

WELL-BEING, PREVENTION, RISK
BENESSERE, PREVENZIONE, RISCHIO
BIEN-ÊTRE, PRÉVENTION, RISQUE
BIENESTAR, PREVENCIÓN, RIESGO
BEM-ESTAR, PREVENÇÃO, RISCO
WOHLBEFINDEN, VORBEUGUNG, RISIKO

EBOOK OF THE INTERDISCIPLINARY RESEARCH PROGRAM
“ORGANIZATION AND WELL-BEING”

GIOVANNI RULLI
DIREZIONE GENERALE DELL’AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELL’INSUBRIA

BRUNO MAGGI
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Abstract

The etymology and the development of the meanings of well-being, prevention and risk, as well as their relationships, are presented and discussed. It is reminded that the World Health Organization defined health as physical, mental and social well-being, and that the European Union prescribed a general and programmed primary prevention, integrated with the design of work situations. However, current interpretations and practices mistake well-being with wellness, and prevention with the management of existing risks, while usually attributing the responsibility to the acting subjects in the workplace. The Interdisciplinary Research Program “Organization and Well-being”, for over three decades, has interpreted well-being as a perfectible process, and outlined pathways of work analysis that actually carry out primary prevention.

Keywords

Well-being, Prevention, Risk, Work analysis, Organizational action.

Well-being, Prevention, Risk / Benessere, Prevenzione, Rischio / Bien-être, Prévention, Risque / Bienestar, Prevención, Riesgo / Bem-estar, Prevenção, Risco / Wohlbefinden, Vorbeugung, Risiko, Rulli Giovanni, Maggi Bruno. Bologna: TAO Digital Library, 2018.

Licenza: CC BY-NC-ND 4.0
© Copyright 2018 degli autori

ISBN: 978-88-98626-14-4
DOI: <http://doi.org/10.6092/unibo/amsacta/6027>



The TAO Digital Library is part of the activities of the Research Programs based on the Theory of Organizational Action proposed by Bruno Maggi, a theory of the regulation of social action that conceives organization as a process of actions and decisions. Its research approach proposes: a view on organizational change in enterprises and in work processes; an action on relationships between work and well-being; the analysis and the transformation of the social-action processes, centered on the subject; a focus on learning processes.

The contributions published by the TAO Digital Library are legally deposited and receive an ISBN code. Therefore, they are to be considered in all respects as monographs. The monographs are available online through AMS Acta, which is the institutional open archive of the University of Bologna. Their stable web addresses are indexed by the major online search engines.

TAO Digital Library welcomes disciplinary and multi- or inter-disciplinary contributions related to the theoretical framework and the activities of the TAO Research Programs:

- Innovative contributions presenting theoretical or empirical analysis, selected after a double peer review process;
- Contributions of particular relevance in the field which are already published but not easily available to the scientific community.

The submitted contributions may share or not the theoretical perspective proposed by the Theory of Organizational Action, however they should refer to this theory in the discussion.

EDITORIAL STAFF

Editor: Bruno Maggi

Co-editors: Francesco M. Barbini, Giovanni Masino, Massimo Neri, Giovanni Rulli

International Scientific Committee:

| | | |
|--------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Jean-Marie Barbier | CNAM, Paris | Science of the Education |
| Vittorio Capecchi | Università di Bologna | Methodology of the Social Sciences |
| Yves Clot | CNAM Paris | Psychology of Work |
| Renato Di Ruzza | Université de Provence | Economics |
| Daniel Faiña | Université de Provence | Language Science |
| Vincenzo Ferrari | Università degli Studi di Milano | Sociology of Law |
| Armand Hatchuel | Ecole des Mines Paris | Management |
| Luigi Montuschi | Università di Bologna | Labour Law |
| Roberto Scazzieri | Università di Bologna | Economics |
| Laerte Sznalwar | Universidade de São Paulo | Ergonomics, Occupational Medicine |
| Gilbert de Terssac | CNRS Toulouse | Sociology of Work |

ISSN: 2282-1023

www.taoprograms.org – dl@taoprograms.org
<http://amsacta.cib.unibo.it/>

Pubblicato nel mese di novembre 2018
da TAO Digital Library – Bologna

Wohlbefinden, Vorbeugung, Risiko

Giovanni Rulli, Direzione Generale dell'Agencia di Tutela della Salute dell'Insubria
Bruno Maggi, Università di Bologna

Wohlbefinden*

(Englisch *Well-being*; Italienisch *Benessere*; Französisch *Bien-être*; Spanisch *Bienestar*; Portugiesisch *Bem-estar*)

Wohlbefinden besteht aus dem Adverb „wohl“ und dem Verb „befinden“ („sein“). Dieser Begriff entstammt dem 16. Jahrhundert, um die Befriedigung physischer Bedürfnisse zu beschreiben. Seit dem 18. Jahrhundert beschreibt es die materielle Befindung, die erlaubt, die Existenzbedürfnisse zu befriedigen. Das Konzept des Wohlbefindens, und genauer genommen das „soziale Wohlbefinden“, in der Wirtschaft, in der Soziologie und in der politischen Wissenschaft wird in Bezug auf eine Gesellschaft in ihrem Ganzen verwendet, inklusive ihres Vermögens und ihrem Zugang zu Gütern und Dienstleistungen, aber auch ihren Grad an Freiheit, Vergnügen, Innovation und Umweltgesundheit. Das „wirtschaftliche Wohlbefinden“ wird viel begrenzter als den Teil des sozialen Wohlbefindens definiert, der sich auf monetäre Parameter bezieht. Seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts bestätigt sich durch eine Ansicht, welche die Ordnung der Wertvorstellungen mit Hinblick auf die Vorstellung der sozialen Wissenschaften verändert, die Bedeutung, die mit den Zuständen der Gesundheit verbunden ist.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) folgt, seit ihrer Geburt in der zweiten Hälfte der 1940er, einer Vorstellung von „Gesundheit“, die in Form von *physischem, psychischem und sozialem Wohlbefinden* formuliert wird. Diese Vorstellung widerspricht der altertümlichen negativen Definition der Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit. Durch positive Begriffe

* Eine andere Version dieses ersten Abschnitts, der das Konzept des Wohlbefindens behandelt, wurde bereits in der Fachzeitschrift *Laboreal*, 2006, 2, 1: 62-63 herausgegeben. Der Autor dankt der Fachzeitschrift für die Erlaubnis, diese neue Veröffentlichung zu entwickeln.

ausgedrückt, macht diese die Prioritäten der Vorbeugung und der Förderung der Gesundheit in Bezug auf Pflege deutlich und verbindet gleichzeitig das Soma und die Psyche mit der sozialen Dimension des menschlichen Wesens. Das Wohlbefinden bedeutet also die Gesundheit im weitesten Sinne, in allen ihren Aspekten, und in einem aktiven Sinne. Diese neue Vorstellung, jetzt zunehmend verbreitet, wird international befördert und in die Gesetzgebung vieler verschiedenen Ländern der Welt aufgenommen.

Die WHO hat diese Formulierung weiter bereichert und spezifiziert, vor allem durch die Alma-Ata Konferenz des Jahres 1978, durch die Verkündung der Ziele der „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ und durch die Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung des Jahres 1986. Das, was Gesundheit bedeutet, entspricht keinem natürlichen Zustand, sondern einem sozialen Konstrukt. Dabei wird erkannt, dass die Förderung des Wohlbefindens nicht erzwungen werden kann, sondern autonom von jeder Gesellschaft in Bezug auf deren Kultur, welche durch den geografischen Ort und den verschiedenen sozialen Realitäten bestimmt wird, administriert werden muss. Das Wohlbefinden so definiert muss nicht als statisch und einfältig oder als idealer jedoch unerreichbarer Zustand betrachtet werden. Es muss als *vervollkommnungsfähiger Prozess*, der zu verfolgen ist, betrachtet werden, wie es Giovanni Rulli im Rahmen des interdisziplinären Forschungsprogramms „Organization and Well-Being“ angedeutet hat. Die Bedürfnisse und Ziele des Wohlbefindens sind in Bezug auf kontextuelle und temporale Vielfalt und auf die Möglichkeit einer *ununterbrochenen Verbesserung* variabel.

Die *Arbeit* ist unmittelbar durch diese innovative Vorstellung des Wohlbefindens betroffen. Die WHO/ILO (Internationale Arbeitsorganisation) Kommission bezüglich der Gesundheit bei der Arbeit hat im Jahre 1995 eine „Definition der Gesundheit bei der Arbeit“ erstellt, welche auf denselben Prinzipien basiert. Eine europäische Richtlinie (89/391/EWG), welche in die Gesetze der EU-Staaten übertragen wurde, verordnet eine *primäre, allgemeine, programmierte und integrierte Vorbeugung* bei der Arbeitsgestaltung. Die Vorbeugung ist „primär“, wenn sie sich der Erscheinung des Risikos

widersetzt: dies ist der höchste Grad der Vorbeugung mit Hinblick auf die Handlung bezüglich des existierenden Risikos oder schlimmer, des angerichteten Schadens. Deshalb erzwingt der normative Rahmen, der die präventive Handlung vorschreibt, eine Analyse und einen Eingriff. Diese sollen iterativ stattfinden und auf objektiven und eingehend auf die gesamte Arbeitssituation artikulierten Kriterien beruhen, welche die Kontrolle der Gesundheit und die Sicherheit der Arbeiter erzielen. Außerhalb der Europäischen Union haben viele Länder ähnliche Maßnahmen eingeführt.

Diese innovative Vision hat jedoch auch andere Wurzeln. Reflexionen und Studien, welche das Ziel haben das *Wohlbefinden* am Arbeitsplatz und eine *Analyse der Arbeit* zu vergleichen, entwickelten sich durch das ganze 20. Jahrhundert, wenn auch in keinem konstanten Rhythmus und mit unterschiedlichen Ergebnissen.

Zu Beginn dieses Jahrhunderts gründen Emil Kraepelin und Hugo Münsterberg, ehemalige Studenten von Wilhelm Wundt, die ersten psychophysiologischen Labore, welche der Untersuchung der „Ermüdung bei der Arbeit“ dienen sollen. Max Weber bringt für die Recherchen des Vereins für Sozialpolitik diese Hinweise mit den Studien der Wirtschaft und der Soziologie des Vereins zusammen. Luigi Devoto fördert die Arbeitsmedizin, eine neue Disziplin mit präventiven Intentionen, indem er behauptet, dass „der wahre Patient die Arbeit ist“.

Das Interesse an diesen Studien beginnt zu der Zeit, als Frederick W. Taylor die Grundsätze der „Wissenschaftlichen Betriebsführung“ und Henri Fayol die der „allgemeinen Verwaltung“ vorschlagen. Die funktionelle Vorstellung der Gesellschaft, des Unternehmens und der industriellen Arbeit, welche von den Theorien Taylors und Fayols bereits vorausgesetzt wird, wird der explizite Orientierungspunkt der Human-Relations Bewegung, die von Elton Mayo und seiner Schule zur Zeit der Großen Krise von 1929-30 gegründet wird. Dieser neue Ansatz weiß das „klassische Modell“ der Organisation mit der „Flexibilität“ und der „Arbeitszufriedenheit“ zu vereinen. Mit seiner Diffusion liegt der Schwerpunkt nun auf der „Integration“ der Arbeiter im

System, während die Studien über die Ermüdung bei der Arbeit erlöschen und die Arbeitsmedizin sich von dem originellen Prinzip entfernt.

Zwischen 1940 und 1960 versucht Georges Friedmann die verschiedenen Fäden des Wohlbefindens angesichts der Exzesse des „industriellen Mechanizismus“ und der Bedingungen der Verfremdung wieder zusammenzubringen und widersetzt sich zur selben Zeit dem Taylorismus und der Human-Relations Bewegung, vor allem ihrer funktionellen Basis. Er schlägt eine *Sociologie du travail* als genügend interdisziplinären Ansatz vor (trotz des Namens), deren erster Schritt auf der Kontrolle der physischen und psychischen Gesundheit des Arbeiters beruht und zu dem sich positive Eingriffe, welche einer „dreifachen Entwicklung: intellektuell, moralisch und sozial“ dienen, hinzufügen. Am Ende der 40er Jahre wird eine neue Strömung der Arbeitsstudien in England gegründet: *Ergonomics*. Diese Strömung wird als interdisziplinäre Zusammenkunft präsentiert, die biomedizinische, psychologische und technologische Kenntnisse, mit dem Ziel, die „Arbeit dem Menschen anzupassen“, vereint. In den 50er Jahren beginnt in Frankreich und Belgien die sogenannte *Ergonomie*, ebenfalls auf interdisziplinärer Basis, mit dem Ziel, die „Arbeit zu verstehen, um sie zu verändern“. Dieser Ansatz unterscheidet sich von dem Angelsächsischen durch die Untersuchung der „Aktivität“ des Betreibers in den konkreten Arbeitssituationen. Die fast gleichzeitige Entstehung dieser Stränge der Friedmannischen Themen des Wohlbefindens bei der Arbeit und der neuen Definition der Gesundheit in positivem Sinne durch die WHO, veranlasst die Hypothese, dass Einflüsse, wenn auch nur indirekte, zwischen den beiden Programmen existieren. In den folgenden Jahrzehnten geschieht trotzdem keine Entwicklung der ersten Vorschläge in den vorhergenannten Evolutionen der Arbeitssoziologie und der Ergonomie.

Das Konzept des Wohlbefindens und sein Verhältnis zur Arbeit hat also eine lange und nicht lineare Geschichte. Aber die unterschiedlichen Interpretationen, die dies betrachten, müssen auch bedacht werden. Vor allem wäre es falsch anzunehmen, dass die Theorien des „klassischen Modells“ der

Organisation das Wohlbefinden nicht bedenken. Sowohl Taylor als auch Fayol oder Frank B. Gilbreth, aber auch Henry Ford, beschäftigten sich explizit damit. Dennoch deutet ihr Ansatz zum Wohlbefinden und zur Arbeit an, dass der Arbeiter sein größtes Wohlbefinden durch die komplette Anpassung an die Bedürfnisse des Systems erreicht. Gleichzeitig ist das Wohlbefinden, den Theorien der Flexibilität und der Arbeitszufriedenheit zufolge, welche sich von den Strängen der Human-Relations Bewegung bis zu unseren Tagen entwickeln, ein Zustand, der notwendigerweise von der Optimierung des Funktionierens des Systems abgeleitet wird. Dies wird durch viele Studien bestätigt, welche seit den 50er Jahren den Schwerpunkt auf die Verbindungen zwischen „Motivation, Produktivität und Zufriedenheit“, zwischen „Stress und Rollenkonflikten“ oder auf die „Qualität des Arbeitslebens“ legen.

Das Wohlbefinden, nach Andeutung der WHO definiert, kann offensichtlich nicht in den Theorien, welche die „Prädetermination eines Systems“ bezüglich der Handlungssubjekte voraussetzen, existieren. Noch passt es nicht in die Theorien, die besagen, dass die Arbeitssituation eine „sozial-erbaute Realität“ ist, welche *a posteriori* erkannt werden kann und welche sich mit ihren Einschränkungen dem sozialen Akteur aufdrängt.

Die Definition der WHO und die Vorstellung des Wohlbefindens als *vervollkommnungsfähiger Prozess*, im Programm „Organization and Well-being“ entwickelt, erfordert eine Theorie, welche die Arbeit als *Prozess* definiert. Ein Prozess von Handlungen und Entscheidungen, immer wandelbar und verbesserungsfähig, der das Wohlbefinden in seinem Aufbau und in der ständigen Veränderung derselben Subjekte, die darin impliziert sind, einbauen kann. Dies ist die Herausforderung für die Disziplin der Arbeit bezüglich des Wohlbefindens.

Vorbeugung

(Englisch *Prevention*; Italienisch *Prevenzione*; Französisch *Prévention*; Spanisch *Prevención*; Portugiesisch *Prevenção*)

Der Begriff *Vorbeugung* erscheint im spät-Lateinischen *praeventio*, welches wiederum vom klassisch-Lateinischen *praevenire* abgeleitet wurde und das genaugenommen „vorher kommen“ bedeutet. Davon wird der bildliche Sinn von „vorherkommen“ abgeleitet. Ähnliche Begriffe sind *providere*, „Maßnahmen nehmen“, und *praevertere*, „verhindern, dass etwas geschieht“. Seit dem 16. Jahrhundert wird *Vorbeugung* im Sinne von „Vorsorgemaßnahme“, um alles Unangenehme zu „verhindern“, benötigt.

Die „moderne“ *Vorbeugung* entsteht zu Beginn des 18. Jahrhunderts mit der ersten Analyse der Beziehungen zwischen Arbeit und Krankheit. Bernardino Ramazzini, Professor theoretischer und praktischer Medizin zuerst an der Universität von Modena und dann an der Universität von Padua, beweist die Schädlichkeit der Arbeit, welche gleichzeitig Lebensunterhalt bietet (*Varia et multiplex morborum seges, quam non raro artifices quidam extrema sui pernicie ex iis artibus, quas exercent, pro lucro referunt ...*).

Am Ende desselben Jahrhunderts wird der erste von neun Bänden des Traktats über „medizinische Polizey“ des deutschen Arztes Johann Peter Frank (1745-1821), Dozent in Wien und Paris, herausgegeben. Die Bände werden im Laufe von fast fünfzig Jahren, von 1779 bis 1827, veröffentlicht. Die medizinische Polizey hat das Ziel, die Bedingungen der Hygiene und der öffentlichen Gesundheit zu verbessern. Auf der einen Seite soll dies durch eine komplette Entblößung der sozialen Hauptkrankheiten und deren Ursachen und auf der anderen Seite durch den Erlass von Gesetzen, welche zehn Aktionen und Verhaltensweisen zur Verteidigung der Gesundheit vorschreiben, erreicht werden. Die öffentliche und die sogenannte „soziale“ Medizin schulden der Arbeit Franks, welche sich im Rahmen der Rousseauschen Aufklärung entwickelte, sehr viel. Für den mitteleuropäischen Raum sollten auch die Ausführungen über die Krankenhaushygiene des ungarischen Arztes Ignác Fülöp Semmelweis (1818-1865), höchstcelebrierter aber verfolgter Entdecker

der Ursache der Septikämie in der Poliklinik Wiens im Jahre 1846, und die des Chemikers, Physiologen und Hygienikers Max Joseph von Pettenkofer (1818-1901) über die öffentliche und Umwelthygiene berücksichtigt werden.

Im biomedizinischen Feld haben sich zu dieser Zeit die Ideen über die *Vorbeugung* als *primär* (mit der Absicht, das Krankheitsvorkommen zu reduzieren, indem auf „Risikofaktoren“ eingegriffen wird, also die „pathogenen Ursachen“, bevor diese die Manifestation der eigentlichen Effekte hervorrufen), *sekundär* (zum Zwecke der frühzeitigen Diagnose und Therapie) und *tertiär* (mit der Absicht, ungünstigen Ergebnissen und dem Tod vorzubeugen) bestätigt. Diese Unterscheidung weist heute eine bedeutende Inflexibilität auf. Diese erlaubt eine Aufteilung der möglichen Eingriffe und eine Definition der Interessens- und Eingriffsbereiche der biomedizinischen Disziplinen, welche dafür zuständig sind: die Hygiene und die Vorbeugung, die Diagnostik und die Therapie, die Rehabilitierung. Gleichzeitig erscheinen die Abgrenzungen im Vokabular der Vorbeugung der Lebens- und Arbeitsumwelt als künstlich: „Vorbeugung“ (primärer Art), „Beschützung“ (vor dem Risiko) und „Vorsorge, Vorsicht“ (bezogen auf die Möglichkeit des Risikos). Die Vorbeugung, die zuallererst als primär verstanden wird, muss notgedrungen auf einem Prinzip der Vorsorge basieren, muss sich auf die wahrscheinlichen Risikomöglichkeiten beziehen und muss Schutzmaßnahmen beinhalten, wenn schädliche Mittel in Wohn- und Arbeitsplätze eindringen (was sich jedoch nicht ereignen sollte) oder wenn Bedingungen unspezifischer Risiken existieren, wie zum Beispiel im Falle von Stress.

Die Vorbeugung im ganzen Sinne des Wortes führt eine direkte Handlung aus, welche nicht nur die Begegnung zwischen schädlichen Mitteln und dem menschlichen Wesen *vermeidet*, sondern auch *die Aktivierung* von Risikobedingungen der Manifestation derselben schädlichen Mittel, *verhindert*. So beabsichtigt es zudem auch die europäische „Rahmengesetzgebung“ der Vorbeugung an den Arbeitsplätzen (Richtlinie 89/391/EWG), welche die Vorbeugung als *primär, allgemein, programmiert und in der Konzeption der Arbeit integriert* definiert.

Diese Definition, logisch und juristisch begründet, deutet an, dass die Vorbeugung, welche auf die Arbeitsplätze bezogen ist, auf einer Bewertung basiert, die objektiv auf dokumentierten iterativen Kriterien gründet und die bis zur internen Arbeitssituation reicht. Weiter deutet sie an, dass die Vorbeugung im Voraus und in allgemeinen Termen konzipiert und in der Gestaltung der Arbeitssituationen für die weitergehende Verbesserung ihrer Bedingungen integriert wird.

Es scheint also wichtig zu verstehen, wie die Analyse und die Interpretation der Arbeitssituationen für die *primäre Vorbeugung der Krankheiten, der Unfälle, der Beschwerden und des Leidens bei der Arbeit* gerichtet werden können. Das heißt, wie kongruente Wahlen von Produktionszielen und Prospektiven des Wohlbefindens für die beteiligten Personen getätigt werden können. Eine wahrhaftig primäre Vorbeugung bedingt an erster Stelle die Erkenntnis der Grundlosigkeit jeder technischen oder wirtschaftlichen Prädetermination, da in den Arbeitssituationen – wie im normalen Leben auch – alles von immer veränderbaren Entscheidungen abhängt. Folglich steht an, die Kriterien der Arbeitsgestaltung und -strukturierung, welche die Anpassung der Handlungssubjekte an Einschränkungen und Eventualitäten des Systems voraussetzen, zu überwinden.

Verbreitete Praktiken, wie zum Beispiel die Bewertung der „Tauglichkeit für die Ausführung der Aufgaben“ oder von „Risikofaktoren“, sind in einem Präventionskurs vollkommen unangemessen. Die Bewertung der Tauglichkeit für die Ausführung der Aufgaben basiert auf der Akzeptanz von stabilen und unveränderlichen Zuschreibungen elementaren Aufgaben Taylorischer Ableitung, an vorteilhafte und anpassungsfähige Personen. Dies ermöglicht, in der Tat, den Ersatz vom weniger geeigneten Subjekt durch das „gesunde und robuste“ Subjekt. Wenn man akzeptiert, dass das Risiko von „Faktoren“ abhängt, nimmt man an, dass dieses immer präsent ist, anstatt die Bedingungen, die das Risiko in Folge von menschlichen Handlungen aktivieren können, zu erforschen. Gleichzeitig steht an, die irreführende Zuschreibung von positiven Werten an die Konzepte von „Flexibilität“ und

„Arbeitszufriedenheit“, vom soziologischen und sozial-psychologischen Funktionalismus abgeleitet, anzuerkennen. Flexibel ist in seinem etymologischen Sinne das, was sich leicht anpasst; in der Arbeit bedeutet es die Anpassung des Subjekts an organisatorische Anforderungen. Die Zufriedenheit an zugewiesenen Aufgaben und an deren Ausführung ist nicht unbedingt mit Wohlbefinden verbunden. Tatsächlich ist diese Zufriedenheit stark mit physikalischen, psychologischen und sozialen Überforderungen verbunden, die pathologische Auswirkungen mit sich bringen, welche gravierend und manchmal auch tödlich sind.

Die Ansätze, die vorschlagen, das Wohlbefinden bei der Arbeit mit einem „guten Organisationsklima“ oder mit der Resilienz der Arbeiter, oder weiter mit deren guter physischen und psychischen Verfassung (Fitness), oder letztlich mit einer angeblich größeren Wahl an Orten und Zeiten der Aktivität, wie in den unterschiedlichen Arten von *smart working*, zu verbinden, führen keine Vorbeugung durch. Sie sind nichts anderes als Weiterentwicklungen der Aussichten, die seit dem 20. Jahrhundert vorgegeben haben, günstigere Bedingungen für die in Arbeit involvierte Subjekte zu fördern, ohne allerdings deren Zentralität anzuerkennen. Im Gegenteil haben sie denselben Subjekten die Verantwortung für die Verwaltung der Risiken und Schäden, welche von Entscheidungen abhängen, die die Prädetermination des Systems voraussetzen, zugeschrieben.

Die Tätigkeit der Vorbeugung in den Arbeitsorten erfordert die *Analyse der Aktions- und Entscheidungsprozesse*, die sowohl die Situationen vor Ort als auch die Konstruktionszeichnungen konfigurieren: eine Analyse, die die Kongruenz von Strukturierungsentscheidungen, technischen Entscheidungen und Entscheidungen von Objekten interpretieren kann und die in den Zielen das Wohlbefinden zusammen mit der Wirksamkeit und Effizienz jedes Prozesses integrieren kann. Das interdisziplinäre Forschungsprogramm „Organization and Well-being“ deutet diesen Kurs seit den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts an. Dieses Forschungsprogramm hat seine theoretischen und methodologischen Grundlagen erläutert und Erfolge in vielen

Arbeitsprozessen, sowohl in der Produktion als auch in der Dienstleistung, aufgewiesen. Die Gestaltungs- und Strukturierungsentscheidungen der Arbeit zeigen sich in diesem Kurs immer als verbesserungsfähig. Das Wohlbefinden gleicht also keinem vorübergehenden „Zustand“ und die primäre Vorbeugung keiner „Utopie“ mehr: beide sind, wie der Arbeitsprozess, *vervollkommnungsfähige Prozesse*.

Risiko

(Englisch *Risk*; Italienisch *Rischio*; Französisch *Risque*; Spanisch *Riesgo*; Portugiesisch *Risco*)

Der griechische Begriff *κίνδυνος* deutet in der antiken Philosophie *Risiko* und *Gefahr* an und drückt allgemein den negativen Aspekt der Möglichkeit aus. Die Etymologie von „Risiko“ in den modernen Sprachen könnte von dem antiken Italischen *risco* stammen, und dies weiter vom Lateinischen *resicare*, „abschneidend wegbringen“. Seit dem 16. Jahrhundert wird die Bedeutung des Begriffs immer mit der Idee der *Möglichkeit* verbunden und bezeichnet ein negatives Geschehen, das mehr oder weniger berechenbar ist. Etwas „riskieren“ bedeutet „sich einem möglichen Nachteil auszusetzen“, was durch Handlung und nicht durch Zufall geschehen muss.

Das Konzept des Risikos, als Möglichkeit verstanden, dass sich ein Schaden für die Gesundheit verwirklicht, wird normalerweise, und verständlicherweise, auf Krankheiten mit größter Auswirkung in Bezug auf Mortalität oder Morbidität angewendet. Man studiert allerdings spezifisch das Risiko und tendiert ihm eine quantitative Bewertung zuzuweisen: im Bereich der kardiovaskulären Erkrankung (basierend auf Daten, die mit Blutdruck, Körpergewicht, Cholesterin usw. verbunden sind), bei neoplastischen Erkrankungen (Exposition gegenüber Schadenerregern, die nach Kategorien basierend auf Beweisen über die Beziehung zwischen Exposition und Krebs, klassifiziert werden, wie es zum Beispiel die Internationale Agentur für Krebsforschung macht), aber auch bei weiteren Krankheiten mit relevanter

Auswirkung in Bezug auf Behinderung (Dysmetabolismus, kognitive Degeneration usw.).

Die rigorosere Definition eines Gesundheitsrisikos wurde durch die konsolidierte Verwendung im epidemiologischen Bereich erhalten. Diese verwendet die Idee des *relativen Risikos* (RR = Beziehung zwischen Vorfällen bei exponierten und nicht exponierten Individuen) und des *zuzuschreibenden Risiko* (ZR = Unterschied zwischen Vorfällen bei exponierten und nicht exponierten Individuen). Diese Begriffe haben den Zweck für eine Bevölkerung und einen bestimmten Zeitraum negative Ereignisse aufzuzeigen und anteilig zu bewerten („sichtbarer Schäden“), verglichen mit einer anderen oder mit der allgemeinen Bevölkerung. Dies erlaubt beispielsweise zu bestätigen, dass eine Bevölkerung, die einem Schadstoff in einer bestimmten Konzentration und für eine bestimmte Zeit ausgesetzt wird, -allmählich nach einem Intervall frei von der Krankheit (Latenz)- mit größerer Wahrscheinlichkeit erkrankt, als diejenige, die dem Schadstoff nicht ausgesetzt wurde. Außerdem ermöglicht es die Bestimmung eines statistischen Maßes für diesen Unterschied. Die Idee der *ätiologischen Fraktion* (AF = Beziehung zwischen ZR und Vorfällen bei exponierten Individuen) vervollständigt das Argument, indem sie eine statistische Hypothese aufstellt, „wieviel“ der manifestierten Krankheit der Exposition zugeschrieben werden kann: zum Beispiel, wieviel die Einatmung von Asbestfasern zur Manifestation von Pleuramesotheliom beigetragen hat - was auch Bevölkerungen, die keinem Asbest ausgesetzt worden sind, betreffen können.

Eine zweite Definition betrachtet das Gesundheitsrisiko, das zwischen der „Vorfallwahrscheinlichkeit“ eines bestimmten Ereignisses und dem „Schaden“, welcher der Verwirklichung dieses Ereignisses folgt, „produziert wird“. Diese Definition erscheint weitverbreitet im Umfeld der Vorbeugung und der Sicherheit in den Arbeitsplätzen bezüglich der „Risikobewertung“ und wird auch durch die Richtlinien (Guidance on risk assessment at work) angedeutet, welche der präventiven europäischen „Rahmenrichtlinie“ 89/391/EWG anhängen: „...Wahrscheinlichkeit, dass das potenzielle

Schadenniveau in den Einstellungs- und/oder den Expositionsbedingungen erreicht wird, und mögliche Dimensionen desselben Schadens...“.

Trotz der Autorität der Quellen ist es erkennbar, dass es sich um ein Instrument, welches das Risiko „klassifiziert“, und nicht um eine Definition des Konzepts des Risikos handelt. Die Klassifikation basiert auf einer hypothetischen Skala mit begrenzter Zahl an Möglichkeiten (meistens $16 = 4$ Stufen der Wahrscheinlichkeit \times 4 Stufen des Schadens), die ihrerseits in „Risikoklassen“ eingeteilt werden können ($R \leq 2 =$ niedrig, $3 \leq R \leq 5 =$ mittel, $6 \leq R \leq 9 =$ hoch, $R > 9 =$ sehr hoch), mit dem Ziel, die Eingriffsprioritäten vom kleinsten bis zum weniger kleinen Zeitraum zu ordnen. Solch ein Instrument kann außerdem Gegenstand von bedeutender Kritik sein. Man kann legitim an der Wissenschaftlichkeit eines Vorgehens zweifeln, das willkürlich eine Beziehung zwischen vollkommen unterschiedlichen „Einheiten“ in Klassen einteilt, denen eine „numerische Zahl“, die überhaupt nicht analog ist, zugeordnet wird. Der Berechnungsprozess, der davon abgeleitet wird, ist deshalb sehr täuschend, wie es die tägliche Erfahrung mit der Hygiene und der Sicherheit in der Arbeit demonstriert: tatsächlich gleichen demselben „Wert“, der aus dem Produkt „ $W \times S$ “ resultiert, sehr verschiedene Realitäten. Eine starke Uneinigkeit zwischen Ziel und Instrument ist also offensichtlich.

Die *Gefahr* (Englisch *Danger*; Italienisch *Pericolo*; Französisch *Danger*; Spanisch *Peligro*; Portugiesisch *Perigo*) wird im Allgemeinen mit dem Risiko gleichgesetzt und mit dem *Schaden* (Englisch *Damage*; Italienisch *Danno*; Französisch *Dommage*; Spanisch *Daño*; Portugiesisch *Dano*) verbunden.

Das Konzept der *Gefahr* für die Gesundheit bezieht sich auf das, was ein bestimmter „Schadstoff“ mit sich trägt, dessen Manifestation mit einer bestimmten Frequenz in der Bevölkerung auftritt, oder auf eine intrinsische Eigenschaft oder Qualität einer bestimmten „Entität“ oder eines „Faktors“ (zum Beispiel Materialien oder Werkzeuge, Arbeitsmethoden oder Arbeitspraktiken), welche das „Potential“ haben, Schaden anzurichten. In beiden Fällen tragen diese nichts zum Konzept des Risikos bei. Tatsächlich erklärt es, auf der einen Seite, nicht die Verbindung zwischen Erregern und Auswirkungen, die der

Beziehung zwischen Ursache und Effekt entgleiten (zum Beispiel erkennt man nicht, woraus die intrinsische Gefahr im Falle von Stress bestehen sollte). Auf der anderen Seite basiert dies immer auf einer Beziehung: zwischen Erregern, Substanzen, Beschwerden und Individuen, welche sich untereinander manchmal in sehr wichtigen Weisen unterscheiden. Es ist daher besser, das Konzept der Gefahr ganz auszulassen und allein das Konzept des *Risikos*, als Möglichkeit, dass ein Schaden geschieht verstanden, und des *Risikos von*, als Präzisierung dessen, das geschehen könnte (zum Beispiel Risiko „von“ Unfall, „von“ professioneller Krankheit usw.) zu verwenden.

Das, was ein Risiko aktivieren kann (zum Beispiel Rauch, Lärm, Asbest, Arbeit auf Baugerüsten usw.) wird normalerweise „Risikofaktor“ genannt. Die Risikofaktoren werden von der epidemiologischen Literatur nicht als „Determinanten“, sondern als „Schadenerreger“ verstanden und oft in Klassen aufgeteilt, die ihrerseits zu Risikoklassen verweisen: physische, chemische usw. Diese Gliederung hat auch zum Hinweis einer Klasse von sogenannten „psychosozialen“ Risiken geführt, die den Stress, das Leiden und die Gewalt bei der Arbeit, die moralischen Belästigungen und manchmal auch die Muskel-Skelett-Erkrankungen beinhalten. Es erscheint jedoch mühsam, die „Faktoren“, die solche Risiken aktivieren können, nach dem System, das in der Regel für die physischen und chemischen Risiken benutzt wird, zu identifizieren. Dies beinhaltet bedeutende Probleme für den Schutz der Gesundheit, in den Arbeitsorten und auch im Allgemeinen, und die mögliche Hinwendung zu einer Zuweisung der Verantwortung für das Risikomanagement an die Betroffenen.

Im Bereich des interdisziplinären Forschungsprogramms „Organization and Well-being“ wurde seit den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts bewiesen, dass diese Gliederung ausschließlich die *kausale Erklärung*, in Bezug auf notwendige oder wahrscheinliche Ursache-Effekt-Beziehungen, von den physischen und chemischen Wissenschaften abgeleitet, voraussetzt. Die Modalität der *funktionellen Erklärung*, welche auch den Naturwissenschaften angehört, soweit sie die lebenden Organismen betrifft, wird nicht betrachtet,

obwohl genau die „Funktionen“ jeder Organe und jeder funktionellen Apparate, die diese für das Leben und die Entwicklung des Organismus ausführen, untersucht werden. In der Tat verbinden die biomedizinischen Disziplinen die funktionelle und kausale Erklärung: zum Beispiel erlaubt nur die Kenntnis des Funktionierens des Hörsystems in kausaler Hinsicht, den Einfluss und die Konsequenzen des Lärms, in seinem Wesen und in seiner Länge, zu bewerten.

Die Modalität der *konditionalen Erklärung*, die sich mit der Erläuterung kausaler Verbindungen beschäftigt, welche sich nicht auf Gesetze oder empirische Übereinstimmungen beziehen, wie bei den linearen Ursache-Effekt-Verbindungen, sondern auf der Konfrontation zwischen *Bedingungen*, die Anlass für das zu erklärende Ereignis geben können, basieren, wird auch gänzlich ignoriert. Die Identifikation von *objektiven Möglichkeiten* beginnt mit der Verwerfung jeder Bedingung, die sich in der Dynamik des Ereignisses als lediglich zufällig herausstellt, um zur Erkenntnis der *angemessenen Bedingung* bei ihrem Auftreten zu gelangen.

Dies ist der Weg, der am besten für eine Forschung geeignet ist, was ein Risiko von welcher Art auch immer auslösen kann. Zum Beispiel wird die Beziehung zwischen Schwingungen, die durch die Nutzung einer Kettensäge verursacht werden, und Schäden an der Hand und am Arm, oder die Beziehung zwischen der Einatmung von Asbestfasern und Lungenschäden, von den biomedizinischen Disziplinen in Bezug auf funktionelle Erklärungen und induktive Wahrscheinlichkeit zu Recht untersucht. Aber wenn man die Ursache des Risikos und die Entscheidungen menschlichen Handelns, von denen sie abhängt, verstehen will, ist die Interpretation der Bedingungen, die für die Auslösung des Risikos geeignet sind, erforderlich. Es ist in der Tat zweifellos so, dass alles, was eine Arbeitssituation oder das Leben im Allgemeinen ausmacht – Orte, Umwelt, Materialien, Instrumente, Handlungsmodalitäten – ein Produkt von Entscheidungen ist. Auf diesen Entscheidungen muss die Aktivität, die sich auf *die Vermeidung der Risiken* konzentriert, beruhen: die *Vorbeugung*.