

Public Health und die Welt der Arbeit – ein Memorandum

Von Rainer Müller*), Eva Senghaas-Knobloch**), Joachim Larisch***)

*) Prof. Dr. med., Universität Bremen, Socium (vormals Zentrum für Sozialpolitik)

**) Prof. Dr. phil., Universität Bremen, artec Forschungszentrum Nachhaltigkeit

***) Dr. P.H., Universität Bremen, Socium (vormals Zentrum für Sozialpolitik)

Die Endfassung ist in der Zeitschrift für Arbeitswissenschaft erschienen:

Müller, Rainer; Senghaas-Knobloch, Eva; Larisch, Joachim, 2016: Public Health und die Welt der Arbeit - ein Memorandum, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 70 (2), S. 126 - 136,

doi:10.1007/s41449-016-0023-x.

Zusammenfassung: In der Stellungnahme der Leopoldina, acatech und Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften vom Sommer 2015 zu "Public Health in Deutschland. Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen" werden effektive Public-Health-Systeme und eine flächendeckende Gesundheitsversorgung zu den dringlichsten Aufgaben des 21. Jahrhunderts gezählt und es wird zu neuen Initiativen zur Stärkung von Public Health und Global Health aufgerufen. Das hier vorgelegte Memorandum greift die Intention der Stellungnahme auf und verknüpft sie mit den Initiativen der WHO, ILO, EU sowie des Deutschen Bundestages und der Bundesregierung, Aufgaben für Gesundheit und Public Health verstärkt mit Fragen und Gestaltung menschenwürdiger Arbeit (decent work) zu verknüpfen. Politik für eine menschengerechte Arbeit ist historisch ein zentraler Teil von Public Health und Global Health. Die Anfragen der Politik richten sich diesbezüglich an die Arbeitsforschung und an die Gesundheitsforschung, zu einer inter- bzw. transdisziplinären Kooperation zu kommen. Das vorliegende Memorandum will zu einer solchen innovativen Wissenschaftskooperation aufrufen und beitragen.

Zunächst wird auf die Anfrage der Politik an die Arbeits- und Gesundheitsforschung Bezug genommen (I). Nach einer Entfaltung des Begriffs der Gesundheit als öffentliches und privates Gut und des Begriffs von Public Health (II) wird in einem dritten Schritt auf die Herausforderung wesentlicher gesellschaftlicher Entwicklungen für Öffentliche Gesundheit eingegangen (III). In einem vierten Schritt wird das Konzept des Humanvermögens als Schlüsselkonzept für die theoretische Fundierung interdisziplinärer Forschung zur Überbrückung der verschiedenen Traditionen in der Arbeits- und Gesundheitsforschung skizziert (IV) und im fünften Schritt (V) werden Grundfragen der Normativität, Ethik und der Interdisziplinarität thematisiert; im abschließenden (VI) Verfahrensvorschlag wird ein mehrstufiger Prozess empfohlen, um in den Arbeits- und Gesundheitswissenschaften (Medizin sowie Ingenieur- und Rechtswissenschaft eingeschlossen) Themen, Grundsätze und Schlussfolgerungen für eine vertiefte Kooperation mit Blick auf ein gemeinsames Verständnis von Public Health angesichts der Welt der Arbeit zu benennen.

I. Public Health und Welt der Arbeit als Anfrage der Politik an die Arbeits- und Gesundheitsforschung

Die Europäische Kommission in ihrer strategischen Kommunikation zu „Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz“ vom Juni 2014 (EU-Kommission 2014) und der Deutsche Bundestag in seinen Empfehlungen vom März 2016 für eine „innovative Arbeitsforschung“ zur „Humanisierung unserer Arbeitswelt und mehr Beschäftigung“ (Drucksache 18/7363) plädieren für eine erweiterte wissenschaftliche und politische Herangehensweise an das Thema Arbeit und Gesundheit. Es geht darum, sich angesichts der großen gesellschaftlichen Trends in einer Gestaltungsperspektive konzeptionell auf einen innovativen Gesundheitsbegriff mit Blick auf das Erwerbsleben, Prävention und auf Erfordernisse sozialer Nachhaltigkeit zu stützen sowie Bildung, Sozialpartnerschaft und Mitbestimmung zu befördern. Dabei sind in allen Feldern geschlechtsspezifische Aspekte zu integrieren. Die Herausforderung besteht demnach darin, sowohl die interdisziplinäre Arbeitsforschung als auch die interdisziplinäre Gesundheitsforschung auf innovative Weise so zu konzipieren, dass sie sich konzeptionell aufeinander beziehen und Strategien miteinander verkoppelt werden können. Auf der Ebene internationaler Politik entspricht dies den Bemühungen der 1919 dreigliedrig konstituierten Internationalen Arbeitsorganisation (ILO), ihre Wissensbasis mit anderen internationalen Organisationen, wie beispielsweise der 1946 gegründeten Weltgesundheitsorganisation (WHO) und regionalen Organisationen wie der Europäischen Union kooperativ auszutauschen. Darüber hinaus gehören menschenwürdige Arbeit (decent work) und Gesundheit zu den 17 globalen Zielen, die im Rahmen der neuen weltweiten Nachhaltigkeitsagenda bis 2030 erreicht werden sollen.

Der Deutsche Bundestag hat im März 2016 das neue Rahmenprogramm „Innovationen für die Produktion, Dienstleistung und Arbeit von morgen“ als Teil der neuen Hightech-Strategie der Bundesregierung sowie das Grünbuch „Arbeiten 4.0“ des Arbeits- und Sozialministeriums begrüßt und besonders die Einbeziehung der Sozialpartner bei der Entwicklung und Umsetzung des Rahmenprogramms als wichtig hervorgehoben. Für notwendig erachtet wird eine „praxisorientierte und interdisziplinäre Arbeitsforschung von herausragender Bedeutung, die nicht nur einen essentiellen Beitrag zur Sicherung einer hohen Beschäftigungsquote, sondern auch zur Humanisierung der Arbeitswelt leistet“ (Drucksache/ 18/763, S. 2). Sie soll zur „Reduzierung psychischer und physischer Belastungen“ beitragen; dazu soll das Thema Gesundheitsprävention in der Programmlinie „Zukunft der Arbeit“ schwerpunktmäßig gefördert werden und auch verstärkt in die Forschungsförderung der EU eingebracht werden (a.a.O., S. 3f).

Deutschland verfügt über eine gewachsene vielfältige Landschaft an institutionellen Traditionen und Programmen für Gesundheit und Arbeitsschutz auf den Ebenen des

Staates und der Sozialversicherungen. Seit der Jahrhundertwende werden „nationale Gesundheitsziele“ in einem auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit 2007 gegründeten Kooperationsverbund (gesundheitsziele.de) von mehr als 120 Organisationen erarbeitet und ansatzweise umgesetzt. Sie sind auch in das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ (Präventionsgesetz) aufgenommen worden, das insbesondere die Kooperation zwischen den einschlägigen Institutionen verbessern und die Unternehmen der privaten Krankenversicherung einbinden soll. Die Gesundheitsförderung soll in den Lebenswelten wie Kita, Schule, Kommunen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen jährlich gefördert werden. Doch ist ein systematischer Bezug zur Arbeitswelt nicht erkennbar.

Forschung zum Themenfeld Arbeit und Gesundheit wird in Deutschland - abgesehen von den wenigen universitären arbeitswissenschaftlichen und arbeitsmedizinischen Instituten - überwiegend von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und ihren drei Instituten (IFA, IPA, IAG) sowie durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) durchgeführt. Ein Bezug zu Public Health ist in den Ausrichtungen der Forschungsschwerpunkte kaum erkennbar. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bietet als Angebot die freiwillige Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) an. Im Bereich der Gesundheitsforschung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) ist wiederum kein systematischer Bezug zu Arbeit und Gesundheit erkennbar, sondern zu anderen primärpräventiven, epidemiologischen und krankheitsspezifischen Fragestellungen. Dies gilt auch für den Innovationsfonds der GKV, der mit jährlich 300 Mio. EUR dotiert ist und sich auf (medizinische) Versorgungsformen konzentriert.

Es gibt Kooperationsvorhaben im Bereich BGF und Arbeitsschutz. So sollen mit der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA), die von Bund, Ländern und der Gesetzlichen Unfallversicherung getragen wird, beispielsweise im Zeitraum zwischen 2013 und 2018 drei Ziele erreicht werden:

- Verbesserung der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes
- Verringerung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen und Erkrankungen im Muskel-Skelett-Bereich
- Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung

Aber die Trennung der Zuständigkeiten durch die Struktur der verschiedenen Zweige der deutschen Sozialversicherung, die ansatzweise durch Kooperationsvorhaben im Bereich der BGF und des Arbeitsschutzes überbrückt wurde, entspricht nicht der Bedeutung der Erwerbstätigkeit für den Gesundheitsstand der Bevölkerung. Zwar werden in den Empfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) vom 16.2.2016 die Erwerbstätigen als Zielgruppe genannt (S. 17ff). Doch ist nicht

erkennbar, wie die Maßnahmen und Initiativen der jeweiligen Sozialversicherungsträger durch eine stärkere Integration und Koordination zur Verbesserung von öffentlicher Gesundheit in den Unternehmen beitragen können. Eher ist davon auszugehen, dass die Sozialversicherungsträger (GKV, PV, DGUV, DRV) ihre jeweiligen Ansätze weiter verfolgen und dies als ihren Beitrag zur NPK verstehen.

Offenbar fehlt es an einem theoretisch fundierten und praktisch zu erprobendem Bezugsrahmen, der die wissenschaftlich, sozialpolitisch und sozialrechtlich begründeten Interventionen zur Verbesserung von Sicherheit und Gesundheit der weit über 40 Millionen Beschäftigten in der Bundesrepublik Deutschland konzeptionell und praktisch mit Public Health verbindet. Ein solcher Bezugsrahmen kann – wie in Abschnitt IV ausgeführt – mithilfe der Kategorie des Humanvermögens entwickelt werden.

Angesichts der verschiedenen Akteure und Forschungstraditionen bedarf es wissenschaftlicher Initiativen für eine neuartige interdisziplinäre Kooperation zwischen Arbeits- und Gesundheitsforschung sowie zwischen Akteuren und Institutionen in den entsprechenden Praxisfeldern, um Public Health zu stärken.

Dieses Memorandum will dazu beitragen: Nach einer Entfaltung des Begriffs der Gesundheit als öffentliches und privates Gut, Public Health **(II)** wird auf die Bedeutung verschiedener gesellschaftlicher Entwicklungen für Öffentliche Gesundheit eingegangen **(III)**. In einem vierten Schritt wird das Konzept des Humanvermögens als Schlüsselkonzept für die theoretische Fundierung interdisziplinärer Forschung zur Überbrückung der verschiedenen Traditionen in der Arbeits- und Gesundheitsforschung skizziert **(IV)** und im fünften Schritt **(V)** werden Grundfragen der Normativität, Ethik und der Interdisziplinarität thematisiert sowie abschließend ein Verfahrensvorschlag **(VI)** gemacht.

II. Gesundheit als öffentliches und privates Gut, Public Health

Gesundheit kann, abstrakt gesprochen, als eine Funktion der biologischen Ausstattung, der Lebensumwelt und des individuellen bzw. kollektiven Handelns verstanden werden (Ganten/Niehaus 2014). Der Gesundheitsbegriff verknüpft die Welt der Natur mit der Welt der Gesellschaft. Damit wird das Normative im Tätigsein von Personen und Gruppen im jeweiligen zeitgenössischen sozialen Kontext angesprochen (Labisch 1992).

Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte Definition von Gesundheit richtet sich an die Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen und konstituiert einen Anspruch nicht nur auf Sicherung der medizinischen Versorgung, sondern auf die Entwicklung des Wohlbefindens und damit der Befähigung der Staatsbürger_innen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Das Recht auf körperliche Unversehrtheit (GG Artikel 2), verstanden als physische und psychische Gesundheit, gilt als Grund- und Menschenrecht.

Die Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung wird damit zu einer öffentlichen Aufgabe gemacht, deren Erfüllung je sozialstaatlich geprägt ist. Zugleich ist umgekehrt die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung eine wesentliche Bedingung für die wirtschaftliche Entwicklung einer Gesellschaft. Gesundheit, in der Weiterentwicklung des Begriffs der Weltgesundheitsorganisation als Fähigkeit des Individuums zur Bewältigung der sich im Lebenslauf verändernden Anforderungen der natürlichen und gesellschaftlichen Umwelt begriffen, ist daher sowohl ein öffentliches als auch ein privates Gut. Öffentliche Güter sind in der ökonomischen Theorie dadurch charakterisiert, dass von ihrer Nutzung niemand ausgeschlossen werden darf/kann und ihre Nutzung/Konsum durch zahlreiche Individuen gleichzeitig möglich ist. Diese Güter sind damit einer (ausschließlich) individuell-marktwirtschaftlichen Erzeugung entzogen. Andere klassische Beispiele für öffentliche Güter sind die natürlichen Lebensgrundlagen (z.B. Luft, Wasser). Die Erwerbsfähigkeit als Funktion des Arbeitsvermögens basiert wesentlich auf der individuellen Gesundheit, die neben den Fähigkeiten und Fertigkeiten des Individuums entscheidend ist. Insofern ist Gesundheit auch ein privates Gut, das aber in vielfältiger Weise von wirtschaftspolitischen und sozialstaatlichen Regelungen geprägt wird.

Öffentliche Gesundheit kommt implizit in allen gesellschaftlichen Teilbereichen vor, sei es Bildung, Erwerbsarbeit, Familie, Verkehr, Ernährung oder städtisches Leben. Gesundheit wird von Aspekten von Macht und Herrschaft, von Interessen und Konflikten durchdrungen und unterliegt politischen Gestaltungs- und Entscheidungsprozessen. Die Geschichte der politischen Durchsetzung von Public Health in „Private Company“, also die Feststellung von öffentlicher, sozialstaatlicher Verantwortung im privatwirtschaftlichen Betrieb, ist die Geschichte des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung (Müller 2001).

In der Bundesrepublik Deutschland ist die Sicherung und Entwicklung des Gesundheitsstandes der Bevölkerung stark sozialrechtlich geregelt. Dies gilt auch für das privatrechtliche Arbeitsverhältnis, insofern das öffentlich-rechtliche Arbeitsschutzrecht in einen individuellen Anspruch der Beschäftigten auf körperliche und psychische Unversehrtheit transformiert wird. Die Rechtsansprüche der Beschäftigten gehen dabei weit über eine reine Gefahrenabwehr hinaus, da aufgrund europäischer Regelungen umfangreiche präventive Elemente in die Gestaltung der Arbeitsplätze und der Arbeitsorganisation einbezogen wurden. Die individuelle Beschäftigungsfähigkeit und die Gestaltung der Arbeit sind für die gesundheitliche Entwicklung im Lebenslauf von hoher Bedeutung; sie tragen in hohem Maß zur gesundheitlichen Ungleichheit bei (Marmot et al. 2012, S. 1017). Allerdings bleibt die arbeitsschutzrechtliche Intervention der betrieblichen Sphäre verhaftet, so dass neue Beschäftigungsformen (z.B. Telearbeitsplätze, Teil- und Scheinselbständigkeit) nicht (zureichend) erfasst werden. Ferner werden überwiegend materielle und klassische

Gefährdungen wie z.B. die Exposition gegenüber Gefahrstoffen oder körperliche Belastungen adressiert, während psychische Gefährdungen und Belastungen unterschiedlicher Beschäftigtengruppen trotz gesetzlicher Auflagen selten zum Gegenstand betrieblicher Gefährdungsbeurteilungen und Interventionen der Aufsichtsbehörden werden.

Für Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten als öffentliches Gut sind im dualen deutschen Arbeitsschutzsystem einerseits staatliche Arbeitsschutzbehörden und andererseits die Berufsgenossenschaften als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zuständig, die in der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) nationale Ziele festgelegt und eine gesetzlich normierte Kooperationsform gefunden haben. Ziele und Kooperationen sind dabei eng an den rechtlichen Vorgaben orientiert und lassen keinen Bezug zu außerbetrieblichen Public Health-Initiativen erkennen. Betriebe und Unternehmen als Felder bzw. „Settings“ gesundheitlicher Interventionen sind aber in vielfältiger Weise in wirtschaftliche, soziale und politische Strukturen eingebettet, so dass beispielsweise die arbeitsschutzrelevante Frage nach der Lage und der Dauer der Arbeitszeit für Beschäftigte nicht ohne Bezug zu außerbetrieblichen Verpflichtungen und Regelungen z.B. zur Kinderbetreuung und Erziehung diskutierbar ist. Es ist allerdings nicht erkennbar, dass diese, für eine nationale Public Health-Strategie bedeutsamen Fragen etwa in den rund 130 länderspezifischen und kommunalen eher medizinisch orientierten Gesundheitskonferenzen thematisiert werden.

Public Health unterscheidet sich in verschiedenen Dimensionen von Medizin. Gerade bei der Betrachtung der Handlungsorientierung und ihrer praktischen Ausgestaltung wird dies offenkundig. Während für die Medizin das Arzt-Patient-Verhältnis das konstituierende Merkmal ist, ist für Public Health der Bezug zu den Menschen in den gesellschaftsbestimmten Verhältnissen entscheidend. Nicht nur bei den Aufgaben und Methoden, sondern ebenfalls bei den moralischen Herausforderungen für die Akteure in den Bereichen Medizin und Public Health gibt es Unterschiede. Daher ist in Abgrenzung von und Ergänzung zu der Medizinethik für eine eigenständige Public - Health-Ethik zu plädieren (siehe Abschnitt V).

Public Health sollte als Theorie und Praxis der Sicherung des Humanvermögens (siehe dazu Abschnitt IV) im Lebenslauf verstanden werden und ist in dieser Sicht Teil der Sozialpolitik. Eine Public Health - Politik ist Politik der Inklusion, die auf die soziale Integration bzw. Teilhabe jeder Person an allen Funktionskreisen der Gesellschaft abstellt (Müller 2009). Die Sicherung des Humanvermögens geschieht über politische Interventionen, gerichtet sowohl auf die Person als auch auf ihre nähere und weitere Umwelt, gerade auch der Arbeitsumwelten.

Public Health ist explizit der Öffentlichkeit verpflichtet. Öffentlichkeit ist eine gesellschaftspolitische Sphäre mit den Dimensionen öffentliches Wohl, öffentliche

Meinungs- und Willensbildung und Öffentlichkeit als staatliche Gewalt. An dem Begriff „Public“ sollte auch im Kontext von „Global Health“ festgehalten werden. Denn auch privatwirtschaftliches Handeln in Gesundheitssektoren oder das Tätigwerden von zivilgesellschaftlichen Organisationen legitimiert sich über die angesprochen politische Funktion von „öffentlich“. Das Attribut „Public“ reklamiert „Gesundheit“ als ein öffentliches Gut.

Bei „Öffentlichkeit im emphatischen Sinn handelt es sich um eine Sphäre öffentlicher Meinungs- und Willensbildung in demokratischen Gesellschaften über die Regelung öffentlicher Angelegenheiten“ (Peters 2007, S. 59). In dieser Sicht sind Public Health und Global Health öffentliche Wissenschaft und öffentliche Praxis. Die politischen wie sozialen Funktionen von „Public Health“ in allen Politikbereichen bedürfen grundsätzlich einer rechtlich-juristischen Rahmung mit entsprechenden Regulierungen. Öffentlichkeit wird hergestellt, auch medial, und konstituiert sich als soziale Handlungssphäre. Diese ist für Akteure und Publikum frei zugänglich und einer offenen Beobachtung ausgesetzt. Öffentlich sind auch allgemeine, gesundheitsbezogene Wissensbestände.

Für die politische Legitimation von Public Health, also zur Begründung von öffentlich geregelten Rechten und Pflichten, sowohl auf nationaler bzw. europäischer als auch auf globaler Ebene ist es notwendig, nach den herrschenden Konzepten von Teilhabe, nach Teilhaberechten und den Auffassungen von Teilhabegerechtigkeit zu fragen. Dies umso mehr, wenn über Teilhabe hinausgehend die demokratische Beteiligung angestrebt wird. Eine politische bzw. politikwissenschaftliche Reflexion zu Public Health hat sich nämlich den Fragen zu stellen, ob ein „Decline of the Public“ (Marquand 2004) oder ein „Silent Surrender of Public Responsibility“ (Gilbert 2004) zu beobachten und wünschenswert ist. Je nach Grad der Grenzverschiebung zwischen „Öffentlich“ und „Privat“ in den einzelnen Staaten gestaltet sich die Relevanz von Public Health. Für die politische Konzipierung des deutschen und eines Europäischen Sozialmodells ist diese Auseinandersetzung von hoher Brisanz.

III. Gesellschaftliche Entwicklungslinien von Relevanz für Arbeitswelt und Gesundheit

Im Beschluss des Bundestages von März 2016 für eine innovative Arbeitsforschung werden die Digitalisierung von Arbeitsprozessen und die Auswirkungen des demografischen Wandels als die zentralen Megatrends genannt, auf deren bewusste Gestaltung es auch unter Berücksichtigung einer zu verbessernden Vereinbarkeit von Familie und Beruf ankommen soll. Aus einer Perspektive innovativer Arbeits- und Gesundheitsforschung ist es sinnvoll, diese Trends in Verbindung mit weiteren gesellschaftlichen Entwicklungen und Zielsetzungen zu betrachten, ihre Interdependenzen in den Blick zu nehmen und ihrer Bedeutung für Public Health zu identifizieren. Daher sollen im Folgenden neben der Digitalisierung und

demographischen Entwicklung auch die Herausforderungen durch Ökologie, Zuwanderung, Globalisierung, Privatisierung und die alle anderen Trends beeinflussenden Veränderungen im Geschlechterverhältnis benannt werden.

Ökologische Problemlagen

Angesichts der politischen Selbstverpflichtungen international und national ist es unausweichlich, ökologische Problemlagen mit ihren breiten Auswirkungen auf die Arbeits- und Lebensbedingungen zu thematisieren. In der ausdifferenzierten Forschungslandschaft finden sich aber kaum Forschungsfragen zu den Herausforderungen für die Gesundheit im Arbeitsleben sowohl durch die nicht mehr beeinflussbaren Veränderungen als auch durch die Fortschritte ökologisch angemessener Wirtschaftsaktivitäten und Arbeitsweisen. Ein ökologischer Fortschritt, wie er auch im Bundestagbeschluss vom März 2016 angesprochen wird, ist immer mit Implikationen für die soziale Welt, insbesondere auch die Arbeitswelt, verbunden, beispielsweise durch Umstellungen von Produktion, Vertrieb und Logistik, wodurch eingespielte Routinen und Handlungssicherheiten und damit auch gesundheitliche Belastungen und Risiken berührt werden.

Demografischer Wandel

Die Bedeutung des demografischen Wandels für die Arbeitswelt ist zuerst in den 1990er Jahren thematisiert worden. So entstanden Programme zur Erforschung und Erprobung von Arbeitsbedingungen, die präventiv wirken und auch älteren Arbeitnehmer_innen eine Teilnahme am beruflichen Leben ermöglichen sollen. Heute steht die Problematik des Fachkräftemangels im Mittelpunkt. Angesichts dieser Problematik ist besonders hervorzuheben, dass im physischen Bereich in einer Reihe von Berufen deutliche Fortschritte erzielt wurden, die Kurve psychischer Störungen und Erkrankungen jedoch weiterhin nach oben zeigt, insbesondere in den personenbezogenen Dienstleistungsberufen des Heilens, Helfens und der Bildung. Forschungsbefunde zeigen, dass es besonderer Aufmerksamkeit auf die betriebliche Arbeitsorganisationen und Kulturen bedarf, um Gesetzen und Vorschriften des Arbeitsschutzes in der betrieblichen Praxis tatsächlich zur Wirksamkeit zu verhelfen und Erwerbsunfähigkeit zu verhindern. Das spricht für eine deutliche Verzahnung der diversen Forschungstraditionen.

Zuwanderung und Arbeitsmigration

Das erklärte politische Ziel möglichst schneller und guter Integration von Flüchtlingen in die Arbeitswelt Deutschlands kann sich auf Forschungsbefunde schon der 1990er Jahre beziehen, denen zufolge das interkulturelle Zusammenarbeiten in Betrieben deutlich besser gelang als das Zusammenleben in anderen Lebensbereichen. Das war vor allem durch die betriebliche Mitbestimmung bedingt. Insofern sind Forschungen über die Stärkung von Mitbestimmung im Kontext der neuen dezentralisierten

Unternehmens- und Beschäftigungsformen von großer Bedeutung, wobei die Verbindung von Mitbestimmung und Vielfalt eine große Herausforderung bleibt. Inwieweit der demografisch, aber auch bildungspolitisch bedingte wachsende Bedarf an Fachkräften durch die Zuwanderung auf Basis der EU-Freizügigkeit und durch die großen Fluchtbewegungen aus Krieg und Not beantwortet werden kann, ist umstritten. Unstrittig sind demgegenüber die großen Herausforderungen, die auch die Institutionen und Akteure von Public Health betreffen. Dabei kann es nicht nur um Impfkampagnen zur Vorbeugung von Epidemien gehen; vielmehr stehen mit der Aufgabe der Integration von Flüchtlingen und Zuwander_innen ins Arbeitsleben u. a. die Lösung von Problemen diverser Arbeits- und Leistungskulturen und Kommunikationsweisen sowie die Bildung in Arbeitsschutzbelangen an.

Globalisierung

Seit den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts sind entscheidende politische Weichen für weltweite Handelsbeziehungen und freien Kapitalverkehr gestellt worden. Verbunden mit technischen und insbesondere logistisch relevanten Innovationen hat diese Öffnung zu einem historisch beispiellosen Zuwachs von transnationalen Handelsbeziehungen und zur Durchsetzung neuer Produktions- und Dienstleistungsregime beigetragen. Dies hatte Rückwirkungen auf die Beschäftigten auch in den Unternehmenszentralen. Neue Managementstrategien der zentralen Unternehmen in den altindustriellen Ländern richten sich auf Auslagerungen von Geschäftsfeldern in Länder mit niedrigerem Lohnniveau und geringeren arbeits- und sozialgesetzlichen Vorgaben. Sie sind mit andauernder Restrukturierung in den Mutterunternehmen, neuen Leistungs- und Vergütungssystemen verbunden und mit der Zunahme von - gemessen an bisher geltenden arbeitsrechtlichen Regeln - „atypischen“ Beschäftigungsformen verbunden. Die bestehenden Institutionen sowohl des individuellen Arbeitsschutzes als auch der kollektiven Mitbestimmung sind auf diese Weise unter Druck geraten. Auf internationaler Ebene hat die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) die neue Herausforderung an der Jahrhundertwende mit ihrer Agenda „Decent Work Worldwide“ von 1999 angenommen und in den Politikfeldern der menschenrechtlich vielfach verankerten *Kernarbeitsrechte*, des *Sozialschutzes* und des *Sozialdialogs* neue Anstrengungen für kollektiv verbindliche Mindestnormen besonders zur Prävention von Unfällen, Stress und arbeitsbedingten Erkrankungen unternommen. Hier stellt sich auch die Frage, wie transnationale Unternehmen ihre Verantwortung für die Arbeitsbedingungen in den Zuliefererketten wahrnehmen.

Privatisierungen

Parallel zur Globalisierung setzte sich innerhalb der Staaten – verstärkt durch internationale Finanzorganisationen – eine Politik durch, die – analog zu den neuen und transnationalen Unternehmenskonzepten – eine Verschlinkung des öffentlichen

Sektors anstrebte und den Rückbau staatlicher Aufgaben und ihrer teilweisen Privatisierung beförderte. Diese Politik impliziert im öffentlichen Dienst einen Abbau von Arbeitsplätzen und eine Intensivierung der Arbeit durch ein erhöhtes Arbeitsvolumen, aber auch einen Anstieg von Beschäftigung in anderen Arbeitsverhältnissen. In Deutschland hat sich das besonders im Bildungs- und Gesundheitsbereich bemerkbar gemacht. Auch Einrichtungen, die nicht gewinnorientiert sind, stehen aufgrund gedeckelter staatlicher Budgets zur Refinanzierung sozialstaatlicher Aufgaben unter Wettbewerbsdruck; dieser wird mit Strategien der Personaleinsparung und der Zunahme atypischer Beschäftigungsformen (Teilzeit, Leiharbeit, Werk- bzw. Dienstleistungsverträge) beantwortet. Hier ist ein Anstieg von Erschöpfungserkrankungen besonders auffällig.

Digitalisierung

Ohne den entschiedenen Aufbau und Ausbau digitaler Grundlagentechnologien und ihrer Anwendungen wäre die Dezentralisierung von Produktion und Dienstleistungen in Gestalt von transnationalen Produktions- und Dienstleistungsketten nicht möglich. Die elektronische Datenerhebung und -verarbeitung betrifft nahezu alle Berufs- und Arbeitsbereiche – von höchst qualifizierten bis zu einfachen Tätigkeiten. Die Grenzen zwischen Produktionsarbeit und Handwerk zu Dienstleistungen werden durchlässig. Kommunikation im Arbeitsleben verändert sich durch Digitalisierung grundlegend, aber auf durchaus verschiedene Weise: Sie reicht beispielsweise von work flow basierter Auftragsallokation (in Logistikunternehmen) bis zu Plattform basierten Wettbewerb um eine Auftragserteilung in IT-Unternehmen. Neue flexible Beschäftigungs- und Arbeitsformen fördern zeitlich entgrenzte Erreichbarkeit. Angesichts der neuen Beschäftigungs- und Arbeitsformen zeigt die ILO in ihren Berichten zum jährlichen „Welttag über Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ (auch auf Basis von Quellen der Weltgesundheitsorganisation und der EU) die Ausbreitung von psychischen Störungen und Erkrankungen und verweist auf Regelungs- und Regelungsumsetzungsbedarf. Dabei verdeutlichen genderspezifische Befunde zu Erschöpfungskrankheiten, dass es aus der Perspektive von Public Health darauf ankommt, das gesamte Spektrum lebensnotwendiger Aufgaben und Tätigkeiten in den Blick zu nehmen, weil es zunehmend auf die Passfähigkeit von Aufgaben innerhalb und außerhalb von Beschäftigungsverhältnissen ankommt, insbesondere von Tätigkeiten in bezahlter Beschäftigung und unbezahlter Sorgearbeit. Eine flexible, aber an Public Health orientierte Arbeitszeitregulierung ist angesichts nicht an Zeit und Ort gebundener digitaler Arbeitsmittel von höchster Bedeutung.

Veränderung der Geschlechterverhältnisse

Die Ungleichzeitigkeit von Veränderungen in tief verankerten kulturellen Selbstbildern von Kollektiven und Individuen ist im Bereich der

Geschlechterverhältnisse besonders ausgeprägt. Die traditionsreichen Bestrebungen der Frauenbewegungen gegen Diskriminierung und für ein selbstbestimmtes Leben auch durch die Ermöglichung gehaltvoller Berufstätigkeiten sind seit dem Vertrag von Lissabon in die allgemeinen sozio-ökonomischen Wettbewerbsziele der EU eingegliedert worden. Zu den Beschäftigungszielen gehört im Zeitraum bis 2010 die Erhöhung der nationalen Beschäftigungsquoten von Frauen und Männern im Alter von 20 und 64 Jahren auf mindestens 75 Prozent. Gleichzeitig sind in Deutschland und anderen Ländern umfassende Änderungen im Ehe- und Familienrecht und Versorgungsansprüchen vorgenommen worden, ohne dass jedoch die normativ gebotene Schließung der Lohnlücke zustande gekommen wäre. Das europäische Netzwerk *Social Platform*, in welchem sich nationale Verbände der EU-Mitgliedsstaaten vor allem aus den Gesundheits-, Bildungs-, Sozialbereichen zur Beeinflussung der EU-Politik zusammen geschlossen haben, hat in seinen *Empfehlungen für Care* von 2011 allerdings verdeutlicht, dass geschlechtergerechte Arbeitsverhältnisse ohne Beachtung von Sorgebedürfnisse und Sorgearbeiten – ob bezahlt oder unbezahlt – weder national, noch international zustande kommen können. Wenn Frauen nicht mehr vorrangig für unbezahlte Sorgearbeit, sondern dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, bedarf es daher grundlegender arbeits- und sozialpolitischer Anpassungen, um notwendige Sorgearbeit zu gewährleisten. Die Tatsache, dass sowohl in der unentgeltlichen Sorgearbeit als auch in der beruflichen Pflege zwischen 80 und 90 Prozent Frauen tätig sind – oft in Teilzeitbeschäftigung – verdeutlicht, dass geschlechtergerechte Arbeitsverhältnisse eine Schlüsselrolle für Fragen öffentlicher Gesundheit einnehmen.

Die sieben hier benannten gesellschaftlichen Entwicklungslinien sind insbesondere in einer Perspektive von Global Health auch auf ihre Wechselwirkungen untereinander hin zu analysieren. So können beispielsweise durch (Arbeits-)Migration im Gesundheitssektor bestimmte Fachkraftlücken etwas geschlossen werden, jedoch oft auf Kosten der Verschlechterung der Versorgungssituation in den Herkunftsländern mit entsprechenden Folgen. Die Verlagerung besonders gesundheitsgefährdender Produktionstätigkeiten in Länder mit geringen Umwelt- und Arbeitsschutzaufgaben oder mangelnden Umsetzungskapazitäten schafft dort Problemlagen, die menschenrechtlich nicht akzeptabel sind und schon mittelfristig Rückwirkungen auf die Situation hierzulande haben können, z.B. durch nicht steuerbare Zuwanderung..

IV. Das Konzept des Humanvermögens als Schlüsselkonzept für interdisziplinäre Arbeits- und Gesundheitsforschung

Für eine erfolgreiche Realisierung von „Humanisierung des Arbeitslebens“ in der Forschung wie in der praktischen Gestaltung ist eine tragfähige theoretische Fundierung notwendig, die geeignet ist, die verschiedenen analytischen Dimensionen und Orientierungen begrifflich zu erfassen. Insbesondere gilt es, die Wechselwirkung

von menschlicher Arbeit und Gesundheit als individuellem und öffentlichem Gut konzeptionell zu klären. Zugleich sollte ein solches Konzept synergetische Potentiale für die Verknüpfung der Politikbereiche aufzeigen können. Im Konzept „Human- und Arbeitsvermögen im Lebenslauf“ mit Bezug zu Erkenntnissen der interdisziplinären Anthropologie (Hartung/Herrgen 2014) liegt eine solche mögliche Fundierung vor. Zum Humanvermögen gehören neben dem Arbeitsvermögen im gesellschaftlichen Leistungsaustausch (ökonomisch: Humankapital) auch die Fähigkeiten zur Elternverantwortung, zum politischen und gemeinnützigen Engagement, zur Betreuung von nahe stehenden Alten und Kranken (Kaufmann 2009).

Mit einem differenzierten Konzept von Humanvermögen kann es gelingen, einen anspruchsvollen Zugang zur Analyse und gesundheitsgerechten Gestaltung von Arbeitswelten theoretisch wie praktisch zu eröffnen. Mit Humanvermögen können sowohl die biologischen als auch die subjektiven personalen Dimensionen und die gesellschaftlichen sowie die staatlichen Bedingungen in ihren wechselseitigen Dynamiken im Lebenslauf veranschaulicht werden. Arbeitsvermögen als Teil des Humanvermögens ist als die subjektive Komponente von Arbeits- bzw. Beschäftigungsfähigkeit anzusehen. Sie umfasst alle Kompetenzen des Subjekts (Jürgens 2006, Pfeiffer 2004).

Mithilfe des Konzepts von Humanvermögen kann mikrotheoretisch die Bezeichnung der individuellen Fähigkeiten und makrotheoretisch die Bezeichnung der Summe aller in einer Bevölkerung vorhandenen Fähigkeiten benannt werden. In dieser doppelten Perspektive gelingt die Verbindung des Begriffs Humanvermögen zum Gesundheitsbegriff als individueller und zugleich als kollektiver Größe.

Das, was Humanvermögen ausmacht, realisiert sich im Lebenslauf, wenn es gelingt, bzw. das Individuum dazu befähigt ist, im Laufe seines Lebens mit eigenen Ansprüchen auf der einen Seite und mit Anforderungen und Notwendigkeiten der Lebens- und Arbeitswelt auf der anderen Seite selbstbestimmt umgehen zu können. Die Kategorie Lebenslauf ist eng mit der Kategorie Sozialisation verbunden. Mit dem Konzept der Statuspassagen lässt sich der Aushandlungsprozess zwischen Individuen und Institutionen, einschließlich derjenigen der Sozialpolitik, analysieren. Zeitmuster, Normen und Erwartungen werden in den Passagen von beiden Seiten wechselseitig thematisiert und strukturieren die Übergänge. Sozialstaatliche Institutionen der Bildung, des Arbeitsmarktes bzw. der Gesundheitssicherung regeln zahlreiche Übergänge zwischen Lebensphasen und Lebensbereichen, gerade um die Erwerbstätigkeit herum.

Wenn nun in einer interdisziplinären Arbeits- und Gesundheitsforschung nach den vielfältigen biologischen, kognitiven und affektiven Dimensionen des Menschen und seiner Evolution, nach sozialen Praktiken, Artefakten und Institutionen, sich wandelnden Menschen- und Weltbildern und nach den Ordnungen des Wissens über

den Menschen gefragt wird, sind drei Kernbereiche der Menschenwissenschaften zu betrachten: 1) biologische und verhaltenswissenschaftliche, 2) sozial- und kulturwissenschaftliche und 3) philosophische und historische. Hier soll exemplarisch die Auseinandersetzung zum Thema Leib und Körper in der Anthropologie benannt werden (Alloa et al. 2012). Über den Leibbegriff erschließt sich die Intersubjektivität und damit Kulturalität, d.h. die historisch geprägte Erfahrungs- und Handlungsfähigkeit der Person. Der Leibbegriff stellt eine Absage an Konzepte von Körpermaschine oder psychophysischen Parallelismen dar (Fuchs 2009).

Die Chancen eines interdisziplinären Verständnisses von Humanvermögen sollen im Folgenden an den Kategorien „Soziale Kognition und „Frühkindliche Sozialisation“ veranschaulicht werden:

Soziale Kognition

Die Fähigkeit der Menschen zur Interaktion und Kommunikation mit anderen ist in den Geistes- und Sozialwissenschaften eine fest etablierte Erkenntnis und wird mit Begriffen wie u.a. Selbstbewusstsein, Intersubjektivität, soziales Handeln angesprochen. Die neurobiologische Forschung verweist nun auf Erkenntnisse, die zeigen, dass diese soziale Fähigkeit den gesamten menschlichen Körper mit der zentralen Funktion des Gehirns einschließt. So wurden zwei unterschiedliche neurale Systeme entdeckt, die mit sozial kognitiven und emotionalen Leistungen verbunden sind. Das eine System wird als „Mirror Neuron System“ (MNS) und das andere als „Social Neuron Network“ (SNN) bezeichnet (Vogeley et al. 2014). Im Zusammenspiel der beiden Systeme ermöglicht offenbar das MNS, Körperbewegungen und damit verbundene Basisemotionen von anderen Personen schnell erfassen zu können, während für eine komplexere Evaluation des Verhaltens das SNN benötigt wird. Über dieses neuronale Zusammenspiel mit Blick auf die menschliche Fähigkeit der sozialen Kognition wird die alltägliche Kommunikation der Menschen in sehr verschiedenen Situationen und Facetten des Selbst- und Fremdverstehens begreiflich.

Sozialisation

Die Sozialisation eines Menschen beruht fundamental auf seiner leiblichen Ausstattung zur Interaktion und Kommunikation mit seiner sozialen und materialen Umwelt, insbesondere auf seine Fähigkeit zur sozialen Kognition. Eine interdisziplinäre Reformulierung von Sozialisation nimmt empirisch gesicherte Erkenntnisse sowohl der Neurobiologie und Genetik als auch der Psychologie, Soziologie, Pädagogik und Ökonomie auf (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V. et al. 2014). Vor allem Ergebnisse der Psychologie und Neurobiologie zu strukturellen und funktionalen Eigenschaften des Gehirns sind für eine Erklärung der reifungs- und erfahrungsbedingten Plastizität des Gehirns wichtig. Eine in allen Schritten nachvollziehbare Übersetzung der Befunde und Begriffe einer Beschreibungsebene (z.B. der molekularen Neurobiologie) in eine andere (z.B. der

Psychologie) ist allerdings derzeit nicht (vollständig) möglich. Zum Zusammenhang von Entwicklung, Lernen, Neuroplastizität, Erbe und Umwelt werden auf diesem Weg für die Konzeptionierung von Human- und Arbeitsvermögen im Lebenslauf wichtige Aussagen gemacht. Besonders wichtig ist die Erkenntnis, dass epigenetische Einflüsse, also durch Umwelteinflüsse bedingte Veränderungen der genetischen Expression, die vorgeburtlich oder in der frühesten Kindheit stattfinden, über die gesamte Lebensspanne wirksam sind.

Brückenfunktionen für den interdisziplinären Diskurs zur Gesundheitsförderung im Arbeitsleben können neben den schon genannten Beschreibungsebenen auch Erkenntnisse der Psychoneuroimmunologie, Chronobiologie und Stressforschung haben:

Das Konzept der Psychoneuroimmunologie fußt auf dem bio-psycho-sozialen Paradigma, welches davon ausgeht, dass lebende Systeme, über Jahrtausende in der Evolution ausgebildet, nicht einfach passiv auf Umgebungsreize reagieren, sondern im Sinne der (Bio-)Semiotik Interpretanten ihrer Umwelt sind. Als Theoreme werden genutzt: Bio-psycho-soziales Modell, transaktionales Stresskonzept, biosemiotisches Paradigma, Immuno-neuro-endokrines Netzwerk, dynamische Krankheiten und gemeinsame biochemische Sprache (Schubert 2011). Psychisches System und Immunsystem befinden sich in ihrer Interaktion in ständiger Anpassung an die wechselnden Umweltgegebenheiten. Bei Überforderung der Anpassungsleistung sind Ordnungsübergänge von gesund zu krank möglich, die sich durch kritische Fluktuationen in krankheitsassoziierten Parametern zeigen. Die Immundynamik spiegelt sich in der Psychodynamik wieder. Das psychologische Konzept Resilienz erhält mit diesen interdisziplinären Beschreibungsebenen eine zusätzliche, plausible Fundierung.

Epigenetik und Epigenomforschung untersuchen, durch welche Faktoren, auch solche aus der Umwelt, das Chromatin verändert und dadurch Gene an- bzw. abgeschaltet werden. Die Erbsubstanz DNA bildet mit Proteinen eine bepackte Struktur (Chromatin). Die Art und Weise der verschiedenen Verpackungen des Genoms in den Zellen eines Menschen stellen also die Erbinformation im weitesten Sinne des Menschen dar. Umweltbedingungen haben über diese epigenetischen Prozesse einen Einfluss auf Ausbildung, Erhalt und Veränderungen des Leibes im Verlauf des Lebens. Es besteht eine lebenslange Interaktion von Genom, Epigenom und Umwelt. Jedoch sind die ersten Lebensjahre besonders sensible Phasen für die normale Entwicklung von Immunkompetenz, Resilienz und Stressbewältigung sowie die Fähigkeit zur Selbstregulation. Persönlichkeitseigenschaften, Intelligenz oder Prädispositionen für Erkrankung werden von Tausenden von Genen beeinflusst, allerdings sind die molekularbiologischen Kenntnisse noch unzureichend, um vorherzusagen, wie und wann bestimmte Umweltfaktoren sich über epigenetische Wirkungen auf Gesundheit, Fähigkeiten bzw. Persönlichkeitsmerkmale auswirken (Deutsche

Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V. Hg. 2014, S. 34 -38). Den Zusammenhang von genetischen und epigenetischen Wirkungen mit Lebenszufriedenheit, depressiven und neurotischen Symptomen hat unlängst eine groß angelegte internationale Studie belegt (Okbay et al. 2016).

Die psychophysiologische Chronobiologie liefert für die Analyse von Humanvermögen im Lebenslauf wichtige Ergebnisse (Rönneberg 2010). Eine große Zahl von biologischen Rhythmen sehr unterschiedlicher Frequenz beeinflusst in vielfältigen Koppelungen die zeitliche Ordnung unserer leiblichen Lebensabläufe – von der Zeugung bis zum Tod, über den Tag, die Woche, den Monat und das Jahr. Die Rhythmen und ihre Koppelungen werden durch endogene, biologische Prozesse („innere Uhr“) und über äußere Zeitgeber der Umweltperiodik, insbesondere Licht im Tag-Nachtwechsel, aber auch durch soziale Prozesse gesteuert, reguliert und synchronisiert bzw. desynchronisiert. Länger anhaltende chronische Desynchronisation/Disruption (z.B. Nachtarbeit) kann u.U. zu chronischen Erkrankungen führen. Alle Komponenten des Immunsystems zeigen rhythmische Modulationen und sind mit den Komponenten des Stressreaktionssystems gegen psychosoziale und andere Stressoren verbunden. Befunde über Zusammenhänge zwischen Krebs und gestörten Körperrhythmen liegen vor (Rensing et al. 2006).

Ob die Dauer, Lage, Verteilung, Intensität, Verlässlichkeit und Variabilität der (Arbeits-) Zeit im Lebenslauf pathogenetisch oder salutogenetisch wirken, hängt davon ab, wie Rhythmus als Grundbedingung des Lebens im Alltag beachtet wird. Bei der täglichen Leistungsverausgabung sind der rhythmische Verlauf der Leistungsdisposition über 24 Stunden und der Schlaf-Wach-Rhythmus zu berücksichtigen. Denn neben der Nahrungsmittel- und Sauerstoffaufnahme ist Schlaf zur Erholung eine existenzielle biologische Grundbedingung für das Leben.

Die Wahrnehmung von Stress im Gehirn nimmt *zwei Signalwege* (Hormonachsen): über Neuronen und über das Gefäßsystem zu den Organen und Geweben. Die aktive Stressreaktion verläuft über das schnell reagierende sympathische Nervensystem mit dem Nebennierenmark. Hauptsächlich werden Noradrenalin und Adrenalin als Neurotransmitter/Hormone für die Auslösung von Stressreaktionen, also die rasche Aktivierung (Alarmierung) freigesetzt. Stressreaktionen sind die erhöhte zentrale Aktivierung im Denken und Wahrnehmen, Anstieg der Herzkreislaufparameter und von Blutzucker. Emotional stellen sich Angst, Schreck oder Ärger ein. Die zweite Achse ist die etwas langsamer reagierende aus Teilen des Hypothalamus, der Hypophyse und der Nebennierenrinde. Es wird Cortisol freigesetzt, um psychische und biologische Ressourcen für das Durch- und Aushalten des Stressors möglich zu machen. Anhaltende erhöhte Cortisolspiegel im Blut führen zu Antriebsarmut, emotionaler Erschöpfung, Depressivität bzw. chronischen psychosomatischen Störungen.

Stress, Resilienz und Rhythmus werden sowohl in den Natur- als auch Sozialwissenschaften sowie in der Psychologie neuerdings im wechselseitigen Bezug aufeinander bearbeitet. Während diese Wissenschaften im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert nur metaphorisch aufeinander Bezug nahmen, eignen sie sich jetzt wechselseitig die Kenntnis ihrer jeweiligen Forschungsmethoden an. Diese Konzepte könnten deshalb eine empirisch-theoretische Scharnierfunktion für die theoretische Erklärung von Human- und Arbeitsvermögen übernehmen. In Verbindung mit einer „Soziologie des Körpers“ (Schroer 2005) und einer Psychologie des Leibes können Erkenntnisse der Immun-, Stress- und Rhythmusforschung für Public Health in der Arbeitswelt fruchtbar gemacht werden. Die Konzepte beinhalten implizit normative, d.h. wertende Aussagen und ermöglichen einen Brückenschlag zu anthropologischen Diskursen über Identität, Leiblichkeit und soziales Handeln.

V. Ethik und Interdisziplinarität in Arbeits- und Gesundheitsforschung und Public Health

In den Gesundheitswissenschaften und Public Health wird das Verhältnis zwischen Ethik und Ökonomik eher aus volkswirtschaftlich-gesundheitsökonomischer Sicht diskutiert (Rothgang 2016). Dagegen ist der Adressat der arbeitsschutzrechtlichen Regelungen der einzelne Arbeitgeber, so dass Public Health sich hier stärker auf die betriebswirtschaftliche Rationalität zu beziehen hätte (Küpper 2016). In Bezug auf teils weltweit geltende Umwelt- und Sozialstandards sowie Arbeitsschutzvorschriften gibt es allerdings in der Betriebswirtschaftslehre eine Diskussion, in welcher die privatwirtschaftlichen Unternehmen als Akteure im öffentlichen Raum thematisiert werden (Hüther et al. 2015), die marktwirtschaftliche Ordnung als öffentliches Gut behandelt wird und zum Verhältnis von Unternehmenszielen, Unternehmensführung und Unternehmensethik geforscht wird. Diese Ansätze sind für einen arbeitsweltbezogenen Ansatz in Public Health zu nutzen, da sie über tradierte Kosten-Nutzen-Rechnungen für betriebliche gesundheitsbezogene Interventionen hinausgehen, die der Komplexität gesundheitlicher Problemstellungen für Beschäftigte in der Regel nicht gerecht werden.

Im Sinne von Public Health erscheint eine Verbindung zu außerbetrieblichen gesundheitlichen Interventionen als sinnvoll. Im Hinblick auf die historisch gewachsene Abgrenzung zwischen den verschiedenen Sozialversicherungsträgern, die nur schwer zu überwinden ist, könnte eine Anknüpfung an betriebswirtschaftlich orientierte Diskurse zur Unternehmensverantwortung und Ethik sinnvoll sein.

Gesundheit, die physische und psychische Integrität, ist aber auch menschenrechtlich normiert. Dies wurde in der ILO schon durch die 1944 formulierte Erklärung von Philadelphia, die heute Teil der ILO-Verfassung ist, kodifiziert; später in Artikel 25 der Allgemeinen Menschenrechtserklärung von 1949 und in den Artikel 10 und 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, der 1976

auch in der Bundesrepublik Deutschland in Kraft trat. Die ILO hat mit ihrer Decent Work Agenda von 1999 (Senghaas-Knobloch 2010) hier Grundlagen für weltweit geltende Mindeststandards für Rechte bei der Arbeit, Sozialschutz und Sozialdialog in den Mitgliedsstaaten gelegt. Zu der Problematik, wie multi- und transnationale Unternehmen für menschenrechtlich relevante Sachverhalte Verantwortung übernehmen sollten und zur Rechenschaft gezogen werden können, gibt es seit den 1970er Jahren im Völkerrecht einen anhaltenden Diskurs und auf UN-Ebene anhaltende Bemühungen, Verpflichtungen zu schaffen, die in der Praxis tatsächlich einen Unterschied machen.

Eine „praxisorientierte und interdisziplinäre Arbeitsforschung von herausragender Bedeutung“, wie sie vom Deutschen Bundestag angestrebt wird, und eine entsprechende Gesundheitsforschung stehen vor der großen Herausforderung einer tatsächlich praktizierten Interdisziplinarität, die sich nicht nur auf die ausdifferenzierten Disziplinen innerhalb der Geistes-, Natur- und Sozialwissenschaften bezieht, sondern auch zwischen ihnen stattfindet. Hier ist an abgestufte Formen der Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen zu denken, die von einer hilfswissenschaftlichen Expertise für eine andere Fachrichtung bis hin zu gemeinsam erarbeiteten Fragestellungen und ggfs. Methodentransfers reichen kann. Wenn Probleme weniger wissenschaftsimmanent formuliert sondern öffentlich benannt werden und z.B. als Anfragen aus Politik, Zivilgesellschaft oder Wirtschaft an die Wissenschaft herangetragen werden, müssen Fragestellung, Kooperation und Methoden noch einmal enger abgestimmt werden, so dass transdisziplinäre Herangehensweisen nötig sind (Jungert et al. 2010). Darüber hinaus ist eine breite und fundierte Wirkungsforschung notwendig, die sich auch mit nicht intendierten Folgen befasst.

Gelingende Interdisziplinarität bezeichnet eine Form wissenschaftlichen Zusammenarbeitens, bei der sich Teams auf der Basis gegenseitiger Anerkennung im Rahmen wissenschaftlich-organisatorischer Voraussetzungen koordiniert und prinzipiell gleichrangig mit einem Problem beschäftigen, das von einzelnen Disziplinen nicht adäquat erfasst werden kann und für das eine „synthetische“ Lösung entwickelt werden soll. Die Befähigung zur interdisziplinären Forschung auf der Basis eigener disziplinäre Qualifikation bzw. fachlicher Kompetenz kann in den oben genannten Formen inter- oder transdisziplinärer Forschungskooperation erfolgen. Dabei müssten die Bedingungen für diesen Lernprozess im jeweiligen Forschungsprojekt Gegenstand des Forschungsdesigns sein (Defila et al 2010).

VI. Vorschlag zum weiteren Vorgehen

Die Weltgesundheitsorganisation hat für Europa eine am Lebenslauf orientierte Public Health-Strategie zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit entwickelt (WHO Europe 2013). In der für die WHO durchgeführten Untersuchung zu den

sozialen Ursachen für gesundheitliche Ungleichheit wird der umfassende Ansatz von Public Health deutlich: „We must address the social determinants of health, such as the conditions in which people are born, grow, live, work, and age—these components are key determinants of health equity. These conditions of daily life are, in turn, influenced by structural drivers: economic arrangements, distribution of power, gender equity, policy frameworks, and the values of society” (Marmot et al. 2012, S. 1014). Sicherheit und Gesundheit für die Beschäftigten zu erhalten und zu verbessern ist ein bedeutender Bestandteil dieser Public Health-Strategie, für den besondere Empfehlungen entwickelt werden, die sich umfassend auf die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen beziehen (WHO Europe 2014). Die Entwicklung einer deutschen Public Health-Strategie sollte diese Ansätze aufgreifen. In dieser Perspektive existiert ein Nachholbedarf.

Von Seiten der deutschen und europäischen Politik werden hohe Erwartungen an die einschlägigen Wissenschaften artikuliert. Deren Traditionen sind historisch eng mit den professionellen Akteuren im Arbeitsschutz bzw. der gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeit verbunden. Ein erfolgreiches Wirken dieser Experten in Zusammenarbeit mit weiteren betrieblichen und überbetrieblichen Akteuren bedarf einer innovativen wissenschaftlichen Grundlegung im Verständnis von Inter- und Transdisziplinarität. Betriebsärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Arbeitswissenschaftler_innen anderer Spezialisierungen sind für die angesprochenen Herausforderungen gefordert. Ihre innovative Kooperation ist notwendig. Durch die Stellungnahme der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina, acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, Union der deutschen Akademien der Wissenschaften zu Public Health in Deutschland (Leopoldina 2015) gibt es eine Chance für einen umfassenden Lernprozess. Mit dem vorliegenden Memorandum könnte ein mehrstufiger Prozess beginnen, um mit Vertretern der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften, Medizin und Ingenieur- sowie Rechtswissenschaft Themen, Inhalte, Grundsätze und Schlussfolgerungen für ein gemeinsames Verständnis von Public Health und der Welt der Arbeit zu gewinnen.

Bremen, im Mai 2016

Literatur:

- Alloa, Emmanuel; Bedorf, Thomas; Grüny, Christian; Klass, Tobias, Nikolaus (Hg.) (2012): Leiblichkeit. Geschichte und Aktualität eines Konzeptes. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Defila, Rico; Di Giulio, Antonietta (2010): Managing consensus in interdisciplinary teams. In: Robert Frodeman, Julie Thompson Klein, Carl Mitcham und J. Britt Holbrook (Hg.): The Oxford handbook of interdisciplinarity. 1. ed. Oxford: Oxford Univ. Press, S. 482–485.
- Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V. (Hg.) (2014): Frühkindliche Sozialisation. Biologische, psychologische, linguistische, soziologische und ökonomische Perspektiven. Halle (Saale).
(https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2014_Stellungnahme_Sozialisation_web.pdf; Zugriff: 21.5.2016).
- Deutscher Bundestag (2016): Antrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Innovative Arbeitsforschung für eine Humanisierung unserer Arbeitswelt und mehr Beschäftigung. Drucksache 18/7363.
- EU-Kommission (2014): Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über einen strategischen Rahmen der EU für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2014-2020 (COM 2014 332 final).
- Fuchs, Thomas (2009): Das Gehirn - ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. 2., aktualisierte Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ganten, Detlev; Niehaus, Jochen (2014): Die Gesundheitsformel. Die großen Zivilisationskrankheiten verstehen und vermeiden. München: Knaus.
- Gilbert, Neil (2004): Transformation of the welfare state: The silent surrender of public responsibility. Oxford: University Press.
- Hartung, Gerald; Herrgen, Matthias (Hg.) (2014): Interdisziplinäre Anthropologie. Jahrbuch 1/2013: Soziale Kognition. Wiesbaden: Springer Fachmedien. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-658-04933-1>.
- Hüther, Michael; Bergmann, Knut; Enste, Dominik H. (Hg.) (2015): Unternehmen im öffentlichen Raum. Zwischen Markt und Mitverantwortung. Wiesbaden: Springer VS. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-658-02646-2>.
- Jungert, Michael; Romfeld, Elsa; Sukopp, Thomas; Voigt, Uwe (Hg.) (2010): Interdisziplinarität. Theorie, Praxis, Probleme. Darmstadt: WBG - Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Jürgens, Kerstin (2006): Arbeits- und Lebenskraft. Reproduktion als eigensinnige Grenzziehung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-90453-5>
- Kaufmann, Franz-Xaver (2009): Humanvermögen: Eine neue Kategorie der Sozialstaatstheorie. In: Herbert Obinger und Elmar Rieger (Hg.): Wohlfahrtsstaatlichkeit in entwickelten Demokratien. Herausforderungen, Reformen und Perspektiven; Festschrift für Stephan Leibfried. Frankfurt Main u.a.: Campus-Verl. (Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, 20), S. 95–117.

- Küpper, Hans-Ulrich (2016): Betriebswirtschaftliche Theorien im Dienste der Unternehmensethik? In: Heinz Ahn, Marcel Clermont und Rainer Souren (Hg.): Nachhaltiges Entscheiden. Beiträge zum multiperspektivischen Performancemanagement von Wertschöpfungsprozessen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 13–34. Online verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1007/978-3-658-12506-6_2.
- Labisch, Alfons (1992): Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Leopoldina 2015: Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, Union der deutschen Akademien der Wissenschaften (2015): Public Health in Deutschland - Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen. Halle (Saale). (https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_Public_Health_LF_DE.pdf; Zugriff: 21.5.2016)
- Marmot, Michael; Allen, Jessica; Bell, Ruth; Bloomer, Ellen; Goldblatt, Peter (2012): WHO European review of social determinants of health and the health divide. In: *The Lancet* 380 (9846), S. 1011–1029. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61228-8.
- Marquand, David (2004): Decline of the Public. Cambridge: Polity Press.
- Müller, Rainer (2001): Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und arbeitsbedingte Erkrankungen als Aufgaben des Arbeitsschutzes. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag
- Müller, Rainer (2009): Zur Sicherung von Gesundheit als individuelles, öffentliches und betriebliches produktives Potenzial. In: Herbert Obinger und Elmar Rieger (Hg.): Wohlfahrtsstaatlichkeit in entwickelten Demokratien. Herausforderungen, Reformen und Perspektiven ; Festschrift für Stephan Leibfried. Frankfurt Main u.a.: Campus-Verl. (Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, 20), S. 119–136.
- Nationale Präventionskonferenz (NPK) : Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V vom 16.2.2016 (https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf; Zugriff: 19.5.2016).
- Okbay, Aysu et al. (2016): Genetic variants associated with subjective well-being, depressive symptoms, and neuroticism identified through genome-wide analyses. In: *Nature genetics*. DOI: 10.1038/ng.3552. (<http://www.nature.com/ng/journal/vaop/ncurrent/pdf/ng.3552.pdf>; Zugriff: 21.5.2016)
- Peters, Bernhard (2007): Der Sinn der Öffentlichkeit. Hrsg. von Hartmut Weßler. Frankfurt: Suhrkamp.
- Pfeiffer, Sabine (2004): Arbeitsvermögen. Ein Schlüssel zur Analyse (reflexiver) Informatisierung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rensing, Ludger; Koch, Michael; Rippe, Bernhard; Rippe, Volkhard (2006): Mensch im Stress. Psyche, Körper, Moleküle. 1. Aufl. München: Elsevier Spektrum Akad.
- Rönneberg, Till (2010): Wie wir ticken: Die Bedeutung der Chronobiologie für unser Leben. Köln: DuMont.
- Rothgang, Heinz (2016): Gesundheitsökonomie und Ethik – zur Verhältnisbestimmung. In: Schröder-Bäck/Kuhn (Hg.), S. 124-135.

- Schröder-Bäck, Peter; Kuhn, Joseph (Hg.) (2016): Ethik in den Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. 1. Auflage. Weinheim, Bergstr: Beltz Juventa (Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften).
- Schroer, Markus (Hg.) (2005): Soziologie des Körpers: Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Schubert, Christian (Hg.) (2011): Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Senghaas-Knobloch, Eva (2008): Wohin driftet die Arbeitswelt? 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss..
- Senghaas-Knobloch, Eva (2010): "Decent Work" eine weltweite Agenda für Forschung und Politik. In: Guido Becke, Peter Bleses, Wolfgang Ritter und Sandra Schmidt (Hg.): "Decent Work". Arbeitspolitische Gestaltungsperspektive für eine globalisierte und flexibilisierte Arbeitswelt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 15–33.
- Vogeley, Kai; Schilbach, Leonhard; Newen, Albert (2014): Soziale Kognition. In: Gerald Hartung und Matthias Herrgen (Hg.): Interdisziplinäre Anthropologie. Jahrbuch 1/2013: Soziale Kognition. Wiesbaden: Springer VS (Interdisziplinäre Anthropologie), S. 13–39.
- WHO Europe (2013): Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert. Copenhagen: World Health Organization.
- WHO Europe (2014): Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Final report. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.