



Badura · Ducki · Schröder · Klose · Meyer *Hrsg.*

Fehlzeiten-Report 2020

Gerechtigkeit und Gesundheit

Fehlzeiten-Report

Reihenherausgeber

B. Badura, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität
Bielefeld, Bielefeld, Germany

A. Ducki, Beuth Hochschule für Technik Berlin, Berlin, Germany

H. Schröder, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin,
Germany

J. Klose, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin,
Germany

M. Meyer, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin,
Germany

Bernhard Badura · Antje Ducki · Helmut Schröder ·
Joachim Klose · Markus Meyer

Hrsg.

Fehlzeiten-Report 2020

Gerechtigkeit und Gesundheit

Hrsg.

Prof. Dr. Bernhard Badura
Universität Bielefeld
Bielefeld, Deutschland

Joachim Klose
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Berlin, Deutschland

Prof. Dr. Antje Ducki
Beuth Hochschule für Technik
Berlin, Deutschland

Markus Meyer
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Berlin, Deutschland

Helmut Schröder
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Berlin, Deutschland

Fehlzeiten-Report
ISBN 978-3-662-61523-2
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-61524-9>

ISBN 978-3-662-61524-9 (eBook)

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

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2020

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Fotonachweis Umschlag: © skynesher / istock.com (Symbolbild mit Fotomodell)

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort

Das Empfinden der Beschäftigten, dass es im Unternehmen im Großen und Ganzen gerecht zugeht, ist nicht nur eine wichtige Motivationsquelle, es kann auch die Gesundheit beeinflussen. Sowohl das eigene Wohlbefinden als auch die Produktivität und die individuelle Leistungsfähigkeit können mit dem Empfinden, gerecht behandelt zu werden, in Zusammenhang stehen. Das Thema Gerechtigkeit ist daher auch für Unternehmen in vielen Facetten relevant: Es kann beispielsweise um Auswahlverfahren bei Stellenbesetzungen gehen, um die Höhe der Gehälter, um zwischenmenschliche Umgangsformen, um betriebliche Anreizsysteme oder darum, ausreichende Informationen von der Führungskraft zu erhalten. Was gerechtes Handeln im Unternehmen zur besonderen Herausforderung werden lässt, ist der Umstand, dass das, was als gerecht empfunden wird, individuell unterschiedlich bewertet werden kann. Die wahrgenommene Gerechtigkeit kann somit stark zwischen Individuen differieren. Und gerade diese ist es, die das Wohlbefinden der Beschäftigten bestimmt und damit letztlich auch die Gesundheit beeinflussen kann.

Auch die steten Entwicklungen in der Arbeitswelt tangieren Fragen der Gerechtigkeit: So führen die Folgen der Digitalisierung beispielsweise zu einem hohen Weiterbildungsbedarf, d. h. die Entwicklungsmöglichkeiten der Beschäftigten müssen adäquat erkannt und gefördert werden, ohne Diskriminierungen zu erzeugen. Die Auswirkungen der Entgrenzung der Arbeit, wie die Möglichkeiten der kommunikativen Erreichbarkeit oder das flexible Arbeiten, brauchen klare Regeln. Steigende Mobilitätsanforderungen an die Beschäftigten und ihr soziales Umfeld und häufige betriebliche Restrukturierungen brauchen zumutbare und als gerecht empfundene Rahmenbedingungen. Auch werden die Arbeitsanforderungen aufgrund des technischen Fortschritts immer komplexer – der Grad der daraus entstehenden individuellen Eigenverantwortung muss bestimmt werden. Alle diese Entwicklungen brauchen Regeln, die von den Beschäftigten erwartungsgemäß nur akzeptiert und gelebt werden, wenn sie auch als gerecht empfunden werden. Das Gefühl ungerechter Behandlung kann dabei negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Die Beiträge in diesem Report machen dies deutlich und sensibilisieren für dieses Thema.

Doch was ist eigentlich Gerechtigkeit? Und was heißt gerechtes Handeln in Unternehmen ganz konkret? Welche Anforderungen haben Beschäftigte an eine gerechte Führungskraft? Und was sind die gesundheitlichen Folgen, wenn sich Beschäftigte subjektiv ungerecht behandelt fühlen? Welchen Beitrag kann das Betriebliche Gesundheitsmanagement leisten, wenn es um Fragen der Gerechtigkeit geht? Mit diesen und vielen weiteren Fragen beschäftigen sich die Autorinnen und Autoren in dem vorliegenden Fehlzeiten-Report, die trotz ihrer vielfältigen Verpflichtungen das Engagement und die Zeit gefunden haben, uns aktuelle und interessante Beiträge zur Verfügung zu stellen.

Wir wussten bei der Planung der vorliegenden Ausgabe des Fehlzeiten-Reports noch nicht, welch schwere Zeit mit der COVID-19-Pandemie auf die Welt und auch auf Deutschland zukommen würde. Trotz der mit der Pandemie verbundenen Herausforderungen des Lockdowns, wie die zu organisierende Betreuung von Kindern oder Pflegebedürftigen, die Organisation des distanzierten Lernens von Schülern und Studierenden oder der Einkauf von teilweise knappen Gütern des täglichen Bedarfs, haben uns alle beteiligten Autorinnen und Autoren mit ihren zugesagten Beiträgen pünktlich unterstützt. Unser spezieller Dank gilt daher insbesondere den Autorinnen und Autoren dieses

Buches, die es trotz schwieriger Zeiten erst ermöglicht haben, dass dieser Report erscheinen kann.

Auch wenn wir im vorliegenden Fehlzeiten-Report die Folgen der Covid-19-Pandemie noch nicht thematisieren konnten, vermuten wir, dass sie Auswirkungen nicht nur auf die wirtschaftliche, sondern auch auf die soziale und gesundheitliche Situation in Deutschland haben wird, denn sozioökonomische Ungleichheiten sind in Deutschland nach wie vor mit einer ungleichen Verteilung von Gesundheit und Krankheit verbunden. Dies wird in dem Beitrag von Michalski et al. in diesem Buch vertiefend dargestellt. Es ist zu befürchten, dass die Covid-19-Pandemie die vorhandene soziale Ungleichheit und somit auch die damit in Zusammenhang stehenden Gesundheitsrisiken nochmals stärker hervortreten lassen wird.

Spätestens seit dem Fehlzeiten-Report 2017, der sich dem Thema Krise und Gesundheit gewidmet hat, wissen wir auch um die mit Krisen verbundenen Chancen, aus denen die Beteiligten gestärkt hervorgehen können. Welche Auswirkungen die gegenwärtige Krise auch auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement in den Unternehmen haben wird, lässt sich aktuell nicht prognostizieren. Es ist aber zu hoffen, dass dem Präventionsgedanken zukünftig noch stärker Rechnung getragen wird. Denn gerade in der Covid-19-Pandemie zeigt sich, wie kostbar und wie wenig selbstverständlich unsere Gesundheit ist, sie verweist zugleich auch auf die gesellschaftlichen Schwächen, denn nach wie vor ist Gesundheit und Krankheit sozial unterschiedlich verteilt. Dass die Bevölkerungsgruppen abhängig von der Einkommenssituation, der Arbeitsplatzsicherheit oder der familiären Situation verschieden stark von den Folgen der Pandemie betroffen sind, zeigen erste Forschungsergebnisse.

Zusätzlich zum Schwerpunktthema gibt der Fehlzeiten-Report auch in diesem Jahr wieder einen differenzierten Überblick über die krankheitsbedingten Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft mit aktuellen Daten und Analysen der 14,3 Mio. AOK-Mitglieder, die in mehr als 1,6 Mio. Betrieben im Jahr 2019 tätig waren. Die Entwicklungen in den einzelnen Wirtschaftszweigen werden dabei differenziert dargestellt, was einen schnellen und umfassenden Überblick über das branchenspezifische Krankheitsgeschehen ermöglicht. Der Report berichtet zudem auch wieder über die Krankenstandsentwicklung aller gesetzlich krankenversicherten Arbeitnehmer in Deutschland wie auch speziell in der Bundesverwaltung. Erstmals werden Entwicklungen beim Krankengeld, bei den Erwerbsminderungsrenten und den Arbeits- und Wegeunfällen die Fehlzeiten-Analysen ergänzen. Aber auch die Frage, wie sich die psychischen Erkrankungen unter den Erwerbstätigen in Deutschland entwickelt haben und welche Konsequenzen das für das Betriebliche Gesundheitsmanagement hat, wird erstmals untersucht.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird innerhalb der Beiträge bei der Benennung von Personen – wo immer möglich – eine „geschlechtsneutrale“ Formulierung verwendet (z. B. Beschäftigte, Mitarbeitende). Ist dies nicht möglich, wird ggf. die männliche Schreibweise verwendet. Wir möchten darauf hinweisen, dass diese Verwendung explizit als geschlechtsunabhängig verstanden werden soll und selbstverständlich jeweils alle Geschlechter gemeint sind.

Danken möchten wir allen Kolleginnen und Kollegen im WIdO, die an der Buchproduktion beteiligt waren und in beeindruckender Weise den Beleg erbracht haben, dass eine Bucherstellung trotz der zahlreichen Pandemie-bedingten Herausforderungen von den heimischen Arbeitsplätzen aus gelingen kann. Zu nennen sind hier vor allem Miriam-Maleika Höltgen und Stefanie Wiegand, die uns bei der Organisation, der Betreuung der Autorinnen und Autoren und durch ihre redaktionelle Arbeit exzellent unterstützt

haben. Frau Höltgen hat uns zudem auch wieder gewohnt professionell bei der Autorenrecherche und -akquise unterstützt. Unser Dank gilt ebenfalls Susanne Sollmann für das ausgezeichnete Lektorat und dem gesamten BGF-Team im WIdO. Danken möchten wir gleichermaßen allen Kolleginnen und Kollegen im Backoffice des WIdO, ohne deren Unterstützung diese Buchpublikation nicht möglich gewesen wäre.

Unser Dank geht last but not least an den Springer-Verlag für die gewohnt hervorragende verlegerische Betreuung, insbesondere durch Frau Hiltrud Wilbertz.

Berlin und Bielefeld
im Juni 2020

Inhaltsverzeichnis

I Gesellschaftliche Ebene: Grundlagen

1	Gerechtigkeit und Gesundheit	3
	<i>Stefan Liebig, Carsten Sauer und Reinhard Schunck</i>	
1.1	Einleitung	4
1.2	Der Kern der Gerechtigkeit	5
1.3	Gerechtigkeit ist nicht immer Gleichheit	6
1.4	Erlebte (Un-)Gerechtigkeiten sind folgenreich	6
1.5	Warum gesundheitliche Folgen?	7
1.6	Fazit	11
	Literatur	12
2	Organisationale Gerechtigkeit, Demokratie, Subjektivierung und Gesundheit	15
	<i>Severin Hornung, Wolfgang G. Weber und Thomas Höge</i>	
2.1	Organisationale Gerechtigkeit als subjektive Wahrnehmung	16
2.2	Dimensionen organisationaler Gerechtigkeit	17
2.3	Organisationale Gerechtigkeit als soziales Klima	18
2.4	Organisationale Gerechtigkeit und arbeitsbezogene Gesundheit	19
2.5	Erweiterte Betrachtung organisationaler Gerechtigkeit	21
2.6	Organisationale Gerechtigkeit und Individualisierung	22
2.7	Organisationale Demokratie und organisationale Gerechtigkeit	24
2.8	Schlussbemerkung: Gerechtigkeit und Demokratie sind zwei Seiten derselben Medaille	26
	Literatur	26
3	Soziale Ungleichheit, Arbeit und Gesundheit	31
	<i>Niels Michalski, Stephan Müters und Thomas Lampert</i>	
3.1	Einleitung	32
3.2	Soziale Ungleichheiten in der Mortalität und Lebenserwartung	33
3.3	Berufsstatus und Gesundheitszustand	35
3.3.1	Berufsstatus und selbsteingeschätzter Gesundheitszustand	35
3.3.2	Berufsstatus und psychische Erkrankungen	37
3.3.3	Berufsstatus und Tabakkonsum	38
3.4	Gesundheitsbelastung und berufliches Anforderungsniveau	40
3.5	Regionale Unterschiede in der Gesundheitsbelastung durch die Arbeit	42
3.6	Diskussion	44
	Literatur	45

4	Gesundheit und (Geschlechter-) Gerechtigkeit in der Arbeitswelt	49
	<i>Nadine Pieck</i>	
4.1	Gerechtigkeit und soziale Ungleichheit	51
4.2	Was ist Gerechtigkeit?	51
4.2.1	Verteilungs- und Tauschgerechtigkeit	52
4.2.2	Verfahrensgerechtigkeit und Interaktionsgerechtigkeit	53
4.2.3	Anerkennung und Verteilung	53
4.3	Diskriminierungsverbot	54
4.3.1	Unmittelbare Diskriminierung	54
4.3.2	Mittelbare Diskriminierung	54
4.3.3	Belästigung und sexuelle Belästigung	55
4.4	Ungleicher Zugang zu Machtquellen	55
4.4.1	Ungleiche Verteilung ökonomischer Chancen	56
4.4.2	Ungleiche Verteilung politischer Ressourcen	56
4.4.3	Ungleiche Verteilung der Distinktionsmacht	56
4.4.4	Zusammenfassung	58
4.5	Was hat Gerechtigkeit mit Gesundheitsmanagement zu tun?	58
4.5.1	Ungleiche Verteilung von Belastungen und Ressourcen im Betrieb	58
4.5.2	Verfahrens- und Interaktionsgerechtigkeit im Gesundheitsmanagement	60
4.5.3	Partizipation als Weg zu gesundheitlicher Chancengleichheit	61
4.6	Fazit	65
	Literatur	66

II Gesellschaftliche Ebene: Gerechtigkeit und Gesundheit aus Perspektive der Gewerkschaften und Arbeitgeber

5	Arbeit, Gesundheit und Gerechtigkeit – Zur ungleichen Verteilung arbeitsbedingter Belastung	71
	<i>Rolf Schmucker</i>	
5.1	Einleitung	72
5.2	Was hat Gesundheit mit Gerechtigkeit zu tun?	73
5.3	Die ungleiche Verteilung arbeitsbedingter Gesundheitsbelastungen	75
5.3.1	Verbreitung körperlicher Belastung nach Berufsgruppen	76
5.3.2	Verbreitung psychischer Belastung nach Berufsgruppen	77
5.3.3	Arbeitszeitbelastung nach Berufsgruppen	78
5.4	Ungerechtigkeit als Belastungsfaktor	79
5.5	Anforderungen an Prävention und Arbeitsgestaltung	82
	Literatur	84
6	Gerechtigkeit und Gesundheit: Die Rolle von Arbeitgebern und Führungskräften	87
	<i>Elisa Clauß, Pia Barth und Stefan Mondorf</i>	
6.1	Gerechtigkeit auf verschiedenen Ebenen	88
6.2	Gerechtigkeit im Unternehmenskontext	88
6.2.1	Das Zusammenspiel von Gerechtigkeit und Erwartungen bei der Arbeit	89
6.2.2	Gerechtigkeit und Erwartungen wirken positiv auf Zufriedenheit und Gesundheit	89

6.2.3	Gute Arbeitsgestaltung als Schlüssel für die hohe Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten	90
6.3	Gerechtigkeit und Führung	91
6.3.1	Was eine gerechte Führung ausmacht	91
6.3.2	Die Erwartungen der Generation X und Y an ihre Führungskräfte verändern sich	92
6.3.3	Gesund, zufrieden und motiviert durch faire Führung	92
6.4	Der Faktor Mensch im Zusammenspiel von Gerechtigkeit und Gesundheit	93
6.5	Fazit	93
	Literatur	94

III Betriebliche Ebene

7	Gerechtigkeitserleben bei der Arbeit und Gesundheit	99
	<i>Andrea Waltersbacher, Helmut Schröder und Julia Klein</i>	
7.1	Einführung	100
7.1.1	Warum ist Gerechtigkeit wichtig?	100
7.1.2	Was ist gerecht?	101
7.1.3	Was sind die Folgen von erlebter fehlender Gerechtigkeit?	102
7.1.4	Forschungsfragen und Methodik	103
7.2	Ergebnisse der Befragung	104
7.2.1	Der Bezugsrahmen: Einstellungen zu Gerechtigkeit	104
7.2.2	Gerechtigkeit im Unternehmen	106
7.2.3	Zufriedenheit und die Bindung an das Unternehmen	112
7.2.4	Gerechtigkeitserleben und gesundheitliches Befinden	117
7.3	Diskussion der Ergebnisse	125
7.4	Fazit	127
	Literatur	129
8	Fairness- und Vertrauenskultur als Baustein resilienter Organisationen ..	133
	<i>Thomas Rigotti</i>	
8.1	Einleitung	134
8.2	Zur Relevanz von Fairness und Vertrauen	134
8.2.1	Wie entstehen Fairness und Vertrauen?	135
8.2.2	Die Rolle von Fairness und Vertrauen für Gesundheit und Wohlbefinden	136
8.3	Von der individuellen zur kollektiven Ebene	137
8.3.1	Fairness- und Vertrauenskultur	138
8.3.2	Psychologisches Sicherheitsklima	138
8.3.3	Vertrauen als Grundstein resilienter Organisationen	139
8.3.4	Wie kann eine Fairness- und Vertrauenskultur geschaffen werden?	140
8.4	Fazit	142
	Literatur	143
9	Wie unfair ist das denn? Ursachen und Folgen organisationaler Gerechtigkeit	147
	<i>Andrea Fischbach</i>	
9.1	Einleitung	148
9.2	Warum Mitarbeitende aufmerksam für Ungerechtigkeit sind	149

9.3	Wie sich Ungerechtigkeit bei Ergebnis, Prozess, Interaktion und Inhalt zeigt	151
9.4	Wie (Un-)Gerechtigkeit auf Arbeitsengagement und Gesundheit wirkt	152
9.5	Warum (Un-)Gerechtigkeit auf Arbeitsengagement und Gesundheit wirkt	154
9.6	Organisationale Gerechtigkeit im Karriereverlauf und bei Veränderungsprozessen	157
9.7	Gestaltungsansätze zur Förderung organisationaler Gerechtigkeit	160
	Literatur	162
10	Gerechtes Führen: Wie sich ethisches und destruktives Führungsverhalten auf die Mitarbeitenden auswirkt	165
	<i>Ellen Schmid und Armin Pircher Verdorfer</i>	
10.1	Einleitung	166
10.2	Destruktive Führung	167
10.3	Woher kommt destruktive Führung?	168
10.4	Ethische Führung	169
10.5	Handlungsempfehlungen	172
	Literatur	173
11	„Fair“ ändern? Veränderungsprozesse mittels Führung fair gestalten	177
	<i>Kathleen Otto und Tabea Scheel</i>	
11.1	Organisationaler Wandel	178
11.2	Fairness und Führung im Wandel	178
11.2.1	Die Bedeutung von Fairness für Veränderungen	179
11.2.2	Die Rolle der Führungskraft im Change-Prozess	179
11.2.3	Transformationale Führung im Change-Prozess	180
11.3	Fairness als entscheidender Wirkmechanismus	180
11.3.1	Die theoretische Basis: Umgang mit Unsicherheit	180
11.3.2	Transformationale Führung und interaktionale Fairness	181
11.3.3	Eine empirische Studie zur Bedeutung von Fairness bei Change	181
11.4	Implikationen und Fazit	186
	Literatur	188
12	Der Beitrag von Gratifikationen zur Mitarbeitergesundheit	191
	<i>Johannes Siegrist und Nico Dragano</i>	
12.1	Der Hintergrund: Veränderte Arbeitswelt	192
12.2	Gratifikation und Gesundheit: Der theoretische Rahmen	193
12.3	Gratifikationskrisen und stressassoziierte Erkrankungen: Empirische Evidenz	195
12.4	Verbessern Gratifikationen die Gesundheit?	198
12.5	Folgerungen für die betriebliche Prävention	200
	Literatur	201
13	Menschengerechte Arbeitszeiten – Grundlagen, Kriterien und Gestaltungsmöglichkeiten	203
	<i>Corinna Brauner und Anita Tisch</i>	
13.1	Einleitung	204
13.2	Kriterien und Gestaltungsansätze für menschengerechte Arbeitszeiten	205
13.2.1	Gesundheits- und erholungsgerechte Arbeitszeiten	205
13.2.2	Vereinbarkeitsgerechte Arbeitszeiten	208
13.2.3	Alter(n)s- und teilhabegerechte Arbeitszeiten	210

13.2.4	Aufgabengerechte Arbeitszeiten	211
13.2.5	Ausgleich und angemessene Kompensierung	212
13.3	Fazit	212
	Literatur	213
14	Digitale Spaltung	217
	<i>Kerstin Guhlemann, Martin Eisenmann und Tobias Wienzek</i>	
14.1	Digitalisierung – nur Technologie?	218
14.2	Szenarien zum Wandel von Arbeit – Polarisierung	220
14.3	Fallbeispiel Systemtechniker in der Wasserwirtschaft	221
14.3.1	Eckdaten zu Berufen und Beschäftigung	222
14.3.2	Herausforderungen durch Komplexität und Technik	222
14.3.3	Reorganisationstendenzen	223
14.4	Polarisierte Arbeitsstrukturen: Belastungen und Ressourcen	225
14.5	Fazit – partizipativer Kompetenzaufbau gegen digitale Spaltung	227
	Literatur	228
15	Gerechte oder ungerechte Kontrolle?	229
	<i>Thomas Afflerbach und Katharina Gläserner</i>	
15.1	Einleitung	230
15.2	Theorie	231
15.2.1	Kooperationsprobleme in virtuellen Teams	231
15.2.2	Peer-Kontrolle in virtuellen Teams	232
15.3	Methode	234
15.4	Empirische Ergebnisse	235
15.4.1	Wolke des Verdachts	235
15.4.2	Überwachungsbasierte Peer-Kontrolle	236
15.4.3	Kontrollintensität	238
15.4.4	Konsequenz der Peer-Kontrolle: Verdrängung von Anstrengungen und Entstehung von Stress	239
15.5	Diskussion und Fazit	240
	Literatur	243
16	Teilhabegerechtigkeit im Arbeitsleben – Innerbetriebliche Inklusionsmechanismen und -hindernisse	245
	<i>Hauke Behrendt</i>	
16.1	Vom beruflichen Ausschluss zur Teilhabegerechtigkeit	246
16.2	Dem Exklusionsrisiko begegnen: Auf den Kontext kommt es an	247
16.3	Teilhabegerechtigkeit: Einen Platz im normalen Arbeitsleben finden	249
16.4	Wege aus der Exklusionsfalle: Innerbetriebliche Inklusionsmechanismen und -hindernisse	250
16.4.1	Inklusion und Exklusion: Institutionelle, intersubjektive und materielle Erscheinungsformen	251
16.4.2	Mechanismen beruflicher Exklusion erkennen und verhindern	254
16.5	Fazit	256
	Literatur	257

17	Betriebliche Soziale Arbeit und Soziale Gerechtigkeit	259
	<i>Edgar Baumgartner, Martin Klein und Bettina Stoll</i>	
17.1	Einleitung	260
17.2	Der funktionale Bezugspunkt der Betrieblichen Sozialen Arbeit	261
17.3	Organisatorische Anbindung	262
17.4	Zuständigkeitsbereiche	263
17.4.1	Beziehungen der Organisation zu den Mitarbeitenden	263
17.4.2	Beziehungen der Organisation zur Gesellschaft	265
17.5	Fazit	268
	Literatur	269

IV Praxisbeispiele

18	Organisationale Gerechtigkeit durch gesunde Führung – Ein Blended-Learning-Ansatz	273
	<i>Patricia Lück und Sabrina Fenn</i>	
18.1	Gesundheitsgerechte Führung als Stellschraube für Gerechtigkeit im Unternehmen	274
18.2	Ein Angebot der AOK: das Online-Programm „gesund führen“	275
18.2.1	Mehr als ein E-Learning-Programm	275
18.2.2	Ein modulares Online-Programm: die Bausteine	276
18.3	Erweitertes Angebot in BGF-Projekten: Blended Learning	279
18.3.1	Das „Kombi-Angebot Gesund Führen“ der AOK Niedersachsen	279
18.3.2	Umsetzung und Evaluationsergebnisse	280
18.4	Fazit und Ausblick	281
	Literatur	282
19	Betriebliche Gesundheit erfordert erlebte Selbstwirksamkeit	283
	<i>Gabriele Fuchs-Hlinka, Heidemarie Staffinger und Christian Seubert</i>	
19.1	Die Arbeit in der Langzeitpflege in Österreich	284
19.2	Langzeitpflege – Umsetzung auf betrieblicher Ebene	285
19.3	Das KWP im Überblick	286
19.3.1	Struktur und Auftrag	286
19.3.2	Fit für die Zukunft	286
19.3.3	Gesundheitsförderung/Gesundheitsmanagement beim KWP: Hinschauen, nicht wegschauen	287
19.3.4	Best Practice: Gesundheitszirkel zum Aufzeigen von Problemen und Lösungen	287
19.3.5	Gesundheit und Teilhabe als Teil der Unternehmens- und Führungskultur im KWP	290
19.4	Ausblick aus Sicht der Praxis	291
19.5	Fazit: Gesunde Senioreneinrichtungen brauchen einen geeigneten Rahmen	291
	Literatur	292

20	Organisationskultur und -gerechtigkeit, betrieblicher Wandel und Gesundheit: eine Auseinandersetzung am Beispiel „Pausengestaltung“ in der Pflege	295
	<i>Peter Jaensch, Ulrike Fugli, Julia Maria Ott, Werner Winter und Jürgen Zerth</i>	
20.1	Problemstellung	297
20.2	Erwartungen an eine „faire Pflegearbeit“: eine Reformulierung	298
20.2.1	Pflege als Teamproduktion: organisationstheoretische Modellierung	298
20.2.2	Implikationen für eine gerechte Organisation und Organisationskultur	299
20.2.3	Problemkontext: Belastungen und Entlastungen – die Bedeutung von Pausen	300
20.3	Explorative Studie „Pause in der Pflege“ – Kriterien zur Bewertung effektiver und implementierbarer Organisationskonzepte	301
20.3.1	Methodische Grundlagen und Durchführung der Studie	302
20.3.2	Ergebnisse der Befragung	303
20.3.3	Zentrale Diskussionspunkte: Implikationen für eine gute (faire) Pause?	305
20.4	Fazit/Ausblick	307
	Literatur	308

V Daten und Analysen

21	Die Aussagekraft der Kennzahl „Fehlzeiten“ – Deutungsversuch aus Sicht der Gesundheitswissenschaften	313
	<i>Bernhard Badura und Cona Ehresmann</i>	
21.1	Absentismus und Präsentismus	314
21.2	Analyse von Routinedaten	315
21.3	Analyse von Befragungsdaten zur Ermittlung von Zusammenhängen zwischen Sozialkapital, Fehlzeiten und Gesundheit	321
21.4	Zum (begrenzten) Nutzen von Fehlzeitenanalysen	324
21.5	Wandel der Arbeitswelt und die Gesetzgebung erzwingen eine Erweiterung führungsrelevanter Kennzahlen	326
	Literatur	328
22	Psychische Erkrankungen bei den Erwerbstätigen in Deutschland und Konsequenzen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement	331
	<i>Miriam Meschede, Christiane Roick, Cona Ehresmann, Bernhard Badura, Markus Meyer, Antje Ducki und Helmut Schröder</i>	
22.1	Einleitung	333
22.2	Auswertung der Routinedaten der AOK-versicherten Beschäftigten	334
22.2.1	Ergebnisse der Auswertung der AOK-Leistungsdaten	334
22.2.2	Zusammenfassung der Ergebnisse	346
22.3	Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Erkrankungen	347
22.4	Entwicklung der Suizidrate	348
22.5	Einordnung in die wissenschaftliche Diskussion	350
22.6	Erklärungsansätze für die Diskrepanz zwischen der Prävalenzentwicklung in standardisierten Bevölkerungsbefragungen und Routinedaten	351
22.7	Implikationen für die Betriebe	357
	Anhang	360
	Literatur	361

23	Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2019	365
	<i>Markus Meyer, Stefanie Wiegand und Antje Schenkel</i>	
23.1	Überblick über die krankheitsbedingten Fehlzeiten im Jahr 2019	367
23.2	Datenbasis und Methodik	370
23.3	Allgemeine Krankenstandsentwicklung	373
23.4	Verteilung der Arbeitsunfähigkeit	375
23.5	Kurz- und Langzeiterkrankungen	376
23.6	Krankenstandsentwicklung in den einzelnen Branchen	377
23.7	Einfluss der Alters- und Geschlechtsstruktur	383
23.8	Fehlzeiten nach Bundesländern	386
23.9	Fehlzeiten nach Ausbildungsabschluss und Vertragsart	391
23.10	Fehlzeiten nach Berufsgruppen	394
23.11	Fehlzeiten nach Wochentagen	396
23.12	Arbeitsunfälle	397
23.13	Krankheitsarten im Überblick	402
23.14	Die häufigsten Einzeldiagnosen	408
23.15	Krankheitsarten nach Branchen	410
23.16	Langzeitfälle nach Krankheitsarten	424
23.17	Krankheitsarten nach Diagnoseuntergruppen	426
23.18	Burnout-bedingte Fehlzeiten	429
23.19	Arbeitsunfähigkeiten nach Städten 2019	432
23.20	Inanspruchnahme von Krankengeld bei Erkrankung des Kindes	435
23.21	Im Fokus: Rückenschmerzen	439
	Literatur	444
24	Krankheitsbedingte Fehlzeiten nach Branchen im Jahr 2019	445
	<i>Markus Meyer, Stefanie Wiegand und Antje Schenkel</i>	
24.1	Banken und Versicherungen	446
24.2	Baugewerbe	462
24.3	Dienstleistungen	481
24.4	Energie, Wasser, Entsorgung und Bergbau	500
24.5	Erziehung und Unterricht	520
24.6	Gesundheits- und Sozialwesen	539
24.7	Handel	558
24.8	Land- und Forstwirtschaft	577
24.9	Metallindustrie	593
24.10	Öffentliche Verwaltung	615
24.11	Verarbeitendes Gewerbe	632
24.12	Verkehr und Transport	656
25	Arbeitsunfallgeschehen im Jahr 2018 – ein Überblick	673
	<i>Christoph Thomann</i>	
25.1	Arbeitsunfallstatistik der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung	674
25.2	Unfallgeschehen bei Erwerbstätigen	674
25.3	Unfallgeschehen von Rehabilitanden	681
25.4	Diskussion und Fazit	681
	Literatur	682

26	Entwicklung der Krankengeldausgaben bei AOK-Mitgliedern unter Einordnung in die verfügbaren Datenquellen	685
	<i>David Herr und Reinhard Schwanke</i>	
26.1	Einführung	686
26.2	Einordnung der Datenquellen	687
26.3	Entwicklung des Krankengelds	690
26.4	Krankengeldfallzahlen	691
26.5	Krankengeldfalldauern	691
26.6	Krankengeldtage nach Diagnosen	693
26.7	Einfluss des Alters	694
26.8	Zusammenfassung	695
	Literatur	696
27	Die Arbeitsunfähigkeit in der Statistik der GKV	697
	<i>Klaus Busch</i>	
27.1	Arbeitsunfähigkeitsstatistiken der Krankenkassen	698
27.2	Erfassung von Arbeitsunfähigkeit	699
27.3	Entwicklung des Krankenstandes	700
27.4	Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitsfälle	702
27.5	Dauer der Arbeitsunfähigkeit	705
27.6	Altersabhängigkeit der Arbeitsunfähigkeit	706
27.7	Arbeitsunfähigkeit nach Krankheitsarten	706
28	Betriebliches Gesundheitsmanagement und krankheitsbedingte Fehlzeiten in der Bundesverwaltung	717
	<i>Annette Schlipphak</i>	
28.1	Gesundheitsmanagement in der Bundesverwaltung	718
28.1.1	Entwicklung des Gesundheitsmanagements	718
28.1.2	Kernaussagen	718
28.1.3	Verankerung des BGM in den Behörden	719
28.1.4	Organisation und Ressourcen im BGM	719
28.2	Überblick über die krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten im Jahr 2018	720
28.2.1	Methodik der Datenerfassung	720
28.2.2	Allgemeine Entwicklung der Abwesenheitszeiten	720
28.2.3	Dauer der Erkrankung	721
28.2.4	Abwesenheitstage nach Laufbahngruppen	721
28.2.5	Abwesenheitstage nach Statusgruppen	722
28.2.6	Abwesenheitstage nach Behördengruppen	723
28.2.7	Abwesenheitstage nach Geschlecht	723
28.2.8	Abwesenheitstage nach Alter	723
28.2.9	Gegenüberstellung mit den Abwesenheitszeiten der AOK-Statistik	726
	Literatur	727
29	Erwerbsminderungsrente der erwerbsfähigen Bevölkerung in Deutschland – ein unterschätztes Risiko?	729
	<i>Christine Hagen und Ralf K. Himmelreicher</i>	
29.1	Einleitung	730
29.2	Institutionelle Rahmenbedingungen	731

29.3	Datenbasis und Methode	732
29.4	Empirische Befunde	733
29.5	Zusammenfassung und Diskussion	738
	Literatur	740
	Serviceteil	741
	Anhang 1	742
	Anhang 2	752
	Die Autorinnen und Autoren	757
	Stichwortverzeichnis	783

Gesellschaftliche Ebene: Grundlagen

Inhaltsverzeichnis

- Kapitel 1** **Gerechtigkeit und Gesundheit – 3**
Stefan Liebig, Carsten Sauer und Reinhard Schunck
- Kapitel 2** **Organisationale Gerechtigkeit, Demokratie, Subjektivierung und Gesundheit – 15**
Severin Hornung, Wolfgang G. Weber und Thomas Höge
- Kapitel 3** **Soziale Ungleichheit, Arbeit und Gesundheit – 31**
Niels Michalski, Stephan Müters und Thomas Lampert
- Kapitel 4** **Gesundheit und (Geschlechter-) Gerechtigkeit in der Arbeitswelt – 49**
Nadine Pieck



Gerechtigkeit und Gesundheit

Stefan Liebig, Carsten Sauer und Reinhard Schunck

Inhaltsverzeichnis

- 1.1 Einleitung – 4
- 1.2 Der Kern der Gerechtigkeit – 5
- 1.3 Gerechtigkeit ist nicht immer Gleichheit – 6
- 1.4 Erlebte (Un-)Gerechtigkeiten sind folgenreich – 6
- 1.5 Warum gesundheitliche Folgen? – 7
- 1.6 Fazit – 11

- Literatur – 12

■ Zusammenfassung

Aufsetzend auf philosophische und sozialwissenschaftliche Konzeptionen gibt der Beitrag zunächst einen kurzen Überblick über die Bedeutungsdimensionen sozialer Gerechtigkeit. Insbesondere aus einer erfahrungswissenschaftlichen Perspektive ist dabei entscheidend, dass Gerechtigkeit nicht umstandslos als Gleichheit zu verstehen ist und subjektive (Un-)Gerechtigkeitserfahrungen bestimmte Konsequenzen haben. Vor diesem Hintergrund wird der Zusammenhang zwischen wahrgenommener Gerechtigkeit bzw. Ungerechtigkeit in Beschäftigungsbeziehungen und selbstberichteter physischer und psychischer Gesundheit empirisch beleuchtet. Grundlegend dafür ist die Unterscheidung von drei Gerechtigkeitsdimensionen: Interaktionsgerechtigkeit, Verfahrensgerechtigkeit und Verteilungsgerechtigkeit. Empfinden Beschäftigte ihr Beschäftigungsverhältnis auf einer dieser Dimensionen als ungerecht und haben sie nicht die Möglichkeit, die als ungerecht empfundene Situation zu ändern, kann sich dies über Stressreaktionen auf die psychische und physische Gesundheit auswirken. Dieser Zusammenhang wird mit Daten aus einer groß angelegten Befragung von Beschäftigten (die sog. LINOS-Studie) illustriert. Es zeigen sich deutliche Zusammenhänge zwischen der selbstberichteten psychischen Gesundheit und wahrgenommener Ungerechtigkeit: Je ungerechter Teile des Beschäftigungsverhältnisses empfunden werden, desto häufiger berichten die Befragten von Niedergeschlagenheit bzw. Trübsinn. Dieser Zusammenhang zeigt sich auch für körperliche Beschwerden, allerdings in geringerem Maße.

1.1 Einleitung

Gerechtigkeit beschäftigt die Menschheit seit sehr langer Zeit. Erste Abhandlungen dazu finden sich bereits in der Zeit der frühen Hochkulturen des 2. Jahrtausends vor der christlichen Zeitrechnung. Darin wird sie als eine

menschliche Tugend beschrieben, die darin begründet ist, dass sich Menschen gegenseitig etwas schulden und den Mächtigen nicht alles erlaubt sei. So lässt etwa Platon Sokrates sagen: Gerechtigkeit gehöre „zu dem Schönsten, was sowohl um seiner selbst willen, als auch wegen dessen, was daraus folgt, dem, der glücklich sein will, wünschenswert ist“ (Platon 1989, 358a). Interessant ist dabei, dass gerechtes Handeln (z. B. der Mächtigen) zwar einerseits „um seiner selbst willen“ gefordert wird. Ein gerechtes Handeln zeichnet den Einzelnen als tugendhaft aus und unterscheidet ihn von denjenigen, die nicht über diese Tugend verfügen und die Interessen, Bedürfnisse oder Rechte ihrer Mitmenschen missachten. Doch das Sokrates-Zitat verweist auch auf einen zweiten Strang der Begründung, warum Gerechtigkeit erstrebenswert ist: Es sind die aus einem gerechten oder ungerechten Handeln folgenden Reaktionen und die zu erwartenden Konsequenzen. Dem liegen zwei Annahmen zugrunde: Erstens, dass Menschen über einen Gerechtigkeitsinn verfügen und „wissen“, was gerecht oder ungerecht ist; und zweitens, dass es im Denken und Handeln jedes Einzelnen einen Unterschied macht, ob er oder sie ungerecht oder gerecht behandelt wird. Weil gerechtes oder ungerechtes Handeln (z. B. der Mächtigen) Konsequenzen hat und deshalb positiv oder negativ auf den Handelnden zurückfallen kann, ist Gerechtigkeit auch eine Forderung der Klugheit: Wer die negativen Konsequenzen von Ungerechtigkeiten vermeiden möchte, sollte tunlichst gerecht handeln.

Das neuzeitliche Gerechtigkeitsverständnis belässt die Gerechtigkeit nicht im Raum des individuellen Handelns. Der US-amerikanische Philosoph John Rawls erweitert ihren Geltungsanspruch Anfang der 1970er Jahre in seiner „Theorie der Gerechtigkeit“ auf die gesamte Gesellschaft. Dass Gerechtigkeit zwischen den Menschen und vor allem auch in einem Gemeinwesen herrschen sollte, wird dabei als eine moralische Forderung angesehen, die in der neuzeitlichen Vorstellung begründet ist, alle Menschen seien von Natur aus frei ge-

boren und deshalb mit den gleichen Rechten und Pflichten ausgestattet. Für Rawls ist deshalb Gerechtigkeit „die erste Tugend sozialer Institutionen, so wie die Wahrheit bei Gedankensystemen“ (Rawls 1975, S. 19). Sie wird damit zu einem Kriterium, mit dem die einzelnen Institutionen und die Gesellschaft als Ganzes beurteilt werden können. Wenn „(1) jeder die gleichen Gerechtigkeitsgrundsätze anerkennt und weiß, daß das auch die anderen tun, und (2) die grundlegenden gesellschaftlichen Institutionen bekanntermaßen diesen Grundsätzen genügen“ (Rawls 1975, S. 21), dann handelt es sich um eine „wohlgeordnete Gesellschaft“. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass keine „willkürlichen Unterschiede zwischen Menschen“ gemacht werden und die Regeln der Zuweisung von Rechten, Chancen, Gütern oder Lasten einen „sinnvollen Ausgleich zwischen konkurrierenden Ansprüchen zum Wohle des gesellschaftlichen Lebens herstellen“ (Rawls 1975, S. 21 f.).

1.2 Der Kern der Gerechtigkeit

Versucht man vor dem Hintergrund der an Rawls und anderen Gerechtigkeitstheoretikern anknüpfenden Debatte in der zeitgenössischen Philosophie ein „Kernverständnis“ von Gerechtigkeit zu identifizieren, so umfasst dies drei zentrale Grundsätze: (1) den Gleichbehandlungsgrundsatz, d. h. Personen sind unter den gleichen relevanten Umständen auf die gleiche Weise zu behandeln; (2) den Unparteilichkeitsgrundsatz, d. h. „in Situationen des zwischenmenschlichen Interessenkonflikts nach Regeln zu handeln, die für alle Beteiligten von einem unparteiischen Standpunkt aus annehmbar sind“ (Koller 1995, S. 55); und (3) der Grundsatz legitimer Ansprüche, d. h. jedem das zukommen zu lassen, was ihm gebührt, oder jede Person so zu behandeln, wie sie es verdient.

Doch diese Grundsätze beschreiben zunächst nur den formalen Kern unseres Gerech-

tigkeitsverständnisses. Sie verweisen darauf, dass es bei Forderungen nach Gerechtigkeit *eigentlich* um drei Aspekte geht. Denn Gerechtigkeit zielt einmal darauf ab, wie Menschen miteinander umgehen und sich gegenseitig behandeln und wie sie auch von den Institutionen in einer Gesellschaft – etwa Behörden oder im Betrieb oder in einem Unternehmen – behandelt werden, wenn es um die Zuteilung von Rechten, Gütern oder Lasten geht. Dies ist das, was man in der Gerechtigkeitsforschung als *Interaktionsgerechtigkeit* bezeichnet (Bies 2015). Gerechtigkeit bedeutet aber auch, dass die Verfahren (Liebig und Sauer 2013, 2016), die angewandt werden, um Einzelnen oder Gruppen bestimmte Rechte, Güter oder Lasten zuzuweisen, gerecht ablaufen (*Verfahrensgerechtigkeit*). Und Gerechtigkeit bezieht sich schließlich auch auf das, was der Einzelne oder auch einzelne Gruppen am Ende erhalten (Cook und Hegtvædt 1983), also über welche Rechte und welchen Umfang an Gütern oder Lasten sie letztlich verfügen können (*Verteilungsgerechtigkeit*). Welche Regeln dabei konkret gelten sollten und was legitime Ansprüche einer Person oder einer Gruppe in einer konkreten Situation sind, bleibt offen.

Diese Konkretisierung und Kontextualisierung der Gerechtigkeit in Hinblick auf einzelne Regeln der Zu- und Verteilung von Rechten, Gütern oder Lasten erfolgt einmal in den Konzeptionen der Gerechtigkeit, wie sie etwa in der praktischen Philosophie oder der Ethik über die Zeit formuliert wurden. Sie werden auch erkennbar in den Regeln und Praktiken, wie in einer Gesellschaft und ihren Institutionen Rechte, Güter und Lasten tatsächlich verteilt werden – ob und nach welchen Regeln etwa Hilfsbedürftige in einer Gesellschaft unterstützt werden (Sozialpolitik) oder ob und wie der Staat in die Verteilung von Einkommen und Vermögen eingreift und wie die Lasten zur Finanzierung staatlicher Leistungen verteilt sind (Steuerpolitik). Und schließlich werden sie sichtbar im Verständnis von Gerechtigkeit, wie sie die Bürgerinnen und Bürger einer Gesellschaft haben.

1.3 Gerechtigkeit ist nicht immer Gleichheit

Ein zentrales Ergebnis sozial- und verhaltenswissenschaftlicher Forschung besteht darin, dass die Menschen im Laufe ihrer Entwicklung nicht nur einen Gerechtigkeitssinn entwickelt haben, sondern unter den jeweiligen historischen und gesellschaftlichen Kontexten auch lernen, was in einer konkreten Situation gerecht oder ungerecht ist (Liebig und Sauer 2013). Dabei ist entscheidend, dass Gerechtigkeit nicht immer gleichzusetzen ist mit Gleichheit (Liebig 2015). Zwar besteht große Einigkeit, dass die Chancen im Zugang zu grundlegenden gesellschaftlich vermittelten Ressourcen – wie z. B. Bildung – gleich verteilt sein sollten. Doch neben dem Prinzip der Gleichheit, also der Vorstellung, dass jeder und jede immer den gleichen Anteil erhalten sollte, existiert die Vorstellung einer Verteilung proportional zu den konkreten individuellen Anstrengungen oder Leistungen (Proportionalitäts- oder Leistungsprinzip). Aber auch eine Zuteilung entsprechend der individuellen Bedürftigkeit oder in der Vergangenheit erworbener oder zugeschriebener Anrechte wird in bestimmten Situationen als gerecht angesehen (Hülle et al. 2018). Gerechtigkeit kann somit auch bedeuten, dass sich individuelle Unterschiede und Besonderheiten in der Zuweisung von Gütern oder Lasten niederschlagen, was im Ergebnis zu einer ungleichen Verteilung führt. Wenn deshalb in gesellschaftlichen Debatten Gerechtigkeit ausschließlich als Gleichheit verstanden wird und entsprechend ungleiche Verteilungen grundsätzlich als ungerecht definiert werden, handelt es sich um eine Engführung und ein undifferenziertes Verständnis der Gerechtigkeit. Gerade wenn es um materielle Ressourcen wie Einkommen oder Vermögen geht, stellt sich deshalb nicht die Frage, ob Menschen mehr Gleichheit wollen, sondern vielmehr, unter welchen Bedingungen welches Ausmaß von Ungleichheit als legitim angesehen wird (Sachweh 2012; Sauer et al. 2016).

1.4 Erlebte (Un-)Gerechtigkeiten sind folgenreich

Ein zweites, zentrales Ergebnis der empirischen Gerechtigkeitsforschung ist, dass Menschen, je nachdem ob sie sich gerecht oder ungerecht behandelt fühlen, entsprechende Reaktionen zeigen. Subjektiv erlebte (Un-)Gerechtigkeiten sind handlungsrelevant. Sie haben Konsequenzen, aber nicht nur für Einstellungen und Verhalten, sondern mittel- und langfristig auch für psychische und physische Befindlichkeiten. Ein Kontext, der hier ganz besonders entscheidend ist, sind (Un-)Gerechtigkeits Erfahrungen am Arbeitsplatz. Zahlreiche empirische Studien, hauptsächlich aus der Arbeits- und Organisationspsychologie und -soziologie, untersuchen deshalb die Folgen von Ungerechtigkeitswahrnehmungen bei der Arbeit. Diese zeigen, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die sich ungerecht behandelt oder entlohnt fühlen, häufiger den Arbeitsplatz wechseln, mehr Fehltag aufweisen, eher zur „inneren Kündigung“ neigen und weniger zufrieden mit ihrer Beschäftigung sind (Colquitt et al. 2001; Roscigno et al. 2018).

Darüber hinaus dokumentieren zahlreiche Untersuchungen, dass sich wahrgenommene Ungerechtigkeit auch auf die psychische und physische Gesundheit auswirken kann. Eine finnische Studie zeigt etwa, dass eine geringe Interaktionsgerechtigkeit – wenn sich Beschäftigte also von ihren Vorgesetzten oder Kolleginnen und Kollegen ungerecht behandelt fühlen – zu mehr krankheitsbedingten Fehltagen aufgrund von Angststörungen führen kann (Elovainio et al. 2013). Werden Interaktionen hingegen als gerecht wahrgenommen, reduziert dies die Wahrscheinlichkeit für Fehltag deutlich. Einen ähnlichen Befund liefert eine schwedische Studie (Leineweber et al. 2017), in der die Autoren zeigen, dass geringe Interaktionsgerechtigkeit mit einer größeren Häufigkeit und längeren Dauer von Fehlzeiten zusammenhängt. Vergleichbare Befunde lassen sich zur Verfahrensgerechtigkeit

in Unternehmen finden, wobei vor allem ein negativer Effekt von geringer Verfahrensgerechtigkeit auf die psychische Gesundheit von Arbeitnehmern nachgewiesen werden konnte (Kausto et al. 2005; Ndjaboué et al. 2012). Ähnlich verhält es sich für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Aufwand und Ertrag ihrer Arbeit in einem Ungleichgewicht sehen. Auch hier führt dieses Ungleichgewicht langfristig zu gesundheitlichen Problemen und mehr Fehlzeiten (Leineweber et al. 2019).

Überdies zeigen empirische Untersuchungen, dass auch ein Zusammenhang zwischen wahrgenommener Ungerechtigkeit und körperlicher Gesundheit besteht. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die sich über einen längeren Zeitraum ungerecht bezahlt sehen, berichten einen schlechteren körperlichen Gesundheitszustand (Schunck et al. 2013, 2015). Da in den Analysen dieser Studie die Höhe des Bruttoeinkommens „kontrolliert“ wird, handelt es sich um den bereinigten Einfluss der subjektiven Gerechtigkeitswahrnehmung auf den Gesundheitszustand, unabhängig von der Höhe des Erwerbseinkommens. Eine Meta-Studie (Robbins et al. 2012), die den Einfluss von distributiver, Interaktions- und Verfahrensgerechtigkeit auf psychische und physische Gesundheit behandelt, kommt zu dem Schluss, dass Ungerechtigkeit stärker auf psychische Aspekte der Gesundheit wirkt, aber auch körperliche Auswirkungen (Selbsteinschätzung, erhöhter Blutdruck, etc.) hat, die mit psychischen Aspekten (z. B. Burnout, Stress) einhergehen.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass durch zahlreiche Studien ein Zusammenhang zwischen Ungerechtigkeitswahrnehmungen der Arbeitnehmer und unterschiedlichen körperlichen und psychischen Gesundheitsproblemen dokumentiert ist. Im folgenden Abschnitt gehen wir näher auf die Gründe ein, warum Ungerechtigkeit überhaupt gesundheitliche Folgen haben kann, und zeigen diesen Zusammenhang anhand aktueller empirischer Daten.

1.5 Warum gesundheitliche Folgen?

Die Beziehung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber ist eine Austauschbeziehung (Chan und Goldthorpe 2007; Rousseau 1995; Schunck et al. 2015; Siegrist und Theorell 2006). Die Beschäftigten unternehmen Anstrengungen für den Arbeitgeber, indem sie ihre Arbeitskraft zur Verfügung stellen und körperliche oder geistige Leistungen erbringen. Dafür erhalten sie vom Arbeitgeber Gegenleistungen, wozu neben dem Gehalt bspw. auch Beschäftigungssicherheit, Flexibilität bei der Gestaltung von Arbeitszeiten, Aufstiegsmöglichkeiten oder soziale Anerkennung zählen können (Chan und Goldthorpe 2007; Schunck et al. 2013; Siegrist und Theorell 2006). Die Austauschbeziehung basiert dabei auf der Erwartung des Beschäftigten, für die erbrachten Leistungen gleichwertig bzw. angemessen vergütet zu werden (Gouldner 1960; Siegrist und Theorell 2006). Diese Sicht auf das Beschäftigungsverhältnis umfasst also Aspekte *distributiver Gerechtigkeitsvorstellungen*, bei denen es um die Verteilung von Gütern (z. B. Erwerbseinkommen) geht. Um zu ihrem Urteil zu kommen, nehmen Beschäftigte eine Gerechtigkeitsbewertung vor (Jasso 1978). Sie vergleichen beispielsweise ihre Entlohnung mit der von anderen, bspw. Kollegen, Partnern oder auch anderen Personen mit gleichen Qualifikationen und Berufen (Adams 1965; Berger et al. 1972; Liebig et al. 2011; Markovsky et al. 2008; Sauer und May 2017).

Daneben beurteilen Beschäftigte das Beschäftigungsverhältnis aber auch noch unter den Gesichtspunkten der *Interaktions-* und der *Verfahrensgerechtigkeit*. Bei der *Interaktionsgerechtigkeit* steht die Frage im Mittelpunkt, wie sich Beschäftigte von ihrem Vorgesetzten/ihrer Vorgesetzten behandelt fühlen. Dabei spielen zum einen interpersonelle Aspekte eine Rolle, also inwieweit sich Vorgesetzte an Verhaltensregeln halten, die auf Respekt und gegenseitiger Anerkennung beruhen, und auf der

anderen Seite um informationelle Aspekte, also inwieweit Beschäftigte rechtzeitig und vollständig über ihre Aufgaben informiert werden (Rosigno et al. 2018). *Verfahrensgerechtigkeit* bezieht sich im Rahmen des Beschäftigungsverhältnisses darauf, ob bei den Regeln und Entscheidungsprozessen, wie bspw. der Verteilung von Arbeitsaufgaben oder Beförderungen, innerhalb der Organisation Fairnessregeln eingehalten werden. Während also die Interaktionsgerechtigkeit das Verhältnis zwischen einzelnen Personen am Arbeitsplatz im Fokus hat, geht es bei der Verfahrensgerechtigkeit um allgemeine Regeln, wie sie in einem Unternehmen, einem Betrieb oder einer Behörde gelten.

In allen drei Gerechtigkeitsdimensionen – Verteilung (Distribution), Interaktion und Verfahren – haben Beschäftigte also Vorstellungen darüber, ob sie gerecht oder ungerecht behandelt werden. In Bezug auf die Entlohnung stellt die Norm der Reziprozität die Grundlage für die Bewertung der Austauschbeziehung dar (Liebig et al. 2011). Die Beschäftigungsbeziehung wird dann als gerecht empfunden, wenn die erbrachte Leistung – der Arbeitsaufwand – den gleichen Wert hat wie die Gegenleistung – die Entlohnung. Ist dies nicht der Fall, nehmen Beschäftigte die Entlohnung als ungerecht wahr. Ob die Gegenleistung als gleichwertig empfunden wird, wird über soziale Vergleichsprozesse bestimmbar. Von besonderer Bedeutung sind dabei Referenzpersonen mit ähnlichen Eigenschaften, also bspw. mit dem gleichen Beruf, der gleichen Ausbildung, etc. Dennoch kann es sein, dass Gruppen von Beschäftigten ihre Entlohnung nicht als gerecht empfinden, wenn die Entlohnung bspw. nicht zur Sicherung des Lebensunterhalts reicht oder durch die Entlohnung im Vergleich mit anderen Gruppen von Beschäftigten nicht ausreichend soziale Wertschätzung zum Ausdruck gebracht wird. Wenn in der Arbeitsbeziehung bei Entscheidungen Grundsätze der Gleichbehandlung beachtet und sie nachvollziehbar und transparent getroffen werden, schätzen Beschäftigte die Verfahren als gerecht ein. Ist dies nicht der Fall, werden die Verfahren als ungerecht wahrgenommen. Letztlich können auch

die Beziehungen zu Vorgesetzten und Kollegen als gerecht oder ungerecht angesehen werden – wiederum im Vergleich zu Referenzpersonen.

Warum haben Ungerechtigkeitswahrnehmungen nun gesundheitliche Folgen? Empfinden Beschäftigte ihr Arbeitsverhältnis oder Teile davon als ungerecht, haben sie prinzipiell zwei Möglichkeiten zu reagieren (Schunck et al. 2015): Sie können versuchen, Änderungen in ihrem aktuellen Beschäftigungsverhältnis herbeizuführen oder es zu beenden und eine neue Stelle zu finden. Wenn bspw. die Entlohnung als ungerecht empfunden wird, können sie versuchen, das Verhältnis von erbrachten Leistungen und erhaltenen Gegenleistungen zu ändern, sodass es als gerecht wahrgenommen wird (Rosigno et al. 2018). Entweder dadurch, dass die erhaltenen Gegenleistungen erhöht werden oder dadurch, dass sie ihre erbrachten Leistungen reduzieren. Es ist offensichtlich, dass beide Optionen nicht ohne Weiteres realisierbar sind. Wenn es aufgrund der eigenen Qualifikationen oder der Arbeitsmarktsituation einfach ist, eine andere Stelle zu finden, ist die Wahrscheinlichkeit, ungerecht behandelt zu werden, per se geringer (Chan und Goldthorpe 2007; Schunck et al. 2015). Je schwieriger es ist, eine alternative Stelle zu finden, desto höher ist wiederum die Wahrscheinlichkeit, dass Aspekte der Beschäftigungsbeziehung als ungerecht empfunden werden (Schunck et al. 2015). Auch ist es nicht ohne Weiteres im aktuellen Beschäftigungsverhältnis möglich, höhere Gegenleistungen zu erhalten, die erbrachten Leistungen zu reduzieren (Chan und Goldthorpe 2007; Schunck et al. 2015) oder als gerechter empfundene Interaktionen und Verfahren einzufordern oder durchzusetzen.

Befinden sich Beschäftigte in einer solchen Situation, kann dies zu emotionalen Belastungen und psychologischen und physiologischen Stressreaktionen führen (Markovsky 1988; Siegrist und Theorell 2006; Weiss et al. 1999). Diese Stressreaktionen können sich wiederum negativ auf die physische und psychische Gesundheit auswirken. Die oben angeführten empirischen Belege zeigen den Zu-

1.5 · Warum gesundheitliche Folgen?

sammenhang von Ungerechtigkeitserfahrungen und physischen und psychischen Gesundheitsproblemen auf (Kumari et al. 2004; Kuper et al. 2002; Stansfeld und Candy 2006; Van Vegchel et al. 2005). Von gesundheitlichen Konsequenzen sind insbesondere die Beschäftigten(gruppen) betroffen, die die Stressreaktionen über einen längeren Zeitraum erleben (Schunck et al. 2015). Dies sind die Beschäftigten, die keine oder kaum Möglichkeiten haben, ihre Beschäftigungssituation zu verändern.

Wie sich empfundene Ungerechtigkeiten der Verteilung, der Behandlung durch Vorgesetzte und der Verfahrensregeln auf die subjektive Gesundheit auswirken, wird im Folgenden anhand empirischer Daten gezeigt. Die LINOS-Studie (LINOS als Akronym für „Legitimacy of Inequalities Over the Life Span“) ist eine Befragung von Erwerbstätigen in Deutschland, die erstmals 2012 durchgeführt wurde. Ausgewählt wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung nach dem Zufallsprinzip (mit einem höheren Anteil junger Beschäftigter). Die Grundgesamtheit bildeten dabei alle Personen, die zum Stichtag (31.12.2011) in Deutschland sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der ersten Befragung wurden 2017 erneut eingeladen an der Umfrage teilzunehmen (genauere Informationen zur Studie finden sich bei Adriaans et al. 2019; Liebig et al. 2019). Wir zeigen unten Analysen auf Basis der 2. Erhebung (LINOS-2). Das inhaltliche Hauptaugenmerk der Studie liegt auf unterschiedlichen Aspekten der Beschäftigungssituation der Befragungsteilnehmer sowie auf Einstellungen rund um das Thema Arbeit. Unter anderem wurden Gerechtigkeitseinstellungen zu unterschiedlichen Aspekten der Gratifikation und Organisation von Arbeit gemessen, die sich den drei Gerechtigkeitstypen zuordnen lassen.

Die *Distributiven Gerechtigkeitsurteile* wurden anhand der Gerechtigkeitsbewertung des eigenen Bruttoerwerbseinkommens der Studienteilnehmer erhoben. Gemessen wurde diese Bewertung mittels einer elfstufigen Skala

(–5 bis +5), auf der die Befragten angeben sollten, ob ihr monatliches Bruttoerwerbseinkommen aus ihrer Sicht gerecht (die Mitte der Skala 0), ungerechterweise zu niedrig (Abstufungen von –1 bis –5) oder ungerechterweise zu hoch (Abstufungen von +1 bis +5) sei. Ungefähr 30 % der Studienteilnehmer bewerteten ihr Erwerbseinkommen als gerecht, 63 % als zu gering und 7 % als zu hoch.

Weiterhin wurden die Studienteilnehmer anhand von vier Aussagen zur *Interaktionsgerechtigkeit* befragt (Bies 2015). Dabei sollten die Studienteilnehmer angeben, wie häufig der oder die Vorgesetzte „offen und ehrlich“ ist, den oder die Befragte „respektvoll behandelt“, „Entscheidungen begründet“ und „rechtzeitig kommuniziert“. Die Antwortskala umfasste vier Stufen (nie – selten – manchmal – oft). Für die Analysen wurde aus den Antworten mittels einer Faktorenanalyse ein Faktor gebildet, der geringe bis hohe Interaktionsgerechtigkeit abbildet.

Schließlich wurde die *Verfahrensgerechtigkeit* erhoben („Wie gerecht oder ungerecht schätzen Sie die Regeln und Verfahren ein, die in Ihrem Betrieb für folgende Entscheidungen angewendet werden?“), indem die Gerechtigkeitseinstellung der Regeln für Gehalts- und Lohnfestsetzungen, Beförderungen, Entlassungen, Verteilung von Arbeitsaufgaben sowie Urlaubsgenehmigungen auf einer fünfstufigen Skala (sehr ungerecht bis sehr gerecht) erhoben wurden. Für die Analysen wurde aus den Antworten ein Faktor gebildet, der geringe bis hohe Verfahrensgerechtigkeit abbildet.

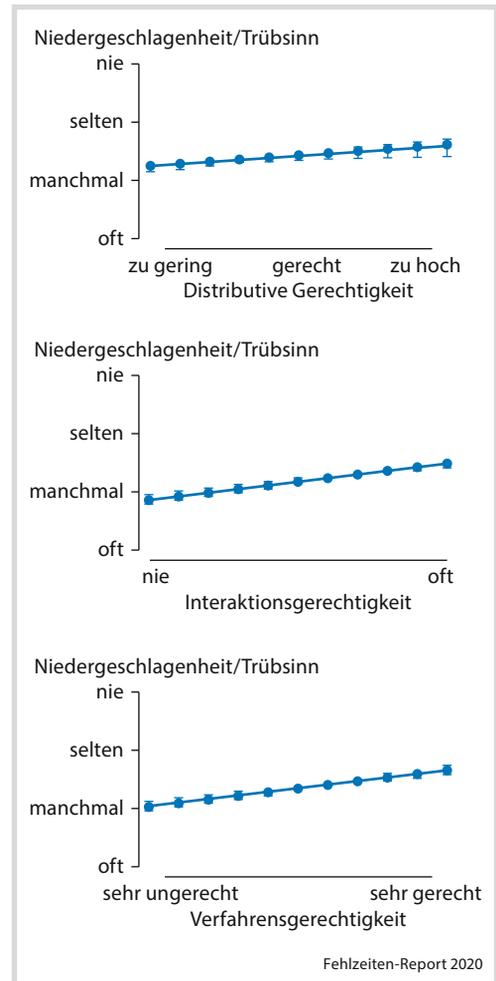
Zugleich wurde die subjektiv wahrgenommene psychische und physische Gesundheit anhand zweier Fragen erhoben: „Bitte denken Sie einmal an die letzten vier Wochen. Wie oft kam es in dieser Zeit vor a) ... dass Sie sich niedergeschlagen und trübsinnig fühlten? b) ... dass Sie wegen körperlicher Beschwerden in Ihrem Alltag stark eingeschränkt waren?“ Die Antwortskala umfasste jeweils vier Stufen (nie – selten – manchmal – oft).

Die folgenden Analysen zeigen den Zusammenhang zwischen den Gerechtigkeitsbewertungen und Niedergeschlagenheit/Trübsinn

sowie körperliche Beschwerden. Dabei wurden zur Schätzung der Einflüsse sog. non-parametrische Regressionsverfahren unter Kontrolle des Alters, des Geschlechts und des Bruttostundenlohns der Befragten verwendet (Cattaneo und Jansson 2018). Die Analysen basieren auf 1.712 Befragten. Da es sich um querschnittliche Analysen handelt, kann anhand dieser Daten allerdings kein kausaler Zusammenhang abgeleitet werden.

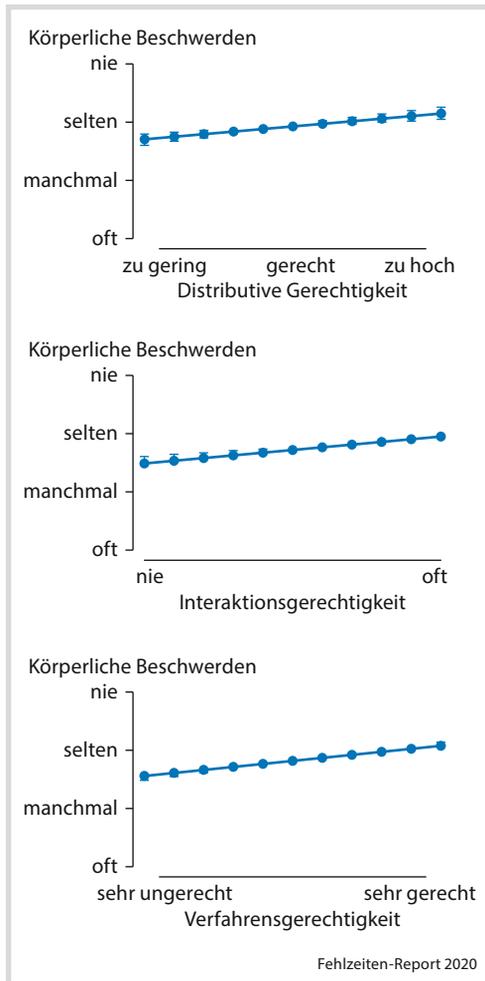
■ Abb. 1.1 zeigt die Ergebnisse zum Zusammenhang der psychischen Gesundheit (Häufigkeit von Niedergeschlagenheit/Trübsinn) und den drei Gerechtigkeitsdimensionen. Die Y-Achse gibt die aus den statistischen Analysen erwartete psychische Gesundheit wieder, und zwar in Abhängigkeit von der empfundenen Gerechtigkeit, die auf der X-Achse abgetragen ist. Zunächst sieht man, dass alle Geraden einen steigenden Verlauf haben. D. h. je gerechter Beschäftigte sich behandelt fühlen, desto seltener berichten sie Niedergeschlagenheit bzw. Trübsinn. In Bezug auf die distributive Gerechtigkeit zeigt sich, dass Beschäftigte, die sich unterbezahlt fühlen, häufiger berichten, niedergeschlagen oder trübsinnig zu sein. Ein ähnliches Muster zeigt sich für die Interaktionsgerechtigkeit und die Verfahrensgerechtigkeit. In beiden Fällen berichten die Beschäftigten häufiger, niedergeschlagen oder trübsinnig zu sein, wenn sie sich in den Interaktionen mit Vorgesetzten oder durch Verfahren im Betrieb nicht gerecht behandelt fühlen. Wenn man die Steigungen der Regressionsgeraden vergleicht, wird außerdem deutlich, dass Interaktions- und Verfahrensgerechtigkeit sich stärker auf die Häufigkeit von Niedergeschlagenheit/Trübsinn auswirken als die distributive Gerechtigkeit (die Regressionsgeraden sind steiler).

Den Zusammenhang zwischen der subjektiv empfundenen Gerechtigkeit und der Häufigkeit körperlicher Beschwerden stellt ■ Abb. 1.2 dar. Es zeigen sich auch hier ähnliche Muster. Befragte, die ihren Lohn als zu gering empfinden, berichten häufiger von körperlichen Beschwerden als Befragte, die ihren Lohn als gerecht ansehen. Subjektiv wahrgen-



■ **Abb. 1.1** Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Niedergeschlagenheit/Trübsinn und distributiver, Interaktions- und Verfahrensgerechtigkeit. Marginale Effekte mit 95 %-Konfidenzintervallen (Bootstrap-Methode) basierend auf nicht-parametrischen Regressionen unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und Bruttostundenlohn. (Datenquelle: LINOS-2 <https://doi.org/10.25652/diwdataS0017.1>)

nommene Überbezahlung steht in keinem Zusammenhang mit körperlichen Beschwerden. Bezüglich der Interaktions- und Verfahrensgerechtigkeit zeigt sich: Je gerechter die Befragten sich in diesen Dimensionen behandelt sehen, desto seltener berichten sie körperliche Beschwerden. Vergleicht man die dargestell-



■ **Abb. 1.2** Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von körperlichen Beschwerden und distributiver, Interaktions- und Verfahrensgerechtigkeit. Marginale Effekte mit 95 %-Konfidenzintervallen (Bootstrap-Methode) basierend auf nicht-parametrischen Regressionen unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und Bruttostundenlohn. (Datenquelle: LINOS-2 <https://doi.org/10.25652/diwdataS0017.1>)

ten Analysen aus ■ Abb. 1.1 und 1.2, zeigen sich jeweils ähnliche Muster, wobei die Regressionsgeraden jeweils steiler für den Zusammenhang mit Niedergeschlagenheit/Trübsinn als für körperliche Beschwerden sind. Dies impliziert, dass Ungerechtigkeitswahrnehmungen relevanter für die psychische als

für die körperliche Gesundheit sind, was sich sowohl mit den theoretischen Annahmen der Gerechtigkeitsforschung, die einen engen Zusammenhang zwischen Ungerechtigkeitsempfindungen und emotionalen Reaktionen annimmt, als auch mit internationalen empirischen Befunden deckt.

Die vorgestellten Analysen illustrieren einen Zusammenhang, der bereits in komplexeren, längsschnittlichen Studien gezeigt werden konnte (Schunck et al. 2013, 2015): Ungerechtigkeits Erfahrungen am Arbeitsplatz gehen mit einer größeren Wahrscheinlichkeit auftretender seelischer und körperlicher Probleme einher.

1.6 Fazit

Der Kern unseres modernen, demokratischen und freiheitlichen Gesellschaftsverständnisses ist getragen von der Idee, gesellschaftliche Ordnungen seien ein Mittel, um den Einzelnen die Verwirklichung ihrer individuellen Lebensziele zu ermöglichen und die Wohlfahrt aller zu befördern. Darin unterscheidet sich dieses Gesellschaftsverständnis von totalitären Systemen, in denen die gesellschaftliche Ordnung selbst das Ziel ist und die Einzelnen lediglich das Mittel zur Aufrechterhaltung dieser Ordnung sind. Auch die Gerechtigkeit hat – ähnlich wie unser freiheitliches Gesellschaftsverständnis – einen derartigen individualistischen Kern: Es geht darum, jedem Einzelnen das zukommen zu lassen, was ihm gebührt, Personen unter gleichen Umständen gleich zu behandeln und die Regeln der Zu- und Verteilung von Positionen, Gütern oder Lasten so zu gestalten, dass damit eine einseitige und systematische Bevorzugung oder Benachteiligung Einzelner verhindert wird. Gerechtigkeit ist in diesem Sinne eine Zielbeschreibung für die Gestaltung des menschlichen Zusammenlebens und einer gesellschaftlichen Ordnung und ihrer Institutionen unter Bedingungen, unter den nicht jeder das bekommen kann, was er sich eigentlich wünscht. Es geht also um

die Lösung von Interessenkonflikten. Dass eine Gesellschaft nicht vollständig gerecht sein kann, sich immer wieder Menschen finden, die sich ungerecht behandelt fühlen oder meinen, es würde ihnen mehr zustehen, liegt gleichsam in der Natur der Sache. Ein realistisches Ziel ist es deshalb, Ungerechtigkeiten zu vermeiden. Wie wir hier zeigen konnten, geht es dabei nicht nur um Verteilungsgerechtigkeiten, also um das, was der oder die Einzelne tatsächlich erhält. Entscheidend ist auch, wie Entscheidungen über die Zuweisung oder Verteilung von Gütern und Lasten zustande kommen (Verfahrensgerechtigkeit) und wie Personen von anderen Personen behandelt werden (Interaktionsgerechtigkeit). Ungerechtigkeiten auf diesen drei Dimensionen vermitteln dem Einzelnen letztlich, dass seine Interessen nicht anerkannt sind, dass er oder sie als Person nicht akzeptiert ist und sich nicht darauf verlassen kann, dass die eigenen Anstrengungen und das eigene Engagement auch adäquat belohnt wird. Die empirisch zu beobachtenden Reaktionen auf derartige Situationen werden insbesondere im betrieblichen Kontext wirksam; sie sind verbunden mit geringerer Leistungsbereitschaft und physischen und psychischen Krankheitssymptomen. Letztere verstärken sich, wenn Personen keine Möglichkeiten sehen, sich den erfahrenen Missachtungen ihrer Person und ihrer Interessen entziehen zu können. Die Forschung zeigt dabei auch, dass es nicht nur die selbsterlebten Ungerechtigkeiten sind, die derartige negativen Konsequenzen haben. Auch wenn man nicht selbst betroffen ist, sondern erlebt, wie andere ungerecht behandelt werden, wird dies als ein Signal erlebt, dass man sich in einem ungerechten Kontext bewegt und früher oder später selbst zu denen gehören kann, die ungerecht behandelt werden.

Will man deshalb derartige Situationen und Konsequenzen vermeiden, so gilt es vor allem keine Gruppen – auch vermeintlich schwächere – systematisch schlechter zu stellen (bspw. Zeit- oder Leiharbeiter oder Frauen in bestimmten Berufen) und transparente und nachvollziehbare Regeln und Verfahren der Entlohnung

und Beförderung in Unternehmen und Betrieben zu etablieren.

Wie wir zeigen konnten, hat subjektiv erlebte Gerechtigkeit oder Ungerechtigkeit tatsächlich „handfeste“ Konsequenzen. Dies gilt insbesondere für Betriebe, wenn etwa die Anzahl der krankheitsbedingten Fehltagel bzw. erhöhte Fehlzeiten unmittelbar auch davon beeinflusst sind, ob die Belegschaft sich subjektiv gerecht oder ungerecht behandelt fühlt. Die gesundheitlichen Konsequenzen erlebter Ungerechtigkeiten gehen nicht nur zu Lasten der Betriebe, sondern setzen sich letztlich auch im Gesundheitssystem fort. Worin freilich derartige „systemischen“, letztlich gesamte Volkswirtschaften betreffenden Folgen von Ungerechtigkeiten bestehen, könnte Gegenstand weiterer Forschung sein.

Literatur

- Adams JS (1965) Inequity In Social Exchange. In: Berkowitz L (Hrsg) *Advances in Experimental Social Psychology*. Academic Press, New York, S 267–299
- Adriaans J, Eisnecker P, Hülle S, Klassen J, Liebig S, Valet P (2019) Erwartungen an Wirtschaft und Gesellschaft – Legitimation of Inequality over the Life-Span. Feldbericht und Codebuch zur zweiten Welle (LINOS-2). DIW Data Documentation 97. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin
- Berger J, Zelditch M Jr, Anderson B, Cohen BP (1972) Structural aspects of distributive justice: A status-value formulation. In: Berger J, Zelditch M Jr, Anderson B (Hrsg) *Sociological Theories in Progress*. Houghton Mifflin, Boston, S 119–146
- Bies RJ (2015) Interactional justice: Looking backward, looking forward. In: Cropanzano R, Ambrose ML (Hrsg) *The Oxford handbook of justice in the workplace*. Oxford University Press, Oxford New York, S 89–107
- Cattaneo MD, Jansson M (2018) Kernel-based semiparametric estimators: Small bandwidth asymptotics and bootstrap consistency. *Econometrica* 86:955–995
- Chan TW, Goldthorpe JH (2007) Class and status: The conceptual distinction and its empirical relevance. *Am Sociol Rev* 72:512–532
- Colquitt JA, Conlon DE, Wesson MJ, Porter COLH, Ng YK (2001) Justice at the millennium: A meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. *J Appl Psychol* 86:425–445
- Cook KS, Hegtvæd KA (1983) Distributive justice, equity, and equality. *Annu Rev Sociol* 9:217–241

- Elovainio M, Linna A, Virtanen M, Oksanen T, Kivimäki M, Jaan Pentti J, Vahtera J (2013) Perceived organizational justice as a predictor of long-term sickness absence due to diagnosed mental disorders: Results from the prospective longitudinal Finnish Public Sector Study. *Soc Sci Med* 91:39–47 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953613002827>). Zugegriffen: 03. Juni 2020
- Gouldner AW (1960) The norm of reciprocity: A preliminary statement. *Am Sociol Rev* 25:161–178
- Hülle S, Liebig S, May MJ (2018) Measuring attitudes toward distributive justice: the basic social justice orientations scale. *Soc Indic Res* 136:663–692
- Jasso G (1978) On the justice of earnings: A new specification of the justice evaluation function. *Am J Sociol* 83:1398–1419
- Kausto J, Elo A-L, Lipponen J, Elovainio M (2005) Moderating effects of job insecurity in the relationships between procedural justice and employee well-being: Gender differences. *Eur J Work Organ Psychol* 14(2020):431–452. <https://doi.org/10.1080/13594320500349813>
- Koller P (1995) Soziale Gleichheit und Gerechtigkeit. In: Müller HP, Wegener B (Hrsg) Soziale Ungleichheit und soziale Gerechtigkeit. VS, Opladen, S 53–79
- Kumari M, Head J, Marmot M (2004) Prospective study of social and other risk factors for incidence of type 2 diabetes in the Whitehall II study. *Arch Intern Med* 164:1873–1880
- Kuper H, Singh-Manoux A, Siegrist J, Marmot M (2002) When reciprocity fails: effort-reward imbalance in relation to coronary heart disease and health functioning within the Whitehall II study. *Occup Environ Med* 59:777–784
- Leineweber C, Eib C, Bernhard-Oettel C, Nyberg A (2019) Trajectories of effort-reward imbalance in Swedish workers: Differences in demographic and work-related factors and associations with health. *Work Stress* 2020:1–21. <https://doi.org/10.1080/02678373.2019.1666434>
- Leineweber C, Bernhard-Oettel C, Peristera P, Eib C, Nyberg A, Westerlund H (2017) Interactional justice at work is related to sickness absence: a study using repeated measures in the Swedish working population. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4899-y>
- Liebig S (2015) Gerechtigkeit ist nicht nur Gleichheit. In: Rutz M (Hrsg) Gerechtigkeit ist möglich – Worauf es in Deutschland und der Welt ankommt. Herder, Freiburg Basel Wien, S 116–133
- Liebig S, Sauer C (2013) Soziologische Gerechtigkeitsanalyse. Überlegungen zur theoretischen Fundierung eines Forschungsfeldes. *Analyse Krit* 35:371–394
- Liebig S, Sauer C (2016) Sociology of justice. In: Sabbagh C, Schmitt M (Hrsg) Handbook of social justice theory and research. Springer, New York, S 37–59
- Liebig S, Sauer C, Schupp J (2011) Die wahrgenommene Gerechtigkeit des eigenen Erwerbseinkommens: Geschlechtstypische Muster und die Bedeutung des Haushaltskontextes. *Kolner Z Soz Sozpsychol* 63:33–59
- Liebig S, Adriaans J, Eisnecker P, Hülle S, Klassen J, Sauer C, Valet P (2019) Erwartungen an Wirtschaft und Gesellschaft – Legitimation of Inequality Over the Life-Span, 2. Welle (LINOS-2). Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin
- Markovsky B (1988) Injustice and arousal. *Soc Just Res* 2:223–233
- Markovsky B, Dilks LM, Koch P, McDonough S, Triplett J, Velasquez L (2008) Modularizing and integrating theories of justice. In: Hegtvedt KA, Clay-Warner J (Hrsg) Advances in Group Processes. Emerald, Bingley, S 211–237
- Ndjaboué R, Brisson C, Vézina M (2012) Organisational justice and mental health: a systematic review of prospective studies. *Occupational and Environmental Medicine* 69:694–700. <https://oem.bmj.com/content/oemed/69/10/694.full.pdf>. Zugegriffen: 3. Juni 2020
- Platon (1989) Phaidon-Politeia. Rowohlt, Hamburg (Sämtliche Werke Bd. 3, übers. von Schleiermacher F, hrsg von Otto WF, Grassi E, Plamböck G.)
- Rawls J (1975) Eine Theorie der Gerechtigkeit. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Robbins JM, Ford MT, Tetrick LE (2012) Perceived unfairness and employee health: A meta-analytic integration. *J Appl Psychol* 97:235–272
- Roscigno VJ, Sauer C, Valet P (2018) Rules, relations, and work. *Am J Sociol* 123:1784–1825
- Rousseau D (1995) Psychological contracts in organizations: Understanding written and unwritten agreements. SAGE, Thousand Oaks, CA
- Sachweh P (2012) The moral economy of inequality: Popular views on income differentiation, poverty and wealth. *Socioecon Rev* 10:419–445
- Sauer C, May MJ (2017) Determinants of just earnings: The importance of comparisons with similar others and social relations with supervisors and coworkers in organizations. *Res Soc Stratif Mobil* 47:45–54
- Sauer C, Valet P, Liebig S (2016) Welche Lohnungleichheiten sind gerecht? *Kolner Z Soz Sozpsychol* 68:619–645
- Schunck R, Sauer C, Valet P (2013) Macht Ungerechtigkeit krank? Gesundheitliche Folgen von Einkommens(un)-gerechtigkeit. *WSI Mitt* 66(8):553–561
- Schunck R, Sauer C, Valet P (2015) Unfair Pay and Health: The Effects of Perceived Injustice of Earnings on Physical Health. *Eur Sociol Rev* 31:655–666
- Siegrist J, Theorell T (2006) Socio-economic position and health: The role of work and employment. In: Siegrist J, Marmot M (Hrsg) Social Inequalities in Health: New Evidence and Policy Implications. Oxford University Press, Oxford, S 73–97

Stansfeld S, Candy B (2006) Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 32:443–462

Van Vegchel N, De Jonge J, Bosma H, Schaufeli W (2005) Reviewing the effort–reward imbalance model:

drawing up the balance of 45 empirical studies. *Soc Sci Med* 60:1117–1131

Weiss HM, Suckow K, Cropanzano R (1999) Effects of justice conditions on discrete emotions. *J Appl Psychol* 84:786–794



Organisationale Gerechtigkeit, Demokratie, Subjektivierung und Gesundheit

Severin Hornung, Wolfgang G. Weber und Thomas Höge

Inhaltsverzeichnis

- 2.1 Organisationale Gerechtigkeit als subjektive
Wahrnehmung – 16
- 2.2 Dimensionen organisationaler Gerechtigkeit – 17
- 2.3 Organisationale Gerechtigkeit als soziales Klima – 18
- 2.4 Organisationale Gerechtigkeit und arbeitsbezogene
Gesundheit – 19
- 2.5 Erweiterte Betrachtung organisationaler
Gerechtigkeit – 21
- 2.6 Organisationale Gerechtigkeit und
Individualisierung – 22
- 2.7 Organisationale Demokratie und organisationale
Gerechtigkeit – 24
- 2.8 Schlussbemerkung: Gerechtigkeit und Demokratie sind
zwei Seiten derselben Medaille – 26

- Literatur – 26

■ ■ Zusammenfassung

Der Beitrag entwickelt eine Bestandsaufnahme der angewandten psychologischen Forschung zur organisationalen Gerechtigkeit mit Bezügen zu demokratischen Organisationsstrukturen und arbeitsbezogener Gesundheit. Zuerst wird die etablierte Konzeptualisierung von organisationaler Gerechtigkeit und ihren Komponenten vorgestellt. Danach wird auf Verbindungen zwischen struktureller organisationaler Demokratie und Gerechtigkeit sowie auf Bezüge zum soziomoralischen Organisationsklima eingegangen. Nach einem Überblick zu den Folgen organisationaler Gerechtigkeit für arbeitsbezogene Gesundheit werden abschließend Gerechtigkeitsimplikationen organisationaler Individualisierung diskutiert. Aufgezeigt werden Probleme einer stark subjektivierten Betrachtung sowie die Notwendigkeit, durch partizipative und demokratische Ansätze organisationale Strukturen zu schaffen, die gerechte Handlungsweisen und ein gerechtigkeitsbewusstes soziales Klima ermöglichen.

2.1 Organisationale Gerechtigkeit als subjektive Wahrnehmung

So begründungs-, erklärungs- und interpretationsbedürftig der Gerechtigkeitsbegriff ist, so unstrittig ist auch, dass es sich bei Gerechtigkeit um einen der fundamentalsten Grundsätze zwischenmenschlicher Interaktion und sozialer Organisation handelt (z. B. Goppel et al. 2016). Gerechtigkeit beinhaltet über die Anwendung von Recht im Sinne gesetzlicher Normen hinaus Prinzipien der Gleichbehandlung und Unparteilichkeit, der Ausgewogenheit, Beeinflussbarkeit, des Interessenausgleichs sowie der ethisch-moralischen Begründung von Entscheidungen (z. B. Fortin 2008). Zentrales Charakteristikum der arbeits- und organisationspsychologischen Gerechtigkeitsforschung ist die „*Subjektivierung*“ des Gerechtigkeitskonzepts, im Sinne der Konzeptualisierung als individuelles Erleben bzw. subjektive Wahrnehmung oder individuelle Ver-

antwortung (z. B. Moldaschl und Voß 2002). So stellen etwa Maier et al. (2007, S. 97) klar: „Wenn wir im Folgenden von organisationaler Gerechtigkeit sprechen, ist damit in diesem Sinn immer die wahrgenommene Gerechtigkeit gemeint.“. Durch Refokussierung von sozialer Gerechtigkeit als einer mehr oder weniger objektiven Kategorie hin zur wahrgenommenen Gerechtigkeit als dem subjektiven Fairnesserleben erübrigt sich (vermeintlicherweise) die Notwendigkeit einer unabhängigen Evaluation von manifesten Bedingungen und Strukturen, wie sie normalerweise in der bedingungsbezogenen psychologischen Arbeitsanalyse erfolgt (siehe Oesterreich et al. 2000). Außerdem wird die organisationale Gerechtigkeit basierend auf mitarbeiterseitigen Selbstauskünften mittels Fragebogeninstrumenten zugänglich.

Gerecht ist im Sinne der operationalen Definition von organisationaler Gerechtigkeit das, was von den betroffenen Individuen als „gerecht“ erlebt wird (Colquitt et al. 2001). Angenommen wird, dass die wahrgenommene Gerechtigkeit einerseits von objektiven Bedingungen (z. B. Arbeitsorganisation, Beschäftigungspraktiken, Managementstil, Personalentwicklung), andererseits aber auch maßgeblich von individuellen Unterschieden und Tendenzen in der Wahrnehmung und Bewertung (z. B. Bedürfnis nach Gerechtigkeit, internalisierte Beschäftigungsideologie) sowie Erfahrungen in der persönlichen Berufsbiographie abhängt (z. B. erlebte und beobachtete Diskriminierung, organisationale Restrukturierung, Arbeitsplatzverlust). In der Forschung liegt der Schwerpunkt allerdings vorwiegend auf individuellen Voraussetzungen und psychologischen Prozessen, im Vergleich zu strukturellen Kriterien und Arbeitsbedingungen. Beispielhaft hierfür untersuchen Johnston et al. (2016), inwieweit der Glaube an eine gerechte Welt die subjektive Bewertung von organisationaler Gerechtigkeit „verbessert“ und somit zur Entstehung von Arbeitszufriedenheit beiträgt.

Die umfangreiche Forschung zur organisationalen Gerechtigkeit ist wiederholt im Rahmen von Metaanalysen und Überblicks-

arbeiten verdichtet dargestellt worden (z. B. Cohen-Charash und Spector 2001; Colquitt et al. 2001; Fortin 2008; Viswesvaran und Ones 2002). Colquitt (2012) identifiziert drei Trends: a) Ausdifferenzierung des Gerechtigkeitskonzepts in distributive, prozedurale, interpersonale, informationale Komponenten; b) Fokussierung auf kognitive Bewertungsprozesse und Reaktionen; c) Untersuchung von Gerechtigkeitswahrnehmungen vorwiegend als unabhängige Variablen zur Erklärung von einstellungs-, verhaltens- und gesundheitsbezogenen Konstrukten (z. B. Arbeitszufriedenheit, Arbeitsleistung, psychische Gesundheit). Im Gegenzug empfiehlt der Autor eine stärkere Berücksichtigung allgemeiner bzw. aggregierter Gerechtigkeitswahrnehmungen, affektiver Prozesse und Reaktionen sowie kontextbezogener und struktureller Determinanten. Insbesondere der Frage, unter welchen Umständen organisationale Strukturen und Praktiken als gerecht oder ungerecht wahrgenommen werden, sei nicht ausreichend Aufmerksamkeit gewidmet worden (Colquitt 2012). Somit kommt die organisationale Gerechtigkeitsforschung quasi zum Grundproblem der Subjektivierung des Konzepts zurück, das letztendlich nicht die Notwendigkeit aufhebt, objektive Bedingungen und strukturelle Kriterien für soziale Gerechtigkeit zu definieren.

2.2 Dimensionen organisationaler Gerechtigkeit

Der ursprüngliche Fokus auf die distributive (Verteilungs-)Gerechtigkeit wurde zunächst um die prozedurale (Verfahrens-)Gerechtigkeit erweitert. *Distributive* Gerechtigkeit bezieht sich auf die Gleichgewichtstheorie („*Equity Theory*“) von Adams (1965) und definiert sich ursprünglich über das Verhältnis von geleisteter Arbeit (Stückzahl, Qualität) und effektiver Entlohnung (Stück- bzw. Zeitlohn) relativ zu sozialen Vergleichsgruppen (z. B. Kollegen, andere Berufe). Später wurde eine erweiterte

und subjektivere Konzeptualisierung von eigenen Aufwendungen (z. B. persönlicher Einsatz, Qualifikation, Erfahrung) und Erträgen (z. B. Sozialleistungen, Arbeitsbedingungen, Anerkennung) angelegt. Während bei der distributiven Gerechtigkeit das Ergebnis (z. B. Verteilung von Ressourcen) im Vordergrund steht, betont *prozedurale* Gerechtigkeit die Einhaltung von Gerechtigkeitsprinzipien in organisationalen Entscheidungsprozessen und Praktiken. Prozedurale Gerechtigkeit leitet sich ursprünglich von mitarbeiterseitigen Kontroll- und Einflussmöglichkeiten auf von Managern vorgenommene Entscheidungen ab. Sie weist somit Überschneidungen zu Aspekten der organisationalen Partizipation auf (z. B. Weber et al. 2008). Konkretisiert wird prozedurale Gerechtigkeit häufig mit Bezug auf sechs von Leventhal (1980) aufgestellte Kriterien, wonach organisationale Prozeduren: a) *konsistent* (im Zeitverlauf und über verschiedene Personen hinweg); b) *unvoreingenommen* bzw. *unbefangen* (Vermeidung von Interessenkonflikten); c) *sachkundig* (auf korrekten und vollständigen Informationen basierend); d) *anfechtbar* (Einspruchsmöglichkeiten und Korrekturmechanismen bei Fehlentscheidungen); e) *verantwortlich* (im Sinne ethischer und moralischer Standards); und f) *partizipativ* (mitbestimmungsorientiert) sein sollen. Zentrales Kriterium prozeduraler Gerechtigkeit ist somit, dass im Hinblick auf Entscheidungsprozesse und deren Ergebnisse den hiervon betroffenen Individuen und Gruppen geeignete Einspruchs-, Einfluss- und Mitgestaltungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen (Colquitt et al. 2001). Im direkten Vergleich stellt sich die prozedurale Gerechtigkeit in der Regel als psychologisch bedeutsamer dar als die distributive, was ein Primat von gerecht erlebten Prozessen und Strukturen gegenüber der resultierenden Verteilung von Ressourcen bzw. den individuellen Aufwendungen und Erträgen (relativ zu anderen) nahelegt (z. B. Cohen-Charash und Spector 2001). Gegenüber der stärker auf soziale Beziehungen ausgerichteten prozeduralen wird die distributive Gerechtigkeit mit der transaktionalen bzw. instrumentellen

Logik des ökonomischen Tauschs in Verbindung gebracht (Colquitt et al. 2013). Allerdings wurden auch Synergieeffekte zwischen beiden Formen im Hinblick auf die Mitarbeitergesundheit berichtet (Tepper 2001). Als spezifische Komponente prozeduraler Gerechtigkeit wurde die *interaktionale* (auch relationale oder beziehungsbezogene) Gerechtigkeit identifiziert, die gerechte Behandlung in der sozialen Interaktion mit Vorgesetzten beschreibt. Die Gerechtigkeitsforschung löst sich somit (weiter) von organisationalen Strukturen und nähert sich der Führungsforschung (Karam et al. 2019). Später wurde interaktionale Gerechtigkeit weiter ausdifferenziert in die Dimensionen der *interpersonalen* und *informationalen* Gerechtigkeit (Colquitt 2001, 2012). Erstere bezieht sich auf die Qualität der Interaktion (z. B. Höflichkeit, Respekt, Wertschätzung), letztere auf das Informationsverhalten der Vorgesetzten (z. B. Offenheit, Ehrlichkeit, Erklärungen). Somit korrespondiert interaktionale Gerechtigkeit mit Kernkomponenten partizipativer Führung. Zur Messung organisationaler Gerechtigkeit mittels Selbstauskünften existiert eine Vielzahl von etablierten Skalen. Ein Instrument, das die 4-faktorielle Struktur von distributiver, prozeduraler, interpersonaler und informationaler Gerechtigkeit abbildet, wurde von Colquitt (2001) entwickelt; eine deutschsprachige Version von Maier et al. (2007) validiert.

2.3 Organisationale Gerechtigkeit als soziales Klima

Symptomatisch für die Subjektivierung des Gerechtigkeitskonzepts ist, dass sich vergleichsweise wenig Forschung mit Unterschieden in der Bewertung von organisationaler Gerechtigkeit durch Beschäftigtengruppen mit unterschiedlichen Arbeitsbedingungen und sozialem Status befasst (z. B. Mitarbeiter vs. Management; Kern- vs. Randbelegschaften; permanent vs. temporär Beschäftigte). Eingehend untersucht wurden Gruppenunterschiede

jedoch im Hinblick auf das Gerechtigkeitsklima („*justice climate*“; für einen Überblick siehe: Whitman et al. 2012), wobei argumentiert wurde, dass geteilte Gruppennormen zur Gerechtigkeit durch Prozesse der sozialen Ansteckung („*social contagion*“) entstehen. Es wurde gezeigt, dass dem (prozeduralen und distributiven) Gerechtigkeitsklima auf der Gruppenebene (über die individuelle Gerechtigkeitswahrnehmung hinaus) ein zusätzlicher Wert für die Prognose psychischer Mitarbeitergesundheit zukommt (Spell und Arnold 2007). Annahmen und Befunde zum Gerechtigkeitsklima lassen sich auf das breiter angelegte Konzept des soziomoralischen Klimas (Strecker et al. 2020; Weber et al. 2008) übertragen, das sich auf das Erleben von diskursiven, partizipativen, wertschätzenden und unterstützenden organisationalen Strukturen und Praktiken bezieht, die als sozialisatorisches Umfeld für die Entwicklung von prosozialen, demokratischen und moralischen Orientierungen im Arbeitskontext gelten (Weber et al. 2008). Komponenten des soziomoralischen Klimas sind: (1) offener Umgang mit Konflikten; (2) zuverlässig gewährte Wertschätzung und Unterstützung; (3) offene Kommunikation und partizipative Kooperation; (4) vertrauensvolle Zuweisung von Verantwortung entsprechend den individuellen Fähigkeiten; (5) organisationale Rücksichtnahme auf den Einzelnen (Höge und Weber 2018; siehe ■ Abb. 2.1). Diese fünf Komponenten sind zwar analytisch trennbar, hängen aber inhaltlich eng miteinander zusammen (weshalb sie, umgesetzt in die Subskalen eines Fragebogens, auch hoch miteinander korrelieren und deshalb als Gesamtindex erfasst werden). In diesen Dimensionen finden sich prozedurale, interaktionale und informationale Gerechtigkeitsaspekte wieder. So sind Wertschätzung und Anerkennung in der Interaktion zwischen Vorgesetzten und Beschäftigten sowie der Beschäftigten untereinander sowie eine offene und transparente Kommunikation zentrale Merkmale eines ausgeprägten soziomoralischen Klimas. Es konnte in mehreren empirischen Untersuchungen gezeigt werden, dass das soziomoralische Klima in Unterneh-

Das soziomoralische Organisationsklima als Gerechtigkeitsklima

Fünf Komponenten

1. Offener Umgang mit Konflikten:

Die Beschäftigten nehmen wahr, dass im Unternehmen bzw. der Organisation Konflikte in der Regel offen angesprochen sowie konstruktiv und respektvoll ausgetragen werden. Es herrscht kein Klima des „Unter-den-Teppich-Kehrens“.

2. Zuverlässig gewährte Wertschätzung und Unterstützung:

Es herrscht insgesamt ein Klima der Wertschätzung unter den Beschäftigten sowie zwischen Beschäftigten und Vorgesetzten. Der Respekt wird nicht von besonderen Leistungen abhängig gemacht, sondern konstant gewährt, selbst wenn jemand einen Fehler macht. Die Einzigartigkeit und Würde als Mensch wird zuverlässig anerkannt.

3. Offene Kommunikation und partizipative Kooperation:

Die Beschäftigten haben die Möglichkeit bzw. werden sogar dazu ermutigt, basale Annahmen, Normen und Werte der Organisation zu hinterfragen und gemeinsam zu diskutieren. Der vorherrschende Modus des Treffens von Entscheidungen ist kooperativ und partizipativ.

4. Vertrauensvolle Zuweisung von Verantwortung:

Jedem Beschäftigten wird das Ausmaß an Verantwortung übertragen, das er oder sie vor dem Hintergrund der individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu übernehmen in der Lage ist. Es herrscht ein Klima des Vertrauens und des Zutrauens. Der oder die Einzelne wird weder unter- noch überfordert. Weder dominiert eine vertrauenslose strikte Kontrolle noch ein uninteressiertes Laissez-Faire.

5. Organisationale Rücksichtnahme:

Verantwortungsträger innerhalb der Organisation sind bereit, die Perspektive der Organisationsmitglieder einzunehmen und berücksichtigen in ihren Entscheidungen und Handlungen die legitimen Bedürfnisse von Einzelnen, auch wenn sie gewohnte Routinen und herrschende Prinzipien in Frage stellen.

Fehlzeiten-Report 2020

■ **Abb. 2.1** Komponenten eines soziomoralischen Organisationsklimas (basierend auf Höge und Weber 2018; Weber et al. 2008)

men mit *demokratischen* Strukturen und substanziell vorhandener individueller Partizipation stärker ausgeprägt ist als in hierarchisch strukturieren Unternehmen. ■ **Tab. 2.1** gibt einen Überblick über die Effektgrößen dieser Studien. Daneben konnte auch die personale Führung als wichtiger Einflussfaktor auf das soziomoralische Klima identifiziert werden. Insbesondere eine sogenannte *dienende Führung* („*servant leadership*“, vgl. van Dierendonk 2011) scheint hier positive Wirkungen zu entfalten (Pircher Verdorfer et al. 2015). Während ein soziomoralisches Klima also notwendigerweise Gerechtigkeitsprinzipien umfasst, ist ein Gerechtigkeitsklima ohne Bezug zu

ethischen und moralischen Normen und Werten ebenfalls kaum denkbar (z. B. Fortin 2008).

2.4 Organisationale Gerechtigkeit und arbeitsbezogene Gesundheit

Schwerpunkt der organisationalen Gerechtigkeitsforschung ist die Untersuchung von Zusammenhängen mit leistungsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen, insbesondere Arbeitszufriedenheit, organisationale Bindung („*commitment*“), Arbeitsleistung und

■ Tabelle 2.1 Zusammenhänge zwischen organisationaler Demokratie und dem soziomoralischen Klima

Indikator der organisationalen Demokratie (OD)	Indikator des soziomoralischen Klimas (SMK)	Stichprobe (N)	Effektstärke	Studie
Strukturell verankerte OD (Typologie)	SMK-Screening-Fragebogen (16 Items): SMK auf Ebene der Organisation	30 Betriebe (509 Arbeitende, verschiedene Branchen, D, A, I)	$\eta^2 = 0,479^{***}$	Weber et al. 2008
Individuell wahrgenommene OD: POPD-Fragebogen, Langform (43 Items)	SMK-Screening-Fragebogen (16 Items): Individuell wahrgenommenes SMK	325 Arbeitende (aus 22 Betrieben, verschiedene Branchen, D, A, I)	Pearson $r = 0,47^{***}$	Weber et al. 2009
Strukturell verankerte OD (Produktivgenossenschaftliche vs. stark hierarchische Unternehmensstruktur)	SMK-Fragebogen, Langform (42 Items): Individuell wahrgenommenes SMK	285 Arbeitende (aus 10 italienischen/Südtiroler Betrieben, verschiedene Branchen)	Cohens $d = 1,15^{***}$	Pircher Verdorfer et al. 2013
Individuell wahrgenommene OD: POPD-Fragebogen, Kurzform (12 Items)	SMK-Fragebogen, US-amerikanische Adaption (18 Items): Individuell wahrgenommenes SMK	1.891 Arbeitende (aus 15 US-amerikanischen Polizeibehörden inklusive solchen mit Partizipationsprojekten)	Pearson $r = 0,52^{**}$	Wuestewald 2012

Anmerkung: POPD = Perceived Organizational Participation and Democracy; D = Deutschland, A = Österreich, I = Italien; Signifikanzniveaus: $**p < 0,01$, $***p < 0,001$. Fehlzeiten-Report 2020

kontextbezogenes Leistungs- bzw. Extra-Rollenverhalten („*organizational citizenship behavior*“; z. B. Cohen-Charash und Spector 2001; Colquitt et al. 2001, 2013; Fassina et al. 2008). Dies unterstreicht den „formativen“ Charakter dieser Forschung: Gerechtigkeit wird weniger als Wert an sich, sondern vor allem unter instrumentellen Gesichtspunkten im Kontext von für Kapitaleigner und Manager vorteilhaften (bzw. zu vermeidenden) Mitarbeiterreaktionen als relevant angesehen. Dennoch hat sich über den unmittelbaren Leistungsbezug hinaus eine wichtige Rolle erlebter Gerechtigkeit bzw. Ungerechtigkeit im Arbeitsleben auch für das Wohlbefinden und die psycho-physische Gesundheit von Beschäftigten in vielen Untersuchungen bestätigt (einen Überblick bieten Meier-Credner und Muschalla 2019). In einem systema-

tischen Review identifizieren Ndjaboué et al. (2012) 11 Studien, die längsschnittliche Zusammenhänge zwischen prozeduraler und interaktionaler (bzw. relationaler) Gerechtigkeit und Indikatoren für psychische Gesundheit sowie krankheitsbedingten Arbeitsausfallzeiten berichten. Eine Metaanalyse über 83 Studien zu Zusammenhängen zwischen wahrgenommener organisationaler Ungerechtigkeit und diversen Aspekten von Mitarbeitergesundheit präsentieren Robbins et al. (2012). Aggregiert über alle einbezogenen Formen von (Un-)Gerechtigkeit fanden sich Zusammenhänge mittlerer Stärke mit negativen affektiven Zuständen, Stresserleben und Burnout sowie psychischer Gesundheit. Schwächere Zusammenhänge bestanden zu Indikatoren physischer Gesundheit (klinische Diagnosen, Gesundheitsparameter, somatische Beschwerden)

und Fehlzeiten (Selbstauskünfte, organisationale Dokumentation). Insgesamt unterstützen die Befunde die Annahme, dass kurz- und mittelfristige Zustände, wie negative affektive Reaktionen und psychische Beanspruchung, zwischen erlebter organisationaler Ungerechtigkeit und längerfristigen psychosomatischen und klinisch relevanten gesundheitlichen Einschränkungen sowie Arbeitsunfähigkeitszeiten kausal oder zumindest im zeitlichen Verlauf vermitteln (vgl. Manville et al. 2016; Ndjaboué et al. 2012). Die stärker ausgeprägten Effekte waren mit Verstößen gegen die prozedurale und interaktionale gegenüber der gesundheitlich weniger relevanten distributiven Gerechtigkeit verbunden. Zusätzlichen varianzanalytischen Erklärungswert zeigte der wahrgenommene Bruch bzw. die Nichterfüllung des „*psychologischen Vertrages*“ (Robbins et al. 2012).

Weiterhin Erwähnung finden sollten neuere Einzelstudien, wie etwa eine Untersuchung von Peutere et al. (2019), zu Effekten erlebter interaktionaler (relationaler) Gerechtigkeit auf Langzeit-Erkrankungen in den folgenden drei Jahren, auf Basis des „*Finnish Quality of Work Life Survey*“, kombiniert mit Daten des Sozialversicherungsträgers unter Berücksichtigung organisationaler Rahmenbedingungen (finanzielle Situation). Eine mediiierende (vermittelnde) Rolle prozeduraler Gerechtigkeit zwischen Arbeitsplatzunsicherheit und depressiven Symptomen sowie Schlafstörungen demonstrieren Bernhard-Oettel et al. (2019). Weitere Studien weisen auf eine moderierende (puffernde) Wirkung zwischen negativen Ereignissen innerhalb (Gewalt am Arbeitsplatz) und außerhalb (schwere Erkrankung, Erkrankung von Angehörigen) der Arbeitssphäre und depressiven Symptomen bzw. Arbeitsausfallzeiten hin (Andersen et al. 2019; Elovainio et al. 2010). Insgesamt konnten direkte und indirekte Zusammenhänge zwischen organisationaler Gerechtigkeit und Mitarbeitergesundheit anhand einer breiten Palette von Indikatoren, in heterogenen Stichproben und mit teilweise methodologisch anspruchsvollen Untersuchungsdesigns demonstriert und repliziert werden.

2.5 Erweiterte Betrachtung organisationaler Gerechtigkeit

Gegenüber herkömmlichen Konzeptualisierungen organisationaler Gerechtigkeit betont die psychologische Kontrakttheorie mangelnde organisationale Reziprozität in Bezug auf Sachverhalte oder Ressourcen, bei denen die betreffenden Individuen davon überzeugt sind, dass diese ihnen als Gegenleistung für die eigenen Beiträge in Aussicht gestellt bzw. zugesagt wurden (z. B. Entwicklungsmöglichkeiten, Arbeitsplatzsicherheit; Tekleab et al. 2005). Der von Robbins et al. (2012) erweiterte Gerechtigkeitsbegriff verdeutlicht das Spektrum an Konstrukten und Befunden, die für Zusammenhänge zwischen Gerechtigkeit und arbeitsbezogenem Wohlbefinden und Gesundheit relevant sind. Neben den Ergebnissen zu einstellungs-, verhaltens- und befindensbezogenen Auswirkungen von erlebten Brüchen des psychologischen Vertrages beinhaltet dies die Forschung zum sozialen Tausch in Beschäftigungsverhältnissen (z. B. Colquitt et al. 2013). Ebenfalls im Sinne der Gerechtigkeitstheorie interpretierbar (vgl. Ndjaboué et al. 2012) ist die aus der Medizinsoziologie stammende Gratifikationskrisentheorie („*Effort-Reward Imbalance Model*“) von Siegrist. Diese wurde im Hinblick auf subjektive (z. B. Stresserleben, depressive Symptome) und objektive Gesundheitsparameter (z. B. Herz-Kreislaufkrankungen, ärztliche Diagnosen, Krankheitszeiten) ausgiebig überprüft und validiert (vgl. Kivimäki et al. 2007; Van Vegchel et al. 2005). Arbeitsstress sowie längerfristige psychische und physische Gesundheitsbeeinträchtigungen entstehen demnach als Folge erlebter Ungleichgewichte zwischen eigenen arbeitsbezogenen Beiträgen und Anstrengungen (z. B. Arbeitsleistung, Qualifikation, Loyalität) und den erhaltenen organisationsseitigen Belohnungen und Anerkennungen (z. B. Gehalt, Wertschätzung, Sicherheit). Auch in der Forschung zum Burnout-Syndrom erwies sich erlebte mangelnde Reziprozität als zentraler Prädiktor (vgl. Halbesleben und Buckley 2004).

2.6 Organisationale Gerechtigkeit und Individualisierung

2

Die mit Flexibilisierung und Deregulierung von Arbeit zunehmende Individualisierung von Arbeitsbedingungen schafft Variabilität innerhalb vormals homogener Beschäftigten-Gruppen (z. B. Beruf, Funktion, Position) und eröffnet neue Dimensionen in der Subjektivierung von Gerechtigkeit. Mit der Betonung des proaktiven Arbeitsverhaltens geht das gegenwärtige Paradigma der psychologischen Organisationsforschung davon aus, dass den einzelnen arbeitenden Individuen eine zentrale Rolle in der Gestaltung ihrer eigenen Arbeitsbedingungen zukommt (Thomas et al. 2010). Dieser Annahme wird in den Konstrukten der Selbstaussgestaltung von Arbeit („*job crafting*“) und der individuellen Aushandlung von Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen („*idiosyncratic deals*“) Rechnung getragen (Moldaschl und Voß 2002). Beispielsweise wurde in einer Studie zu den kontextbezogenen Determinanten von positiven mitarbeiterseitigen Einstellungen in Bezug auf individuelle Aushandlung als faire Managementpraktik gezeigt, dass die soziale Akzeptanz derartiger personenspezifischer Regelungen insgesamt höher ausfällt, wenn diese zur Kompensation von Ungleichgewichten in der distributiven Gerechtigkeit dienen, möglichst breiten Beschäftigtengruppen offen stehen und unter Berücksichtigung von Kriterien prozeduraler Gerechtigkeit getroffen werden (Hornung et al. 2016). Ein Kernergebnis der besagten Studie ist in [Abb. 2.2](#) dargestellt. Dabei handelt es sich um die statistische Interaktion (d. h. das Zusammenwirken) zwischen der Verbreitung individueller Aushandlung und der prozeduralen Gerechtigkeit im gegenwärtigen Arbeitsverhältnis zur Erklärung der erlebten Fairness personalisierter Arbeitsbedingungen im Allgemeinen. Aufbauend auf diesen und anderen empirischen Ergebnissen entwickeln Hornung und Höge (2019) ein Modell gerechtigkeitsbezogener Voraussetzungen einer mitarbeiterorientierten Umsetzung personali-

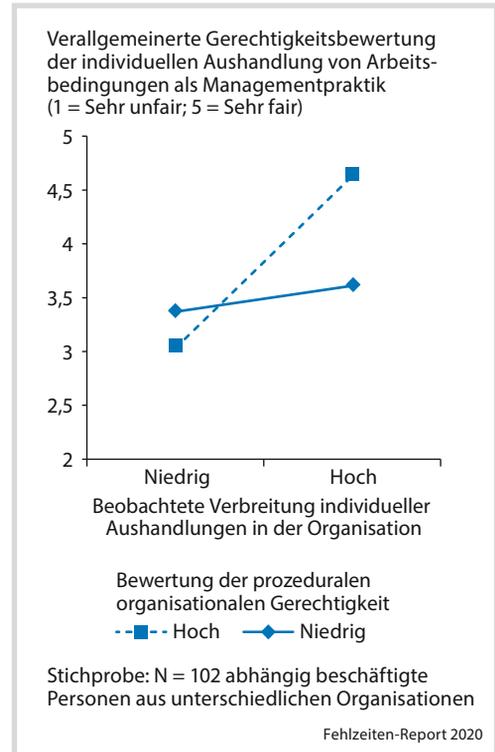


Abb. 2.2 Zusammenwirken der Verbreitung von individuellen Aushandlungen und der prozeduralen organisationalen Gerechtigkeit auf die verallgemeinerte Bewertung individueller Aushandlungen als gerechter Managementpraktik (basierend auf Hornung et al. 2016)

sierter Arbeitsbedingungen, das auf der Gegenüberstellung von humanistischen und neoliberalen Organisationsprinzipien basiert. Zentrale Aspekte der Gegenüberstellung und Abgrenzung sind [Tab. 2.2](#) zu entnehmen.

Eine neue Qualität der Subjektivierung von organisationaler Gerechtigkeit zeigt sich in Forschungsarbeiten, die *mitarbeiterseitige* Voraussetzungen einer gerechten Behandlung durch die Organisation thematisieren. Tatsächlich präsentieren Scott et al. (2007) eine Studie, in der das Charisma der Mitarbeiter als Prädiktor für die Einhaltung von Kriterien interpersoneller (und informationaler) Gerechtigkeit seitens ihrer Vorgesetzten untersucht wird. Einer ähnlichen Argumentation folgt eine Untersuchung von Zusammenhängen zwischen

■ **Tabelle 2.2** Humanistische und neoliberale Organisationsprinzipien individualisierter Arbeitsbedingungen als mitarbeiterorientierte Managementpraktik oder arbeitspolitische Machttaktik (basierend auf Hornung und Höge 2019)

Idealtypus individueller Aushandlung als mitarbeiterorientierte Managementpraktik Orientiert an humanistischen Idealen von Individualität, Solidarität und Emanzipation	Antitypus individueller Aushandlung als arbeitspolitische Machttaktik Orientiert an neoliberalen Ideologien von Individualismus, Wettbewerb und Instrumentalität
Ausrichtung auf Humanisierungsziele Transformation von technokratischen Organisationsstrukturen zu personalisierten Arbeitsformen und Entwicklungsmöglichkeiten	Ausrichtung auf Rationalisierungsziele Erhöhung von organisationaler Effektivität und Effizienz bzw. Verbesserung der Kostenstruktur von Personalprozessen
Primat prozeduraler Gerechtigkeit Transparente, konsistente, ethisch-moralische und partizipative Prozesse für die Autorisierung personalisierter Arbeitsbedingungen	Primat distributiver Gerechtigkeit Gleichwertige Verteilung bzw. Zuweisung von Ressourcen relativ zu formalen Verantwortlichkeiten und Leistungsideologien
Vergabe nach Bedürfnisprinzip Berücksichtigung von und Eingehen auf individuell unterschiedliche Bedürfnisse, Präferenzen und Lebenssituationen der Mitarbeiterschaft	Vergabe nach Leistungsprinzip Reaktion auf arbeitsmarktliche Verhandlungsposition unter Berücksichtigung von sozialem Status, Qualifikation und Arbeitsleistung
Relationale und partikulare Ressourcen Betonung des immateriell-abstrakten Nutzens und der persönlichen Bedeutung verhandelter Sachverhalte (z. B. Entwicklungsmöglichkeiten)	Transaktionale und universelle Ressourcen Betonung der materiell-konkreten Werte und ökonomischen Basis des Beschäftigungsverhältnisses (z. B. Entlohnungskomponenten)
Egalitärer und inklusiver Ansatz Möglichst weiten Teilen der Mitarbeiterschaft offenstehende Möglichkeiten zur individuellen Anpassung von Arbeitsbedingungen	Elitärer und exklusiver Ansatz Bevorzugte Behandlung und zusätzliche Privilegien für hochqualifizierte strategisch wichtige Kernmitarbeiter in Schlüsselpositionen
Supplement zu kollektiven Personalpraktiken Nutzung zur individuellen Anpassung von sozialverantwortlich und mitarbeiterorientiert gestalteten Personalmanagementsystemen	Substitut für kollektive Personalpraktiken Nutzung als Ersatz für kollektiv ausgehandelte Vereinbarungen, verbindliche Regelungen und formalisierte Personalpraktiken
Fehlzeiten-Report 2020	

mitarbeiterseitigen Persönlichkeitseigenschaften (Gewissenhaftigkeit, soziale Verträglichkeit) und der Anwendung von Gerechtigkeitsregeln durch deren Vorgesetzte (Huang et al. 2017). Vielversprechender als diese Versuche, Ursachen für gerechte Behandlung bei den betroffenen Individuen zu verorten und damit Gefahr zu laufen, ungerechte betriebliche Handlungspraktiken zu psychologisieren und zu verharmlosen, wie es in Studien zur sekundären Viktimisierung untersucht wird (Coreia und Vala 2003), scheint der Ansatz eines umfassenden Modells der Ausübung organi-

sationaler Gerechtigkeit („*organizational justice enactment*“). Dieses bezieht individuelle, kontextbezogene und strukturelle Einflussfaktoren auf gerechtes Verhalten organisationaler Entscheidungsträger ein (Graso et al. 2019). Die Tendenz, organisationale Gerechtigkeit zu subjektivieren, entspricht Entwicklungen in angrenzenden Forschungsgebieten der angewandten Psychologie und muss kritisch reflektiert und problematisiert werden (siehe Blanchet et al. 2013). So wird etwa die Weigerung von Verantwortungsträgern, für mitarbeiterorientierte, sozial verantwortliche und förderliche

Beschäftigungspraktiken zu sorgen, in erhöhte Anforderungen an die Mitarbeiter hinsichtlich einer Proaktivität zur Verbesserung der eigenen Arbeitsbedingungen umdefiniert (Bal und Hornung 2019). Ähnliches gilt für die Forderung nach mitarbeiterseitiger Adaptivität und Resilienz im Hinblick auf beschleunigte organisationale Veränderungsprozesse und eskalierende bzw. sich neu konfigurierende Arbeitsbelastungen. Dies verdeutlicht die Forschung zur „Beschäftigungsfähigkeit“ („*employability*“), in der die Verantwortung im Umgang mit Arbeitsplatzunsicherheit und Qualifizierungserfordernissen von der Unternehmensleitung auf die individuellen Mitarbeiter verlagert wird. Wie absurd diese Betrachtungsweise ist, zeigt die paradoxe Analogie der „*Gerechtigkeitsfähigkeit*“, auf welche die Forschung zu mitarbeiterseitigen Voraussetzungen gerechter Behandlung durch die Organisationsvertreter (d. h. Vorgesetzte, Management) hinausläuft. Insgesamt zeigt die beschriebene Entwicklung die Problematik einer stark subjektivierten Betrachtung auf. Organisationale Gerechtigkeit liegt eben *nicht* ausschließlich im Auge des Betrachters oder ist gar eine organisationsseitige Reaktion auf bestimmte mitarbeiterseitige Eigenschaften, sondern bleibt an strukturelle Sachverhalte gebunden (z. B. Regelungen, Prozeduren). Sie muss sich an objektiv bestimmbaren Kriterien messen lassen (z. B. Mitbestimmung, Diskriminierung). Partizipative und demokratische Ansätze sind aus dieser Sicht notwendig, um Strukturen zu schaffen, in denen sich unternehmensweit gerechte Handlungsweisen entwickeln können, die wiederum in Zusammenhang mit Indikatoren des psychosozialen Wohlbefindens und der Gesundheit der Mitarbeiter stehen.

2.7 Organisationale Demokratie und organisationale Gerechtigkeit

Die Partizipation von Beschäftigten an betrieblichen Entscheidungen wurde früh als wichti-

ger Prädiktor insbesondere für die Wahrnehmung *prozeduraler* Gerechtigkeit identifiziert (Greenberg und Folger 1983). Unter *Partizipation* wird hier in erster Linie die Beteiligung an operationalen, d. h. arbeitsplatznahen, Entscheidungen verstanden, nicht an taktischen oder gar strategischen Entscheidungen auf der Unternehmensebene (Weber 1999). Dabei zeigt sich die „Führungsfixierung“ der gegenwärtigen Arbeits- und Organisationspsychologie bzw. Forschung zu „Organizational Behavior“ (Alvesson und Kärreman 2016) darin, dass Partizipationsmöglichkeiten vor allem als Ausdruck des Verhaltens der Führungskräfte bzw. als Managementtechnik betrachtet werden und weniger als formal und strukturell verankerte demokratische Rechte von Beschäftigten. Im Folgenden wird argumentiert, dass *organisationale Demokratie* die Gerechtigkeit in Unternehmen wirksam fördern kann. Damit wird ein stärker bedingungsbezogener und weniger personen- bzw. wahrnehmungsbezogener Blick auf organisationale Gerechtigkeit möglich.

Im Unterschied zu bloßer Partizipation bezeichnet organisationale Demokratie eine kontinuierliche, breit angelegte und institutionalisierte Mitarbeiterbeteiligung, die nicht nur ad hoc oder gelegentlich gewährt wird, sondern strukturell im Unternehmen verankert ist. Kodifizierte Regeln und Gremien ermöglichen es den Beschäftigten, nicht nur auf arbeitsplatznahe operative Entscheidungen, sondern auch auf taktische und strategische Unternehmensentscheidungen (z. B. Vorgesetztenwahlen, Budgetplanung und Unternehmensumstrukturierungen) durch direkte oder repräsentative Mitbestimmungsprozeduren Einfluss zu nehmen (Schophaus 2019; Weber 1999; Weber et al. 2009, 2020). Häufig sind in demokratischen Unternehmen die Beschäftigten (oder zumindest ein Großteil) auch Eigentümer des Unternehmens. Dies ist jedoch nicht zwingend erforderlich. Demokratische Unternehmen können sehr unterschiedliche Organisations- bzw. Rechtsformen aufweisen. Weber et al. (2008) sowie Unterrainer et al. (2011) entwickelten eine Unternehmenstypologie von

acht bzw. zehn Unternehmenstypen mit unterschiedlicher Ausprägung organisationaler Demokratie (z. B. hierarchisch strukturierte Unternehmen, Großunternehmen mit paritätischer Mitbestimmung, demokratische Partnerschaftsunternehmen, demokratische Reformunternehmen, demokratische Produktivgenossenschaften, selbstverwaltete basisdemokratische Belegschaftsunternehmen). Auch wenn sie ein Nischendasein in der aktuellen kapitalistischen Wirtschaft führen, gibt es mehr demokratische Unternehmen als man landläufig vermuten würde. Beispielsweise umfasste das *European Committee of Worker and Social Cooperatives* im Jahr 2017 ca. 50.000 Unternehmen mit ca. 1,3 Mio. Beschäftigten (► <http://www.cecop.coop/>). Für das Jahr 2015 berichtet das *National Center for Employee Ownership* von ca. 6.600 sogenannten ESOP-Unternehmen mit mehr als 10 Mio. Beschäftigten in den USA. Bei den meisten demokratischen Unternehmen handelt es sich um KMUs. Es gibt aber auch bekannte Großunternehmen mit demokratischen Entscheidungsstrukturen, wie das spanische Produktivgenossenschaftsnetzwerk Mondragon CC (Mischkonzern) mit ca. 81.000 Beschäftigten oder das britische Einzelhandelsunternehmen John Lewis Partnership PLC mit ca. 83.000 Beschäftigten (vgl. ► www.johnlewispartnership.co.uk; ► www.mondragon-corporation.com).

Auch wenn aus allgemeiner Gerechtigkeits- und demokratiephilosophischer Sicht demokratische Entscheidungsstrukturen allein Gerechtigkeit nicht garantieren können, gelten demokratische Strukturen als Voraussetzung, dass Gerechtigkeit im Sinne der Kant'schen Moraltheorie und der Diskursethik in Organisationen praktiziert wird (vgl. z. B. Habermas 1992; Rawls 1971). Dies trifft deshalb zu, weil demokratische Strukturen die Akzeptanz von prinzipiell gleichwertigen Interessen und Rechten aller Beteiligten widerspiegeln. Demokratische Strukturen erfordern explizite Regularien und Prozeduren, die diese prinzipiell gleichwertigen Rechte sichern und quasi „eintragbar“ machen. Auch bezogen auf das Wirtschaftsleben ermöglichen demokratische Un-

ternehmen offenere, willkür- und herrschaftsfreiere und somit gerechtere Diskurse (Habermas 1981) sowie einen als gerechter erlebten Interessenausgleich, weil regelmäßig stattfindende Foren für direkte Demokratie (z. B. Vollversammlungen) bzw. für repräsentative Mitbestimmung (z. B. gewählte Wirtschaftsausschüsse) existieren. In diesen demokratischen Foren können Organisationsmitglieder über Aspekte ihres Arbeitsalltags, ihrer beruflichen Zukunft oder das Wohlbefinden von mittelbar Betroffenen (z. B. Familienangehörige, Beschäftigte in Zulieferfirmen) beraten, Vorschläge formulieren oder mitentscheiden. Wirtschaftliche, soziale und individuelle Probleme können gemeinsam diskutiert, Lösungsvorschläge entwickelt und für alle akzeptable Entscheidungen getroffen werden. Letzteres wird zwar nicht immer gelingen, jedoch begünstigen solche demokratischen Praktiken, dass sich in solchen Fällen ein Betriebsklima entwickelt, das die Beteiligten als offen für ihre Belange und als gerecht erleben.

Bisher liegen leider nur relativ wenige Studien vor, die explizit den Zusammenhang zwischen organisationaler Demokratie und organisationaler Gerechtigkeit empirisch untersuchen. Die vorliegenden Ergebnisse deuten jedoch auf einen erwartungsgemäß positiven Zusammenhang hin. So nahm in einer qualitativen Studie in einer walisischen Kohlenmine, die von einer konventionellen Organisationsform in eine demokratische Genossenschaft in Belegschaftseigentum transformiert wurde, das Erleben von *prozeduraler* Gerechtigkeit zu (Hoffmann 2001). In einer quantitativen Studie von Schmid (2009) konnte in einer Stichprobe bestehend aus $N=418$ Beschäftigten aus Unternehmen in Österreich, Süddeutschland und Nord-Italien (Südtirol) in demokratisch strukturierten Unternehmen eine höhere Ausprägung der *prozeduralen* Gerechtigkeit identifiziert werden als in den konventionell-hierarchischen Unternehmen. Organisationale Demokratie scheint sich jedoch auch auf Aspekte der *distributiven* Gerechtigkeit auszuwirken. In einem internationalen Literaturüberblick belegt Pérotin (2016), dass in de-

mokratischen Produktivgenossenschaften die Gehaltspreizung geringer ist als in vergleichbaren konventionell hierarchischen Unternehmen. Weber (1999) führt aus, dass eines der Ziele organisationaler Demokratie eine höhere Verteilungsgerechtigkeit auf gesellschaftlicher Ebene ist. Die ist insbesondere der Fall, wenn organisationale Demokratie eine Mit-Eigentümerschaft von Beschäftigten am Unternehmen einschließt.

2.8 Schlussbemerkung: Gerechtigkeit und Demokratie sind zwei Seiten derselben Medaille

Die zentrale Rolle von Gerechtigkeit für menschliche Beziehungen und soziale Organisation zeigt sich in umfangreicher Forschung, die hier schlaglichtartig dargestellt wurde. Kritisch zu sehen ist die Subjektivierung des Gerechtigkeitskonzepts, die den Blick von „objektiven“ strukturellen organisationalen Bedingungen für soziale Gerechtigkeit hin zu „subjektiven“ normativ überformten psychischen Prozessen auf individueller Ebene lenkt. Die interkulturelle Forschung zum psychologischen Kontrakt beispielsweise zeigt aber, dass auch extrem ungleichgewichtige Austauschbeziehungen als gerecht erlebt werden, sofern dies von gesellschaftlichen Normen legitimiert, psychologisch „rationalisiert“ und somit (im wörtlichen Sinne) „gerechtfertigt“ wird (Hornung und Rousseau 2012). Die „normative Kraft des Faktischen“ darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass Gerechtigkeit keine rein subjektive Kategorie, sondern an objektive Bedingungen geknüpft ist. Die historische Ausweitung des Gerechtigkeitsbewusstseins auf zunächst ausgenommene, entrechtete Gruppen (z. B. Sklaven, Frauen, Arme) verdeutlicht dies. Auch heute mangelt es nicht an Versuchen, soziale Ungerechtigkeit zu verklären, zu relativieren und als unabänderlich zu naturalisieren, wofür (auf gesellschaftlicher wie organisationaler Ebene) ökonomistische

und biologistische Rechtfertigungslogiken dienen (individuelle Fähigkeiten, Leistungsethos, Marktgesetze etc.; Jost 2019; Rudman und Saud 2020). Per Definition basieren hierarchische Organisationen auf Über- und Unterordnungsbeziehungen, Machtgefälle und entsprechender Ungleichbehandlung. Es kann argumentiert werden, dass demokratische Strukturen und Praktiken kein absoluter Garant für organisationale Gerechtigkeit sind. So belegen einige Studien, dass auch in demokratischen Unternehmen eine Diskriminierung von Minderheiten vorkommen kann (z. B. Russell 1984; Sobering 2016). Noch viel weniger ist allerdings davon auszugehen, dass soziale Gerechtigkeit im Rahmen hierarchischer Entscheidungs-, Organisations- und Machtstrukturen entsteht (z. B. Adler und Borys 1996; Gould 2020). Entsprechend der Ableitung des Konzepts der prozeduralen Gerechtigkeit von mitarbeiterseitigen Einfluss- und Mitbestimmungsmöglichkeiten bleibt vielmehr zwingend zu schlussfolgern, dass *umfassende Gerechtigkeit ohne organisationale Demokratie theoretisch wie praktisch unmöglich ist*. Aus dieser Sicht sind organisationale Gerechtigkeit und organisationale Demokratie zwei Seiten einer Medaille, deren Verleihung noch aussteht – *der Humanisierung des Arbeitslebens*.

Literatur

- Adams JS (1965) Inequity in social exchange. In: Berkowitz L (Hrsg) *Advances in experimental social psychology*, Bd. 2. Academic Press, New York, S 267–299
- Adler PS, Borys B (1996) Two types of bureaucracy: enabling and coercive. *Adm Sci Q* 41(1):61–89
- Andersen LPS, Høgh A, Andersen JH et al (2019) Depressive symptoms following work-related violence and threats and the modifying effect of organizational justice, social support, and safety perceptions. *J Interpers Violence*. <https://doi.org/10.1177/0886260519831386>
- Alvesson M, Kärreman D (2016) Intellectual failure and ideological success in organization studies: the case of transformational leadership. *J Manag Inq* 25(2):139–152
- Bal PM, Hornung S (2019) Individualization of work: From psychological contracts to ideological deals. In: Griep Y, Cooper CL (Hrsg) *Handbook of research*

- on the psychological contract at work. Edward Elgar, Cheltenham, S 143–163
- Bernhard-Oettel C, Eib C, Griep Y et al (2019) How do job insecurity and organizational justice relate to depressive symptoms and sleep difficulties: a multilevel study on immediate and prolonged effects in Swedish workers. *Appl Psychol*. <https://doi.org/10.1111/apps.12222>
- Blanchet V, Magista V, Perret V (2013) Stop filling in the gaps! Rethinking organizational justice through problematization. 22ème Conférence AIMS, Clermont-Ferrand, Jun 2013
- Cohen-Charash Y, Spector PE (2001) The role of justice in organizations: a meta-analysis. *Organ Behav Hum Decis Process* 86(2):278–321
- Colquitt JA (2001) On the dimensionality of organizational justice: a construct validation of a measure. *J Appl Psychol* 86(3):386–400
- Colquitt JA (2012) Organizational justice. In: Kozlowski SWJ (Hrsg) *The Oxford handbook of organizational psychology*, Bd. 1. Oxford University Press, New York, S 526–547
- Colquitt JA, Conlon DE, Wesson MJ et al (2001) Justice at the millennium: a meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. *J Appl Psychol* 86(3):425–445
- Colquitt JA, Scott BA, Rodell JB et al (2013) Justice at the millennium, a decade later: a meta-analytic test of social exchange and affect-based perspectives. *J Appl Psychol* 98(2):199–236
- Correia I, Vala J (2003) When will a victim be secondarily victimized? The effect of observer's belief in a just world, victim's innocence and persistence of suffering. *Soc Justice Res* 16(4):379–400
- van Dierendonck D (2011) Servant leadership: a review and synthesis. *J Manage* 37(4):1228–1261
- Elovainio M, Kivimäki M, Linna A et al (2010) Does organisational justice protect from sickness absence following a major life event? A Finnish public sector study. *J Epidemiol Community Health* 64(5):470–472
- Fassina NE, Jones DA, Uggerslev KL (2008) Meta-analytic tests of relationships between organizational justice and citizenship behavior: testing agent-system and shared-variance models. *J Organ Behav* 29(6):805–828
- Fortin M (2008) Perspectives on organizational justice: concept clarification, social context integration, time and links with morality. *Int J Manag Rev* 10(2):93–126
- Goppel A, Mieth C, Neuhäuser C (Hrsg) (2016) *Handbuch Gerechtigkeit*. J.B. Metzler, Stuttgart
- Gould CC (2020) Diversity beyond non-discrimination: from structural injustices to participatory institutions. In: Lütge C, Lütge C, Faltermeier M (Hrsg) *The praxis of diversity*. Palgrave Macmillan, Cham, S 15–33
- Graso M, Camps J, Strah N et al (2019) Organizational justice enactment: an agent-focused review and path forward. *J Vocat Behav*. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2019.03.007>
- Greenberg J, Folger RG (1983) Procedural justice, participation, and the fair process effect in groups and organizations. In: Paulus PB (Hrsg) *Basic group processes*. Springer, New York, S 235–256
- Habermas J (1981) *Die Theorie des kommunikativen Handelns*. Bd.1 und Bd.2. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Habermas J (1992) Faktizität und Geltung. Beiträge zur Diskurstheorie des Rechts und des demokratischen Rechtsstaats. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Halbesleben JR, Buckley MR (2004) Burnout in organizational life. *J Manage* 30(6):859–879
- Hoffmann E (2001) Confrontations and compromise: dispute resolution at a worker cooperative coal mine. *Law Social Inq* 26(3):555–596
- Höge T, Weber WG (2018) Das soziomoralische Organisationsklima und Sinnerfüllung in der Arbeit: Erkenntnisse über zwei Gesundheitsressourcen. In: Badura B, Ducki A, Schröder H et al (Hrsg) *Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben - Arbeit und Gesundheit*. Springer, Berlin, S 225–233
- Hornung S, Doenz R, Glaser J (2016) Exploring employee attitudes on fairness of idiosyncratic deals. *Organizational Stud Innov Rev* 2(4):9–15
- Hornung S, Höge T (2019) Humanization, rationalization or subjectification of work? Employee-oriented flexibility between i-deals and ideology in the neoliberal era. *Bus Manag Studies: Int J* 7(5):3090–3119
- Hornung S, Rousseau DM (2012) Psychological contracts of Chinese employees. In: Huang X, Bond MH (Hrsg) *Handbook of Chinese organizational behavior: Integrating theory, research, and practice*. Edward Elgar, Cheltenham, S 326–342
- Huang JL, Cropanzano R, Li A et al (2017) Employee conscientiousness, agreeableness, and supervisor justice rule compliance: a three-study investigation. *J Appl Psychol* 102(11):1564–1589
- Johnston CS, Krings F, Maggiori C et al (2016) Believing in a personal just world helps maintain well-being at work by coloring organizational justice perceptions. *Eur J Work Organ Psychol* 25(6):945–959
- Jost JT (2019) A quarter century of system justification theory: questions, answers, criticisms, and societal applications. *Br J Soc Psychol* 58(2):263–314
- Karam EP, Hu J, Davison RB et al (2019) Illuminating the 'face' of justice: a meta-analytic examination of leadership and organizational justice. *J Manage Stud* 56(1):134–171
- Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M et al (2007) Effort-reward imbalance, procedural injustice and relational injustice as psychosocial predictors of health: complementary or redundant models? *Occup Environ Med* 64(10):659–665
- Leventhal GS (1980) What should be done with equity theory? New approaches to the study of fairness in social relationships. In: Gergen K, Greenberg M, Willis

R (Hrsg) *Social exchange: advances in theory and research*. Plenum, New York, S 27–55

- Manville C, Akreml AE, Niezborala M et al (2016) Injustice hurts, literally: the role of sleep and emotional exhaustion in the relationship between organizational justice and musculoskeletal disorders. *Hum Relat* 69(6):1315–1339
- Maier GW, Streicher B, Jonas E et al (2007) Gerechtigkeitseinschätzungen in Organisationen. *Diagnostica* 53(2):97–108
- Meier-Credner A, Muschalla B (2019) Kann Ungerechtigkeit bei der Arbeit krank machen? Grundannahmen, subjektive Wahrnehmung und Person-Job-Fit. *Verhaltenstherapie*. <https://doi.org/10.1159/000502920>
- Moldaschl M, Voß GG (2002) *Subjektivierung von Arbeit*. Hampp, München
- Ndjaboué R, Brisson C, Vézina M (2012) Organizational justice and mental health: a systematic review of prospective studies. *Occup Environ Med* 69(10):694–700
- Oesterreich R, Leitner K, Resch M (2000) *Analyse psychischer Anforderungen und Belastungen in der Produktionsarbeit: Das Verfahren RHIA-VERA-Produktion – Handbuch*. Hogrefe, Göttingen
- Pérotin V (2016) What do we really know about workers' co-operatives? In: Webster A, Shaw LM, Vorberg-Rugh R (Hrsg) *Mainstreaming co-operation: An alternative for the twenty-first century?* Manchester University Press, Manchester, S 239–260
- Peutere L, Ojala S, Lipiäinen L et al (2019) Relational justice, economic fluctuations, and long-term sickness absence: a multicohort study. *Scand J Work Environ Health* 45(4):413–420
- Pircher Verdorfer A, Weber WG, Unterrainer C, Seyr S (2013) The relationship between organizational democracy and socio-moral climate: exploring effects of the ethical context in organizations. *Econ Ind Democ* 34(3):423–449
- Pircher Verdorfer A, Steinheider B, Burkus D (2015) Exploring the socio-moral climate in organizations: an empirical examination of determinants, consequences, and mediating mechanisms. *J Bus Ethics* 132(1):233–248
- Rawls J (1971) *A theory of justice*. Belknap Press, Cambridge
- Robbins JM, Ford MT, Tetrick LE (2012) Perceived unfairness and employee health: a meta-analytic integration. *J Appl Psychol* 97(2):235–272
- Rudman LA, Saud LH (2020) Justifying social inequalities: the role of social darwinism. *Pers Soc Psychol Bull* 46(7):1139–1155
- Russell R (1984) The role of culture and ethnicity in the degeneration of democratic firms. *Econ Ind Democ* 5(1):73–96
- Schmid BE (2009) *Beteiligungsorientierung in Unternehmen. Eine Studie zum Einfluss von partizipativen Strukturen und Verfahren auf die psychologische Bindung von Unternehmensmitgliedern*. Innsbruck University Press, Innsbruck
- Schophaus M (2019) *Organisationale Demokratie – Wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Organisationen partizipieren*. In: Porsch T, Werdes B (Hrsg) *Verwaltungspsychologie. Ein Lehrbuch für Studiengänge der öffentlichen Verwaltung*. Hogrefe, Göttingen, S 289–320
- Scott BA, Colquitt JA, Zapata-Phelan CP (2007) Justice as a dependent variable: subordinate charisma as a predictor of interpersonal and informational justice perceptions. *J Appl Psychol* 92(6):1597–1609
- Sobering K (2016) Producing and reducing gender inequality in a worker-recovered cooperative. *Sociol Q* 57(1):129–151
- Spell CS, Arnold TJ (2007) A multi-level analysis of organizational justice climate, structure, and employee mental health. *J Manage* 33(5):724–751
- Strecker C, Brenner M, Rapp M et al (2020) *Verfahren zur Beobachtung des Soziomoralischen Klimas (SMK-B)*. Manual für Forschung und Anwendung. Innsbruck University Press, Innsbruck
- Tekleab AG, Takeuchi R, Taylor MS (2005) Extending the chain of relationships among organizational justice, social exchange, and employee reactions: The role of contract violations. *Acad Manage J* 48(1):146–157
- Tepper BJ (2001) Health consequences of organizational injustice: tests of main and interactive effects. *Organ Behav Hum Decis Process* 86(2):197–215
- Thomas JP, Whitman DS, Viswesvaran C (2010) Employee proactivity in organizations: a comparative meta-analysis of emergent proactive constructs. *J Occup Organ Psychol* 83(2):275–300
- Unterrainer C, Palgi M, Weber WG et al (2011) Structurally anchored organizational democracy: does it reach the employee? *J Pers Psychol* 10(3):118–132
- Van Vegchel N, De Jonge J, Bosma H et al (2005) Reviewing the effort–reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Soc Sci Med* 60(5):1117–1131
- Viswesvaran C, Ones DS (2002) Examining the construct of organizational justice: a meta-analytic evaluation of relations with work attitudes and behaviors. *J Bus Ethics* 38(3):193–203
- Weber WG (1999) *Organisationale Demokratie. Anregungen für innovative Arbeitsformen jenseits blosser Partizipation?* *Z Arb Wiss* 53(4):270–281
- Weber WG, Unterrainer C, Höge T (2008) Sociomoral atmosphere and prosocial and democratic value orientations in enterprises with different levels of structurally anchored participation. *Ger J Hum Resour Manag* 22(2):171–194
- Weber WG, Unterrainer C, Schmid BE (2009) The influence of organizational democracy on employees' socio-moral climate and prosocial behavioral orientations. *J Organ Behav* 30(8):1127–1149

- Weber WG, Unterrainer C, Höge T (2020) Psychological research on organizational democracy: A meta-analysis of individual, organizational, and societal outcomes. *Appl Psych*. 69(3): 1009–1071. <https://doi.org/10.1111/apps.12205>
- Whitman DS, Caleo S, Carpenter NC et al (2012) Fairness at the collective level: a meta-analytic examination of the consequences and boundary conditions of organizational justice climate. *J Appl Psychol* 97(4):776–791
- Wuestewald T (2012) The structural relationships among employee participation, socio-moral climate, engagement, and civic attitudes in a police context. Faculty of the Graduate College of the Oklahoma State University, Norman (unpublished PhD thesis)



Soziale Ungleichheit, Arbeit und Gesundheit

Niels Michalski, Stephan Müters und Thomas Lampert

Inhaltsverzeichnis

- 3.1 Einleitung – 32**
- 3.2 Soziale Ungleichheiten in der Mortalität und Lebenserwartung – 33**
- 3.3 Berufsstatus und Gesundheitszustand – 35**
 - 3.3.1 Berufsstatus und selbsteingeschätzter Gesundheitszustand – 35
 - 3.3.2 Berufsstatus und psychische Erkrankungen – 37
 - 3.3.3 Berufsstatus und Tabakkonsum – 38
- 3.4 Gesundheitsbelastung und berufliches Anforderungsniveau – 40**
- 3.5 Regionale Unterschiede in der Gesundheitsbelastung durch die Arbeit – 42**
- 3.6 Diskussion – 44**
- Literatur – 45**

■ Zusammenfassung

Sozioökonomische Ungleichheiten sind in Deutschland nach wie vor mit einer ungleichen Verteilung von Gesundheit und Krankheit verbunden. Männer und Frauen, die über höhere Einkommen verfügen, haben eine höhere Lebenserwartung als diejenigen niedrigerer Einkommensgruppen. Bezogen auf den beruflichen Status zeigt sich, dass Männer und Frauen aus niedrigen Berufsstatusgruppen ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter einschätzen, häufiger Anzeichen einer depressiven Symptomatik berichten und häufiger rauchen als Mitglieder höherer Berufsstatusgruppen. Daneben schätzen Erwerbstätige in niedrigen beruflichen Positionen ihre Arbeit deutlich häufiger als stark gesundheitsgefährdend ein.

Analysen auf regionaler Ebene zeigen außerdem, dass die Anteile Beschäftigter, die starke Belastungen durch die Arbeit berichten, in Bundesländern mit ausgeprägter sozioökonomischer Deprivation höher ausfallen. Die vorgestellten Studienergebnisse und exemplarischen Analysen unterstreichen die Schlüsselrolle ungleich verteilter Arbeitsbelastungen für das Verständnis gesundheitlicher Ungleichheit. Der Beitrag verweist auf die Notwendigkeit spezifischer arbeits- und berufsbezogener Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit.

3.1 Einleitung

Angesichts niedriger Arbeitslosenquoten, hoher Beschäftigungszahlen und eines stabilen Wirtschaftswachstums in den letzten Jahren ließe sich für die gesellschaftliche Lage Deutschlands ein positives Bild zeichnen. Betrachtet man andererseits die Verteilung von Einkommen und Vermögen über diesen Zeitraum, ist festzustellen, dass nur die Haushalte, die zu der Hälfte mit höheren Einkommen zählen, von der stabilen Wirtschaftslage profitiert haben und die ohnehin stark ausgeprägten

Ungleichheiten in der Einkommens- und Vermögensverteilung dagegen noch zugenommen haben. Die Realeinkommen der unteren Einkommensgruppen haben stagniert und die Armutsquote ist konstant geblieben (Grabka et al. 2019). Vor dem Hintergrund der aktuellen gesellschaftspolitischen Herausforderungen des demografischen Wandels, der Zuwanderung aus Krisengebieten und der Umstellung auf eine digitalisierte und klimagerechte Wirtschaft sind weitere gesellschaftliche Polarisierungstendenzen und zum Teil auch neue soziale Ungleichheiten zu befürchten.

Die beschriebenen sozialen Ungleichheiten spiegeln sich in der Gesundheit und Lebenserwartung der Bevölkerung wider. Inzwischen zeigt eine große Zahl von Studien, dass Personen mit niedrigem sozialem Status, gemessen zumeist anhand von Angaben zu Bildung, Beruf und Einkommen (Lampert et al. 2013a), häufiger von chronischen Krankheiten und Beschwerden betroffen sind, ihre eigene Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter einschätzen und ein erhöhtes vorzeitiges Sterberisiko aufweisen (Lampert et al. 2017; Richter und Hurrelmann 2016). Darüber hinaus zeigen die Daten mit Blick auf die vergangenen Jahrzehnte, dass sich die gesundheitlichen Ungleichheiten nicht verringert haben, sondern zum Teil eine Ausweitung zu beobachten ist (European Commission 2013; Lampert et al. 2018).

Bei der Entstehung dieser gesundheitlichen Ungleichheiten kommt der Arbeitswelt große Bedeutung zu. Physische und psychosoziale Beanspruchungen bei der Arbeit stehen in einem engen Zusammenhang mit dem Auftreten von Krankheiten und Beschwerden, Arbeitsunfällen und Arbeitsunfähigkeit, krankheitsbedingten Frühberentungen sowie einem erhöhten Mortalitätsrisiko (Brussig und Schulz 2019; Dragano 2007; Dragano et al. 2016; Kivimäki et al. 2012; Kroh et al. 2012; Lohmann-Haislah 2012; Rommel et al. 2016). Wenngleich eine ausschließlich an der Arbeitswelt ansetzende Erklärung der Ungleichverteilung von Gesundheit und Krankheit zu kurz greift, kann dennoch davon ausgegangen

werden, dass die Korrelationen zwischen den genannten arbeitsbezogenen Belastungen und Risiken einerseits und dem beruflichen Status andererseits erheblich zu deren Verständnis beiträgt (Dragano et al. 2016; Lahelma et al. 2004).

Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über sozialepidemiologische Befunde zu gesundheitlichen Unterschieden entlang des Berufsstatus. Als Ausgangspunkt werden zunächst Unterschiede in der Mortalität nach Einkommen dokumentiert und die Studienlage zu berufsbezogenen Unterschieden in der Lebenserwartung vorgestellt (► Abschn. 3.2). In ► Abschn. 3.3 richtet sich der Fokus auf den Zusammenhang zwischen dem beruflichen Status und dem selbstberichteten Gesundheitszustand sowie ausgewählten belastungsassoziierten Gesundheitsindikatoren. In ► Abschn. 3.4 wird die ungleiche Verteilung von arbeitsbezogenen Belastungen exemplarisch beschrieben. ► Abschn. 3.5 zeigt auf, dass sich arbeitsbezogene Belastungen auch auf regionaler Ebene ungleich verteilen und dort mit sozioökonomischer Deprivation korrespondieren. Der Beitrag schließt mit einer kurzen Diskussion der Implikationen der Befunde für die Gesundheitsforschung.

3.2 Soziale Ungleichheiten in der Mortalität und Lebenserwartung

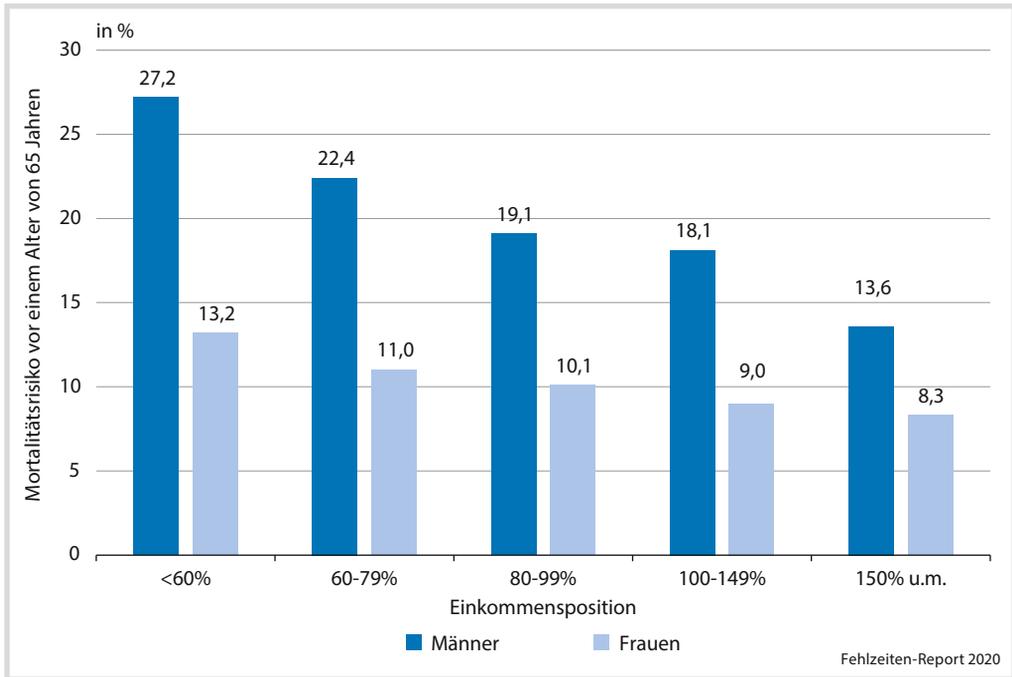
Ausgangspunkt der folgenden Analysen sozialer Unterschiede gesundheitlicher Belastungen entlang des beruflichen Status ist die Mortalität. Mortalität und Lebenserwartung gelten als besonders einprägsame Indikatoren sozialer Ungleichheit, zu der die ganze Breite gesundheitsbezogener Risiko- und Schutzfaktoren beiträgt. Soziale Unterschiede in der Lebenserwartung sind vor allem für das Einkommen dokumentiert und zeigen mit jeder höheren Einkommensgruppe höhere Lebenserwartungen (Kibele et al. 2013; Kroll und Lampert 2008; Lampert et al. 2019a, 2007;

Luy et al. 2015). Aktuelle Schätzungen der Lebenserwartung bei Geburt mit Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) für den Zeitraum von 1992 bis 2017 auf Basis von Sterbetafeln des Statistischen Bundesamtes weisen eine Differenz zwischen der niedrigsten (60 % des mittleren Netto-Äquivalenzeinkommens) und der höchsten Einkommensgruppe (150 % und mehr des mittleren Netto-Äquivalenzeinkommens) von 4,4 Jahren bei Frauen und 8,6 Jahren bei Männern aus (Lampert et al. 2019a).

Auf Basis der gleichen Datengrundlage wurde außerdem das Mortalitätsrisiko vor dem allgemeinen Renteneintrittsalter (65 Jahre) berechnet. Diese Quote, die als vorzeitige Sterblichkeit bezeichnet wird, liegt für Männer aus dem unteren Einkommensquintil bei über 25 %, während aus dem obersten Quintil der Männer nur knapp 14 % vorzeitig versterben (vgl. ■ Abb. 3.1). Auch für Frauen zeigt sich ein sozialer Gradient der Mortalität in den Daten, wenngleich dieser deutlich schwächer ausfällt.

Für die Analysen der Mortalität nach Einkommen wird üblicherweise das Haushaltseinkommen verwendet, um die materielle Lage von Familien und Haushaltsstrukturen abzubilden, in die die Personen eingebettet sind. Die Betrachtung von Sterblichkeit und Lebenserwartung nach Haushaltseinkommen eignet sich, um die Unterschiede in der Mortalität nach sozioökonomischen Gesichtspunkten zu beurteilen. Sie verdeckt andererseits all jene Unterschiede in Morbidität und Mortalität, die durch die konkreten Charakteristika individueller Erwerbsarbeit begründet sind und körperlich oder psychisch anstrengende Tätigkeiten oder die Entlohnung und Arbeitszeit betreffen.

Die empirische Erfassung der Einflüsse des Arbeitslebens auf die Mortalität ist sehr aufwändig, weil sie Daten erwerbs- und berufsspezifischer Indikatoren über einen großen Zeitraum des Lebensverlaufs erfordert. Zu den Einflüssen des Arbeitslebens auf die Mortalität gibt es deshalb deutlich weniger empirische Studien als zu denen des Einkommens. Die wichtigsten Ergebnisse für Deutschland liefern



▣ **Abb. 3.1** Mortalitätsrisiko vor einem Alter von 65 Jahren in %. (Vgl. Lampert et al. 2019a)

bisher die Analysen von Luy et al. (2015) für den Zeitraum von 1984 bis 1998. Sie zeigen deutliche Unterschiede in den Lebenserwartungen nach Beschäftigungsstatus und nach beruflichen Klassen. Unter anderem wird berichtet, dass Bergarbeiter im Alter von 40 Jahren nur noch durchschnittlich 26 weitere Jahre zu leben haben, während Beschäftigte im Dienstleistungssektor noch mit 35 Jahren und Beschäftigte im Bildungsbereich noch mit etwa 40 weiteren Lebensjahren rechnen können (vgl. Luy et al. 2015, S. 412). Ähnliche Differenzen finden sich auch bei Frauen: Für 40-jährige Frauen wird die Lebenserwartung ungelerner Produktionsarbeiterinnen auf etwa 78 Jahre geschätzt, für im Bildungsbereich beschäftigte Frauen auf etwa 85 Jahre (vgl. Luy et al. 2015, S. 414). Studien über die Einflüsse des Arbeitslebens auf die fernere Lebenserwartung mit Daten des SOEP finden für Männer in Berufen hoher Belastung ein signifikant höheres Mortalitätsrisiko im Rentenalter (Brussig und Schulz 2019; Kroh et al. 2012).

Die Beispiele aus der Empirie für die Lebenserwartung deuten darauf hin, dass ein Großteil der sozialen Unterschiede in der Mortalität mit dem Beruf und dem Arbeitsleben in Zusammenhang stehen. Mortalitätsanalysen entlang des beruflichen Status oder entlang fein differenzierter Jobcharakteristika verbleiben bislang aufgrund der notwendigen längsschnittlichen und biografischen Daten unzureichend. Um dem Zusammenhang zwischen dem Berufsstatus und Gesundheitsbelastungen darzustellen, werden im folgenden ▶ Abschn. 3.3 der allgemeine Gesundheitszustand sowie ausgewählte Gesundheitsindikatoren im Zusammenhang mit der Erwerbsarbeit bzw. dem beruflichen Status diskutiert.

3.3 Berufsstatus und Gesundheitszustand

Die Arbeitswelt gilt seit langem als zentraler Entstehungsort der zu beobachtenden sozialen Unterschiede bei Gesundheit und Krankheit (Dragano et al. 2016; Lahelma et al. 2004; Mielck 2000). Aufgrund des Strukturwandels der Arbeit von der Industrie- zur Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft richtet sich die Aufmerksamkeit der Gesundheitswissenschaften heute nicht mehr nur auf die körperlichen Anforderungen und Belastungen der Arbeitswelt (z. B. Schwerarbeit, Nacht- und Schichtarbeit oder Akkordarbeit), Umgebungseinflüsse (z. B. Lärm, Nässe, Dämpfe oder Umgang mit giftigen Stoffen) sowie Unfallgefahren; es fließen psychische und psychosoziale Faktoren gleichermaßen in die Betrachtungen ein. Dies gilt nicht nur für Stressbelastungen, die unmittelbar mit der Arbeit im Zusammenhang stehen, z. B. aufgrund von Zeitdruck, Überforderung oder Konflikten mit Kolleginnen und Kollegen sowie Vorgesetzten, sondern betrifft auch die Zunahme von atypischen Beschäftigungsverhältnissen und die daraus resultierenden Unsicherheiten und Zukunftsängste (Morschhäuser et al. 2010).

Weil psychische und psychosoziale Belastungen unabhängig von konkreten Tätigkeiten in allen Berufen bedeutsam sind, eignen sie sich besonders für die Analyse allgemeiner sozialer Ungleichheiten der Gesundheit, die mit dem Beruf zusammenhängen. Maßzahlen des beruflichen Status wie der ISEI (International Socio-Economic-Index of Occupational Status) vereinen Information über die relativen Einkommen und die zur Ausübung benötigten Bildungsniveaus in einer einheitlichen Kennzahl (Ganzeboom et al. 1992). Der berufliche Status spiegelt damit gesellschaftliche Hierarchien und Positionen entlang der Berufe wider, die hoch mit Einkommen und Bildungsabschlüssen korrelieren.

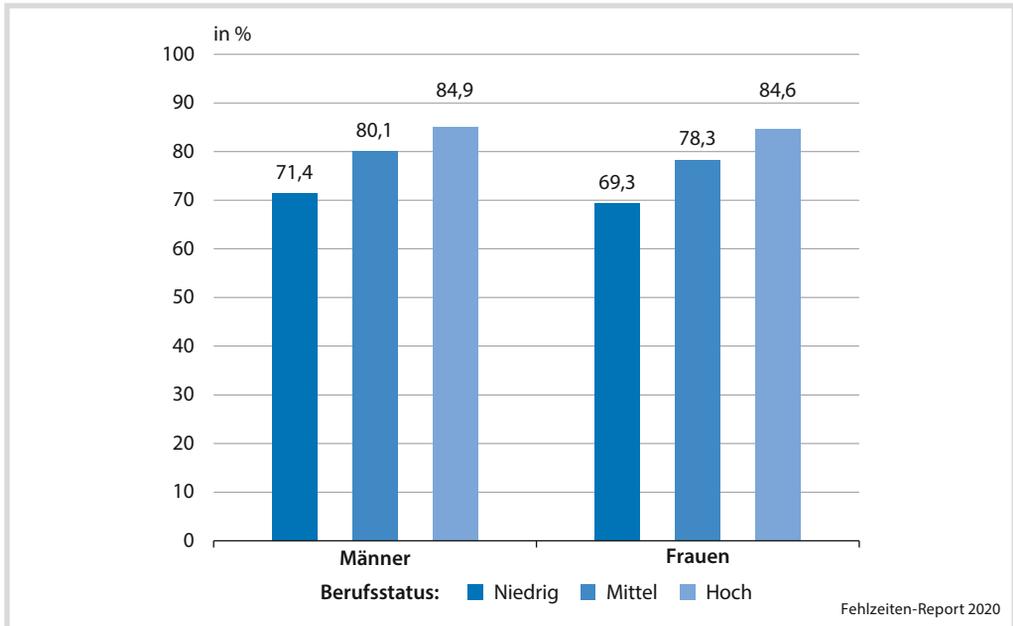
Im Folgenden werden die Gesundheitsindikatoren selbsteingeschätzter Gesundheitszustand, die Prävalenz einer depressiven Sympto-

matik sowie das Rauchverhalten, die mit psychischen Belastungen in Verbindung stehen, für Personen mit unterschiedlichem beruflichem Status verglichen. Für die eigenen Analysen wurden jeweils Daten der RKI-Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) ausgewertet. Die Befragung im Rahmen der Studie GEDA 2014/15-EHIS wurde zwischen November 2014 und Juli 2015 durchgeführt. Die vorliegenden Analysen beziehen sich auf $n = 7.769$ Männer und $n = 10.066$ Frauen im erwerbsfähigen Alter zwischen 18 und 64 Jahren. Sämtliche Auswertungen berücksichtigen das der Studie zugrunde liegende Stichprobendesign durch entsprechende Gewichtung, sodass die berichteten Ergebnisse für Deutschland repräsentativ sind.

Die Angaben zu den individuellen Berufen und beruflichen Tätigkeiten in GEDA 2014/15-EHIS basieren auf der Vercodung der Berufsangaben nach der „Klassifikation der Berufe des Statistischen Bundesamtes – KldB 2010“ (Loos et al. 2013). Diese Klassifikation erlaubt es, verschiedene berufliche Status- und Prestigeskalen zu kodieren, darunter der bereits erwähnte ISEI. Für die folgenden Analysen zum beruflichen Status wurde die ISEI-Skala in fünf Quintile eingeteilt. Das oberste Quintil mit den höchsten Werten des beruflichen Status repräsentiert die Gruppe mit hohem Berufsstatus. Das unterste Quintil stellt die Gruppe mit niedrigem Berufsstatus dar. Die drei mittleren Quintile bilden die Gruppe mit mittlerem Berufsstatus.

3.3.1 Berufsstatus und selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes hat sich in vielen Studien als robuster Indikator für die objektive gesundheitliche Lage erwiesen und gilt zudem als Prädiktor für die Mortalität (Idler und Benyamini 1997). Der Indikator misst mentale und physische Gesundheit zu etwa gleichen Teilen (Singh-Ma-



■ **Abb. 3.2** (Sehr) gute subjektive Gesundheit nach Berufsstatus und Geschlecht bei 18- bis 64-Jährigen. (Datenbasis: GEDA 2014/15-EHIS)

noux et al. 2006). Er eignet sich als Ausgangspunkt, um die Verteilung gesundheitlicher Zustände nach beruflichem Status zu untersuchen, weil diese von konkreten Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen, die mit spezifischen Belastungen und Erkrankungen in Zusammenhang stehen, losgelöst betrachtet werden können.

Für die folgende Analyse wird die Variable zur subjektiven Gesundheit dichotomisiert, indem der Anteil der Personen, die einen „sehr guten“ oder „guten“ Gesundheitszustand berichten, zusammengefasst und allen weiteren Kategorien („mittelmäßig“, „schlecht“, „sehr schlecht“) gegenübergestellt wird. Insgesamt bewerten 79,1 % der erwerbstätigen Männer und 77,3 % der erwerbstätigen Frauen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut.

■ **Abb. 3.2** zeigt deutliche Unterschiede im subjektiven Gesundheitszustand zwischen den Berufsstatusgruppen. Während etwa 71 % der Männer mit einem niedrigen Berufsstatus

ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzen, sind es bei Männern mit mittlerem Berufsstatus etwa 80 % und bei Männern mit hohem Berufsstatus knapp 85 %. Für Frauen zeigen sich bis auf wenige Prozentpunkte die gleichen Unterschiede zwischen den Berufsstatusgruppen. Die Parallelität der Anteile zwischen den Geschlechtern ist besonders beachtlich, da von geringerer Erwerbsbeteiligung und höherer Teilzeitbeschäftigung bei Frauen ausgegangen werden muss, was eine geringere Variation zwischen den Statusgruppen bei Frauen erwarten ließe (Bundesagentur für Arbeit 2018). Nach Kontrolle des Alters kann der soziale Gradient für den Zusammenhang zwischen beruflichem Status und allgemeinem Gesundheitszustand beziffert werden: Männer und Frauen der niedrigen Berufsstatusgruppe haben eine im Vergleich zur hohen Berufsstatusgruppe um etwa 2,5-fach erhöhte statistische Chance, zu den Menschen zu gehören, die weder gute noch sehr gute Gesundheit berichten. Im Vergleich der mittleren zur hohen

Berufsstatusgruppe liegt die entsprechende statistische Chance beim 1,6-Fachen (■ Tab. 3.1).

Eine Reihe von Studien hat außerdem einen deutlichen Zusammenhang zwischen beruflicher Position und subjektiver Gesundheit nachgewiesen und an beruflichen Klassifikationen festgemacht (Dragano et al. 2016; Hämmig und Bauer 2013; McNamara et al. 2017). Betrachtungen mit früheren Wellen der GEDA-Studien 2009 und 2010 zeigten, dass die Prävalenz eines selbst berichteten schlechten Gesundheitszustands bei Männern in einfachen manuellen Berufen, in einfachen Diensten und in Agrarberufen am höchsten lag (Burr et al. 2013). Unter den Frauen handelt es sich bei den am stärksten betroffenen Berufsgruppen ebenfalls um einfache manuelle Berufe und einfache Dienste sowie um qualifizierte manuelle Berufe. Ähnliche Ergebnisse finden sich bei Auswertungen der GEDA-Daten 2010 in Bezug auf psychisches Wohlbefinden. Berufsgruppen mit einem hohen Anteil an ungelern-ter oder gering qualifizierter Arbeit weisen im Vergleich zu Beschäftigten in qualifizierten und akademischen Berufen ein geringeres psychisches Wohlbefinden auf (Thielen und Kroll 2013).

3.3.2 Berufsstatus und psychische Erkrankungen

Neben sozialen Unterschieden im subjektiv berichteten Gesundheitszustand und psychischen Wohlbefinden finden sich auch Unterschiede für das Risiko psychischer Erkrankungen. Zwar gibt es bisher keine einheitliche, empirisch gestützte Theorie zur Entstehung psychischer Störungen und Depression, es besteht allerdings Konsens über ein multifaktorielles Zusammenwirken biologischer, psychischer und sozialer Faktoren (Wittchen et al. 2010). Im Rahmen dieses Zusammenspiels können psychosoziale Belastungsfaktoren wie der Tod einer geliebten Person, aber auch berufliche oder interaktionale Probleme am Arbeitsplatz als Auslöser einer depressiven Erkrankung fun-

gieren und in diese einmünden (Wittchen und Hoyer 2011). Dabei ist wichtig zu betonen, dass es nur bei einer geringen Anzahl von Personen, die von derartigen Belastungen betroffen sind, zum Ausbruch einer psychischen Erkrankung kommt. Zu den Auswirkungen des psychosozialen Arbeitsstress auf das Depressionsrisiko gibt es eine Reihe von Studien, die einen substantiellen Effekt finden (Angerer et al. 2014; Dragano et al. 2011; Rugulies et al. 2013; Siegrist 2013; Siegrist et al. 2012).

Zur Erfassung einer depressiven Symptomatik wurde in der Studie GEDA 2014/2015-EHIS die deutsche Version des Patient Health Questionnaire (PHQ-8) eingesetzt, ein Standardinstrument, mit dem die Symptome einer majoren Depression hinsichtlich der Häufigkeit ihres Auftretens in den letzten zwei Wochen beurteilt werden (Bretschneider et al. 2017; Kroenke et al. 2009).

Demnach liegt die Prävalenz einer aktuellen depressiven Symptomatik bei erwerbstätigen Frauen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren bei 10,7 %, die gleichaltriger erwerbstätiger Männer bei 7,1 %. Werden die Prävalenzen getrennt nach Berufsstatus betrachtet, zeigt sich bei Männern der unteren Berufsstatusgruppe eine mit knapp 9 % doppelt so hohe Prävalenz wie in der hohen Berufsstatusgruppe. In der mittleren Statusgruppe liegt sie bei knapp 8 % (■ Abb. 3.3). Auch bei den Frauen zeigen sich deutliche Unterschiede in der Prävalenz zwischen beruflichen Statusgruppen: In der unteren Berufsstatusgruppe liegt sie bei etwa 13 % und damit höher als in der hohen Berufsstatusgruppe bei etwa 8 %. Ein regressionsanalytischer Vergleich unter Kontrolle der Altersstruktur zeigt für Männer und Frauen eine um etwa 2-fach erhöhte statistische Chance für eine aktuelle depressive Symptomatik in der unteren gegenüber der oberen Berufsstatusgruppe (■ Tab. 3.1).

Die Unterschiede spiegeln die allgemeine Studienlage wider, die höhere Prävalenzen depressiver Symptomatik in niedrigeren beruflichen Positionen finden (Hoven et al. 2015; McNamara et al. 2017). Weitere Studien untersuchen die Stärke der Effekte von Stress-

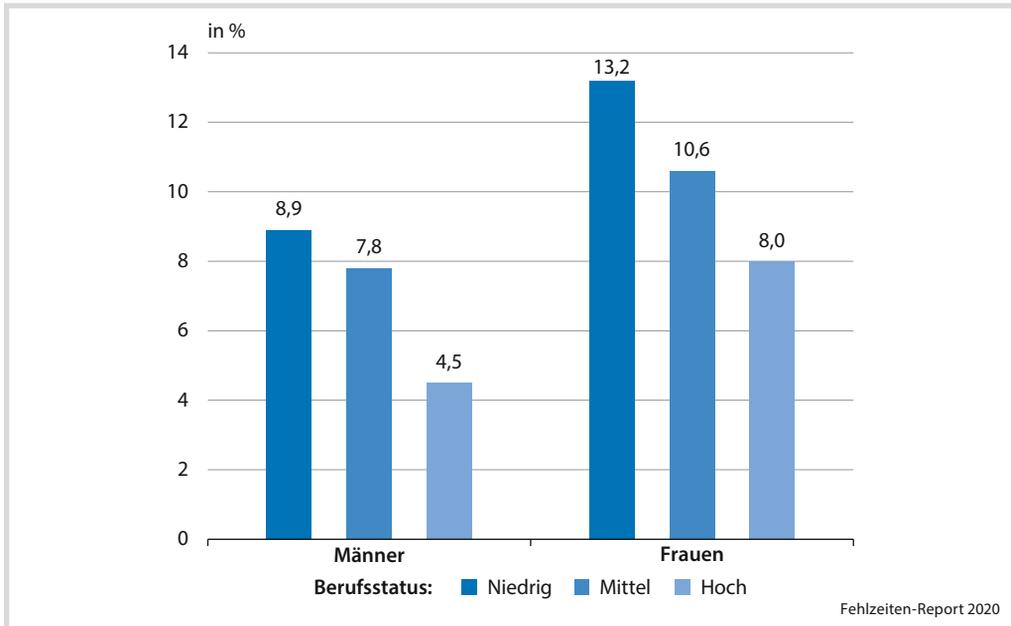
■ Tabelle 3.1 Gesundheitsindikatoren nach Berufsstatus und Geschlecht. Ergebnisse logistischer Regressionsanalysen, kontrolliert nach Alter. (Datenbasis: GEDA2014/15-EHIS)

Berufsstatus	Mittelmäßige/(sehr) schlechte subjektive Gesundheit		Depressive Symptomatik		Rauchen	
	OR	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)
Männer						
Niedrig	2,63***	(2,10–3,30)	2,04***	(1,41–2,94)	2,26***	(1,83–2,80)
Mittel	1,64***	(1,35–1,99)	1,75***	(1,27–2,42)	1,66***	(1,40–1,96)
Hoch	Ref.		Ref.		Ref.	
	N = 6.153		N = 6.097		N = 6.168	
Frauen						
Niedrig	2,43***	(1,94–3,05)	1,76***	(1,32–2,34)	2,20***	(1,80–2,69)
Mittel	1,55***	(1,28–1,87)	1,34*	(1,04–1,73)	1,67***	(1,40–1,98)
Hoch	Ref.		Ref.		Ref.	
	N = 7.429		N = 7.383		N = 7.443	
*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001 Fehlzeiten-Report 2020						

belastung am Arbeitsplatz auf die subjektive Gesundheit und auf Depressionen getrennt nach Statusgruppen. Auswertungen der Heinz-Nixdorf-Recall-Studie zeigen, dass sich Stressbelastungen in den unteren beruflichen Statusgruppen stärker auf das Depressionsrisiko und auf die subjektive Gesundheit auswirken als in den höheren beruflichen Statusgruppen (Wege et al. 2008). Ähnliche Befunde existieren für den Effekt psychosozialer Arbeitsbelastungen auf eine depressive Symptomatik mit Längsschnittdaten aus Dänemark: Auch hier wirkt sich Stress in den niedrigen Berufsstatusgruppen stärker negativ aus als in höheren beruflichen Positionen (Rugulies et al. 2013). Sowohl medierende als auch moderierende Effekte von Arbeitsbedingungen für den Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Position, meist gemessen über berufliche Positionen, und einer Vielzahl von Gesundheitsindikatoren können in einer Reihe weiterer Länder mit Längsschnittanalysen bestätigt werden (Hoven und Siegrist 2013).

3.3.3 Berufsstatus und Tabakkonsum

Dem Tabakkonsum wird eine zentrale Rolle bei der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten zugeschrieben. Die Tatsache, dass in sozial schlechter gestellten Bevölkerungsgruppen häufiger und stärker geraucht wird als in sozial begünstigten Bevölkerungsgruppen, ist vielfach dokumentiert (Hiscock et al. 2012; Huisman et al. 2005; Kuntz et al. 2016, 2018; Lampert et al. 2013b). Analog zu den bereits aufgezeigten sozialen Gradienten in der Verteilung der subjektiven Gesundheit und der depressiven Symptomatik werden auch bezüglich des Rauchverhaltens Mechanismen diskutiert, die Bedingungen der beruflichen Situation und Herausforderungen am Arbeitsplatz thematisieren (Kuntz et al. 2018). Rauchen gilt demnach als Copingstrategie für Ermüdungserscheinungen, fordernde Arbeitszeiten, den Umgang mit Gratifikationskrisen und Ar-



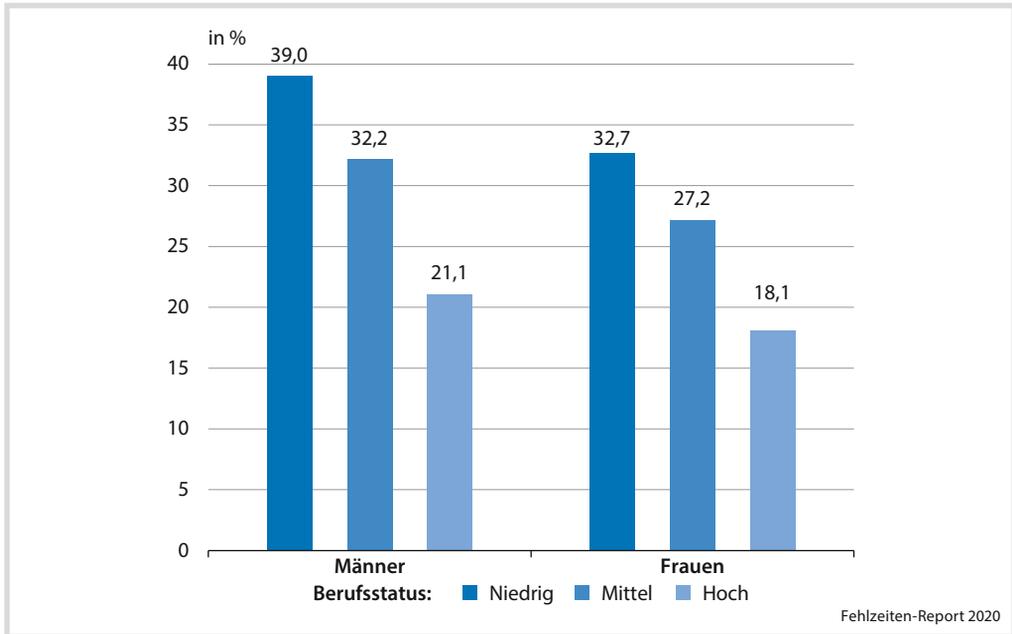
■ **Abb. 3.3** Depressive Symptomatik nach Berufsstatus und Geschlecht bei 18- bis 64-Jährigen. (Datenbasis: GEDA 2014/15-EHIS)

beitsplatzunsicherheit (Frost et al. 2009; Kouvonon et al. 2005; Peretti-Watel et al. 2009). Weiterhin ist das Rauchen mit berufsbedingtem Stress, etwa einer hohen Arbeitsmenge oder einem schnellen Arbeitstempo, assoziiert. Auch der wahrgenommene Handlungsspielraum scheint hier von Bedeutung: Je geringer die eigenen Kontrollmöglichkeiten über die Arbeit, desto häufiger wird geraucht (Hassani et al. 2014).

In GEDA 2014/15-EHIS werden diejenigen, die angeben, täglich oder gelegentlich zu rauchen, als aktuelle Raucher definiert (Zeiber et al. 2017). Demnach rauchen 31,4 % der erwerbstätigen Männer und 26,4 % der erwerbstätigen Frauen zwischen 18 und 64 Jahren. Während etwa 21 % der Männer bzw. 18 % der Frauen der hohen Berufsstatusgruppe rauchen, sind es in den niedrigen Berufsstatusgruppen 39 % der Männer und knapp 33 % der Frauen (■ Abb. 3.4). Die Ergebnisse der Regressionsanalysen zeigen für Männer und Frauen entsprechend sehr ähnliche berufsspezifische

Gradienten in den Rauchquoten. Männer und Frauen der unteren und mittleren Berufsstatusgruppen haben eine um etwa 2,2-fach bzw. 1,7-fach erhöhte statistische Chance zu Rauchen als die jeweilige obere Berufsstatusgruppe (■ Tab. 3.1).

Deutliche berufsgruppenspezifische Unterschiede in den Rauchquoten wurden in einer jüngeren Studie auf Basis von Daten des Mikrozensus dokumentiert (Kuntz et al. 2018). Während die Rauchquote in vorrangig akademisch geprägten Berufen, etwa in den Ingenieur-, Arzt-, Lehr- und juristischen Berufen im Jahr 2013 bei unter 15 % lag, rauchten in anderen, vor allem in manuellen Berufsgruppen oder gering qualifizierten Dienstleistungsberufen, fast die Hälfte der Erwerbstätigen. Am häufigsten rauchten Beschäftigte in der Abfallentsorgung, Reinigungskräfte, Hilfsarbeiter/-innen, Lkw- und Berufsfahrer/-innen sowie Beschäftigte im Verkauf und in der Gastronomie. Längsschnittliche Auswertungen zeigen zudem, dass die Unterschiede



■ **Abb. 3.4** Rauchquote nach Berufsstatus und Geschlecht bei 18- bis 64-Jährigen. (Datenbasis: GEDA 2014/15-EHIS)

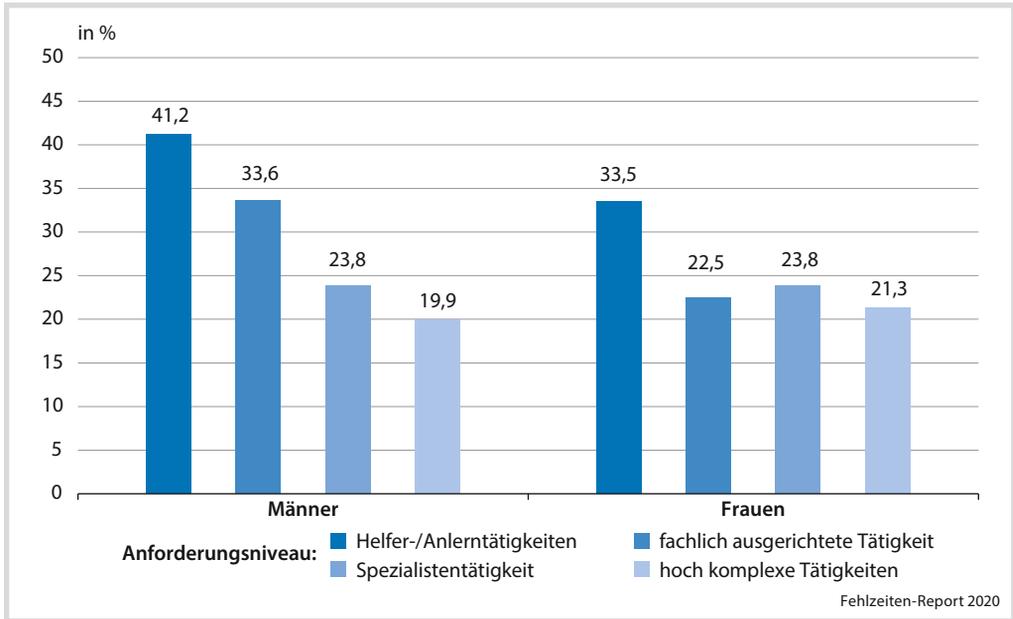
zwischen den Berufsstatusgruppen zwischen 1999 und 2013 zugenommen haben (Kuntz et al. 2018).

3.4 Gesundheitsbelastung und berufliches Anforderungsniveau

Viele nationale und internationale Studien belegen, dass Unterschiede in den Arbeitsbedingungen mit dem Auftreten von Krankheiten und Beschwerden sowie einem erhöhten Mortalitätsrisiko verbunden sind. Unterschiedliche Arbeitsbedingungen sind damit wesentliche Erklärungsfaktoren für gesundheitliche Ungleichheiten (Backé et al. 2012; Barnay 2016; Kivimäki et al. 2012; Kroh et al. 2012; Lohmann-Haislah 2012; Siegrist und Dragano 2006).

Die Studie GEDA 2014/2015-EHIS erfasst gesundheitliche Belastungen durch die Arbeit über folgende Frage: „Glauben Sie, dass Ihre

Gesundheit durch Ihre Arbeit gefährdet ist?“ Für die Auswertung wurden die Antwortmöglichkeiten „sehr stark“ und „stark“ zusammengefasst (Kroll et al. 2017a). Die Einschätzung der Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit lässt sich mit Hilfe des Klassifikationsschemas „Klassifikation der Berufe (KldB)“ des Statistischen Bundesamtes in Hinblick auf die mit den konkreten Berufen verbundenen Anforderungsniveaus beschreiben. So werden Berufe, die keine oder höchstens eine einjährige Berufsausbildung voraussetzen, als Helfer- und Anlernertätigkeiten kategorisiert. Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten setzen eine mindestens zweijährige berufliche Ausbildung oder langjährige Berufserfahrung voraus. Für komplexe Spezialistentätigkeiten wird mindestens eine Meister- oder Techniker Ausbildung oder entsprechende Berufserfahrung bzw. ein gleichwertiger Fachschul- oder Hochschulabschluss (Bachelor) erwartet. Die erhöhten Anforderungen in diesen Tätigkeiten gehen häufiger mit Fach- und Führungsaufgaben einher. Hochkomplexe Tätigkeiten schließlich erfordern in



■ **Abb. 3.5** Subjektive gesundheitliche Belastung durch die eigene Arbeit nach Anforderungsniveau im Beruf bei 18- bis 64-jährigen Vollzeitbeschäftigten. (Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS)

der Regel eine mindestens vierjährige Hochschulausbildung, manche berufliche Tätigkeiten auch eine Habilitation, Promotion oder das Staatsexamen (Paulus und Matthes 2013). Da der zeitliche Umfang der ausgeübten Tätigkeit von besonderer Bedeutung dafür ist, wie lange Erwerbstätige möglichen gesundheitsgefährdenden Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind (Dragano et al. 2016), wurden für die folgende Auswertung für eine bessere Vergleichbarkeit nur in Vollzeit beschäftigte Personen eingeschlossen.

Insgesamt schätzen 27,9 % der vollzeiterwerbstätigen Männer und 23,1 % der vollzeiterwerbstätigen Frauen im Alter von 18 bis 64 Jahren ihre Arbeit als stark bis sehr stark gesundheitsgefährdend ein. Insbesondere bei Männern lassen sich dabei Unterschiede nach dem jeweiligen Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit feststellen. Während Männer in Helfer- und Anlerntätigkeiten zu etwa 41 % ihre Arbeit als stark/sehr stark gesundheitsgefährdend beurteilen, sind es bei Männern mit fachlich ausgerichteten Tätigkeiten nur et-

wa 34 %. Bei Männern, die komplexe Spezialistentätigkeiten ausführen, beträgt der Anteil etwa 24 % und bei Männern in hoch komplexen Tätigkeiten knapp 20 %. Für Frauen ist dieser Unterschied weniger stark ausgeprägt: Etwa ein Drittel der Frauen in Helfer- und Anlerntätigkeiten gibt starke bis sehr starke gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen an, in den weiteren Gruppen sind die Anteile starker oder sehr starker gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen mit etwa 21–24 % ähnlich hoch (■ Abb. 3.5).

Die Ergebnisse korrespondieren mit Befunden der für Deutschland vorliegenden Daten des European Working Conditions Survey (EWCS), mit denen verschiedene Formen von Arbeitsbelastungen mit den beruflichen Positionen in Verbindung gebracht wurden. So zeigte sich, dass bei Männern und Frauen in manuellen und einfachen Angestelltenberufen physische und psychosoziale Arbeitsbelastungen deutlich häufiger vorkommen als in höher qualifizierten Berufsgruppen (Dragano et al. 2016).

Weiterführende, hier nicht ausgewiesene Auswertungen mit Daten der Studie GEDA 2014/15-EHIS zeigen, dass sich die aufgezeigten gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen nach Branchen unterscheiden (Kroll et al. 2017a). Demnach nehmen Männer im Personen- und Güterverkehr sowie im Baugewerbe ihre Arbeitsbedingungen besonders häufig als gesundheitsgefährdend wahr. Frauen berichten die höchste gesundheitliche Belastung im Gesundheits- und Sozialwesen und im Personen- und Güterverkehr. Erwerbstätige im Bereich der Dienstleistungen – wie etwa im Finanzsektor oder in den freiberuflichen Tätigkeiten – berichten dagegen deutlich seltener gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen. Eine Auswertung mit Daten aus einer früheren GEDA-Welle aus dem Jahr 2010 zeigt, dass sowohl Frauen als auch Männer aus einer Reihe unterschiedlicher Arbeitsbedingungen ein schlechtes Arbeitsklima als wichtigsten Grund der Gesundheitsgefährdung am Arbeitsplatz angeben. An zweiter Stelle folgte bei Frauen das Arbeiten unter Zeit- und Leistungsdruck und bei Männern belastende Umgebungsbedingungen (Kroll et al. 2011).

3.5 Regionale Unterschiede in der Gesundheitsbelastung durch die Arbeit

Verschiedene Studien zeigen auch auf regionaler Ebene Manifestationen sozialer Ungleichheit im Gesundheitszustand (Lampert und Kroll 2011; Lampert et al. 2019c). Basierend auf GEDA-2014/15-EHIS-Daten, die repräsentative Aussagen von Mittelwerten und Anteilen auf Ebene der Bundesländer erlauben, stellt  Abb. 3.6 Anteile der Beschäftigten in den Bundesländern dar, die die gesundheitliche Belastung am Arbeitsplatz als stark oder sehr stark einschätzen. Starke Gesundheitsbelastungen werden am häufigsten in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen berichtet (über 30 %). Es folgen Sachsen, Rheinland-Pfalz und Brandenburg. In

Hamburg und Niedersachsen liegen die Anteile starker Gesundheitsbelastung durch die Arbeit etwas über dem Bundesdurchschnitt von etwa 25 %. In Bayern, Baden-Württemberg, dem Saarland und Hessen, aber auch in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein ist der Anteil geringer (20 bis 25 %). Die regionalen Unterschiede in der gesundheitlichen Belastung durch die Arbeit spiegeln zu großen Teilen die regionalen Unterschiede wider, die auch in den jährlichen Fehlzeiten-Reporten dokumentiert sind. Darin wiesen zuletzt das Saarland, Brandenburg, Thüringen und Sachsen-Anhalt die höchsten Krankenstände auf, während diese in Hamburg, Bayern, Berlin und Baden-Württemberg, am geringsten ausfielen (Meyer et al. 2019).

Die bestehenden Ost-West-Unterschiede und das ebenfalls erkennbare Nord-Süd-Gefälle deuten auf strukturelle, die Wirtschaftskraft und regionalen Arbeitsmärkte betreffende Bedingungen hin, die auch in Zusammenhang mit gesundheitlichen Belastungen durch die Arbeit stehen.  Abb. 3.7 zeigt die Verteilung des German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) über die Bundesländer. Der GISD erfasst die Deprivation einer Region anhand aggregierter sozioökonomischer Merkmale der Gemeinde und Kreisebene, darunter die Arbeitslosenquote, die Schuldnerquote und der Anteil von Schulabgängern ohne Abschluss (Kroll et al. 2017b). Die Skala des GISD rangiert hier zwischen dem Wert 0, der dem GISD-Wert des Landkreises mit der geringsten Deprivation zugewiesen wird, und dem Wert 1 für den Landkreis mit dem höchsten GISD-Wert. Für die Bundesländer wurden die GISD-Werte der Landkreise und kreisfreien Städte bevölkerungsgewichtet auf Bundeslandebene aggregiert. In den ostdeutschen Bundesländern ist regionale sozioökonomische Deprivation besonders verbreitet: Die Kommunen in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen weisen dort die höchsten durchschnittlichen Deprivationswerte auf. Aber auch in den westdeutschen Bundesländern Saarland und Rheinland-Pfalz, in Teilen Nordrhein-Westfalens sowie in den ländlichen Regio-

3.5 · Regionale Unterschiede in der Gesundheitsbelastung durch die Arbeit

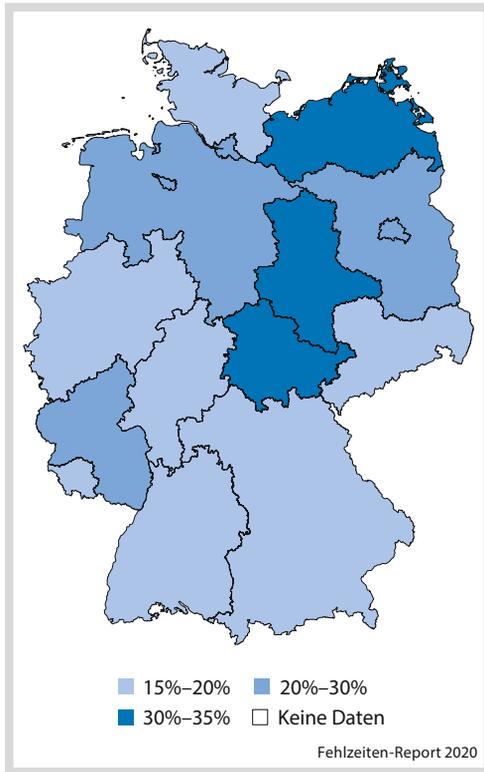


Abb. 3.6 Regionale Anteile (sehr) starker subjektiv empfundener Gesundheitsgefährdung unter 18- bis 64-jährigen Beschäftigten. (Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS)

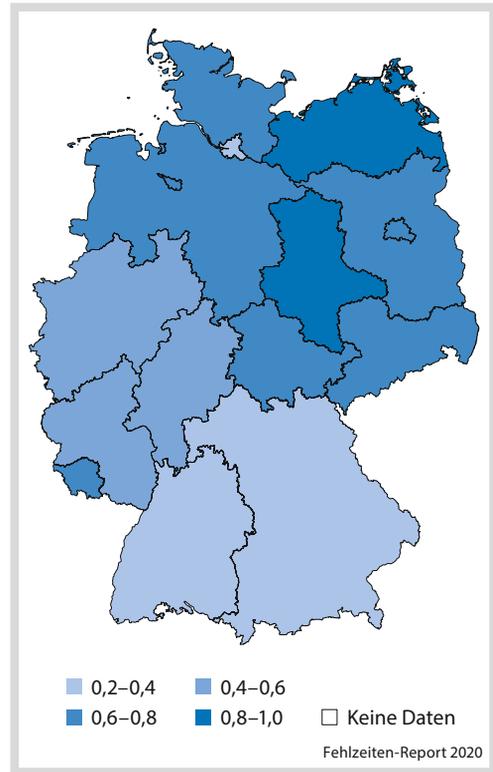


Abb. 3.7 Regionale sozioökonomische Deprivation auf Bundeslandebene gemessen am German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD). (Datenbasis: GISD 2014)

nen Norddeutschlands gibt es einige Landkreise mit hohen Deprivationswerten (Kroll et al. 2017b). Ein Vergleich der beiden Karten (Abb. 3.6 und 3.7) zeigt, wie das Muster der regionalen Verteilung der Arbeitsbelastung mit den GISD-Werten auf Bundeslandebene korrespondiert. Die Korrelation liegt bei $r = 0,68$. Die aufgezeigten Ost-West-Unterschiede stimmen außerdem mit Auswertungsergebnissen der Daten des International Social Survey Programme (ISSP) überein, laut denen die persönlichen Arbeitsbedingungen im Hinblick auf schwere körperliche Arbeit und Stress in Ostdeutschland schlechter eingeschätzt werden als in Westdeutschland (Bünning 2018, S. 190).

Kennzeichnend für die Strukturschwäche von Regionen, die als Auslöser sozioöko-

nomischer Deprivation der Bevölkerung gilt, sind die geringe Präsenz von Wirtschaftsbetrieben mit hoher und mittlerer Wertschöpfung in Kombination mit schlechten infrastrukturellen Voraussetzungen, wodurch die Beschäftigungsmöglichkeiten eingeschränkt sind (Bertelsmann-Stiftung 2019). Hohe Arbeitslosenquoten fallen in diesen Regionen oft mit der durch die Abwanderung von Facharbeiter/-innen und fehlenden Zuzug ausgelösten ungünstigen Altersstruktur der Bevölkerung zusammen (Gärtner 2015). Die regionalen Disparitäten in der Altersstruktur der Beschäftigten liefern eine Teilerklärung für Unterschiede im Krankenstand (Meyer et al. 2019). Studien zeigen außerdem, dass die durchschnittliche psychosoziale Belastung unter älteren Beschäf-

tigten mit befristetem Arbeitsvertrag und in der Landwirtschaft am höchsten ist (Siegrist et al. 2009). Ländliche Regionen und Gegenden, die besonders vom Strukturwandel betroffen sind, wie das Ruhrgebiet, leiden besonders unter den beschriebenen Symptomen und liefern somit eine Erklärung für die regionale Verteilung subjektiv berichteter Arbeitsbelastungen.

3.6 Diskussion

In den letzten Jahrzehnten haben sich soziale Ungleichheiten in Deutschland weiter verfestigt oder sogar ausgeweitet. Die Literatur hat die Abhängigkeit guter Gesundheit und hoher Lebenserwartung von Einkommen und Bildung vielfach belegt (Lampert et al. 2019a, 2017). Der vorliegende Beitrag hat darüber hinaus deutlich gemacht, dass sich diese Ungleichheiten auch entlang des beruflichen Status manifestieren. Die präsentierten empirischen Befunde zeigen, dass statusniedrige Personen nicht nur monetär benachteiligt sind, sondern auch aufgrund ihrer Berufe und ihrer Arbeitsplatzbedingungen die höhere gesundheitliche Last tragen. Werden Arbeitsbelastungen und Zufriedenheit bei der Arbeit in unterschiedlichen Lohngruppen (Bruttostundenlohn) betrachtet, zeigt sich, dass sowohl die körperlichen und psychosozialen Arbeitsbelastungen als auch die Unzufriedenheit mit der eigenen Tätigkeit für Beschäftigte in der niedrigen Lohngruppe am höchsten ist (Lampert et al. 2018). Darüber hinaus sind die Möglichkeiten, dieser doppelten Benachteiligung entgehen zu können, in den niedrigen Statusgruppen am geringsten, denn Personen in der niedrigsten Berufsstatusgruppe haben aufgrund ihrer insgesamt geringeren Chancen am Arbeitsmarkt kaum Spielraum, Jobs oder Berufe mit schlechten Arbeitsbedingungen zu verlassen und in solche mit besseren Arbeitsbedingungen zu wechseln, um Gesundheitsrisiken zu vermeiden. In einer gerechten Gesellschaft sollte es möglich sein, soziale Teilhabe

und die Sicherung eines Mindeststandards an Lebensqualität durch Erwerbsarbeit ohne persönliche Einbußen in der Gesundheit zu realisieren. Der Hinweis auf die doppelte Benachteiligung unterstreicht die Notwendigkeit, präventive Maßnahmen auf die Hochrisikogruppe der Beschäftigten in niedrigen beruflichen Positionen auszurichten.

Die gesundheitliche Ungleichheit zu verringern ist eine zentrale Herausforderung für Public Health und Gesundheitspolitik. Um sich dieser Herausforderung stellen zu können, ist ein besseres Verständnis der Mechanismen und Prozesse erforderlich, die dazu beitragen, dass sich die gesundheitliche Ungleichheit auch unter veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen reproduziert. Für die sozialen Unterschiede in Lebenserwartung und Gesundheit sind dabei eine Vielzahl von Faktoren der Lebenswelt bedeutsam, die den Lebensstandard und Fragen der sozialen Sicherung, die Wohnbedingungen und das Wohnumfeld, die soziale Integration und gesellschaftliche Teilhabe, den Lebensstil und das Gesundheitsverhalten sowie auch die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems – und zwar sowohl der medizinischen und pflegerischen als auch der präventiven und gesundheitsfördernden Angebote und Leistungen – betreffen (Lampert et al. 2019b, 2016; Mielck 2000). Der Arbeitswelt mit ihrer berufsbezogenen Stratifizierungswirkung kommt eine besondere Bedeutung zu. Denn hier treffen Zugangschancen für Arbeitsmärkte, monetäre Entlohnung und sonstige Gratifikationsmöglichkeiten mit körperlichen und psychischen Belastungen zusammen und strukturieren Lebens- und Gesundheitschancen in besonderer Weise. Die Ergebnisse dieses Beitrags stehen im Einklang mit einer Vielzahl weiterer Studienergebnisse, die die Wichtigkeit der vermittelnden Rolle von Arbeitsbelastungen für den Zusammenhang beruflicher Positionen mit der Gesundheit betonen, darunter vor allem Arbeitsbedingungen, die in niedrigen Berufspositionen häufiger vorzufinden sind, wie geringe Handlungsspielräume, ein Missverhältnis zwischen Verausgabung und Belohnung, größere Arbeitsplatz-

unsicherheit oder stärkere physische Belastungen (für einen Überblick siehe Dragano et al. 2016). Erklärungsmodelle wie das „Anforderungs-Kontroll-Modell“ (Kain und Jex 2010) oder das „Modell beruflicher Gratifikationskrisen“ (Siegrist und Theorell 2006) stellen wichtige Grundlagen für ein umfassendes Verständnis über die Zusammenhänge zwischen diesen Faktoren dar.

Literatur

- Angerer P, Gündel H, Siegrist K (2014) Stress: Psychosoziale Arbeitsbelastung und Risiken für kardiovaskuläre Erkrankungen sowie Depression. [Stress: psychosocial work load and risks for cardiovascular disease and depression. *Dtsch Med Wochenschr* 139(24):1315–1320]
- Backé E-M, Seidler A, Latza U, Rossnagel K, Schumann B (2012) The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health* 85(1):67–79
- Barnay T (2016) Health, work and working conditions: a review of the European economic literature. *Eur J Health Econ* 17(6):693–709
- Bertelsmann-Stiftung (2019) Kommunalen Finanzreport 2019. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Bretschneider J, Kuhnert R, Hapke U (2017) Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. *J Health Monit* 2(3):81–88
- Brüssig M, Schulz ES (2019) Soziale Unterschiede im Mortalitätsrisiko. IAQ-Report 06
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg) (2018) Blickpunkt Arbeitsmarkt – Die Arbeitsmarktsituation von Frauen und Männern 2017. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg
- Bünning M (2018) Subjektive Wahrnehmung von Arbeitsbedingungen. Datenreport – Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S 185–193
- Burr H, Kersten N, Kroll LE, Hasselhorn HM (2013) Selbstberichteter allgemeiner Gesundheitszustand nach Beruf und Alter in der Erwerbsbevölkerung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 56(3):349–358
- Dragano N (2007) Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frührenten: Zusammenhänge aus theoretischer und empirischer Sicht. Springer, Berlin Heidelberg
- Dragano N, Siegrist J, Wahrendorf M (2011) Welfare regimes, labour policies and unhealthy psychosocial working conditions: a comparative study with 9917 older employees from 12 European countries. *J Epidemiol Community Health* 65(9):793–799
- Dragano N, Wahrendorf M, Müller K, Lunau T (2016) Arbeit und gesundheitliche Ungleichheit. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 59(2):217–227
- European Commission (Hrsg) (2013) Health inequalities in the EU – Final report of a consortium. European Commission Directorate-General for Health and Consumers, Brussels
- Frost P, Kolstad HA, Bonde JP (2009) Shift work and the risk of ischemic heart disease—a systematic review of the epidemiologic evidence. *Scand J Work Environ Health* 35(3):163–179
- Ganzeboom H, De Graaf P, Treiman D (1992) A standard international Socio-economic index of occupational status. *Soc Sci Res* 21(1):1–56
- Gärtner S (2015) Alte Räume und neue Alte: Lebensentwürfe, Chancen und Risiken. In: Fachinger U, Künemund H (Hrsg) *Gerontologie und ländlicher Raum: Lebensbedingungen, Veränderungsprozesse und Gestaltungsmöglichkeiten*. Springer, Wiesbaden, S 167–183
- Grabka MM, Goebel J, Liebig S (2019) Wiederanstieg der Einkommensungleichheit: Aber auch deutlich steigende Realeinkommen. *DIW-Wochenbericht* 86(19):343–353
- Hämmig O, Bauer GF (2013) The social gradient in work and health: a cross-sectional study exploring the relationship between working conditions and health inequalities. *BMC Public Health* 13:1170
- Hassani S, Yazdanparast T, Seyedmehdi SM, Ghaffari M, Attarchi M, Bahadori B (2014) Relationship of occupational and non-occupational stress with smoking in automotive industry workers. *Tanafos* 13(2):35
- Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafò M (2012) Socioeconomic status and smoking: a review. *Annals NY Acad Sci* 1248(1):107–123
- Hoven H, Siegrist J (2013) Work characteristics, socioeconomic position and health: a systematic review of mediation and moderation effects in prospective studies. *Occup Environ Med* 70(9):663–669
- Hoven H, Wahrendorf M, Siegrist J (2015) Occupational position, work stress and depressive symptoms: a pathway analysis of longitudinal SHARE data. *J Epidemiol Community Health* 69(5):447–452
- Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP (2005) Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. *Prev Med* 40(6):756–764
- Idler EL, Benyamini Y (1997) Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 38(1):21–37
- Kain J, Jex S (2010) Karasek’s (1979) job demands-control model: a summary of current issues and recommendations for future research. In: Perrewé PL, Ganster DC (Hrsg) *New developments in theoretical and conceptual approaches to job stress*. Emerald Group Publishing Limited, Bingley, S 237–268

- 3
- Kibe EU, Jasilionis D, Shkolnikov VM (2013) Widening socioeconomic differences in mortality among men aged 65 years and older in Germany. *J Epidemiol Community Health* 67(5):453–457
- Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD, Fransson EI, Heikkilä K, Alfredsson L, PD-Work Consortium I, et al (2012) Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet* 380(9852):1491–1497
- Kouvonen A, Kivimäki M, Virtanen M, Pentti J, Vahtera J (2005) Work stress, smoking status, and smoking intensity: an observational study of 46190 employees. *J Epidemiol Community Health* 59(1):63–69
- Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JBW, Berry JT, Mokdad AH (2009) The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord* 114(1):163–173
- Kroh M, Neiss H, Kroll LE, Lampert T (2012) Menschen mit hohem Einkommen leben länger. *DIW-Wochenbericht* 79(38):3–15
- Kroll LE, Lampert T (2008) Soziale Unterschiede in der Lebenserwartung: Möglichkeiten auf Basis des Sozio-ökonomischen Panels. *SOEP Papers on Multidisciplinary Panel Data Research*
- Kroll LE, Müters S, Dragano N (2011) Arbeitsbelastungen und Gesundheit. *GBE kompakt* 2(5). Robert Koch-Institut, Berlin
- Kroll LE, Müters S, Schumann M, Lampert T (2017a) Wahrnehmung gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen in Deutschland. *J Health Monit* 2(4):124–129
- Kroll LE, Schumann M, Hoebel J, Lampert T (2017b) Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland. *J Health Monit* 2(2):103–120
- Kuntz B, Zeiher J, Hoebel J, Lampert T (2016) Soziale Ungleichheit, Rauchen und Gesundheit. *Suchttherapie* 17:115–123
- Kuntz B, Kroll LE, Hoebel J, Schumann M, Zeiher J, Starker A, Lampert T (2018) Zeitliche Entwicklung berufsgruppenspezifischer Unterschiede im Rauchverhalten von erwerbstätigen Männern und Frauen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 61(11):1388–1398
- Lahelma E, Martikainen P, Laaksonen M, Aittomäki A (2004) Pathways between socioeconomic determinants of health. *J Epidemiol Community Health* 58(4):327–332
- Lampert T, Kroll LE (2011) Regionalisierung von Gesundheitsindikatoren. Ergebnisse aus der GEDA-Studie 2009. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 55(2):129–140
- Lampert T, Kroll LE, Dunkelberg A (2007) Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. *Polit Zeitgesch* 42:11–18
- Lampert T, Kroll LE, Müters S, Stolzenberg H (2013a) Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 56(1):131–143
- Lampert T, von der Lippe E, Müters S (2013b) Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 56(5–6):802–808
- Lampert T, Richter M, Schneider S, Spallek J, Dragano N (2016) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 59(2):153–165
- Lampert T, Hoebel J, Kuntz B, Müters S, Kroll LE (2017) Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS*. RKI DESTATIS, Berlin
- Lampert T, Kroll LE, Kuntz B, Hoebel J (2018) Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends. *J Health Monit* 3(S1)
- Lampert T, Hoebel J, Kroll LE (2019a) Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland. *Aktuelle Situation und Trends*. *J Health Monit* 4(1):3–15
- Lampert T, Hoebel J, Kuntz B, Waldhauer J (2019b) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Haring R (Hrsg) *Gesundheitswissenschaften*. Springer, Berlin Heidelberg, S 155–164
- Lampert T, Müters S, Kuntz B, Dahm S, Nowossadeck E (2019c) 30 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der Gesundheit der Bevölkerung Deutschlands. *J Health Monit* 4(S2)
- Lohmann-Haislah A (2012) *Stressreport Deutschland 2012*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Dortmund
- Loos C, Eisenmenger M, Bretsch D (2013) Das Verfahren der Berufskodierung im Zensus 2011. *Wirtsch Stat* 3:173–184
- Luy M, Wegner-Siegmund C, Wiedemann A, Spijker J (2015) Life expectancy by education, income and occupation in Germany: estimations using the longitudinal survival method. *Comp Popul Stud – Zeitschrift Für Bevölkerungswiss* 40(4):339–436
- McNamara CL, Toch-Marquardt M, Balaj M, Reibling N, Eikemo TA, Bambra C (2017) Occupational inequalities in self-rated health and non-communicable diseases in different regions of Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health* 27(1):27–33
- Meyer M, Maisuradze M, Schenkel A (2019) Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2018 – Überblick. In: Badura B, Ducki A, Schröder H et al (Hrsg) *Fehlzeiten-Report 2019: Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen*. Springer, Berlin Heidelberg, S 413–477

- Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit.: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Huber, Bern
- Morschhäuser M, Ertel M, Lenhardt U (2010) Psychische Arbeitsbelastungen in Deutschland: Schwerpunkte-Trends-betriebliche Umgangsweisen. WSI-Mitteilungen 63(7):335–342
- Paulus W, Matthes B (2013) Klassifikation der Berufe. Struktur, Codierung, Umsteigeschlüssel. FDZ-Methodenreport 2013/08. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg
- Peretti-Watel P, Constance J, Seror V, Beck F (2009) Working conditions, job dissatisfaction and smoking behaviours among French clerks and manual workers. *J Occup Environ Med* 51(3):343–350
- Richter M, Hurrelmann K (2016) Soziologie von Gesundheit und Krankheit. VS, Wiesbaden
- Rommel A, Varnaccia G, Lahmann N, Kottner J, Kroll LE (2016) Occupational injuries in Germany: Population-wide national survey data emphasize the importance of work-related factors. *PLoS ONE* 11(2)
- Rugulies R, Aust B, Madsen IE, Burr H, Siegrist J, Bultmann U (2013) Adverse psychosocial working conditions and risk of severe depressive symptoms. Do effects differ by occupational grade? *Eur J Public Health* 23(3):415–420
- Siegrist J (2013) Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Störungen. *Nervenarzt* 84(1):33–37
- Siegrist J, Dragano N (2006) Berufliche Belastungen und Gesundheit. *Kölner Zeitschrift Für Soziologie Sozialpsychologie Sonderh* 46:109–124
- Siegrist J, Theorell T (2006) Socio-economic position and health. In: Marmot M, Siegrist J (Hrsg) *Social inequalities in health: new evidence and policy implications*. Oxford University Press, Oxford, S 73–100
- Siegrist J, Dragano N, Wahrendorf M (2009) Psychosoziale Arbeitsbelastungen und Gesundheit bei älteren Erwerbstätigen. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
- Siegrist J, Lunau T, Wahrendorf M, Dragano N (2012) Depressive symptoms and psychosocial stress at work among older employees in three continents. *Global Health* 8(1):27
- Singh-Manoux A, Martikainen P, Ferrie J, Zins M, Marmot M, Goldberg M (2006) What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. *J Epidemiol Community Health* 60(4):364–372
- Thielen K, Kroll LE (2013) Alter, Berufsgruppen und psychisches Wohlbefinden. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 56:359–366
- Wege N, Dragano N, Erbel R, Jockel KH, Moebus S, Stang A, Siegrist J (2008) When does work stress hurt? Testing the interaction with socioeconomic position in the Heinz Nixdorf Recall Study. *J Epidemiol Community Health* 62(4):338–341
- Wittchen H-U, Hoyer J (2011) *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg
- Wittchen H-U, Jacobi F, Kloese M, Ryl L (2010) Themenheft 51 „Depressive Erkrankungen“. Robert Koch-Institut, Berlin
- Zeher J, Kuntz B, Lange C (2017) Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. *J Health Monit* 2(2):59–65



Gesundheit und (Geschlechter-) Gerechtigkeit in der Arbeitswelt

Nadine Pieck

Inhaltsverzeichnis

- 4.1 Gerechtigkeit und soziale Ungleichheit – 51**
- 4.2 Was ist Gerechtigkeit? – 51**
 - 4.2.1 Verteilungs- und Tauschgerechtigkeit – 52
 - 4.2.2 Verfahrensgerechtigkeit und Interaktionsgerechtigkeit – 53
 - 4.2.3 Anerkennung und Verteilung – 53
- 4.3 Diskriminierungsverbot – 54**
 - 4.3.1 Unmittelbare Diskriminierung – 54
 - 4.3.2 Mittelbare Diskriminierung – 54
 - 4.3.3 Belästigung und sexuelle Belästigung – 55
- 4.4 Ungleicher Zugang zu Machtquellen – 55**
 - 4.4.1 Ungleiche Verteilung ökonomischer Chancen – 56
 - 4.4.2 Ungleiche Verteilung politischer Ressourcen – 56
 - 4.4.3 Ungleiche Verteilung der Distinktionsmacht – 56
 - 4.4.4 Zusammenfassung – 58
- 4.5 Was hat Gerechtigkeit mit Gesundheitsmanagement zu tun? – 58**
 - 4.5.1 Ungleiche Verteilung von Belastungen und Ressourcen im Betrieb – 58

4.5.2 Verfahrens- und Interaktionsgerechtigkeit im
Gesundheitsmanagement – 60

4.5.3 Partizipation als Weg zu gesundheitlicher
Chancengleichheit – 61

4.6 Fazit – 65

Literatur – 66

■ Zusammenfassung

Gerechtigkeit und Gesundheit in der Arbeitswelt orientieren sich an einer gerechten Verteilung von Belastungen und Ressourcen sowie an einer Verfahrensgerechtigkeit, die allen Beschäftigten eine Teilhabe an Aushandlungs- und Entscheidungsprozessen ermöglicht und dabei auch eine Lebensweltperspektive einbezieht. Im betrieblichen Gesundheitsmanagement lassen sich z. B. Konstellationen von Belastungen und Ressourcen durch entgeltliche Erwerbsarbeit und unentgeltliche Sorgearbeit berücksichtigen, die sich nach wie vor systematisch für Frauen und Männer unterscheiden. Die Gestaltung partizipativer Prozesse bietet Chancen, die Verfahrensgerechtigkeit zu erhöhen und die Interessen und Bedarfe bisher marginalisierter Gruppen zu berücksichtigen. Durch eine dialogorientierte Kommunikation erfahren Beteiligte zudem Anerkennung und Wertschätzung als Gesundheitsressource.

4.1 Gerechtigkeit und soziale Ungleichheit

Gerechtigkeit und Gesundheit in der Arbeitswelt sind untrennbar mit Fragen der sozialen Ungleichheit verknüpft. Wer gesundheitliche Chancengleichheit fördern will, kommt nicht umhin, sich mit der Frage zu beschäftigen, ob und über welche Mechanismen Gesundheit bzw. Gesundheitschancen ungleich verteilt sind und ob dies als legitim – gerecht – zu bewerten ist oder nicht. Was als gerecht gilt, ist seit jeher ein mit harten Bandagen umkämpftes Gebiet. Ihren prominentesten Ausdruck findet diese Auseinandersetzung in arbeitspolitischen Kämpfen um Lohn und Arbeitsbedingungen. Welche Deutung sich temporär durchsetzt, hängt nicht zuletzt von vorherrschenden Macht- und Herrschaftsverhältnissen ab. Was jeweils als gerecht gilt, hat einen historischen und kulturellen Kern und ist beeinflusst von gesellschaftlichen Strukturen und Prozessen sowie der sozialen Position der Individuen

in einem jeweils spezifischen Kontext (Liebig und Sauer 2016, S. 38).

Mit Blick auf Gerechtigkeit und Gesundheit im Arbeitsleben wird im Weiteren der Frage nachgegangen, wie sich ein gerechtes Gesundheitsmanagement im Betrieb konzipieren lässt. Welche normativen Orientierungspunkte können herangezogen werden? Wie lässt sich Gerechtigkeit rahmen und mit den Handlungsanforderungen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement verbinden?

Mit sozialer Ungleichheit ist das Thema Gerechtigkeit verbunden, weil es bei Gerechtigkeit vor allem um die Verteilung von Ressourcen und Lasten in einer Gesellschaft geht. Von sozialer Ungleichheit lässt sich sprechen, wenn gesellschaftlich wertvolle Güter (oder Belastungen) systematisch und regelmäßig ungleich verteilt sind und sich somit die Lebens- und Teilhabechancen der verschiedenen Gruppen unterscheiden (Hradil 2016). Ob es sich hierbei um Benachteiligung/Diskriminierung handelt, hängt davon ab, ob die soziale Ungleichheit auf legitime Weise zustande kommt, etwa durch erbrachte Leistung. Was als legitim gilt, ist wiederum eng verbunden mit gesellschaftlichen Vorstellungen von Gerechtigkeit.

4.2 Was ist Gerechtigkeit?

Welche Verfahren und Kriterien als gerecht eingestuft werden und wie dies durch gesellschaftliche Strukturen beeinflusst wird, ist Gegenstand der soziologischen Gerechtigkeitsforschung (Liebig und Sauer 2016). Diese befasst sich als empirische Wissenschaft mit auftretenden Phänomenen (hier Gerechtigkeitsvorstellungen) und versucht diese zu erklären, u. a. wie sie entstehen oder welche Auswirkungen sie haben. Empirisch lassen sich grundlegende Kriterien für Gerechtigkeit finden:

- Gleichbehandlung: Jede Person wird unter gleichen Umständen gleich behandelt
- Unparteilichkeit/Fairness: Im Falle eines Interessenkonflikts wird nach Regeln ver-

fahren, die aus einer unparteilichen Perspektive für alle Parteien akzeptabel sind

- Beachtung legitimer Ansprüche: Die Personen sollten entsprechend ihrer Leistung belohnt werden (Liebig und Sauer 2016, S. 37)

4

4.2.1 Verteilungs- und Tauschgerechtigkeit

Neben den grundlegenden Prinzipien lassen sich jedoch je nach Gesellschaft und Kontext verschiedenen Prinzipien und Vorstellungen von Gerechtigkeit finden.

Ein Großteil der Forschung befasst sich mit der Verteilung von Leistungen am Beispiel von Entgelten, Renten oder Sozialleistungen. Für Lasten werden zum Beispiel Steuern herangezogen. In Abhängigkeit vom jeweilig wohlfahrtsstaatlichen Regime gibt es unterschiedliche Orientierungen an den Prinzipien

- Gleichheit (equality)
- Anspruch (entitlement)
- Bedürfnis (need)
- Leistung- oder Tauschprinzip (equity)

Als weitere Prinzipien der Gerechtigkeit sind

- Teilhabe- und Chancengerechtigkeit (Liebig 2010, S. 25),
- Orientierung am Gemeinwohl (produktivistische Gerechtigkeit, wer etwas für das Gemeinwohl leistet, soll ebenfalls belohnt werden),
- globale Gerechtigkeit und
- Generationengerechtigkeit (Hradil 2010, S. 56) von Bedeutung.

An welchen Prinzipien sich Individuen und Gruppen orientieren, hängt davon ab, wie die Individuen in einer Gesellschaft oder Organisation positioniert sind. Denn mit der jeweiligen sozialen Positionierung sind unterschiedliche Lebensbedingungen, Einschränkungen und Chancen verbunden, aus denen entsprechend unterschiedliche Bedarfe und Interessen resultieren.

Gleichzeitig lernen Individuen, wie z. B. in einem Unternehmen Entscheidungen getroffen werden und anhand welcher Gerechtigkeitsvorstellungen Konflikte über die Verteilung von Belastungen und Ressourcen gelöst werden (Liebig und Sauer 2016, S. 45). Sie lernen also je nach eigener Positionierung und Kontext, welche Gerechtigkeitsvorstellungen gelten, und prägen tendenziell Gerechtigkeitsvorstellungen aus, die für sie nützlich erscheinen. So sprechen sich Personen mit geringem Status eher für das Gleichheitsprinzip aus, während sich Personen mit einem hohen Status eher für das Leistungsprinzip aussprechen (Liebig und Sauer 2016, S. 52).

Neben der Positionierung spielt zudem die Art der Beziehung zwischen den Parteien eine Rolle für die präferierten Gerechtigkeitsprinzipien. In langfristigen und engen Beziehungen wie der Familie werden Prinzipien bevorzugt, die sich an Gleichheit und Bedarfen orientieren, in kurzfristigen und konkurrenzorientierten Beziehungen (marktorientiert) werden Leistungsprinzipien bevorzugt, in hierarchischen Beziehungen liegt der Fokus auf erworbenen Ansprüchen. Die jeweiligen Prinzipien wirken zudem auf die Art der Beziehung zurück (Liebig und Sauer 2016, S. 50).

Die Art der Beziehung der Individuen und Gruppen zueinander und die Gerechtigkeitsvorstellungen sind mit Herrschaftsbeziehungen bzw. Herrschaftsverhältnissen verknüpft. Diese umfassen Über- und Unterordnungsverhältnisse, etwa in der Ständegesellschaft, hierarchischen Organisationen oder im Geschlechterverhältnis. Die jeweils geltenden Gerechtigkeitsprinzipien sind demnach nicht neutral oder objektiv, sondern stützen die bestehenden Verhältnisse und spiegeln Interessen der jeweiligen Gruppen wider. Wessen Vorstellungen sich durchsetzen, ist am Ende eine Frage der Macht.

4.2.2 Verfahrensgerechtigkeit und Interaktionsgerechtigkeit

Unabhängig von den sozialen Kontexten und Institutionen gelten Gerechtigkeitsprinzipien, die sich auf Verfahren und Entscheidungsprozesse beziehen. Individuen akzeptieren durchaus für sie unvorteilhafte Ergebnisse, wenn diese durch einen fairen Entscheidungsprozess zustande gekommen sind. Entscheidend dafür ist, welche Werte in ihm zum Ausdruck kommen, ob sich das Individuum darin als zugehöriges Mitglied der Gruppe erkennt und ob seine individuellen Interessen und Bedarfe Berücksichtigung finden (Liebig und Sauer 2016, S. 52). Im Wesentlichen geht es darum, ob Individuen Einfluss auf Entscheidungsprozesse über die Verteilung von Lasten und Gütern nehmen können.

Prozesse gelten dann als fair, wenn

- die für Betroffene relevanten Gesichtspunkte berücksichtigt werden,
- die Verfahren offen für ein Maximum an Informationen sind und neu auftretende Gesichtspunkte berücksichtigt werden,
- einzelne Personen oder Gruppen nicht bevorzugt oder benachteiligt werden,
- die Möglichkeit besteht, sich zu beteiligen und Einsprüche möglich sind,
- entsprechende Öffentlichkeit hergestellt und das Verfahren öffentlich kontrollierbar ist und Korrekturen möglich sind (Liebig 2010, S. 17).

Die Herstellung von Verfahrensgerechtigkeit ist ein zentraler Ansatzpunkt für die Gestaltung des betrieblichen Gesundheitsmanagements.

4.2.3 Anerkennung und Verteilung

Aus einer philosophischen Perspektive schlägt Nancy Fraser als leitende Prinzipien für Gerechtigkeit ein zweidimensionales Konzept vor, das sich an Anerkennung und Verteilung orientiert. Sie setzt sich kritisch mit einem Dis-

kurs über die Anerkennung von Unterschiedlichkeit, wie sie vor allem im Kontext von Diversity Management gefordert wird, auseinander (Fraser 2009).

Fraser geht davon aus, dass sich Subjektivität in der wechselseitigen Anerkennung der Subjekte konstituiert, in einer (idealen) Beziehung, in der die Subjekte einander als ihresgleichen und voneinander verschieden anerkennen. Eine Verweigerung von Anerkennung (Diskriminierung) führt zu einer Verzerrung der Beziehung zum eigenen Selbst und einer Beschädigung der eigenen Identität. Anerkennung bedeutet nach Fraser die Anerkennung der Person als vollwertigen Partner in der sozialen Interaktion, nicht die Anerkennung einer bestimmten Identität. „Diskriminierung bedeutet dementsprechend nicht Abwertung und Deformierung von Gruppenidentitäten, sondern soziale Unterordnung – die Verhinderung gleichrangiger Teilnahme am sozialen Leben“ (Fraser 2009, S. 206). Fraser definiert Anerkennung damit als eine Frage des Status. So spricht sie sich gegen ein identitäres Modell der Anerkennung aus, das Gefahr läuft, Zwang auf die Gruppenmitglieder auszuüben, sich den in der Gruppe bestehenden Verhältnissen unterzuordnen – z. B. bestehenden patriarchalen Ansprüchen gegenüber Frauen. Fraser kritisiert am Identitätsmodell, dass dessen Vertreterinnen und Vertreter darauf setzten, die eigene Identität in einem Monolog mit sich selbst, also eben nicht im Dialog mit dem Gegenüber, zu definieren. Eine solche identitäre Orientierung fördere keine Toleranz, sondern Verdinglichung von Gruppeneigenschaften, Intoleranz, Separatismus, Autoritarismus etc. (Fraser 2009, S. 202).

Für das Gesundheitsmanagement im Betrieb bedeutet dies, sich von Diversitykonzepten oder Forderungen zu verabschieden, die ausschließlich auf Anerkennung kultureller Unterschiede von Personengruppen im Betrieb abzielen. Vielmehr ginge es um eine gleichberechtigte Teilhabe am Dialog und an Aushandlungsprozessen, z. B. über Arbeitsbedingungen (Pieck 2017).

Die zweite Gerechtigkeitsdimension Frasers ist die Verteilung von Belastungen und Ressourcen. Diese sind in der gegenwärtigen Gesellschaft ungleich verteilt, mit Tendenz zur wachsenden sozialen Ungleichheit (Aulenbacher et al. 2017). Fraser argumentiert, dass in den aktuellen Diskussionen um die Anerkennung von Identitäten der Aspekt der Verteilung (Distribution) aus dem Blick gerate. Die Verteilung von Belastungen und Ressourcen, die dahinterstehenden Mechanismen und der Status von Personen beeinflussen sich jedoch wechselseitig. Gerechtigkeit lasse sich nur durch die Berücksichtigung beider Dimensionen herstellen. Die systematisch ungleiche Verteilung von Ressourcen (z. B. Entgelt) ist u. a. durch ungleiche Zugangsbedingungen sowie sozial ungleich verteilte Leistungsvoraussetzungen bedingt. Zudem sind die Kriterien, nach denen Ressourcen und Belastungen verteilt werden, nicht neutral, sondern bevorzugen manche Gruppen und benachteiligen andere. Bestehende Statusunterordnungen und eine ungleiche Verteilung stabilisieren sich wechselseitig.

➔ In Bezug auf die Geschlechter gilt in unserer heutigen Gesellschaft, dass Frauen und Männer gleichberechtigt sind und nicht wegen ihres Geschlechts schlechter gestellt oder bevorzugt werden dürfen. Überlegenheitsansprüche von Männern gegenüber Frauen sind – zumindest was die rechtlich kodifizierten Normen betrifft – nicht mehr salonfähig. Besteht eine soziale Ungleichheit fort, etwa in einem *gender pay gap* von 21 % zwischen Frauen und Männern (Hobler et al. 2020), ist dies legitimationsbedürftig. Dem geltenden Diskriminierungsverbot (siehe unten) entsprechend ist zu prüfen, wie soziale Ungleichheiten zustande kommen und ob bzw. wie sie sich legitimieren lassen. Der Blick auf die Mechanismen, über die soziale Ungleichheit hergestellt wird, lässt erkennen, ob die entstandenen Ungleichheiten als legitim oder als unzulässige Benachteiligung bzw. Diskriminierung zu bewerten sind. Im Gesundheitsmanagement kann hieran gut angeknüpft werden, indem

von der tätigkeitsbezogenen Analyse ausgegangen und diese um die Verteilung von Belastungen und Ressourcen im Betrieb und in anderen Lebenszusammenhängen ergänzt wird. Die Anerkennung des Einzelnen kann durch eine konsequente Partizipation und Förderung von Dialog im Gesundheitsmanagement gestärkt werden.

4.3 Diskriminierungsverbot

Das Grundgesetz sowie das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) können als normative Grundlage für die Anforderungen an Gerechtigkeit herangezogen werden. Das Grundgesetz verlangt die Gleichstellung von Frauen und Männern sowie eine aktive Mitwirkung des Staates an der Beseitigung von bestehenden Benachteiligungen. Das AGG verbietet unmittelbare und mittelbare Benachteiligung sowie Formen der Belästigung aufgrund von Geschlecht, Rasse/ethnischer Herkunft, Religion oder Weltanschauung, Behinderung, Alter und sexueller Identität.

4.3.1 Unmittelbare Diskriminierung

Eine unmittelbare Benachteiligung liegt vor, „wenn eine Person wegen eines in § 1 genannten Grundes eine weniger günstige Behandlung erfährt, als eine andere Person in einer vergleichbaren Situation erfährt, erfahren hat oder erfahren würde.“ (§ 3 (1) AGG)

Formen der unmittelbaren Diskriminierung setzen direkt am Geschlecht an, etwa wenn Frauen bestimmte Berufe vorenthalten bleiben oder ihnen das Studium verwehrt wird.

4.3.2 Mittelbare Diskriminierung

Eine mittelbare Benachteiligung liegt vor, „wenn dem Anschein nach neutrale Vorschrif-

ten, Kriterien oder Verfahren Personen wegen eines in § 1 genannten Grundes gegenüber anderen Personen in besonderer Weise benachteiligen können (...)" (§ 3 (2) AGG), es sei denn, die betreffenden Vorschriften, Kriterien oder Verfahren sind durch ein rechtmäßiges Ziel gerechtfertigt – und die Mittel zur Erreichung des Ziel sind angemessen und erforderlich. Mittelbare Diskriminierung liegt beispielsweise vor, wenn Teilzeitbeschäftigte von der Betriebsrente ausgeschlossen sind, da von dieser Regelung überwiegend Frauen nachteilig betroffen sind (Schiek 2011, S. 53).

4.3.3 Belästigung und sexuelle Belästigung

Zudem definiert das Gesetz Belästigung als weitere unzulässige Benachteiligung: „Eine Belästigung ist eine Benachteiligung, wenn unerwünschte Verhaltensweisen, die mit einem in § 1 genannten Grund in Zusammenhang stehen, bezwecken oder bewirken, dass die Würde der betreffenden Person verletzt und ein von Einschüchterungen, Anfeindungen, Erniedrigungen, Entwürdigungen oder Beleidigungen gekennzeichnetes Umfeld geschaffen wird.“ (§ 3 (3) AGG)

Eine sexuelle Belästigung liegt vor, „wenn ein unerwünschtes, sexuell bestimmtes Verhalten, wozu auch unerwünschte sexuelle Handlungen und Aufforderungen zu diesen, sexuell bestimmte körperliche Berührungen, Bemerkungen sexuellen Inhalts sowie unerwünschtes Zeigen und sichtbares Anbringen von pornografischen Darstellungen gehören, bezweckt oder bewirkt, dass die Würde der betreffenden Person verletzt wird, insbesondere wenn ein von Einschüchterungen, Anfeindungen, Erniedrigungen, Entwürdigungen oder Beleidigungen gekennzeichnetes Umfeld geschaffen wird.“ (§ 3 (4) AGG) Sexuelle Belästigung oder herabwürdigendes Verhalten haben gesundheitlich negative Auswirkungen für die Betroffenen (Nienhaus et al. 2015; Okechukwu et al. 2013) und führen zudem zu Benachtei-

ligungen in anderen Dimensionen (Meschkutat und Holzbecher 2011) und sollten ein Handlungsfeld des Gesundheitsmanagements sein.

4.4 Ungleicher Zugang zu Machtquellen

Um einschätzen zu können, ob eine Diskriminierung vorliegt, ist also zu prüfen, wie eine ungleiche Verteilung von Belastungen und Ressourcen zustande kommt und ob dies legitim ist. Dabei ist u. a. zu klären, ob die Gruppen jeweils über sozial bedingt unterschiedliche Voraussetzungen verfügen, die es erschweren, die als neutral geltenden Leistungsanforderungen zu erfüllen. Gleichzeitig ist zu prüfen, ob die von ihnen erbrachten Leistungen überhaupt angemessen bewertet werden. Von Letzterem hängt insbesondere die Ausstattung mit Ressourcen wie Entgelt ab.

Ebenso lässt sich bei der Verfahrensgerechtigkeit fragen, welche Personengruppen ihre Interessen nicht einbringen können bzw. wessen Interessen Berücksichtigung finden und wer Einfluss auf die Gestaltung ihrer/seiner Lebensbedingungen nehmen kann.

Die Verfahrensgerechtigkeit setzt formal voraus, dass Personen als vollwertige Mitglieder anerkannt sind und über die Verfahren und Kriterien mitbestimmen können. Die formale Zugehörigkeit zu einer Gruppe, z. B. als Bürgerin, entscheidet darüber, ob Personen überhaupt zum *Leistungsparcours* (Schwinn 2008, S. 31) zugelassen sind, also Anrecht auf Leistungen haben, oder über politische Ressourcen (z. B. Mitbestimmungsrechte) verfügen.

Schwinn argumentiert mit Blick auf bestehende Ungleichheitslagen, dass diese u. a. durch die ungleiche Verteilung von Machtquellen zu erklären sind, die je nach Konstellation konkret zu analysieren sind. „Soziale Ungleichheitsbildung vollzieht sich über drei konvertierbare Machtressourcen, kulturelle Deutungs- bzw. Distinktionsstrategien, politische Macht und ökonomische Chancen“ (Schwinn

2008, S. 36). Klasse, Ethnie und Geschlecht, um hier drei der zentralen Kategorien zu benennen, anhand derer sich soziale Ungleichheiten ausdifferenzieren, sind nach Schwinn nicht die primäre Ebene der Ungleichheit, sondern setzen sich aus ökonomischen, symbolisch-kulturellen und politischen Dimensionen sozialer Ungleichheit zusammen.

Die Verteilung der unterschiedlichen Ressourcen kann zu einer kumulierenden Strukturierung sozialer Ungleichheit führen oder zu einer kompensierenden bzw. überkompensierenden Strukturierung. So führt eine verbesserte Bildungs- und Arbeitsmarktintegration von Frauen zu besseren ökonomischen (z. B. finanziellen) Ressourcen, Erwerb von Kompetenzen und kommunikativer Vernetzung zu einer höheren Konfliktfähigkeit und damit Durchsetzungskraft ihrer Interessen. Hier liegt eine kompensierende Strukturierung vor. Ähnlich wie bei der Entwicklung neuer Formen von Männlichkeit, bei denen sich ökonomisch gut situierte weiße Männer das Geschlechtsbild des „soften Mannes“ leisten, weil sie in den anderen beiden Dimensionen bereits privilegiert sind. Zu Überkompensation kommt es z. B., wenn eine ethnische und klassenmäßige Unterprivilegierung zu einer übersteigerten Betonung des männlichen Status gegenüber Frauen führt (Schwinn 2008, S. 37). Dies ist verbunden mit einer Abwertung von Frauen sowie einem erhöhten Risiko von (sexualisierter) Gewalt gegenüber Frauen (BMFSFJ 2014, S. 32).

4.4.1 Ungleiche Verteilung ökonomischer Chancen

Der Zugang zu ökonomischen und zu politischen Ressourcen ist an rechtliche Voraussetzungen gebunden, etwa an die Anerkennung von Bildungsabschlüssen aus dem Ausland, die Staatsbürgerschaft oder an die Art der Integration durch die aufnehmende Gesellschaft. Eng damit verknüpft ist der Zugang zum und die Positionierung am Arbeitsmarkt. Mit einer

schlechten sozioökonomischen Lage sind wiederum schlechtere Gesundheitschancen verbunden, etwa aufgrund prekärer bzw. schlechter Arbeitsbedingungen (Brzoska et al. 2010). Für eine ungleiche Verteilung von Belastungen und Ressourcen zwischen den Geschlechtern ist insbesondere die geschlechtstypisierende Arbeitsteilung maßgeblich. Dies wird im ► Abschn. 4.5.1.1 noch mal aufgegriffen.

4.4.2 Ungleiche Verteilung politischer Ressourcen

Aufgrund der nach wie vor bestehenden Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern und einem nach Geschlecht vertikal und horizontal segregierten Arbeitsmarkt sowie der damit verbundenen Unterrepräsentanz von Frauen in Führungspositionen und auch in den Betriebsratsgremien (Hobler et al. 2020, S. 39) kann davon ausgegangen werden, dass im Kontext Arbeitswelt (hier Erwerbsarbeit) eine Marginalisierung von Frauen und deren Interessen und Bedarfen im betrieblichen Kontext besteht. Ähnliches gilt für andere Gruppen wie Menschen mit Migrationshintergrund, die relativ zu ihrem Anteil z. B. an der Arbeitnehmer-schaft ebenfalls in Entscheidungsfunktionen unterrepräsentiert sind. Die politischen Machtressourcen (Repräsentanz in politischen bzw. Entscheidungsgremien) sind damit ungleich verteilt.

4.4.3 Ungleiche Verteilung der Distinktionsmacht

Im Kontext der Geschlechter- und Diversityforschung ist darauf verwiesen worden, dass es die dominante Gruppe ist, die ihre Maßstäbe, Relevanzsetzungen und Situationsdeutung durchsetzt (Krell und Sieben 2011). Nach Bourdieu (1997) festigt sich ein Herrschaftsverhältnis auch über die symbolische Ordnung, in der sich dominante und dominierte Gruppe

(bei Bourdieu Männer und Frauen) die Sicht der dominanten Gruppe (Männer) auf die Welt und auf die Frauen teilen. Bourdieu spricht von symbolischer Gewalt (Bourdieu 1997; Kraus 2011). Demnach kommen nicht nur in den Strukturen, Prozessen und Routinen bestehende Macht- bzw. Herrschaftsverhältnisse und Interessen zum Ausdruck, sondern auch in den verfügbaren Wahrnehmungs-, Deutungs- und Bewertungsmustern einer Gesellschaft. Gesellschaftliche Arrangements und Deutungsmuster stabilisieren sich wechselseitig, Goffman spricht von institutioneller Reflexivität (Goffman 1994, S. 40).

Im Bereich der Distinktionsmacht spielen gesellschaftliche Bedeutungs- und Bewertungsmuster eine Rolle: Schwinn (2008) führt hier ein Experiment an, in dem ein türkischstämmiger Geschäftsmann ein Gespräch mit einem deutschen Bettler führt. Der Bettler kann, nachdem er den türkischen Akzent des Gegenübers bemerkt, seine ökonomische Unterlegenheit kompensieren, indem er sich auf den höheren ethnischen Status beruft. Die Ressource, sich auf eine vermeintlich ethnische Überlegenheit berufen zu können, steht dem türkischstämmigen Geschäftsmann in diesem Kontext nicht zur Verfügung. Ihm wird Anerkennung als gleichwertiges Subjekt verwehrt. Schwinn (2008) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass erst die „Unterschichtung“ der türkischen Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter in Deutschland und die damit verbundene klassenbezogene Unterprivilegierung ethnische Grenzziehungsprozesse gefördert hat.

Um sich auf die Idee der eigenen nationalen, ethnischen oder männlichen Überlegenheit berufen zu können, müssen die damit verbundenen Statusüberzeugungen (*status beliefs*) im kulturellen Repertoire verankert sein. Damit können sich dominierte Gruppen nicht in gleicher Weise auf Deutungsmuster beziehen, die sie in ihrem Status aufwerten. Im schlimmsten Fall herrschen Deutungsmuster vor, die sie in ihrer Würde und Menschlichkeit verletzen, sie stigmatisieren oder sogar der Verfolgung aussetzen.

Die bestehenden Deutungsmuster spielen auch für die Bewertung eines als gerecht empfundenen Lohns eine Rolle. Für die Beurteilung werden Vergleichsprozesse bemüht. Individuen vergleichen sich mit für sie bedeutsamen anderen. Dabei spielt Status (*status beliefs*) eine Rolle. Statusüberzeugungen regulieren, welche Gruppe als Referenzgruppe überhaupt in Frage kommt.

Als Dimensionen, nach denen sich Vergleichsprozesse strukturieren lassen, gelten

- strukturelle Bedingungen wie Nähe und Bedeutsamkeit der Referenzperson/-gruppe
- Ähnlichkeit in relevanten Charakteristiken
- Motivation für den Vergleich (Liebig und Sauer 2016, S. 54)

Geschlechtsbezogene Statusüberzeugungen sind ein eigenständiger Faktor, der Vergleichsprozesse zwischen Individuen und Gruppen strukturiert. So vergleichen sich Männer in Frauenberufen nicht mit anderen Frauen dieses Berufes, sondern eher mit Durchschnittsverdiensten anderer Männer in anderen Berufen. Frauen vergleichen sich eher mit Frauen in der eigenen Berufsgruppe (Kruphölter et al. 2015, S. 19). Dies lässt sich mit der Konstruktion von Männlichkeit erklären. Für die Bildung der männlichen Identität ist die Abgrenzung vom Weiblichen und von „Unmännlichem“ ein zentraler Aspekt (Meuser 2006; Bourdieu 1997). Für Frauen ist die Abgrenzung gegenüber Männern nicht in gleicher Weise relevant. Dies zeigt sich u. a. in Studien zur Grenzziehungsarbeit (*boundary work*), die stärker von Männern ausgeht (Hofbauer 2006).

Gleichzeitig verhindert die Segregation des Arbeitsmarktes nach Geschlecht den Vergleich von Tätigkeiten und deren Bewertung. Wer sich in einem unterbewerteten Segment bewegt und sich mit Personen in diesem Feld vergleicht, kann die Unterbewertung der eigenen Tätigkeit nicht erkennen. Dazu bräuchte es einen Vergleich mit anderen Segmenten: Es gibt Berufe und Tätigkeitsbereiche, die männer- bzw. frauendominiert sind (horizontale Segregation). Zudem dominieren Männer in

den Führungs- und Managementebenen (vertikale Segregation) (BMFSFJ 2017, S. 92). Damit einher geht eine unterschiedliche Bewertung der Tätigkeiten. Für die diskriminierungsfreie Bewertung von Arbeit und deren Entlohnung gilt, dass gleiches Entgelt für gleiche und *gleichwertige* Arbeit zu zahlen ist (Schiek 2011; Winter 1998). Von Frauen dominierte Tätigkeiten und Berufsgruppen sind dabei oft unterbewertet, da die zugrunde liegenden Bewertungsverfahren und Maßstäbe nicht diskriminierungsfrei gestaltet sind (Schiek 2011; Winter 1998). So werden beispielsweise unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe für verschiedene Tätigkeitsbereiche herangezogen oder Kriterien nicht diskriminierungsfrei ausgelegt. Eine Unterbewertung der eigenen Arbeit lässt sich im Falle einer solchen mittelbaren Diskriminierung nur durch den Vergleich mit *gleichwertigen* Tätigkeiten (Winter 1998) erkennen, nicht durch Vergleiche mit *gleichen* Tätigkeiten.

So vergleichen sich Ingenieure mit andern Ingenieuren, aber nicht mit Ärzten oder Bibliothekaren. Die Unterbewertung der Tätigkeit der Diplom-Bibliothekarin (FH) im Vergleich zum Diplom-Ingenieur (FH) kann nur durch einen Vergleich über die Berufs- bzw. Tätigkeitsbereiche hinweg erkannt werden (Krell et al. 2001). Damit ist die Identifikation der Unterbewertung von Tätigkeiten, die von Frauen ausgeübt werden, durch den nach Geschlecht segregierten Arbeitsmarkt erschwert (Kruphölter et al. 2015) und durch geschlechtsbezogene Statusüberzeugungen legitimiert.

4.4.4 Zusammenfassung

Die bestehenden Strukturen, Wahrnehmungs-, Deutungs- und Bewertungsmuster einer Gesellschaft stabilisieren sich wechselseitig. Vorherrschende Bilder über den Wert von Frauen und Männern, Menschen mit und ohne Migrationshintergrund, mit heterosexueller oder homosexueller Orientierung etc. stehen den einen als Ressource zur Verfügung, während für an-

dere aus diesen Vorstellungen Belastungen resultieren. Bestehende Strukturen wie ein nach Tätigkeit und Geschlecht segregierter Arbeitsmarkt und ungleiche Verteilung der Sorgearbeit statten die Gruppen mit unterschiedlichen Lasten, Rechten und Ressourcen aus. Damit einher gehen ungleiche Gesundheitschancen und Möglichkeiten, auf die eigenen Bedingungen der Gesundheit Einfluss zu nehmen.

4.5 Was hat Gerechtigkeit mit Gesundheitsmanagement zu tun?

Gerechtigkeitsfragen sind unter dem Aspekt von Gender Mainstreaming bzw. Diversity Management für das Betriebliche Gesundheitsmanagement diskutiert und zum Teil mit unterschiedlichen Schwerpunkten versehen worden. Für den Bereich der Geschlechtergerechtigkeit und einzelne Diversityaspekte liegen einige Arbeiten vor, die Handlungsschwerpunkte benennen und entsprechende Vorgehensweisen empfehlen (Weg und Stolz-Willig 2014; Nielbock und Gümbel 2012; Pieck 2017; Schröder 2016).

4.5.1 Ungleiche Verteilung von Belastungen und Ressourcen im Betrieb

Für die Dimension Geschlecht ist die ungleiche Verteilung von Belastungen im Betrieb unter dem Aspekt von Sicherheit und Gesundheit relativ gut untersucht worden, zu anderen Merkmalen, etwa Migrationshintergrund, liegen noch vergleichsweise wenige Daten vor (Faller und Becker 2019).

4.5.1.1 Ungleiche Verteilung nach Geschlecht

Exemplarisch sollen Fragen der Gerechtigkeit und Gesundheit im Arbeitsleben insbesondere am Beispiel Geschlecht aufgezeigt werden.

4.5 · Was hat Gerechtigkeit mit Gesundheitsmanagement zu tun?

Eine unterschiedliche Verteilung von Belastungen und Ressourcen ergibt sich insbesondere aus folgenden Aspekten:

- Die geschlechtstypisierende Arbeitsteilung in Beruf und Familie und die widersprüchliche Strukturierung der Erwerbs- und Privatsphäre führen zu unterschiedlichen Belastungs- und Ressourcenkonstellationen für Frauen und Männer. Ein erheblicher Teil der Belastungen resultiert aus den ausgeübten Tätigkeiten (Laaksonen et al. 2010; The Swedish Work Environment Authority 2015). Durch die bestehende Segregation des Arbeitsmarktes nach Geschlecht arbeiten Frauen und Männer in verschiedenen Branchen und üben unterschiedliche Tätigkeiten aus. Damit gehen systematisch unterschiedliche Belastungen einher. Gleichzeitig sind nach wie vor Frauen überwiegend für Sorgearbeit in der Familie zuständig und sind damit anderen Zeitzwängen, Mehrfachbelastungen und widersprüchlichen Anforderungen (Becker-Schmidt und Knapp 2000, S. 55) ausgesetzt; somit verfügen sie gleichzeitig über weniger Erholungsmöglichkeiten und weniger Ressourcen (Voß 2004). Die vertikale Segregation des Arbeitsmarktes nach Geschlecht hat zudem zur Folge, dass Frauen häufiger über weniger Handlungs- und Entscheidungsspielräume verfügen als Männer. So können Frauen z. B. seltener über Pausenzeiten und Arbeitsmengen bestimmen. Führungskräfte verfügen über mehr Handlungsspielräume als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Frauen sind in Führungspositionen unterrepräsentiert (Lohmann-Haislah 2012, S. 71 f.).

Häufig werden ihnen auch weniger Ressourcen gewährt als ihren männlichen Kollegen (Hofmeister und Hohmann 2011). Dies betrifft auch das Entgelt: Frauen verdienen im Schnitt in Deutschland immer noch 21 % weniger als Männer (Schrenker und Zucco 2020). Ein Teil des Entgeltunterschiedes geht auf die Teilzeitbeschäftigung von Frauen zurück, ein anderer

Teil auf die Unterbewertung von frauendominierten Tätigkeiten und ein verbleibender Prozentsatz von 13 % (Hinz und Gartner 2005) auf unmittelbare Diskriminierung wegen des Geschlechts.

- Gleichzeitig arbeiten Frauen häufiger als Männer in Teilzeit, woraus andere Expositionszeiten resultieren, die sich risikomindernd auswirken (Faller und Becker 2019, S. 82).
- Andererseits wirken sich Teilzeit und geringfügige Beschäftigung nachteilig auf Aufstiegschancen aus und tragen zum Risiko der Altersarmut von Frauen bei (BMFSFJ 2008, 2017).
- Hegemoniale Formen der Männlichkeit (Wedgwood und Connell 2010; Meuser 2006) haben unterschiedliche Folgen für die Geschlechter. Frauen und Männer, die nicht dem Männlichkeitsideal entsprechen, werden ausgegrenzt und abgewertet. Das wettbewerbsorientierte Männlichkeitsbild fördert zudem risikoaffines Verhalten. Fehler, Schwächen und Entwicklungspotenziale werden von Männern eher verdrängt als offen thematisiert und bearbeitet (Nielbock und Gümbel 2012, S. 183).
- Frauen sind stärker von Belästigung, abwertendem Verhalten und sexueller Gewalt betroffen (BMFSFJ 2017, S. 80). Aber auch Männer, die als homosexuell oder als „unmännlich“ wahrgenommen werden, sind von Belästigung und Gewalt betroffen (Kocher und Porsche 2015, S. 10 f.).

4.5.1.2 Ungleiche Verteilung aufgrund anderer Merkmale

Die Frage, ob und wie Belastungen und Ressourcen systematisch ungleich auf Personengruppen verteilt sind, lässt sich auch auf andere Unterscheidungsmerkmale übertragen, etwa auf Herkunft, sexuelle Orientierung oder Alter. Die dahinterstehenden Mechanismen unterscheiden sich jedoch und sind jeweils konkret zu untersuchen. Zudem sind die einzelnen Diskriminierungsmerkmale und -mechanismen miteinander verknüpft. So ist

bei der Frage nach potenziellen Benachteiligungen von Menschen mit Migrationshintergrund selbstverständlich auch hier davon auszugehen, dass Frauen und Männer sehr unterschiedlich betroffen sein können. So dürften etwa Debatten um das Kopftuch für Frauen eine gänzliche andere Bedeutung und Tragweite haben als für Männer. Mit dem Prozess der Akkulturation (kulturelle Einführung in die Mehrheitskultur) und der Integration in die aufnehmende Gesellschaft sind spezifische Belastungen verbunden und Ressourcen fallen weg bzw. müssen erst wiederaufgebaut werden. Damit einher gehen neue und zahlreiche Anforderungen an die migrierenden Personen und dies ist mitunter mit Akkulturationsstress (Erfahrung von Diskriminierung, Verlust von sozialer Unterstützung etc.) verbunden (Berry 1997).

4.5.1.3 Zusammenfassung

Ein gerechtes Betriebliches Gesundheitsmanagement müsste auf die Identifikation strukturell bedingter Verteilungen von Belastungen und Ressourcen achten und die jeweils konkreten Konstellationen von Belastungen und Ressourcen in den Blick nehmen und gewährleisten, dass die relevanten Kontexte, Belastungen und Ressourcen aus Sicht der betroffenen Gruppen erfasst und berücksichtigt werden. Dem stehen jedoch als selbstverständlich erachtete Wahrnehmungs-, Deutungs- und Bewertungsmuster und Interessen bisher privilegierter Gruppen sowie oftmals ökonomische Verwertungsinteressen entgegen (Faller und Becker 2019, S. 87).

4.5.2 Verfahrens- und Interaktionsgerechtigkeit im Gesundheitsmanagement

Mit Blick auf die Verfahrens- und Interaktionsgerechtigkeit im Betriebliches Gesundheitsmanagement ist festzuhalten, dass Frauen durch ihre Stellung in der betrieblichen Hierarchie nach wie vor in Entscheidungsgremien unter-

repräsentiert sind. Sowohl als Führungskräfte als auch in der Interessenvertretung (Hobler et al. 2020). Aber auch mit Blick auf die Fachkräfte im Arbeits- und Gesundheitsschutz, wie Fachkraft für Arbeitssicherheit (FaSi) oder Sicherheitsbeauftragte, sind Frauen unterrepräsentiert (Fokuhl 2009). Dies hängt zum Teil mit den technisch ausgerichteten Anfängen des Arbeitsschutzes zusammen. Für die Tätigkeit als Sicherheitsfachkraft war ein technisches Studium Voraussetzung, in welchem Frauen bis heute unterrepräsentiert sind. Erst nach und nach gewinnen andere disziplinäre Zugänge an Bedeutung und psychosoziale Belastung sowie psychische Erkrankungen etablieren sich als Handlungsfelder eines betrieblichen Arbeitsschutzes bzw. Gesundheitsmanagements. Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist als Handlungsfeld im Betrieblichen Gesundheitsmanagement angekommen, wenngleich dies immer noch eher Frauen adressiert.

Mit der historischen Unterrepräsentanz von Frauen in Entscheidungspositionen und im Arbeitsschutz ging auch eine Marginalisierung der für den weiblichen Lebenszusammenhang relevanten Belastungen und Ressourcen einher. Auch die widersprüchliche Verschränkung von Erwerbsarbeit und unentgeltlicher Sorgearbeit in der Familie wurde vernachlässigt. Im Selbstverständnis der Akteure begreift sich der Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Regel als geschlechtsneutral, während er gemessen am Stand der Geschlechterforschung eher als geschlechtsinsensibel bzw. androzentrisch zu bewerten ist. So sind beispielsweise die Regelungsdichte und Schutzstandards in männerdominierten Branchen deutlich höher als in Feldern, in denen überwiegend Frauen tätig sind (Vogel 2003). Schutznormen orientieren sich zudem an männlichen Lebenszusammenhängen, schließen Mehrfachbelastungen, fehlende Erholungsmöglichkeiten bzw. mangelnden Anforderungswechsel (beispielsweise bei privater und beruflicher Pflegetätigkeit) durch unentgeltliche Sorgearbeit aus. So wirken sich z. B. Familien- und Hausarbeit bei der Anerkennung von Berufskrankhei-

ten oder Erwerbsminderungsrenten nachteilig für Frauen aus, da die unbezahlte Arbeit zum Ausschluss von Versicherungsleistungen führt (Fokuhl 2009). Die ausschließliche Erwerbszentrierung vieler Verfahren und der ihnen zugrunde gelegten Kriterien blendet wesentliche Aspekte des Belastungsgeschehens im weiblichen Lebenszusammenhang aus. Das Prinzip der Verfahrensgerechtigkeit ist hier nicht realisiert.

4.5.3 Partizipation als Weg zu gesundheitlicher Chancengleichheit

Im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements besteht die Möglichkeit, die oben geschilderten Konstellation von Belastung und Ressourcen für unterschiedliche Interessen- und Zielgruppen im Betrieb angemessen zu adressieren und sich für gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen für alle Beschäftigten einzusetzen.

4.5.3.1 Bearbeitung von Strukturkonflikten

Angesichts der zunehmenden Globalisierung, erlebter Finanzkrisen, hohen Konkurrenzdrucks, indirekter Steuerungsformen und der damit einhergehenden Subjektivierung von Arbeit und auftretenden Krisenerscheinungen wächst die Kritik an einer ausschließlich marktorientierten Leistungspolitik. Individuen sehen sich damit konfrontiert, Zielkonflikte zunehmend subjektiv lösen zu sollen, bei gleichzeitig unzureichenden Handlungsmöglichkeiten. Was bisher scheinbar nur ein Problem der Frauen war, nämlich die schlechte Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Familienleben, wird nun auch für Fach- und Führungskräfte erlebbar: Hoch engagierte Fach- und Führungskräfte spüren die reproduktiven Grenzen ihres Arbeitsengagements und entwickeln eine reflexive Haltung zu ihren Ansprüchen an Erwerbsarbeit und Leben (Nickel 2017, S. 255). „Mit der Subjektivierung und Entgrenzung von

Arbeit wachsen die Anforderungen zur Selbstreflexion und kollektiven Verständigung über arbeitspolitische Ziele und Strategien“ (Nickel 2017, S. 256). Hierin besteht eine Chance, den Strukturkonflikt zwischen Beruf und Familie bzw. entgeltlich marktvermittelter und unentgeltlich nicht-marktvermittelter Arbeit auch im betrieblichen Kontext neu zu verhandeln. Die historisch entstandene Deutungshoheit, die Frauen die Zuständigkeit für die Fürsorgearbeit auferlegt und die Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern als Ergebnis weiblicher und männlicher Eigenschaften deutet (Gildemeister 2010; Hausen 1976), weicht auf.¹ Formen der mittelbaren Diskriminierung, die sich durch die Arbeitsteilung der Geschlechter und eine Begrenzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes auf den Betrieb ergeben, lassen sich als Ausdruck eines Strukturkonfliktes bearbeiten. Forderungen nach Vereinbarkeit von Beruf und Familie erscheinen dann nicht mehr als illegitime Ansprüche von Frauen, sondern als gesellschaftlich neu zu gestaltendes Handlungsfeld.

4.5.3.2 Partizipation stärken

Um Erwerbsarbeit gesundheitsförderlich und (geschlechter-)gerecht zu gestalten, braucht es neben einem sozial-partnerschaftlichen Aushandlungsprozess zwischen Management und Interessenvertretung auch Formen der direkten Beteiligung bzw. Partizipation der Beschäftigten. Dies würde es ermöglichen, auch Fach- und Führungskräfte in eine konstruktive Aushandlung über *Gute Arbeit* einzubeziehen. Hier fehlen bisher jedoch institutionalisierte Mechanismen der Partizipation (Nickel 2017, S. 256). Zudem lassen sich widersprüchliche Arbeitsanforderungen (Moldaschl 2017), zu

1 In der aktuellen Corona-Krise wird deutlich, wie essentiell institutionalisierte Kinderbetreuung ist. Bisher liegen keine Statistiken vor, wie viele Menschen – überwiegend Frauen – wegen der Schließung von Kitas und Schulen ihrer Erwerbsarbeit nicht oder nur eingeschränkt nachkommen können und deswegen Urlaub nehmen, Überstunden abbauen oder Minusstunden ansammeln müssen bzw. finanzielle Einbußen haben.

denen Zielkonflikte zwischen den Anforderungen verschiedener Lebenswelten gehören, nur im jeweiligen Kontext unter Beteiligung der jeweils Betroffenen bearbeiten und Maßnahmen zur temporären Lösung der belastenden Arbeitssituation entwickeln.

Partizipative Prozesse sind eine Chance, die Anforderungen an Verfahrensgerechtigkeit und Interaktionsgerechtigkeit zu erfüllen. Insbesondere die Möglichkeit, die eigenen Interessen und Perspektiven einbringen zu können, ist, wie oben erläutert, ein zentraler Aspekt der interaktionalen Gerechtigkeit. Um Partizipation handelt es sich nach Wright (2018) bei Formen der Mitbestimmung, teilweiser Entscheidungskompetenz und Entscheidungsmacht. Um einer Marginalisierung benachteiligter Gruppen entgegenzuwirken, ist es erforderlich, dass diese in Gremien und Arbeitsgruppen repräsentiert sind. Nur so können sie ihre Interessen einbringen und vertreten. Des Weiteren sind die Verfahren so zu gestalten, dass sie einen Perspektivwechsel zwischen den jeweiligen Gruppen fördern und so eine gemeinsame Situationsdeutung und ein Verständnis davon fördern, wie unerwünschten Phänomene entstehen. Die jeweils Betroffenen sind in allen Phasen der Kernprozesse oder von Projekten im Gesundheitsmanagement einzubeziehen (Pieck 2017):

- Auftragsklärung
- Zielsetzung
- Entwicklung von Kriterien
- Priorisierung von Handlungsbedarfen und Themenfeldern
- Entwicklung und Priorisierung von Lösungen
- Entscheidungsprozesse
- Beurteilung der Wirksamkeit

Durch eine projektförmige Organisation einzelner Prozesse des Gesundheitsmanagements, wie etwa der Gefährdungsbeurteilung, lassen sich unterrepräsentierte Gruppen integrieren.

Durch Bildung paritätisch besetzter Steuerungsgremien können die Beschäftigten und die jeweiligen Gruppierungen angemessen an Entscheidungsprozessen teilhaben und dort sowohl an der Zieldefinition als auch an der Festlegung von Kriterien mitwirken.

Für die einzelnen Prozessschritte der Gefährdungsbeurteilung gibt es zahlreiche partizipative Verfahren wie etwa die Arbeitssituationsanalyse (Nieder 2005) oder ganz klassisch der Gesundheitszirkel (Schröder und Sochert 1997), in denen Beschäftigte sowohl bei der vertieften Analyse der Belastungskonstellation als auch bei der Entwicklung von Lösungen einbezogen werden können. Bei der Zusammensetzung der Gesundheitszirkel sollte die Frage handlungsleitend sein, ob die Beteiligten Vertrauen haben, dass die jeweils gewählte Form eine konstruktive Bearbeitung der Belastungen zulässt. Bei Konflikten und einem eher angstbesetzten Klima sollte ggf. erst mit Einzelinterviews oder homogenen Gruppen und einer Einzelbegleitung der Führungskraft begonnen werden und später eine gemeinsame Bearbeitung angestrebt werden (Pieck 2017, S. 33). Auch für die Wirksamkeitsmessung liegen Methoden vor, die ebenfalls die Betroffenen einbeziehen und deren Bewertung der Wirksamkeit von Maßnahmen in den Vordergrund stellen (Pieck 2017).

Eine Übersicht der möglichen Ansatzpunkte für die Integration von Gleichstellungsaspekten in die Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention findet sich in [Tab. 4.1](#).

Anerkennung im Sinne eines auf Augenhöhe geführten Dialoges lässt sich methodisch unterstützen. Hierzu zählen Moderationsformate und Projektarchitekturen, die über Hierarchieebenen und Arbeitsbereiche hinweg Menschen zusammenbringen, einen Perspektivwechsel und respektvollen Aushandlungsprozess fördern und so zu gemeinsam entwickelten Lösungen beitragen. Entscheidend hierbei ist jedoch, dass sich die Menschen begegnen, zum Beispiel in einem gemeinsamen Workshop. Eine entspre-

chende Moderation unterstützt dies z. B. dadurch, dass die Beteiligten hierarchie- und/oder abteilungsübergreifend aufgefordert werden, sich zu festgelegten Fragestellungen auszutauschen. Durch die jeweils gewählte Fragestellung wird ein Perspektivwechsel systematisch unterstützt, indem beispielsweise gefragt wird, über welche Ressourcen Führungskräfte und über welche Ressourcen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen. Auf diese Weise werden die unterschiedlichen Perspektiven und die unterschiedlichen Realitäten in der Organisation für alle Beteiligten nachvollziehbar. Durch die unterschiedlichen Betrachtungsweisen der beteiligten Personen entsteht ein gemeinsames Bild von dem jeweils zu bearbeitenden Problem. Solch dialogförmigen Formate werden selbst als eine Form von Anerkennung und Wertschätzung durch die Beteiligten erfahren und stellen daher eine wichtige Gesundheitsressource in der Arbeitswelt dar (Bindl et al. 2018). Situationsdeutungen, die sonst aufgrund der Hierarchisierung der Kommunikation in Organisationen marginalisiert werden, finden so Eingang in den organisationalen Diskurs.

Auch die Bearbeitung des Themas Gleichstellung beziehungsweise Diskriminierung lässt sich methodisch unterstützen: Gender oder Gleichstellung gehören zu den Themen, bei denen schnell Emotionen aufwallen. Menschen neigen dazu, das Thema in einem Täter-Opfer-Zusammenhang wahrzunehmen. Dies führt nicht selten zu einem reflexartigen Widerstand, sich überhaupt mit der Thematik zu befassen. In der Praxis hat sich ein nüchterner Blick auf strukturelle Zusammenhänge und die konsequente Vermeidung von Stereotypisierungen bewährt. Weder Frauen noch Männer möchten aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einem Geschlecht als mathematisch unbegabt oder kommunikativ inkompetent gelten. Um Stereotypisierungen zu vermeiden, ist es sinnvoll, die jeweilige Situation zu analysieren, statt die Personen und deren Ei-

genschaften in den Fokus zu rücken. Dies ist Teil eines strategischen Framings. So sollte beispielsweise in einem Projekt bei der Polizei untersucht werden, wie es zu unterschiedlich hohen Ausprägungen von Widerstandshandlungen gegenüber Beamtinnen und Beamten kommt. Der ursprüngliche Projektauftrag ging von einem besseren „Gefahrenradar“ der Beamtinnen aus. In der angepassten strategischen Rahmung des Projektes wurde hingegen davon ausgegangen, dass sich die Bedingungen für Frauen und Männer in den jeweiligen Einsatzsituationen unterscheiden. In einem gemeinsamen Workshop mit Polizeibeamtinnen und -beamten wurde der Frage nachgegangen, welche Faktoren das Einschreitverhalten der Beamtinnen und Beamten beeinflussen. Die Teilnehmenden analysierten zu diesem Zweck 23 Fälle. Das Vorgehen im Workshop orientierte sich dabei an der Rekonstruktion von Beinahe-Unfällen im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Auf der Grundlage der Fälle ermittelten die Beamtinnen und Beamten die zentralen Einflussfaktoren. Zu diesen gehören unter anderem die unterschiedlichen Erwartungen an die Zurschaustellung von Männlichkeit und Weiblichkeit, die persönlichen Handlungs- und Verarbeitungsmuster in Stresssituationen sowie eine erhöhte Aggressivität des polizeilichen Gegenübers gegen Beamtinnen/Beamten. An Frauen und Männer werden also in den jeweiligen Situationen unterschiedliche Anforderungen gestellt und gleichzeitig verstellen die geschlechtsbezogenen Rollenerwartungen den Zugang zu Ressourcen. Auf dieser Grundlage konnten Maßnahmen entwickelt werden, die nicht zu einer Stereotypisierung von Beamten oder Beamtinnen geführt haben, sondern den jeweiligen Handlungserfordernissen in der jeweiligen Situation gerecht werden (Pieck 2017, S. 33 f.).

■ Tabelle 4.1 Anknüpfungspunkte zur Integration von Gender (und Diversity) in die Kern- und Supportprozesse der Betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention. (Quelle: Pieck 2017, S. 21 f.)

Regelkreis	Gender/Diversity in der Betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention
Supportprozesse	
Strukturen und Steuerungsprozesse	<ul style="list-style-type: none"> – Unterschiedliche Perspektiven sollen zum Tragen kommen durch Repräsentation einer vielfältigen Belegschaft in Gremien – Dazu gehört eine ausgewogene Repräsentation von Frauen und Männern im Steuerungsgremium – Bereits im Vorfeld ist auf eine ausgewogene Besetzung von Funktionen mit Frauen und Männern zu achten (Mitglieder der Projektgruppen, Projektleitung/Projektkoordination, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Sicherheitsbeauftragte, Brandschutzbeauftragte, Betriebsärztlicher Dienst usw.)
Sensibilisierungs- und Konzeptionsphase	<ul style="list-style-type: none"> – Seminare und Workshops zur Gestaltung eines Willensbildungsprozesses – Identifikation von Handlungsbedarfen – Entwicklung von Zielen unter Berücksichtigung von Gleichstellungsaspekten – Entwicklung der Projektidee und strategische Rahmung des Projektes
Kernprozess	
Strukturanalyse und Hypothesenbildung	<ul style="list-style-type: none"> – Reflexion der Unternehmenskultur und Leitsätze in ihrer Bedeutung für Entscheidungsprozesse und Analyse der Unternehmenskultur in einzelnen Unternehmensbereichen – Analyse der geschlechtstypischen Arbeitsteilung im Betrieb – Verteilung von Frauen und Männern auf Hierarchiestufen bzw. in Entscheidungsgremien im Betrieb – Verteilung von Frauen und Männern in Teilzeit und Vollzeit – Verteilung von Entgelt (wenngleich Aufgabe von Sozialpartnern bzw. des Gesetzgebers); von prekären Beschäftigungsverhältnissen sind Frauen und Männer zwischen Tätigkeitsbereichen und innerhalb von Tätigkeitsbereichen gleichermaßen betroffen
Analysephase: Erhebung der Belastungen und Ressourcen, Ermittlung von Handlungsbedarfen	<ul style="list-style-type: none"> – Wer hat die Definitionsmacht im Unternehmen bzw. in den Abteilungen? – Wer wird wofür anerkannt? Welche Tätigkeiten genießen Anerkennung, welche weniger? – Die tatsächlichen Tätigkeiten erfassen – Konstellationen von Belastungen und Ressourcen in Beruf und Familie in den Blick nehmen – Verteilung von Ressourcen auf Frauen und Männer erheben – Erhebungsinstrumente müssen das Wesen der Tätigkeit erfassen: <ul style="list-style-type: none"> – alle Belastungen erfassen – Gender Bias in den Instrumenten vermeiden (Ausblendungen, Über- und Unterbewertungen etc.) – Nach geschlechtstypischen Belastungen und Ressourcen fragen (z. B. Stress durch Zeitkonflikte zwischen Erwerbsarbeit und Fürsorgearbeit) – Stereotypisierende Erwartungshaltungen als mögliche Belastungen erfassen (Nielbock und Gümberl 2012) – Ggf. bestehende Formen von Belästigung/Mobbing/Rassismus identifizieren. (Es sollten entsprechende Anlaufstellen und Strukturen geschaffen werden, die Betroffene unterstützen und die intervenieren können.)

■ Tabelle 4.1 (Fortsetzung)

Regelkreis	Gender/Diversity in der Betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention
Kernprozess	
Vertiefende Analyse und Reflexion betrieblicher Praxis in Beteiligungsgruppen zur Entwicklung von Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> – Beteiligung der betroffenen Frauen und Männer – Genderkompetente Moderation – Verwendung geeigneter Formate für eine reflexive Praxis – Betrachtung der Wirklichkeit aus verschiedenen Perspektiven und aus unterschiedlichen theoretischen Referenzrahmen – Bedürfnisse unterschiedlicher Interessengruppen wahrnehmen und reflektieren – Einer Marginalisierung von Gruppen entgegenwirken (Baig 2010; Petzold 2007)
Entscheidung über die Umsetzung von Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> – Angemessene Repräsentation unterschiedlicher Gruppen in Gremien, Multiperspektivität – Angemessene Repräsentation von Frauen und Männern im Entscheidungsgremium, um einer Marginalisierung vorzubeugen
Umsetzung und Erprobung der Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> – Werden Maßnahmen in angemessenem Verhältnis für alle Interessengruppen bzw. Personengruppen realisiert?
Evaluation der Ergebnisse	<p>Mögliche Fragen für die Überprüfung der Ergebnisse sind (vgl. Krell und Sieben 2011, S. 160):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Wird die Kultur von allen Personengruppen als wertschätzend erlebt? – Sind alle Personengruppen vollständig integriert? – Sind personalpolitische Kriterien, Verfahren und Praktiken vorurteilsfrei und diskriminierungsfrei(er) gestaltet? – Herrschen Fairness und Chancengleichheit im Unternehmen? – Fühlen sich die Mitglieder aller Gruppen eingebunden und sind sie auf allen Ebenen vertreten? – Werden betroffene Frauen und Männer zur Wirksamkeitskontrolle und Nachsteuerung der Maßnahmen befragt?

Fehlzeiten-Report 2020

4.6 Fazit

Die gesellschaftliche Entwicklung von Erwerbsarbeit wirkt sich auf die Arbeitsbedingungen in Form von Subjektivierung, Entgrenzung der Arbeit und widersprüchlichen Anforderungen aus. Um dem Anspruch nach einer gerechten Verteilung von Gesundheitschancen zu genügen, sind Verfahren und Methoden erforderlich, die der Diversität organisationaler und lebensweltlicher Kontexte sowie den Mitgliedern der Organisation entsprechen. Insbesondere sind solche Verfahren und Methoden sinnvoll, die herrschende Perspektiven, Wahrnehmungs- und Deutungsmuster und deren

Folgen für systematische Ungleichheiten sichtbar und damit verhandelbar machen.

Sie unterstützen einen sozialpartnerschaftlichen Aushandlungsprozess in Organisationen entlang eines partizipativ gestalteten Arbeits- und Gesundheitsschutzes bzw. Gesundheitsmanagements. In partizipativ gestalteten Verfahren eröffnen sich Chancen für Handlungsspielräume, welche die Aushandlung (mensch-)gerechterer Gestaltung von Arbeit in ihren Lebenszusammenhängen ermöglichen.

Betriebliches Gesundheitsmanagement bietet Orte für Partizipation in Organisationen, in denen die jeweiligen Verteilungen von Belastungen und Ressourcen aus den verschiedenen Perspektiven der Beschäftig-