





Brigitta Danuser

# HOMO LABORANS

Gesundsein und  
Kranksein  
bei der Arbeit

Versus · Zürich

Zu dieser Publikation haben folgende Institutionen einen finanziellen Beitrag geleistet:

- Krebsliga Schweiz
- SUVA
- Gewerkschaft Unia
- Schweizerischer Gewerkschaftsbund SGB

Autorin und Verlag bedanken sich herzlich für die grosszügige Unterstützung.

---

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Das Werk einschliesslich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2019 Versus Verlag AG, Zürich

Weitere Informationen zu Büchern aus dem Versus Verlag unter [www.versus.ch](http://www.versus.ch)

*Satz und Herstellung:* Versus Verlag · Zürich  
*Druck:* Westermann Druck GmbH · Zwickau  
Printed in Germany

ISBN 978-3-03909-264-2 (Print) · ISBN 978-3-03909-764-7 (E-Book)

---

# Inhaltsverzeichnis

Danksagung .....	7
Kapitel 1 Einleitung .....	13
Kapitel 2 Gesundheit und Krankheit .....	23
2.1 Was ist Gesundheit? .....	25
2.2 Was ist Krankheit? .....	34
2.3 Berufskrankheit .....	45
2.4 Wie kann Gesundheit gemessen werden? .....	49
2.5 Zusammenfassende Überlegungen zu Gesundheit/Krankheit	51
Kapitel 3 Gesundsein und Kranksein durch die Arbeit .....	55
3.1 Was versteht man unter Arbeit? .....	56
3.2 Evolution von Arbeit und «Arbeit+Gesundheit» .....	60
3.3 Arbeitsassoziierte Erkrankungen .....	68
3.4 Stress und psycho-soziale Risikofaktoren .....	69
3.5 Frau und Arbeit oder die Arbeitsteilung der Geschlechter ...	78
3.6 Bedeutung der Arbeit .....	83
3.7 Anforderungen der Arbeit .....	85
3.8 Was ist gute Arbeit und was sind die Kriterien einer guten Arbeit? .....	88
3.9 Die Zukunft der Arbeit .....	92
3.10 Lehre und Forschung im Bereich A+G in der Schweiz .....	104

Kapitel 4	Arbeitsfähigkeit .....	109
Kapitel 5	Zurück zur Arbeit .....	121
5.1	Genesung .....	122
5.2	Rückkehr zur Arbeit – Zurück zur Arbeit .....	127
5.3	Interventionsprogramme .....	146
5.4	Rückkehr zur Arbeit bei muskuloskelettalen Erkrankungen .....	152
5.5	Zurück zur Arbeit nach einem Burnout .....	154
5.6	Zurück zur Arbeit mit einer Krebsdiagnose .....	159
5.7	Rückkehr zur Arbeit mit psychischen Problemen .....	164
5.8	Kapitelschlussfolgerungen .....	180
Kapitel 6	Arbeiten mit einer Krankheit .....	185
6.1	Unsichtbarkeit der Krankheit .....	189
6.2	Epidemiologische Daten und Erkenntnisse – Beispiel Nierentransplantation .....	190
6.3	Wie kann ein chronisch kranker Mensch arbeiten? .....	194
Kapitel 7	Das System oder Wie funktioniert es in der Schweiz .....	203
7.1	Was ist unter System oder systemischen Faktoren zu verstehen? .....	204
7.2	Rechtliche Grundlagen: Kündigungsschutz bei Krankheit/Unfall .....	208
7.3	Kompensationssystem/Versicherungen .....	208
7.4	Das medizinische System .....	215
7.5	Wie Zurück zur Arbeit in der Schweiz funktioniert .....	220
7.6	Existierende Case-Managements in der Schweiz .....	230
7.7	Arbeitgeberengagement und -verpflichtung .....	232
7.8	Was funktioniert? .....	234
Kapitel 8	Schlussfolgerungen .....	243
8.1	Grunddilemma .....	246
8.2	Unsichtbarkeit des Phänomens .....	249
8.3	Funktionieren die Interventionsprogramme? .....	251
8.4	System .....	253
8.5	Spielräume und Zukunft der Arbeit .....	257
	Stichwortverzeichnis .....	263
	Die Autorin .....	269

---

# Danksagung

Zuallererst, und es wird hoffentlich immer so sein, möchte ich Hans, meinem Mann, danken. Er ist mein unermüdlicher Unterstützer und Motivator. Er hört mir zu, auch als Künstler, und öffnet eine andere Perspektive auf die Dinge und diskutiert mit mir Lösungsansätze. Das Buch wäre nicht dasselbe ohne die bildliche Gestaltung von Hans. Die Computermaus als Arbeitswerkzeug versinnbildlicht für mich die heute überall vorhandene und zunehmende digitale Arbeit. Die «Screenshots» meiner Arbeitsbücher erlauben einen Einblick in meine Arbeitsweise; herzlichen Dank für diese Bildfindungsarbeit.

Ganz am Anfang dieses Buches steht eine Analyse der Situation der Arbeit und deren Rahmenbedingungen in der Schweiz und wie man die Stärken der Arbeitsmedizin, analog zu den umliegenden Ländern, entwickeln und sichtbarer positionieren könnte. Als ich 2003 an die Universität Lausanne als Professorin für Arbeitsmedizin ans Institut universitaire romand de Santé au Travail (IST) gewählt wurde, überlegten wir in mehreren Workshops, welche Themen in den nächsten Jahren in Arbeit + Gesundheit und spezifisch arbeitsmedizinisch wichtig werden und wir verfolgen und aufbauen sollten. Die wesentlichsten der ausgewählten arbeitsmedizinischen Themenbereiche waren: Zurück zur Arbeit, Aufbau von arbeitsmedizinischen Konsultationen sowie die psychische Gesundheit. Letzteres Thema war einerseits ein psycho-physiologischer und epidemiologischer Forschungsschwerpunkt, umfasste aber auch Gutachtertätigkeit und Analyse von spezifischen Arbeitsplatzsituationen und den Aufbau arbeitsmedizinischer Interventionen bezüglich psychischer Probleme und Arbeit.

Im 2004 wurde das Nationale Forschungsprogramm 53 «Muskuloskelettale Gesundheit – Chronische Schmerzen» ausgeschrieben. Unsere aus Lausanne und Zürich stammende Forschungsgruppe erhielt die Unterstützung des Nationalfonds für die Interventionsstudie «Interdisziplinäre Interventionsstrategie für chronische Rückenschmerzen». Diese Studie schlug fehl, das heisst wir konnten nicht genügend Patienten für unsere Studie finden, trotz Pilotstudie, die das Patientenpotenzial evaluierte. Aber diese Studie hat uns viel gelehrt und uns aufmerksam gemacht auf die systemischen Kontextfaktoren, die wir zu wenig berücksichtigt hatten. Ich möchte der ganzen Equipe danken für das Durchhalten, auch der SUVA, die mit ihrer Unterstützung ein geregeltes Ende der Studie ermöglichte. Ein ganz spezieller Dank geht hier an meine langjährigen Forschungskollegen: Thomas Läubli, Professor ETH Zürich, Andreas Klipstein, PD, damals Universitätsspital Zürich, Michael Norberg, Oberarzt Rheumatologie CHUV, Fabienne Kern, damals Ergonomin am IST, für die spannenden Auseinandersetzungen und für die teilweise bis heute reichende Zusammenarbeit.

Aufgerüttelt durch die Erfahrungen aus dieser Studie und animiert von Anne Iffenegger und der in 24 Ländern aktiven «the work foundation» gründeten wir den Verein «fit for work». Die Ziele des Vereins waren die Verbesserung der medizinischen Diagnostik der muskuloskelettalen Erkrankungen und der Versorgung dieser Patienten, um ihre Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Trotz anfänglichen medialen Erfolgen und Initiierung von Projekten konnten wir unsere Finanzierungsbasis nicht verbreitern und als «AbbVie» das Interesse an dem Verein verlor, mussten wir aufgeben. Dank an alle, die sich bei «fit for work» engagiert haben, im Speziellen an Cem Gabay, Professor für Rheumatologie Universität Genf, Marcel Weber, damals Rheumatologe am Triemli Spital, Valérie Kraft, Rheumaliga, René Bräm, Bechterew Vereinigung, André Aeschlimann, Professor, Rehaklinik Bad Zurzach, sowie nochmals Thomas Läubli und Andreas Klipstein. Schade, dass nach vier Jahren der Verein aufgelöst werden musste, aber es gibt Ideen von damals und Projekte, welche übernommen und weiterentwickelt wurden, zum Beispiel von der Swiss Insurance Medicine und Compasso.

Die Versicherungen und das ganze reglementarische System spielen eine grosse Rolle bei der Rückkehr zur Arbeit und ich möchte Yvonne Bollag, Juristin bei der ASIM, Universität Basel, ganz herzlich danken für die langjährige Zusammenarbeit, sei es der Kongress «Brennpunkt Arztzeugnis» im 2013 oder Vorlesungen im DAS Work+Health oder MAS Versicherungsmedizin, wo ich auch Monika Rieger, Professorin für Arbeitsmedizin, Universität Tübingen, besser kennenlernte, was zum Projekt des Rehabilitationsvergleiches zwischen Deutschland, Österreich und der Schweiz führte. Diese Vergleichsarbeit hat mich viel gelehrt und auch, dass die Schweiz es nicht schlechter macht als die anderen, aber anders. Überall gibt es, trotz vieler Programme, tendenziell verstärkt Probleme mit der

---

Rückkehr zur Arbeit. Mein Dank geht an das ganze Team und speziell an Monika Rieger und Susanne Voelter-Mahlknecht, Professorin für Arbeitsmedizin an der Charité, Berlin.

Kehren Personen im aktiven Alter nach einer Transplantation zurück zur Arbeit und welche Faktoren beeinflussen diese Rückkehr? Mein Dank in diesem Projekt geht insbesondere an Pascal Wild, PD, Biostatistiker am Institut National de Recherche en Santé au Travail, Nancy, und am IST, der die Forschenden am IST seit über zehn Jahren im Forschungsdesign und in der statistischen Analyse unterstützt, ganz herzlichen Dank, unsere Forschung und ich persönlich haben viel von dir profitiert. Regina Studer, ehemalige Forscherin am IST für die Mitbetreuung des Transplantiertenprojektes, und allen dabei Beteiligten gehört mein Dank.

Der Aufbau von Sprechstunden am IST war ein anderes zentrales Ziel. Insbesondere der Aufbau der Sprechstunde «Travail et Souffrance», als Angebot in der sekundären oder sogar tertiären Prävention im Bereich der arbeitsassoziierten psychischen Gesundheitsstörungen, wie auch der Sprechstunde für die schwangere Frau stellen zwei wichtige Meilensteine in der Entwicklung eines arbeitsmedizinischen Versorgungsangebotes dar. Mein Dank gilt Peggy Krief, Leitende Ärztin am IST, für ihre unermüdliche Arbeit beim Aufbau und für das professionelle Management der Konsultationen, Sophie Praz, ehemalige leitende Ärztin am IST, für die Entwicklung und Aufbau der Konsultation «Travail et Souffrance» zusammen mit Christine Besse, damals Oberärztin Sozialpsychiatrie, und Charles Bonsack, Professor für Sozialpsychiatrie, Universität Lausanne, Catherine Barleb, ehemalige Oberärztin am IST, für ihre wichtigen Impulse in der Konsolidierungsphase und Zakia Mediouni und Denise Grolimund, beide Oberärztinnen am IST, für die professionelle Weiterführung und Weiterentwicklung und Dokumentation.

Ein grosser Dank geht an Patrick Gomez, PD, Psychophysiologe am IST. Viele Jahre haben wir gemeinsam, zuerst mehr in experimentellen Settings, die Auswirkung von Emotionen untersucht, gerade um besser zu verstehen, was bei negativen Gefühlen mit uns passiert. Auch wenn wenige dieser Studien direkt in diesem Buch zitiert werden – die Wichtigkeit negativer Emotionen und dass Emotionen und Emotionsarbeit uns stark fordern und belasten, sind in dieses Buch eingeflossen. Ein grosser Dank für deine wissenschaftliche Rigorosität und allen beteiligten Doktoranden und Mitarbeitern.

Ich möchte mich bei César Jaton, Arzt am IST in der IV Waadt, bedanken für die hilfreichen Erläuterungen betreffend der IV sowie die beiden Beispiele in diesem Buch, welche er entwickelt hat.

Den Masterstudenten, Clara Castillo, Milena Wegner und Eckart Sibel, mit ihren interessanten Arbeiten betreffend *Zurück zur Arbeit* mit einer Krebsdiagnose, die IV-Früherkennung und die Erstellung eines Versicherungsdefinitionen-Glossars, möchte ich für ihr Engagement danken. Mickael Rinaldo, ehema-

liger Oberarzt am IST, danke ich für die Mitbetreuung der Arbeit über die IV-Früherkennung und für sein Interesse und Engagement betreffend dem Thema *Zurück zur Arbeit*.

Ganz wichtig wurden für mich auch die Forschungsprojekte, die die arbeitende Frau ins Zentrum stellten. Zuerst geht mein Dank an Annie Oulvey Bachmann, Professorin an La Source, und Diane Morin, ehemalige Professorin an der Universität Lausanne, Ko-Betreuerin dieser Dissertation, welche die Arbeitsbelastung und Ressourcen der sogenannten Sandwich-Generation (jene, die entweder Kinder oder schon ältere Angehörige oder beides betreuen) untersuchte. Geleitet durch Brenda Spencer, PD am Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Lausanne, untersuchten wir die Faktoren, die das Stillen an der Arbeit ermöglichen oder verhindern, herzlichen Dank an Brenda und Marianne Modak, Professorin für Soziologie an der Eesp, und allen anderen Mitbeteiligten, das Projekt hat mich gelehrt, dass Frausein und Arbeiten manchmal sehr schwer miteinander vereinbar sind, was auch die Untersuchung, wie die Mutterschutzbestimmungen in der welschen Schweiz umgesetzt sind, zeigt. Ich danke Isabel Probst, Professorin HES Santé VD, und Peggy Krief, leitende Ärztin am IST, und Maria Pia Politis Mercier, Hebamme, MER an der HESAV, und Alessia Zellweger für die tolle Zusammenarbeit und das Engagement für die Vereinbarkeit von Arbeit und Muttersein.

Speziellen Dank an Urs von Rotz für die Passage über die Rückkehr zur Arbeit in der Stadt Lausanne.

Seit vielen Jahren sammelt Aline Sager, Bibliothekarin am IST, Artikel und Berichte zu den Themenkreisen, die die Forscher am IST interessieren. Seit 2005 hat sie mir die neuen Studien zur Rückkehr zur Arbeit herausgesucht und viele Berichte und graue Literatur dazu gefunden, einen ganz herzlichen Dank für deine Arbeit und dein Mitdenken, was auch noch wichtig sein könnte. Referenzen müssen nicht nur gefunden, gesammelt, gesichtet und synthetisiert werden, sie müssen auch eingegeben werden. Dank an Regina Studer, ehemalige Forscherin am IST, für die Endnote-Eingabe und Korrektur, ohne dich hätte ich das nicht geschafft!

Auch möchte ich Christine Loriol für das erste Durchlesen und Vereinfachen des Manuskriptes danken und dafür, dass sie mir immer wieder sagte, dass es spannend sei.

Das Buch handelt auch viel von Arbeit+Gesundheit, von Arbeitsbedingungen, von Arbeitsorganisation, Arbeitszeiten oder «guter Arbeit». Seit 2004 organisiert ein multidisziplinäres Team die Kongressreihe «Gesundheit in der Arbeitswelt» in der Romandie. Ganz herzlichen Dank für die bereichernden Auseinandersetzungen in der Themafindung und Umsetzung allen daran Beteiligten, speziell an Michel Guillemin, ehemaliger Professor für Arbeitshygiene am IST, Viviane

---

Gonik, ehemalige Ergonomin am IST, Sophie le Garrec, MER, Arbeit und Sozialpolitik Universität Fribourg, Alain-Max Guénette, Professor für Organisationspsychologie HEG Neuenburg, Fabienne Fasser, MER damals Gesundheitspsychologie Universität Lausanne. Marie-Cécile Monin, ehemalige Direktionsassistentin am IST, und Laurie Kujawa, Koordinatorin für den Unterricht und die Weiterbildung am IST, möchte ich für die professionelle Organisation der Kongresse und das Einhalten der Termine ganz speziell danken. Die Kongressreihe legt Zeugnis ab von der Breite und der Brisanz des Themengebietes Arbeit+Gesundheit in der Schweiz.

Dank an die Universität Lausanne und das IST, die mir ein zweimal drei Monate dauerndes Sabbatical hoch in den Alpen, in St. Antönien am Obersthof, ermöglichten, um den Grundstock des Buches zu Papier zu bringen.

Einen lieben Dank an Anne Buechi und Judith Henzmann für das Wagnis, dieses Buch zu verlegen, und ihre professionelle Arbeit.



---

## Kapitel 1

# Einleitung

«Die Entscheidungen für eine gelungene Lebensführung müssen individuell gefällt werden, doch um echte Entscheidungen zu ermöglichen, muss man die anthropologischen und sozialen Rahmenbedingungen verstehen, unter denen gehandelt wird. Die Anpassung an Technisierungsprozesse und – in mancher Sicht damit zusammenhängend – an der Norm des Funktionieren-Müssens, in dem der Kampf um Anerkennung zu einem Kampf um Anpassung wird, kann Individuen unfrei machen.»

Olivier Müller:  
Zwischen Mensch und Maschine, S. 197

Das vorliegende Buch will gerade die anthropologischen und sozialen Rahmenbedingungen untersuchen, welchen Menschen im aktiven Alter mit einer Krankheit begegnen. Gerade dieses Funktionieren-Müssen und die Anrufungen eines Normverhaltens machen heute viele Arbeitende stark unfrei in ihren Entscheidungen, und diese Gefahr ist umso grösser bei einem kranken Menschen. Dieses Buch geht der Frage nach: Wie wirkt sich das aus, wenn man im Erwerbsleben krank wird oder unter einer chronischen Krankheit leidet? Es analysiert ganz konkret, was das im Gesundheits- und Versicherungssystem in der Schweiz bedeutet. Es untersucht das System Schweiz in Bezug auf das Arbeiten mit oder nach einer Krankheit und stellt es in Beziehung zu internationalen Forschungsergebnissen. Man kann das Buch also auch als eine Fallstudie lesen, mit dem System Schweiz als konkreten Fall.

Eine Arbeit zu haben und unter welchen Bedingungen diese Arbeit geleistet wird, definiert die WHO als eine der wichtigsten Determinanten für Gesundheit. Dies gilt auch für Menschen mit einer dauernden oder in Episoden ablaufenden

Krankheit oder Einschränkung. Schon heute leben und arbeiten 20 bis 25 Prozent der Menschen während ihrer beruflich aktiven Jahre mit einer oder mehreren Gesundheitsstörungen. Bei den 50- bis 65-Jährigen dürften 45 Prozent betroffen sein, das heisst fast die Hälfte der Erwerbstätigen. Und es werden mit der demographischen und medizinischen Entwicklung insbesondere bei einer Erhöhung des Rentenalters in Zukunft noch mehr sein.

Wir beobachten auch in der Schweiz einen «Early Exit»-Trend. In der «NZZ» und im «Tages-Anzeiger» war zu lesen, dass über die Hälfte der Schweizer Arbeitnehmenden sich vor dem ordentlichen Pensionierungsalter in den Ruhestand versetzen lassen [1, 2]. Lediglich 32 Prozent arbeiten so lange, wie es vom Gesetz her vorgesehen wäre. Dies wird als Luxusphänomen interpretiert. Siegrist hat in seiner Studie von 2007 mit der SHARE-Kohorte gezeigt, dass schlechte Arbeitsbedingungen und eine reduzierte Gesundheit unabhängig voneinander mit der Absicht, in den Ruhestand zu treten, verbunden sind [3].

Die Arbeitsabwesenheiten durch Erkrankungen steigen von Jahr zu Jahr. Viele Betroffene kehren nur sehr langsam und mühsam – oder gar nicht – zur Arbeit zurück. In der «NZZ am Sonntag» vom 22. April 2018 findet sich der Artikel «Arbeitnehmer lassen sich immer öfter krankschreiben» von A. Steck. Im Text geht es darum, dass gemäss den Daten einer grossen Krankentaggeldversicherung (SWICA) die Krankheitsabwesenheiten in Unternehmen in den letzten fünf Jahren durchschnittlich um 20 Prozent zugenommen haben. Die Grafik, die dazu gezeigt wird, spricht Bände: Sie zeigt eine durchschnittliche Zunahme von 20 Prozent, wenn alle krankheitsbedingten Abwesenheiten gezählt werden, aber eine 35-Prozent-Steigerung bei den psychischen Erkrankungen sowie bei den muskuloskelettalen Erkrankungen, welche von 2016 auf 2017 etwas abnahmen; beides sind arbeitsassoziierte Erkrankungen. Der interviewte Analyst der SWICA sagt ganz klar, dass es sich um Krankheiten handelt, bei denen das Unternehmen etwas zur Verhinderung beitragen könnte, und spricht vom «Stress bei der Arbeit».

Die Betriebe erschrecken über ihre Absenzzahlen: Von der Belegschaft eines Schweizer Universitätsspitals mit 9000 Personen sind pro Tag 700 krankheitsbedingt abwesend, was hohe direkte und indirekte Kosten verursacht. Diese Kosten betreffen auch das Sozialsystem. Arbeitslosenversicherung, Invalidenversicherung und Sozialhilfe generieren steigende Kosten. In den meisten europäischen Ländern wurde daher in den letzten zehn Jahren das Sozialversicherungssystem revidiert: in Deutschland mit «Hartz IV», in der Schweiz vor allem mit den Revisionen der Invalidenversicherung von 2005 und 2010. Letztere will mit «Arbeitsintegration vor Rente» einen eigentlich alten Leitgedanken umsetzen und den Rentenzugang erschweren. Zudem spielt sich ein wichtiger Paradigmenwechsel ab: vom alten Verständnis, dass Arbeit krank und kaputt macht, zum neuen Verständnis, dass Arbeit gesund erhält, dass Arbeit die Gesundheit fördert, ja sogar, dass Arbeit therapeutisch ist. Carol Black, als oberste Ärztin von England, hat 2008 dazu

einen eindrücklichen Bericht mit dem Titel «Working for a healthier tomorrow» verfasst, der für eine viel grössere Arbeitspartizipation von Personen mit einem Gesundheitsproblem plädiert. Sie postuliert bessere Arbeitsstrukturen und das Fördern von Arbeit+Gesundheit in den Betrieben [4].

Die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit ist eines der grossen sozialen Probleme in allen industrialisierten Ländern. Auch wenn nicht jeder Mensch davon betroffen ist, es kann uns allen passieren. Und je älter wir werden, desto eher werden wir krank. Gemäss dem Deutschen BKK Bundesverband haben 12 Prozent der 18- bis 30-Jährigen eine chronische Krankheit [5]. Bei den 50- bis 60-Jährigen sind es 36 Prozent und bei den über 60-Jährigen leiden 54 Prozent – mehr als die Hälfte! – unter einer chronischen Erkrankung.

Fast jeder Mensch hatte schon einmal eine starke Grippe oder sonst eine Krankheit, die ihn ein paar Wochen ausser Gefecht setzte und arbeitsunfähig machte. Viele gehen danach sofort wieder voll arbeiten, auch wenn sie sich in den ersten Arbeitstagen noch nicht wirklich fit fühlen und achtstündige Arbeitstage lang sind. Auch mag einem die Arbeit irgendwie seltsam vorkommen und das Arbeiten merkwürdig unwirklich, oder der Sinn der Arbeit mag einem unklar erscheinen, bis man wieder Tritt gefasst hat.

Eine schwere Krankheit kann sogar alles verändern oder in Frage stellen: die Prioritäten, die Ziele, die Beziehungen, den Sinn des Lebens überhaupt. Hinzu kommt die Müdigkeit. Sie ist ein Faktor, der alles verstärkt. Viele Krankheiten sind mit grosser Müdigkeit verbunden. Der arbeitende Mensch ist geschwächt und fühlt sich auch schwach. Sobald er zur Arbeit zurückkehrt, erwarten ihn ein voller Schreibtisch und die Erfahrung, dass die in seiner Abwesenheit angefallenen Aufgaben nicht erledigt wurden, sondern alles geradezu auf den noch fragilen Rückkehrer wartet. Die Rückkehr zur Arbeit ist selbst bei banalen, aber intensiven Krankheiten nicht einfach. Und wir sind darauf nicht vorbereitet: Weder ist es der Mensch noch ist es das Arbeitssystem.

Es ist aber noch komplexer, da Arbeit auch krankmachen kann. Und die langen Arbeitsabsenzen und die frühzeitig den Arbeitsmarkt Verlassenden sind häufig von einer arbeitsassoziierten Erkrankung betroffen. Das Institut für Arbeit und Gesundheit der Universität Lausanne (Institut de Santé au Travail IST) hat in einem grossen Detailhandelsunternehmen mit über 7500 Angestellten die Langzeitabsenzen untersucht und die Betroffenen nach Art der Erkrankung befragt. Langzeitabsenzen wurden definiert als Arbeitsabwesenheit von mehr als drei Wochen des Jahres 2003. 741 Personen, also fast 10 Prozent der Angestellten, waren mehr als drei Wochen krankheitsbedingt arbeitsabwesend, 55 Personen zweimal. Die Abwesenheiten summieren sich auf 66 000 Abwesenheitstage!

Die zwei Hauptdiagnose-Gruppen, die zu den Abwesenheiten führen, sind die muskuloskelettalen Erkrankungen, gefolgt von den psychischen Erkrankungen. Beides sind typische arbeitsassoziierte Erkrankungen. Es gibt gar nicht viele

solche Untersuchungen in der Schweiz. Yvonne Bollag, Juristin, zeigt im MAS Versicherungsmedizin noch zwei solche Beispiele; es scheint, dass je nach Art der Arbeit, die in einem Betrieb dominant ist, mehr die muskuloskelettalen oder die psychischen Erkrankungen an der Spitze stehen. Angestellte mit arbeitsassoziierten Erkrankungen sind vom Thema «Arbeit mit oder nach einer Krankheit» stark betroffen, da sie zu einer Arbeit zurückkehren sollten, die sie selber als krankmachend erfahren. Die grosse Gruppe «andere Erkrankungen» setzt sich aus mehr als 30 verschiedenen Diagnosegruppen zusammen.

Wenn man die Abwesenheitsereignisse und die Abwesenheitsdauer nach Altersgruppen untersucht, so wird klar ersichtlich, dass die Abwesenheitsereignisse sowie deren Dauer mit dem Alter zunehmen und bei den 50- bis 59-Jährigen ihren Höhepunkt erreichen. Bei den über 60-Jährigen sind die Abwesenheitsereignisse leicht rückläufig – allerdings nicht, weil diese Menschen gesünder bzw. weniger krank sind, sondern weil hier schon eine Ausdünnung des Personalbestandes stattgefunden hat: Die fragilsten Mitarbeitenden sind aus dem Job ausgeschieden; die Arbeitsmedizin nennt diesen Selektionsprozess den «Healthy worker»-Effekt; es bleiben diejenigen, welche ihre Arbeit gesundheitlich ertragen. Das Beispiel zeigt gut den Einfluss des Alters und damit auch der Anzahl schon geleisteter Arbeitsjahre und der arbeitsassoziierten Erkrankungen auf die Langzeitarbeitsabwesenheit.

Arbeiten mit einer Krankheit ist komplex, und ausser über die Auswirkungen auf die Kosten wird kaum darüber gesprochen und geschrieben, geschweige denn nach Lösungen gesucht. Es ist auch komplex, weil das medizinische, das Versicherungs- und das Arbeitssystem hier ineinandergreifen und viele Übersetzungsfehler an den Schnittstellen auftreten.

### **Homo laborans**

Das Buch trägt den Titel «Homo laborans», der arbeitende Mensch, in Anlehnung an Hannah Arendt. Dies erstens, weil Arbeiten nach und mit einer Krankheit, ja auch das Gesundwerden und ein neues Gleichgewicht finden, die zusätzliche Pflege, die eine chronische Krankheit verlangt, auch Arbeit ist; zusätzliche Arbeit.

Arbeit transformiert sich dauernd. Die heutige Arbeit wird immer mehr in Formalitäten und Rahmenkonzepte eingepasst, dadurch nimmt in vielen Bereichen die Gestaltungsfreiheit der Arbeit stetig ab. Gerade diese Gestaltungsfreiheit, diese Kreativität bei der Arbeit sucht der Homo faber. Henri Bergson hat als Erster den Begriff des Homo faber eingeführt [6]: «Wir schätzen unsererseits die wissenschaftliche Erkenntnis und die technische Kompetenz ebenso hoch wie die intuitive Schau. Wir glauben, dass es zum Wesen des Menschen gehört, auf materiellem und moralischem Gebiet schöpferisch zu sein, Dinge zu fabrizieren und sich selbst fortzubilden. Homo faber, das ist die Definition, die wir vorschlagen. Gleichberechtigt mit homo sapiens.» Ja, wir wollen kreativ sein, Dinge fabrizieren und

kreieren, wir wollen auf diese Welt einwirken und uns selber weiterentwickeln. Der Begriff des Homo faber erfährt aber eine grosse Umformulierung und wird zum Inbegriff des Menschen, der alles mit der Technik misst und optimiert.

Um den technischen Homo faber in Szene zu setzen, erfindet Hannah Arendt das «Animal laborans», den Menschen als Arbeiter, der sich in den Prozess des Überlebens und Ernährens eingliedert [7]. Sie bindet also diese Arbeit zurück an das animalische, tierische Wesen, das gebärt, sich pflegt, für seine Abkömmlinge sorgt, an die Fruchtbarkeit, den Stoffwechsel.

Wir sind immer mehr Selbstmanager, Manager unseres Selbst; Selbst-Wirksamkeit, der «locus of control» sind gefragt. Kein Homo faber mehr, der etwas kreieren und die Welt mitgestalten will, sondern Arbeit an sich selbst, um immer unternehmerischer zu werden. Dazu gehört, sich dauernd selbst zu optimieren, sowie das Einswerden von beruflicher und persönlicher Arbeit im Sinne des Homo laborans, alles wird zur Arbeit am Selbst, auch mit technischen Mitteln. Das Sichselbst-technisch-verwirklichen-Können ist der Kern des Menschseins, der sich in der Neuzeit herauschält, diagnostiziert Olivier Müller [8].

In den letzten zwanzig Jahren wird in der Arbeit, aber auch im sozialpolitischen Diskurs sowie in der Forschung die Figur des «unternehmerischen Selbst», wie Bröckling [9] sie nennt, immer sichtbarer. Voss und Pongratz sprechen vom «Arbeitskraft-Unternehmer» [10]. Sie diagnostizieren schon 1998 erstens eine erweiterte Selbstorganisation und -kontrolle der Arbeitstätigkeit durch den Arbeitenden, zweitens einen Zwang zur verstärkten Ökonomisierung der eigenen Arbeitsfähigkeiten und -leistungen und drittens eine zunehmende Verbetrieblichung der alltäglichen Lebensführung und nennen dies das Anforderungsprofil des «Arbeitskraft-Unternehmers».

Auch die epidemiologische Forschung stellt die individuellen Faktoren und das unternehmerische Selbst, insbesondere gefasst als Selbstwirksamkeit, in den Vordergrund. Und nicht die Bedingungen der Arbeit, unter denen Selbstwirksamkeit sich entwickeln kann. Die Anrufung des unternehmerischen Selbst dringt in alle Arbeits- und Lebenssphären ein und bringt den Homo laborans hervor; den dauernd arbeitenden Menschen.

Wenn wir uns einbringen in der Arbeit, dann investieren wir unser Selbst, dann ist unser Selbst ein ausgesetztes und verletzliches. Das macht es auch empfindlicher für negative Bemerkungen, Überforderungsgefühle, unsinnig empfundene Arbeitsaufgaben, Rollenkonflikte; allesamt Stress auslösende Faktoren. Chronischer Stress ist ein Phänomen, das seit dreissig Jahren praktisch kontinuierlich zunimmt und bei dem wir wahrscheinlich noch nicht auf dem Gipfel angekommen sind. Gesundheitsförderung Schweiz hat basierend auf ihrem Job-Stress-Index errechnet, dass 1 000 000 von 4 900 000 Arbeitnehmenden in der Schweiz gestresst sind und für die Schweizer Wirtschaft Kosten im Bereich von jährlich 5,6 Mrd. Franken verursachen [11].

Dieses Selbst ist in der Arbeit auch immer weniger geschützt. Die Berufsrolle und Autorität werden zweifach unterhöhlt: Da wir ja authentisch sein wollen an der Arbeit, werden klare Rollenbilder und Strategien abgelehnt und nicht mehr gepflegt. Dort wo solche Rollen noch stark sind, wie zum Beispiel bei der Polizei, sieht sich diese gerade wegen der klar ersichtlichen Rolle immer mehr attackiert von Randalierenden wie von der Presse. Es bleibt ein wenig geschütztes Selbst, zurückgeworfen auf die individuellen Ressourcen.

Die grossen makropolitischen Tendenzen und die Intensivierung der Arbeit, aber auch die gesellschaftlichen und persönlichen Erwartungen an die Arbeit machen das Arbeiten mit einer Krankheit immer schwieriger und prekärer.

Das Buch setzt den Homo laborans, den arbeitenden Menschen, ins Zentrum und erzählt anhand vieler Beispiele, was passiert, wenn er krank wird. Und vor allem, wie wir heute mit kranken Menschen bei der Arbeit umgehen.

Frau M arbeitet als Kassierin in einem Supermarkt. Seit zwei Jahren hat sie wiederkehrende Nackenschmerzen, welche seit kurzem in die rechte Schulter ausstrahlen. Der Arzt schreibt sie 100% arbeitsunfähig und gibt ihr schmerz- und entzündungshemmende Medikamente. Frau M geht es nach zwei Wochen viel besser, und sie geht wieder arbeiten. Vier Tage danach sind die Schmerzen wieder so stark wie vor der Abwesenheit, und der Arzt schreibt sie wieder krank. Trotz intensiverer Therapie und der Verschreibung von Physiotherapie wiederholt sich alles: Es geht ihr besser, aber nach wenigen Tagen Arbeit sind die Schmerzen wieder da und Frau M glaubt, dass sie bald ganz arbeitsunfähig sein wird. Das setzt ihr zu. Sie wird immer deprimierter.

Herr B hat eine vererbte Nierenkrankheit, die seit seinem 42. Lebensjahr eine regelmässige Blutwäsche (Dialyse) verlangt. Er arbeitet als Hochbauzeichner und kann seine Arbeit flexibel einteilen. So kann er 100% arbeiten, obwohl er zweimal pro Woche zur Dialyse muss. Aber seine Nierenkrankheit schreitet voran, und die Dialysefrequenz muss erhöht werden. Eine Blutwäsche-Sitzung dauert mehrere Stunden und macht ihn müde. Herr B kann sein Arbeitspensum jetzt nicht mehr aufrechterhalten, er muss auf ein 70- bis 80%-Pensum reduzieren. Weil sein Salär hoch genug ist, nimmt er die Reduktion seines Arbeitspensums hin.

Herr K arbeitet in der Mikroelektronik. Sein Arbeitsplatz ist ein sogenannter Reinraum (Cleanroom). In einem Cleanroom müssen die Herstellungsprozesse absolut sauber sein. Der darin arbeitende Mensch wird als Verschmutzungsquelle angesehen. Er arbeitet also mit Schutzkleidung (ganzer Körper inkl. Mund) und kann den Cleanroom nur via Schleusen und verbunden mit Schutzkleidungswechsel verlassen oder betreten. Seit einiger Zeit ist Herr K sehr müde, verbunden mit häufiger, leichter Übelkeit. Der Arzt stellt einen Diabetes fest. Dieser ist anfangs mit Pillen und Ernährungsumstellung beherrschbar, wird aber nach anderthalb Jahren Insulin-pflichtig. Das bedeutet, dass Herr K immer wieder seinen Blutzucker bestimmen und sich eventuell Insulin spritzen oder etwas essen muss. Dies ist im Reinraum nicht möglich. Herr K kann mit seiner Krankheit deshalb nicht mehr im Reinraum arbeiten und verliert seine Stelle. Nach fünf Monaten Arbeitslosigkeit findet er eine ähnliche Arbeit, jedoch nicht in einem Reinraum und mit grösserer Pausenflexibilität.

Die Beispiele zeigen, dass es nicht einfach ist, mit einer Krankheit zu arbeiten oder die Arbeit wiederaufzunehmen. Sie zeigen auch, dass die Schwierigkeiten nicht nur von der Krankheitssituation herrühren, sondern dass sie mit den Arbeitsbedingungen interagieren und teilweise erst dadurch überhaupt zum Problem werden. Könnte Herr K mit seinem Diabetes Pausen machen, wenn es für sein Krankheitsmanagement notwendig ist, könnte er trotz seines Diabetes an derselben Stelle weiterarbeiten. Allerdings kann eine Krankheit auch sozio-ökonomische Konsequenzen haben, wie der Arbeitsverlust bei Herrn K oder die Arbeitsreduktion bei Herrn B zeigt. Die Angst, seine Stelle zu verlieren, oder zu erkennen, dass die aktuellen Fähigkeiten nicht ausreichen, stellt zusätzlich eine psychische Stresssituation dar.

Dieses Buch bietet Einblick in den Stand der Forschung und erklärt, inwiefern Gesundwerden auch Arbeit ist; es zeigt, welche Bedingungen für einen *Verbleib bei der Arbeit* erfüllt werden müssen; und es weist auf mögliche Wege und Lösungen für die Zukunft hin. Gesundheit und Krankheit werden als etwas Fließendes beschrieben, Begriffe und Bedeutungen werden geklärt. Es wird klar: Wir müssen über Arbeit neu und anders nachdenken. Jetzt.

Um besser zu verstehen, warum viele nach oder auch mit einer Krankheit arbeiten und welche Probleme das Arbeiten mit einer Krankheit verursacht, müssen zuerst einige wesentliche Fragen und Grundbegriffe geklärt werden. Es drängt sich auf zu fragen, was Krankheit und was Gesundheit ist (Kapitel 2). Und es muss geklärt werden, was Arbeitsfähigkeit überhaupt bedeutet (Kapitel 4). Dies wiederum bedingt ein Verständnis dafür, wie Arbeit und Gesundheit interagieren und inwiefern Arbeit wirklich gesundheitsfördernd ist oder sein kann (Kapitel 3). Ob wir zur Arbeit zurückkehren sollen, müssen oder wollen, hat auch mit der Arbeitsmotivation zu tun (Kapitel 5). Dann gilt es aufzuzeigen, was Arbeiten mit einer Krankheit bedeuten kann (Kapitel 6). Es erscheint mir aber auch wesentlich, kurz zu analysieren, wie das Problem heute wissenschaftlich gefasst und untersucht wird und welche Konzepte in der Gesellschaft, Politik und Wirtschaft vorherrschen (Kapitel 7). Es wird untersucht, was aus der internationalen Literatur und Forschung zum Thema bekannt ist. Was fördert oder verhindert eine Rückkehr zur Arbeit? Welche Einflussfaktoren wurden untersucht und sind bekannt? Es soll die Situation in der Schweiz betrachtet werden: Wie funktioniert «Zurück zur Arbeit» in der Schweiz? Wer sind die Akteure? Im letzten Kapitel werde ich daraus die Schlussfolgerungen ziehen und weiterführende Gedanken vorschlagen.

## Referenzen

- [1] sep/sda. Mehrheit der Schweizer lässt sich frühpensionieren. Tages-Anzeiger. 03.06.2018. Erhältlich unter: <https://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/Mehrheit-der-Schweizer-laesst-sich-fruehpensionieren/story/25252569>.
- [2] Steck A. Nur eine Minderheit arbeitet in der Schweiz bis 65 Jahre. NZZ am Sonntag. 02.06.2018. Erhältlich unter: <https://nzzas.nzz.ch/wirtschaft/nur-minderheit-arbeitet-in-schweiz-bis-65-jahre-ld.1391114?reduced=true>.
- [3] Siegrist J, Wahrendorf M, von dem Knesebeck O, Jorges H, Borsch-Supan A. Quality of work, well-being, and intended early retirement of older employees: baseline results from the SHARE Study. Eur J Public Health. 2007;17(1):62-8.
- [4] Black C. Working for a Healthier Tomorrow: Dame Carol Black's Review of the Health of Britain's Working Age Population. London: The Stationery Office; 2008.
- [5] Knieps F, Pfaff H, Hrsg. BKK Gesundheitsreport 2015. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2015.
- [6] Bergson H. Denken und schöpferisches Werden. Aufsätze und Vorträge. Hamburg: Europäische Verlagsanstalt; 1993.
- [7] Arendt H. Vita activa oder Vom tätigen Leben. München: Piper; 1981.
- [8] Müller O. Zwischen Mensch und Maschine. Vom Glück und Unglück des Homo faber. Berlin: Suhrkamp (edition unseld); 2010.
- [9] Bröckling U. Das unternehmerische Selbst: Soziologie einer Subjektivierungsform. Berlin: Suhrkamp; 2007.
- [10] Voss G, Pongratz H. Der Arbeitskraftunternehmer: Eine Neue Grundform der Ware Arbeitskraft? Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. 1998;50(1):131-58.
- [11] Gesundheitsförderung Schweiz. [letzte Überarbeitung 05.09.2016; zitiert 19.9.2018]. Erhältlich unter: <https://gesundheitsfoerderung.ch/ueber-uns/medien/medienmitteilungen/artikel/job-stress-index-2016-ein-viertel-der-erwerbstaetigen-ist-erschoepft-und-gestresst.html>.





---

## Kapitel 2

# Gesundheit und Krankheit

Wer von Krankheit spricht, muss auch über Gesundheit reden. Krankheit und Gesundheit sind keine Gegensätze, sie werden in vielen Abstufungen bzw. in einem Kontinuum erlebt. Die Arbeitsmedizin befasst sich mit Arbeit und Gesundheit bzw. mit der Schnittstelle von Arbeit und Gesundheit bzw. Krankheit. Sie will Arbeit so gestalten, dass die Gesundheit der Arbeitenden nicht gefährdet wird und dass Gesundheit und Arbeitsfähigkeit erhalten bleiben. Es ist also essentiell, zu verstehen, was Krankheit bedeutet und wie ein Arbeitsplatz beurteilt und verbessert werden kann. Aber müsste dann eigentlich nicht auch verstanden werden, was die Gesundheit ausmacht, die wir erhalten sollen und wollen?

Es ist schwierig, Gesundheit und Krankheit wissenschaftlich zu erfassen. Definitionen von Gesundheit lassen sich seit den antiken Philosophen finden. Sie haben sich im Laufe der Jahrhunderte stetig gewandelt. Herrschende Normen, Regeln und Gesetze beeinflussen die medizinische Praxis von Krankheit und was als Krankheit oder Gesundheit gilt. Was sich erfassen lässt,

sind lediglich wissenschaftliche Hilfskonstruktionen. Gesundheit und Krankheit sind keine fixen, unveränderbaren Begriffe.

Gesundheit beschränkt sich nicht auf den physischen Körper, Gesundheit bezieht die Psyche, den Geist und die soziale Teilhabe mit ein. Das führt in einer Arbeitsgesellschaft dazu, dass Arbeitsfähigkeit und Gesundheit fast zu Synonymen werden. Gesundheit muss immer wieder von neuem hergestellt werden. Heutzutage macht das konstruktive, aktive Umgehen mit einer gesundheitlichen Störung den Kern von Gesundheitsdefinitionen aus. Wie jemand sich selber, seine Gesundheit und seine Krankheit wahrnimmt und empfindet, ist wesentlich und beeinflusst gerade den immer stärker sichtbar werdenden sozialen Aspekt der Gesundheit. Das heisst für das Individuum: Gesundheit ist etwas Fliessendes, das der einzelne Mensch selber definieren und immer wieder von neuem herstellen muss. Das Gesundwerden und das Leben mit einer Krankheit bedeuten Arbeit: Denn Kranksein und Gesundwerden verlangen Energie, Zeit, Ressourcen und ein eigentliches Krankheitsmanagement.

Medizinische Diagnosen hingegen sind eine Art Übereinkommen, wobei die Bezeichnung einer Krankheit noch keine Diagnose ist. Berufskrankheiten sind eng definiert und als gesetzliche und versicherungstechnische Definitionen festgelegt. Stressbezogene Erkrankungen oder Burnout gelten in der Schweiz nicht als Berufskrankheiten, sondern als arbeitsassoziierte Erkrankungen.

## 2.1 Was ist Gesundheit?

Wer über Krankheit spricht, muss auch über Gesundheit reden. Denn weder das eine noch das andere steht für sich alleine. Krankheit und Gesundheit werden in vielen Abstufungen oder in einem Kontinuum erlebt. Kranke Menschen können sich selbst als gesund erleben oder von anderen als gesund wahrgenommen werden.

Arbeit kann krank machen; Quarzstaub kann Lungenkrankheiten auslösen, organische Lösungsmittel können das Nervensystem und das Hirn schädigen, Überforderung am Arbeitsplatz kann psychische Krankheiten oder Herz-Kreislauf-Krankheiten begünstigen. Das Heben und Tragen schwerer Lasten kann zu Rückenschmerzen führen.

Als Arbeitsmedizinerin befasse ich mich mit Arbeit und Gesundheit bzw. mit der Schnittstelle von Arbeit und Gesundheit/Krankheit. Die Arbeitsmedizin hat zum Ziel, Arbeit so zu gestalten, dass sie die Gesundheit der Arbeitenden nicht gefährdet und dass deren Gesundheit und Arbeitsfähigkeit erhalten bleiben. Wir müssen also verstehen, was Krankheit bedeutet und wie ein Arbeitsplatz beurteilt und verbessert werden kann, damit er die Gesundheit nicht gefährdet.

Aber müssten wir eigentlich nicht auch verstehen, was die Gesundheit ausmacht, die wir erhalten sollen? Ich habe mich in den letzten fünfzehn Jahren immer wieder auch grundsätzlich mit Gesundheit befasst. Mich interessierte, was andere darüber gedacht haben und wie sich der Begriff Gesundheit entwickelt hat. Ich habe Definitionen von Gesundheit gesammelt; das ist nicht wirklich neu und zum Beispiel M. Schwendener hat dies auch schon getan [1]. Ihr Buch «Krankheit und Recht», das den Krankheitsbegriff im schweizerischen Sozialversicherungsrecht untersucht, ist empfehlenswert, insbesondere auch wenn man mehr über die rechtliche Seite erfahren will. Die Definitionen von Gesundheit und Krankheit verändern sich mit der Zeit. Ohne über die Geschichte zu sprechen, kann man Gesundheitsdefinitionen schwer verstehen und erforschen.

### Ein Blick – sehr weit – zurück

Der lateinische Satz *mens sana in corpore sano* an der Fassade einer Turnhalle: «Der gesunde Geist wohnt in einem gesunden Körper.» Was bedeutet das wirklich? Dass nur in einem gesunden Körper ein gesunder Geist lebt? Dass gesunder Geist und gesunder Körper einander bedingen? Oder dass ein gesunder Geist einen gesunden Körper zur Folge hat? Und warum ist der Körper vom Geist getrennt? Haben die Römer schon die Trennung von Geist und Körper vollzogen? Das Zitat *mens sana in corpore sano* stammt vom römischen Dichter Juvenal und ist eine Verkürzung: Beten solle man darum, dass ein gesunder Geist in einem gesunden Körper sei, schrieb der Dichter und prangerte damit an, dass seine Mit-

bürger sich zwar mit Gebeten und Gaben für alle möglichen und unmöglichen Bitten an die Götter wandten – und er meinte, dass man auch um körperliche und geistige Gesundheit bitten sollte.

Vielleicht die älteste überlieferte Definition von Gesundheit stammt von Platon (427–347 v. Chr.). Der antike griechische Philosoph sagte, Gesundheit sei Harmonie und eine vernünftige Mischung der Gegensätze. Hippokrates (460–380 v. Chr.) war der berühmteste Arzt des Altertums und gilt als Begründer der Medizin als Wissenschaft. Er vertrat die Meinung, dass die richtige Mischung von Blut und Schleim mit schwarzer und gelber Galle die Gesundheit bestimme und dass eine falsche Mischung Krankheit bedeute. Verschiedentlich erwähnt er auch den Einfluss der Umwelt auf diese Mischung (vgl. auch [2]). Auch wenn die Lehre der Körpersäfte schon lange überholt ist, so ist die Idee der Harmonie und der richtigen Mischung noch heute präsent. Im Falle der Mischung muss man sogar sagen, dass diese Idee erst kürzlich wieder stark aufkam. Sie wird neuerdings in Bezug auf die Darmflora (Mikrobiota) angewandt: Demnach hat die Zusammensetzung der Bakterien im Darm einen Einfluss auf den gesamten Organismus. Sie kann uns krank machen oder gesund erhalten.

Im Mittelalter bedeutete Gesundheit einfach, ein langes Leben zu haben. Und dieses war von Gott gegeben. Der französische Philosoph, Mathematiker und Naturwissenschaftler René Descartes (1596–1650) – von ihm stammt der berühmte Satz *cogito ergo sum* («Ich denke, also bin ich») – begreift im 17. Jahrhundert den Menschen als aus zwei Teilen bestehend: aus dem physischen Körper und einer nicht-physischen Dimension, dem über den materiellen Körper hinausgehenden Geist. Geist und Materie stehen miteinander in einer Wechselwirkung. Und der Geist sei vom Körper unabhängig. Descartes hat viel über das Funktionieren des Körpers und über Gesundheit nachgedacht: «Auch wenn es [die Gesundheit] das Grösste aller guten Dinge, die den Körper betreffen, ist es nichtsdestotrotz Dasjenige, an das wir am wenigsten denken und das wir am wenigsten schätzen. Das Wissen der Wahrheit ist wie die Gesundheit der Seele; wenn man sie hat, denkt man nicht länger darüber nach.» (Descartes, 1649, zitiert nach [3]). Wenn wir gesund sind, beschäftigen wir uns nicht mit unserer Gesundheit, stellt Descartes fest. Er spricht zuerst vom Körper, fügt aber sofort das Denken und das Wertschätzen hinzu: den Geist, unsere kognitiven und emotionalen Fähigkeiten. Auch seine Analogie der Wahrheit zur «Gesundheit der Seele» weist auf diesen Geist hin. Gesundheit bleibt bei Descartes etwas sehr Geheimnisvolles. Ist es gerade die *Verbindung* dieser beiden Aspekte, die er betonen will? Alleine über Descartes' Aussagen zu Gesundheit könnte man ein ganzes Buch schreiben. Descartes wurde teilweise auch sehr falsch verstanden, letztlich wurden nur seine Extrempositionen weitergetragen, er ist aber sicher wesentlich für das lange vorherrschende Maschinenmodell der Gesundheit [4].

1751, also rund hundert Jahre später, schrieb der französische Aufklärer Denis Diderot (1713–1784), zitiert nach [3]: «Wir fühlen uns wohl, wenn kein Teil unseres Körpers uns seine Existenz signalisiert. Wie auch immer, wenn irgendein Teil durch Schmerz Aufmerksamkeit auf sein Vorhandensein zieht, fühlen wir uns sicher schlecht. Und wenn das mit Freude/Lust geschieht, ist es nicht immer sicher, dass wir uns besser fühlen.» Der erste Teil ist eindrücklich gefasst und nachempfindbar. Diderot gibt eine konkrete Definition, aber nicht von Gesundheit, sondern von Wohlbefinden: Dieses ist nur dann gegeben, wenn kein Teil unseres Körpers Schmerzen bereitet. Den zweiten Teil lasse ich offen für Ihre Interpretation, da er für mich stark sexuell konnotiert ist. Aber ist Gesundheit Wohlbefinden? Klarer wird die Idee, wenn sie als *das Schweigen der Organe* zusammengefasst wird. Diderots Zeitgenosse, der Arzt und Medizinhistoriker Charles Victor Daremberg (1817–1872), zitiert nach [3], wurde 1865 noch deutlicher: «Jemand, der gesund ist, fühlt nicht die Bewegungen des Lebens, alle Funktionen werden schweigend ausgeführt.» Diese Idee hat sich hundert Jahre lang gehalten: Du bist gesund, wenn du deine Organe nicht merkst.

Schmerzen und Krankheit sind Themen, die viele Werke von Friedrich Wilhelm Nietzsche (1844–1900) durchziehen, und es mag vermessen sein, daraus nur ein einzelnes Zitat herauszugreifen. Dennoch: Gerade in dieser Definition formuliert er nicht einfach eine Polarität zwischen Gesundheit und Krankheit. Sein Gedanke ist öffnend für ein neues Verstehen. Denn Nietzsche, zitiert nach [5], sagt, Gesundheit sei der Grad von Krankheit, welcher ihm erlaube, seinen essentiellen Tätigkeiten nachzugehen: «Gesundheit ist dasjenige Mass an Krankheit, das mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen.» Er erlebt sich selber als gesund, wenn die Krankheit ihn nicht von seinen wesentlichsten Tätigkeiten abhält. Zum ersten Mal wird dank Nietzsche eine Verbindung von Gesundheit/Krankheit zum Tätigsein, zum Aktivsein, zum Erledigen von Aufgaben geschaffen. Seine Aussage stellt die Funktionsfähigkeit ins Zentrum, wie die heutigen ICF-Diagnosen (International Classification of Functionality, ein Krankheitskatalog für Ärzte, erarbeitet von der UNO), welche versuchen, die Funktionseinschränkungen und Funktionsfähigkeiten zu erfassen.

Doch zunächst bringt uns Sigmund Freud (1856–1939) um 1900 eine wesentliche Erweiterung von Nietzsches Aussage. Der Begründer der Psychoanalyse sagte, Gesundheit sei bestimmt durch den Grad der Fähigkeit einer Person, zu lieben und zu arbeiten: «Gesundheit ist die Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können» (siehe [4], [6]). Er erwähnt aber nicht, was arbeiten denn genau bedeutet. Aber ich denke, er hat dabei nicht an Fabrikarbeit gedacht, sondern wie Nietzsche an Tätigkeiten, die für ihn selber essentiell sind. Oder an seine eigene «liberale Tätigkeit», wie Marx es nannte, der Arbeit in produktive und liberale Tätigkeiten einteilte. In Marx' Sinne arbeitet eigentlich nur jemand, der etwas produziert. Für