, ist eines der Hauptprobleme der Prävention, die zwar von der Idee (Probleme frühzeitig zu verhindern, anstatt sie zu behandeln) überzeugend ist, aber im Alltag dann doch immer wieder unter diesem unsicheren Kosten/Nutzen-Verhältnis und (wegen der Vielfalt von Einflussfaktoren) unter Problemen mit dem Wirkungsnachweis zu leiden hat.[57]

Betriebliches Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe

Ein zweiter Grund für die Schwierigkeit, ein gutes Eingliederungsmanagement mit umfassenden Massnahmen zur Prävention von krankheitsbedingten Fehlzeiten zu verbinden, liegt im weit verbreiteten Irrtum, eine wirkungsvolle Prävention/Gesundheitsförderung in Betrieben sei mit isolierten, kurzfristigen Massnahmen zu erreichen. Prävention ist wie das Eingliederungs-Management eine eigentliche Management-Aufgabe. Mit Management ist nicht nur (aber auch) gemeint, dass die einzelnen Massnahmen gut koordiniert werden.[58] Vielmehr geht es darum, dass das Gesundheitsmanagement Teil der Unternehmensstrategie wird. Nur so ist eine ausreichende Nachhaltigkeit zu erreichen und nur so ist gewährleistet, dass die Widerstände, die bei der Einführung eines umfassenden Gesundheitsmanagements (wie bei jeder Organisationsentwicklung) auftreten, konstruktiv genutzt werden können. Mit Wimmer[59] ist zu empfehlen, dass die Führung eine entsprechende Transformation der Organisation nicht nur verordnet, sondern sich zuerst selbst an die neuen Verhältnisse anpasst. Dabei ist zu beachten, dass sich moderne Betriebe in der Regel nicht mehr auf eine einfache Hierarchie verlassen können, sondern auf sekundäre Hierarchien[60] (in Abteilungen, Teams, Projekten etc.) angewiesen sind, um sich der sich schnell verändernden Umwelt anzupassen. Die erfolgreiche Einbindung dieser sekundären Hierarchien in der Umsetzungsphase ist für die Implementierung eines wirkungsvollen Gesundheitsmanagements entscheidend. Wird durch eine unzureichende Informationspolitik verpasst, die Ziele und Chancen des Gesundheitsmanagements bei den Angestellten nachhaltig bekannt zu machen, so verlieren sich vor allem die präventiven Massnahmen nach wenigen Jahren im Nichts.[61]

Ein fachgerechtes Gesundheitsmanagement in einem Betrieb kann nur dann an Fachpersonen oder Mitarbeiter/-innen delegiert werden, wenn die entsprechenden, strukturellen Voraussetzungen auf allen Ebenen geschaffen sind.[62] Erst dann ist es möglich, die gewünschten Veränderungen in diesem hyperkomplexen, sich laufend verändernden und gleichzeitig enorm veränderungs-resistenten System «Betrieb» so anzuregen, dass sich das System resp. seine Unterabteilungen von innen heraus verändern. Wenn die Veränderungen den einzelnen Subsystemen und Mitarbeiter/-innen *«von aussen»* aufgezwungen werden, erhöht sich die Gefahr, dass diese Systeme ihre (immer ausreichend vorhandene) Expertise in Nicht-Veränderung oder Schein-Veränderung aktivieren. Erst wenn in der gesamten Organisation (und nicht nur in der Führungsebene) erkannt wird, dass die für ein funktionierendes Gesundheitsmanagement notwendigen Anpassungen für alle einen klar definierbaren Nutzen bringen, lässt sich die Veränderungsenergie aktivieren[63], die für eine nachhaltige Implementierung unabdingbar ist.

Die Einrichtung von rechtlichen Rahmenbedingungen schliesslich (wie z.B. die in der 5. IV-Revision vorgesehene Verpflichtung von Betrieben zu einer systematisierten Früherkennung) kann ein wichtiges Element zur Förderung der Bemühungen rund um das Betriebliche Gesundheitsmanagement sein – das zeigen die Erfahrungen in vielen Staaten[64]. Die rechtlichen Bestimmungen dürfen aber nicht so formuliert sein, dass die einzelnen Betriebe nur noch darauf schauen, die behördlichen Auflagen zu erfüllen, denn so geht viel Energie für die eigentlichen Aufgaben im Bereich des Gesundheitsmanagement verloren[65]. Die rechtlichen Rahmenbedingungen können ohnehin nie so umfassend ausfallen, dass sie in allen Betrieben ein optimales Gesundheitsmanagement ermöglichen – zu unterschiedlich sind die einzelnen Unternehmen strukturiert. So sind die Voraussetzung in einem Grossunternehmen wie Ford oder der Migros nicht zu vergleichen mit einem Betrieb mit weniger als zehn Angestellten[66]. Ein gewisser, rechtlicher Zwang kann also durchaus Sinn machen, aber nur wenn er die Betriebe durch die Vielfalt der Vorschriften nicht lähmt, denn sonst verschwindet der potentielle Nutzen aus dem Blickfeld, und damit auch der entscheidende Antriebsfaktor.

Abschliessende Bemerkungen

Die Tatsache, dass die Positionierung von Individuen auf dem Gesundheits-/Krankheitskontinuum durch die Arbeitsbedingungen massgeblich beeinflusst werden, machen Betriebe zu einem prädestinierten Setting für Massnahmen der Prävention, der Früherkennung und der Frühbehandlung resp. des Eingliederungsmanagements. Betriebe eignen sich gerade auch darum so gut für ein umfassendes Gesundheitsmanagement, weil sie als Organisationen über eine ausreichende Stabilität und Kontinuität verfügen, um nachhaltige Strukturveränderungen zu bewirken. Da Organisationen nicht nur laufend «lernen», sondern in weit grösserem Mass an Bewährtem festhalten[67], ist es unabdingbar, dass die Betriebe den Nutzen dieser Veränderungen erkennen. Dabei ist zu akzeptieren, dass es sich in der Regel vor allem um einen ökonomischen Nutzen handelt und nicht um den Nutzen, der sich aus einer «ethischen» Verpflichtung den Mitarbeiter/-innen oder der Gesellschaft gegenüber ergeben könnte.

Die eingangs vorgenommene Analyse des Gesundheitsbegriffs hat gezeigt, wie komplex die Aufgabe ist, Gesundheit (über die Behandlung von Krankheit) nicht nur wieder herzustellen (resp. ein Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess infolge der Krankheit zu verhindern), sondern den Krankheiten und Verletzungen über die Beseitigung von Risiko- und die Förderung von Schutzfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen zuvorzukommen. Es ist für den Erfolg der Massnahmen entscheidend, bei den Betrieben das Bewusstsein zu wecken, dass die Einführung eines umfassenden Gesundheitsmanagement weder einfach noch billig ist; dass es sich aber – sofern es dem Management gelingt, alle Ebenen des Betriebs für diesen Entwicklungsprozess zu gewinnen – für die Beteiligten (den Betrieb, die Mitarbeiter/innen und das Management) lohnt, diesen Weg einzuschlagen. ■

Literaturverzeichnis und
Fussnoten siehe folgende Seiten.

Literatur

- **Antonovsky, A., 1997:** Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erw. hrsg. von Alexa Franke. Tübingen
- **Baecker, D., 2000:** Mit der Hierarchie gegen die Hierarchie. In: Hejl, Peter M.; Stahl, Heinz K. (Hrsg.): Management und Wirklichkeit. Das Konstruieren von Unternehmen, Märkten und Zukünften. Heidelberg: 235-264
- **Baillod, J. Limbach; E., Schär Moser, M., 2004:** Integration von Menschen mit einer Behinderung. Bern
- **Basaglia, F. O., 1985:** Gesundheit, Krankheit. Das Elend der Medizin. Frankfurt
- **Boss, M., 1999:** Grundriss der Medizin und der Psychologie. Ansätze zu einer phänomenologischen Psychologie, Pathologie und Therapie und zu einer daseinsgemässen Präventiv-Medizin. 3. Auflage. Bern/Toronto/Göttingen/Seattle
- **Bullinger, H-J., Kern, P.; Schindhelm, R, 1996:** Neue Organisationsstrukturen im Betrieb und ihre Auswirkungen auf den betrieblichen Arbeitsschutz, Stuttgart
- **Bühler, M.; Gruber, R.; Meury, M.; Romei, S. 2006:** Disability Management – theoretische Grundlagen und Einsatzmöglichkeiten in KMU. Fachartikel im Rahmen des Schweizerischen Nachdiplomstudiums Personalmanagement SNP 28. Fachhochschule Nordwestschweiz. Olten
- **Bundesamt für Sozialversicherung (Hrsg.), 2004:** IV-Statistik 2004. Bern
- **Bundesamt für Statistik (Hrsg.), 2003:** Eidgenössische Gesundheitsbefragung. Neuchâtel
- **Cernavin, O.; Wilken, U.J.(Hrsg.), 1998:** Dienstleistung Prävention. Wiesbaden
- **Clever, P., 2005:** Betriebliche Prävention – Chancen und Grenzen. Grusswort und Thesenpapier. In: Mehrhoff, Friedrich; Schönle, Paul W. (Hrsg.), 2005: Betriebliches Eingliederungsmanagement. Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern sichern. Stuttgart: 21-28
- **Der Schweizerische Bundesrat, 2005:** Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (5. Revision). Bern
- **Foucault, M., 1969:** Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt a.M.
- **Foucault, M., 1977**: Psychologie und Geisteskrankheit. 5. Auflage. Frankfurt a.M.
- **Gadamer, H.-G., 1993:** Über die Verborgenheit der Gesundheit. In: ders.: Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. Frankfurt a.M.: 133-148
- **Gehlen, A., 1986:** Urmensch und Spätkultur. Philosophische Ergebnisse und Aussagen. Wiesbaden
- **Hafen, M., 2001:** Theoriebildung als Teil der Professionalisierung von Prävention. In: SuchtMagazin 1/01: 36-40
- **Hafen, M. 2001:** Die Begrifflichkeit in der Prävention – Verwirrung auf allen Ebenen. In: Abhängigkeiten – Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung. 1/2001: 33-49
- **Hafen, M., 2003:** Was unterscheidet Prävention von Behandlung? In: Ab-hängigkeiten – Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung. 2/03: 21-33
- **Hafen, M., 2004:** Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung. In: Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung. Heft 1, 2004, 27. Jahrgang: 8-11
- **Hafen, M., 2005:** Systemische Prävention. Grundlagen für eine Theorie präventiver Massnahmen. Heidelberg
- **Hafen, M., 2005b:** Sekundärprävention als Früherkennung – eine Chance für Prävention und Behandlung, In: Fachzeitschrift Soziale Arbeit 9.2005: 337-343
- **Hafen, M., 2006:** Der Mythos Gesundheit. Möglichkeiten und Grenzen eines schwer fassbaren Begriffs. Ms. Luzern
- **Hattendorf, F. J., 2005:** Ökonomische Vorteile und soziale Verantwortung durchDisability Management. In: Mehrhoff, Friedrich; Schönle, Paul W. (Hrsg.), 2005: Betriebliches Eingliederungsmanagement. Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern sichern. Stuttgart: 39-43
- **Hollederer, A.; Brand, H. (Hrsg.) 2006:** Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Bern
- **Hörmann, G., 1987:** Laienkonzepte von Gesundheit und Krankheit. In: Laaser, U.; Sassen; G.; Murza, G.; Sabo, P. (Hrsg.), 1987: Prävention und Gesundheitserziehung. Berlin/Heidelberg: 21-33
- **Hurrelmann, K., 1988:** Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Grundlagentexte Soziologie. München
- **Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation IQPR (Hrsg.), 2004:** Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung. Projektbericht. Köln
- **Labisch, A., 1992:** Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt/New York
- **Luhmann, N., 1991:** Soziologie des Risikos. Berlin/New York
- **Merckx, V.; Wayland Bigler, N., 2004:** Disability Management: Internationale Erkenntnisse liegen vor. In: Soziale Sicherheit CHSS 6/2004: 385-388
- **Mehrhoff, F. (Hrsg.), 2004:** Disability Management. Strategien zur Integration von behinderten Menschen in das Arbeitsleben. Stuttgart
- **Mehrhoff, F., 2005:** Zurück ins Berufsleben – Neue Aufgaben für die Prävention. In: Bundesarbeitsblatt 9-2005, 19-21.
- **Meggeneder, O.; Pelster, K.; Sochert, R., 2005:** Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen. Bern
- **Mitscherlich, A., 1969:** Die psychosomatische und die konventionelle Medizin. In: ders.: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin I. 5. Auflage. Frankfurt a.M.: 53-73
- **National Institute of Disability Management and Research NIDMAR (Hrsg.), 2000:** Code of Practice for Disability Management: Describing Effective Benchmarks for the Creation of Workplace-Based Disability Management Programs. Victoria
- **National Institute of Disability Management and Research NIDMAR (Hrsg.), 2003:** Disability Management in the Workplace: A Guide to Establishing a Joint Workplace Program. Victoria
- **National Institute of Disability Management and Research NIDMAR (Hrsg.), 2004:** Challenges in Disability Management: A Resource Manual for Return to Work Practitioners. Victoria
- **Romahn, R., 2005:** Gestaltungsanforderungen beim betrieblichen Eingliede-rungsmanagement aus Sicht der Beschäftigten. In: Mehrhoff, F.; Schönle, P. W. (Hrsg.), 2005: Betriebliches Eingliederungsmanagement. Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern sichern. Stuttgart: 55-58
- **Rudow, B., 2004:** Das gesunde Unternehmen : Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Personalpflege in Organisationen. München
- **Stierlin, H.; Grossarth-Maticek, R., 1998:** Krebsrisiken – Überlebenschancen. Wie Körper, Seele und soziale Umwelt zusammenwirken. Heidelberg
- **Teegen, F., 1992:** Ganzheitliche Gesundheit. Der sanfte Umgang mit uns selbst. Reinbek bei Hamburg
- **Tielsch, R.; Müller, B.H.; Deilmann, M., 1997:** Präventiver Arbeitsschutz in Klein- und Mittelbetrieben (Hg.: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen). Wuppertal
- **Uhl, A., 2000:** The Limits of Evaluation. In: European Monitoring Centre for Drugs an Drug Addiction EMCDDA (Hrsg.), 1998: Evaluation – A Key Tool for Improving Drug Prevention. EMCDDA Scientific Monograph Series No. 5, Lisbon
- **Ulich, E.; Wülser, M., 2004:** Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. Wiesbaden
- **Wermuth, E., 2006:** Disability Management. Ein Konzept an der Nahtstelle von Ökonomie, Gesundheit und Sozialem. Diplomarbeit. Berner Fachhochschule, Fachbereich Soziale Arbeit. Bern
- **Wimmer, R., 1999:** Wider den Veränderungsoptimismus. Zu den Möglichkeiten und Grenzen einer radikalen Transformati-

on von Organisationen. In: Soziale Systeme 5 (1999): 159-179
- **Winner, R. (Hrsg.), 2005:** Disability Management. Strategien zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit im demographischen Wandel. Universität Karlsruhe (TH) und DaimlerChrysler AG
- **World Health Organization WHO, 1998:** Gesundheit 21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept «Gesundheit für alle» für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe «Gesundheit für alle», Nr. 5. Kogenhagen
- **World Health Organization WHO, 1998b:** Health Promotion Glossary. Geneva
- **World Health Organization WHO, 2004:** Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Infomation, DIMDI WHO-Kooperationszentrum für die Familie Internationaler Klassifikationen. Köln
- **Wydler, H.; Kolip, P.; Abel, Th. (Hrsg.), 2000:** Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. 2. Auflage. Weinheim/München
- **Zimmermann, W., 2005:** Disability Management – Eine Internationale Perspektive. In: Mehrhoff, F.; Schönle, P. W. (Hrsg.), 2005: Betriebli-ches Eingliederungsmanagement. Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern sichern. Stuttgart: 29-38
- **Zimolong, B. (Hrsg.), 2001:** Management des Arbeits- und Gesundheitsschutzes : die erfolgreichen Strategien der Unternehmen. Wiesbaden

Fussnoten

1 Bundesamt für Sozialversicherung (2004: 17)
2 Der Schweizerische Bundesrat (2005)
3 Bundesamt für Statistik (2003)
4 Vgl. dazu etwa die Aufsätze zu empirischen Befunden zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit (u.a. psychische Gesundheit, Gesundheitszufriedenheit und Sterblichkeit) in Hollederer/Brand (2006: 35-96).
5 www.suissepro.ch
6 www.svbgf.ch
7 www.enwhp.org
8 www.osha.eu.int/OSHA
9 www.eurofound.eu.int
10 www.nidmar.ca
11 Der Begriff Disability Management wird einerseits synonym zu Eingliederungsmanagement gebraucht, andererseits aber auch umfassend – dergestalt, dass nicht nur Massnahmen der Behandlung und der Früherkennung (zur Ermöglichung einer frühen Behandlung) mit dem Begriff bezeichnet werden, sondern auch präventive Massnahmen, welche die Entwicklung von «disability» dadurch verhindern sollen, dass sie Risikofaktoren beseitigen und Schutzfaktoren stärken. Wir verwenden hier für die Bezeichnung der Einheit von betrieblicher Prävention, Früherkennung und Behandlung jedoch den Begriff «Betriebliches Gesundheitsmanagement».
12 Vgl. für deutschsprachige Beiträge z.B. Bullinger et al. (1996); Tielsch et al. (1997); Zimolong (2001); Rudow (2004).
13 Vgl. dazu Cernavin/Wilken (1998), Ulich/Wülsen (2004) und Meggeneder et al. (2005).
14 Vgl. etwa Baillod et al. (2004); Mehrhoff (2004)
15 Vgl. etwa Winner (2005) oder Nidmar (2002, 2003, 2004)
16 Für einen aktuellen Überblick über die Literatur zu Disability Management in Betrieben vgl. die Arbeiten von Wermuth (2006) und Bühler et al. (2006).
17 2004: 385
18 2004: 12
19 IPQR 2004
20 Etwa bei Mehrhoff (2004: 9)
21 Hafen 2005
22 z.B. von der IQPR (2004: 37). Auffallend ist dabei, dass nicht definiert wird, was jetzt ein «Gesundheitskonzept» und was ein «Krankheitsmodell» ist und ob sich die beiden Perspektiven ergänzen oder widersprechen oder das Gleiche darstellen.
23 WHO 2004
24 WHO 2004: 9
25 1998b: 1
26 Formuliert man näher bei der systemtheoretischen Definition von «Funktion», müsste man sagen: Man weiss, welche Probleme mittels der Gesundheit gelöst werden – etwa all die Probleme, die einen daran hindern könnten, ein individuell, sozial und ökonomisch produktives Leben zu führen.
27 Da nützt es auch wenig, wenn Hurrelmann (1988) Gesundheit als «Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person» bezeichnet, denn wie könnte sich eine Person «objektiv befinden».
28 1999
29 1993
30 Vgl. etwa Wydler et al. (2000)
31 Vgl. etwa Hörmann 1989
32 www.zitate.de, Stichtwort «Gesundheit»
33 Vgl. zu den folgenden und zu den übrigen Ausführungen zum Gesundheitsbegriff Hafen (2006)
34 Vgl. hierzu etwa Teegen (1992) oder Basaglia (1985).
35 Vgl. dazu Stierlin/Grossarth-Maticek (1998).
36 Gehlen (1986)
37 Foucault (1969)
38 1977: 97
39 Mitscherlich (1969)
40 Wir nehmen den relativ unpräzisen Begriff der Ökologie hier aus morphologischen Gründen. Biopsycho-öko-sozial tönt eingängiger als wenn man versucht, «physikalisch-materiell» in den Begriff einzubauen. Zudem werden die entsprechenden Stressoren wie verschmutzte Luft und verseuchtes Wasser gerne mit der Methapher «Ökologische Probleme» umschrieben.
41 1997: 26f.
42 Auch hier ist die soziale Konstruktivität zu beachten: Lärm ist nicht gleich Lärm. So steigert laute Discomusik bei den einen das Wohlbefinden, während sie für andere unerträglich ist, und bei vielen Erwachsenen scheint es derzeit so, dass sie sich durch Verkehrslärm weniger gestresst fühlen als durch Kinderlärm.
43 Luhmann (1991)
44 Vgl. dazu Labisch 1992
45 Vgl. hierzu auch Hafen (2004)
46 An dieser Stelle sei nochmals an Hafen (2006) erinnert, wo der Gesundheitsbegriff mit mehr Raum und damit umfassender und tiefenschärfer analysiert wird.
47 Zur Differenz von Prävention und Behandlung vgl. Hafen (2003)
48 Vgl. dazu ausführlich Hafen (2005: 366ff.)
49 Zwischen Prävention und Gesundheitsförderung wird hier kein Unterschied gemacht, da auch die Gesundheitsförderung keine andere Möglichkeit hat, als Risikofaktoren für gesundheitliche Probleme zu beseitigen resp. Schutzfaktoren zu stärken.
50 Vgl. Hafen (2001)
51 Eingliederungsmanagement (Disability Management) setzt demnach nicht ein, wenn jemand krank wird, sondern erst, wenn sich abzeichnet, dass diese Krankheit die durch den Betrieb eingeforderte «ability» zur Erfüllung der Arbeitsleistung nicht nur kurz-, sondern langfristig oder gar für immer bedroht.
52 Vgl. dazu Hafen (2005b und 2005: 573ff.)
53 So ist bekannt, dass nach 6 Monaten Abwesenheit von der Arbeitsstelle wegen Krankheit oder einer anderen Form von «Disability» die Chance nur noch bei 50% liegt, dass die betroffene Person je wieder arbeitet. Nach zwei Jahren liegt der entsprechende Wert sogar nur noch auf 10% (Mehrhoff/Schönle, 2005).
54 Mehrhoff (2004??)
55 Siehe dazu im Literaturverzeichnis die Bücher von Mehrhoff (2004), Mehrhoff/Schönle (2005) oder Meggeneder et al. (2005) und weitere relevante Literatur.
56 Das wird auch in der Praxis so erfahren, so nennen bei einer Befragung zu Umsetzungsbarrieren von Betrieblichem Eingliederungsmanagement 63% der Arbeitgeber die zu hohen Kosten und 67%, dass andere betriebliche Erforderungen (wie Personalabbau) im Fordergrund stehen (Rohman, 2005: 56)
57 Zur Schwierigkeit der Wirkungsmessung vgl. etwa Uhl (2000)
58 Management kommt vom lat. manum agere, an der Hand führen.
59 1999: 169ff.
60 Baecker (2000)
61 Vgl. dazu Hattendorf (1995: 42)
62 Dabei wird der Frage, ob die Fachperson, welche die Einführung des Gesundheitsmanagement begleitet, im Unternehmen angestellt ist oder nicht, in der Praxisliteratur nicht immer die notwendige Bedeutung zugemessen.
63 Wimmer (1999: 175ff.)
64 Zimmermann (2005: 29)
65 Clever (2005)
66 Für die so genannten KMUs (Kleine und Mittlere Unternehmen) kann es sich lohnen, sich zu Verbünden zusammenzuschliessen und sich zusammen mit einem externen Gesundheits- oder Disability-Management zu versorgen (vgl. dazu Hattendorf, 2005: 39).
67 Wimmer (1999)