

# Stress, Gesundheit und soziale Gerechtigkeit

Gottfried Schweiger  
Universitaet Salzburg

## Strukturierte Zusammenfassung

Ziel: In diesem Beitrag wird die These entwickelt und verteidigt, dass arbeitsbezogener Stress ein gerechtigkeits-theoretisches Problem darstellt. Damit wird eine Forschungslücke in der Debatte um eine Ethik der öffentlichen Gesundheit geschlossen. Methode: Es werden die Schlüsselkonzepte von arbeitsbezogenem Stress, Gesundheit als Ressource zweiter Ordnung und sozialer Gerechtigkeit dargelegt. Hiernach wird das Konzept der sozialen Gerechtigkeit auf die Verteilung von Gesundheit und die Prävention von arbeitsbezogenem Stress angewendet. Erkenntnis: Arbeitsbezogener Stress kann als sozial ungerecht bewertet werden, da er zu einer ungerechten Verteilung von Gesundheit in der Gesellschaft führt. Daraus folgt, dass seine Prävention und die Förderung psychischer Gesundheit geboten ist und in die Gestaltung und Regelung von Arbeit und Beschäftigung einfließen sollte. Originalität: Arbeitsbezogener Stress wird zumeist als psychologisches, medizinisches, arbeitsrechtliches oder gesundheitspolitisches Problem angesehen ohne nach seiner gerechtigkeits-theoretischen Relevanz zu fragen. Eine solche Klärung ist aber notwendig, um widersprechende Ansprüche und Forderungen klären und Prioritäten festlegen zu können.

## Schlagworte:

Stress, soziale Gerechtigkeit, Arbeit, öffentliche Gesundheit

## Structured Abstract:

Purpose: This paper develops and defends the thesis that work-related stress is a problem of social justice. This closes a research gap in the debate on public health ethics. Approach: The key concepts of work-related stress, health as a second order resource, and social justice are presented. Then, the concept of social justice is applied to the distribution of health and the prevention of work-related stress. Findings: Work-related stress violates social justice as it leads to an unjust distribution of health in society. Therefore the prevention of work-related stress and the promotion of mental health at work are demands of social justice. Originality: Work-related stress is mostly seen as a psychological, medical, legal or health policy issue and not as a matter of social justice. But such a perspective is necessary to clarify potential conflicting claims and set priorities.

**Keywords**

Stress, Social Justice, Work, Public Health

Die philosophische und besonders die ethisch-normative Beschäftigung mit Fragen von Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik hat in den letzten Jahrzehnten rasant zugenommen (Anand, Peter, & Sen, 2004; Dawson, 2011; Ruger, 2010a; Venkatapuram, 2011). Dabei zeigt sich, dass die Philosophie zum Verständnis und auch zur Lösung von Problemen in diesen schwierigen und vor allem existentiell bedeutsamen Bereichen beitragen kann und hier gerade gerechtigkeits-theoretische Überlegungen wichtig sind. Gesundheitspolitik und die öffentliche Gesundheitsversorgung wird mitnichten nur durch medizinische Erkenntnisse bestimmt, sondern basiert vielmehr auf oftmals unreflektierten normativen Voraussetzungen und unterliegt selbst wiederum normativen Ansprüchen. Dieser Beitrag versteht sich somit als einen weiteren Baustein zur philosophisch-normativen Durchdringung eines zunehmenden und gesundheitspolitisch drängenden Themas.

Arbeitsbezogener Stress stellt in Europa sowie in allen modernen Arbeitsgesellschaften ein weit verbreitetes und wachsendes Problem dar. Er hat vielfältige Auswirkungen auf das psychische und physische Wohlbefinden der Betroffenen und kann weitergehendes Leid in Form von psychischen Störungen, physischen Erkrankungen oder schädlichen Verhaltensweisen begünstigen und hervorrufen. Die Erforschung der Ursachen, Häufigkeit und Folgen sowie Möglichkeiten und Instrumente der Prävention von arbeitsbezogenem Stress auf individueller, organisatorischer und gesellschaftlich-politischer Ebene wurde in den letzten Jahren entsprechend vorangetrieben. Ein Aspekt der bislang keine Beachtung gefunden hat, ist die Frage, wie arbeitsbezogener Stress aus gerechtigkeits-theoretischer Perspektive zu beurteilen ist bzw. ob dieser überhaupt ein gerechtigkeits-theoretisches Problem darstellt. Offensichtlich ist er mit Leid für die Betroffenen verbunden und kann daher als beseitigungswürdig beurteilt werden. Doch klärt dies nicht, ob er nicht auch eine Form der sozialen Ungerechtigkeit darstellen. Soziale Ungerechtigkeit impliziert, dass arbeitsbezogener Stress wesentlich etwas mit einer gesellschaftlichen Fehlverteilung, nämlich der ungerechten Verteilung von Ressourcen, Fähigkeiten oder Ähnlichem zu tun hat. Damit ist der philosophische Horizont eines ansonsten vornehmlich in der Medizin, Psychologie und den Sozialwissenschaften angesiedelten Thematik abgesteckt. Um jedoch eine solche philosophische – hier genauer: gerechtigkeits-theoretische – Perspektive einnehmen zu können, müssen die relevanten Konzepte und Erkenntnisse aus anderen Disziplinen aufgenommen werden.

Dieser Beitrag entwickelt und verteidigt nun drei Thesen. (1) Arbeitsbezogener Stress beeinflusst die gerechte Verteilung der Ressource Ge-

sundheit in einer Gesellschaft. Gesundheit als Ressource zu verstehen, wurde von der Weltgesundheitsorganisation in der Ottawa Charter for Health Promotion eingeführt und ist für diesen Artikel die Leitlinie (WHO, 1986; Williamson & Carr, 2009). (2) Eine solche möglichst gerechte Verteilung von Gesundheit kann als eine Forderung sozialer Gerechtigkeit verstanden werden. Um dies zu zeigen, bedarf es einer Klärung dessen, was Gesundheit als Ressource überhaupt ausmacht, nach welchen Prinzipien und mit welchen Mitteln sie gerecht verteilt werden kann. Offensichtlich ist Gesundheit eine besondere Ressource, da sie das Wohlbefinden, Lebenschancen und Fähigkeiten sowie auch die Möglichkeiten des Umgangs mit anderen Ressourcen wesentlich beeinflusst. Gesundheit kann als ein essentieller Teil eines guten Lebens verstanden werden. Gesundheit ist nun dadurch charakterisiert, dass sie erstens (a) zu einem nicht unerheblichen Anteil auf biophysischen Grundlagen basiert, die einer gesellschaftlichen Verteilung prinzipiell unzugänglich sind, zweitens (b) ist Gesundheit jedoch auch sozial determiniert und kann drittens (c) durch den Zugang zu Gesundheitsversorgung entschieden beeinflusst wird. Daher können gerechtigkeits-theoretische Überlegungen sehr wohl einen entscheidenden Einfluss haben (Anand u. a., 2004; Ruger, 2010a). Arbeitsbezogener Stress ist dabei vor allem auf den Ebenen der Gesundheitsförderung und präventiver Maßnahmen anzugehen. Seine Reduktion kann sowohl Leid und Krankheit vorbeugen als auch Gesundheit und Wohlbefinden steigern und somit zu einer gerechteren Verteilung von Gesundheit beitragen (Awa, Plaumann, & Walter, 2010; Kuhn, 2006; Noblet & Lamontagne, 2006). (3) Die Reduktion von arbeitsbezogenem Stress durch Maßnahmen der Förderung und Prävention stellt somit eine Forderung der sozialen Gerechtigkeit dar, welche durch die gerechte Verteilung der Ressource Gesundheit gefordert ist. Sie ist damit auch eine Aufgabe und regulative Idee individuellen, organisatorischen und politischen Handelns, der Gestaltung von Arbeit und Beschäftigung und allgemein der Einrichtung von Wohlfahrtsstaat und Gesellschaft (McDaid, Curran, & Knapp, 2005; Mittelmark, 2001).

Dieser Beitrag wird nun in vier Schritten diese Thesen entwickeln und verteidigen. Zunächst werden die Konzepte von (1) arbeitsbezogenem Stress, (2) Gesundheit als sozial determinierter Ressource zweiter Ordnung und (3) ein Grundriss von sozialer Gerechtigkeit dargelegt. (4) Die Konklusion lautet schließlich, dass die Förderung von Gesundheit und die Prävention von arbeitsbezogenem Stress ein vorrangiges Ziel der Umsetzung sozialer Gerechtigkeit sein sollte und hierfür auch die entsprechenden Mittel einzusetzen sind.

## (1) Prävalenz und Folgen von arbeitsbezogenem Stress

In diesem Abschnitt geht es um eine kurze Darstellung von arbeitsbezogenem Stress als sozialem Faktor für Gesundheit. Dafür werden zunächst die Prävalenz und häufige Folgen von arbeitsbezogenem Stress dargestellt werden und danach ein Überblick über Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. Der Begriff arbeitsbezogener Stress ist sowie der Begriff des Stress im Allgemeinen nicht abschließend definiert und es finden sich in der Literatur und Forschung unterschiedliche Konzepte und Anwendungen (Cohen, Kessler, & Gordon, 1995; Contrada & Baum, 2010). Es wird schon terminologisch von arbeitsbezogenem, arbeitsbedingtem oder beruflichem Stress genauso gesprochen wie von Stress bei der Arbeit, Stress am Arbeitsplatz oder Stress durch Arbeit. Stress ist ein Sammelbegriff, der sowohl die Auslöser des Stress (Stressoren), die physischen, psychischen oder mentalen Reaktionen auf Stress, das Verhalten der Betroffenen oder auch langfristige Stressfolgen bezeichnen kann. Zwei der vorherrschenden Modelle sind dabei das Demand-Control-Support Modell und das Effort-Reward Modell (Karasek & Thorell, 1990; Siegrist, 1996). Aus der Vielzahl an Definitionen wird hier derjenigen der European Agency for Safety and Health at Work gefolgt.

[W]ork-related stress is experienced when the demands of the work environment exceed the workers' ability to cope with (or control) them. (Milczarek, Schneider, & Rial González, 2009, S. 14)

Die Verbreitung von arbeitsbezogenem Stress, die maßgeblichen Stressoren und häufige Folgen von Stress sind durch umfangreiche Forschung sowohl aus psychologischen, medizinischen und sozialwissenschaftlichen Disziplinen gut belegt. Für die europäische Perspektive können die Daten der European Agency for Safety and Health at Work für das Jahr 2005 herangezogen werden (Milczarek u. a., 2009). Arbeitsbezogener Stress ist vor Rückenschmerzen und Müdigkeit das zweithäufigste arbeitsbezogene Gesundheitsproblem in der Europäischen Union (EU-27). Demnach sind 22 % aller Beschäftigten betroffen, wobei große Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern festgestellt werden können. In Griechenland liegt die Rate etwa bei 55%, während sie in Großbritannien nur 12% ausmacht. 60 % der europäischen Beschäftigten berichten, dass sie in sehr hohem Tempo arbeiten müssen und 30% haben wenig bis keine Kontrolle über Inhalte, Methoden und Tempo ihrer Arbeitsaufgaben. Das Ausmaß des Problems ist auch in den Unternehmen präsent, wie aus den jüngsten

Accidents are reported as the main concern for European managers (80% major or some concern), followed by work-related stress (79%) and musculoskeletal disorders (78%). (Rial González, Cockburn, & Irastorza, 2010, S. 6)

Die Ursachen für arbeitsbezogenen Stress sind dabei äußerst vielfältig: fehlende Kontrolle über die eigene Arbeit, Überstunden, unsichere Beschäftigungsverhältnisse, Unzufriedenheit mit der eigenen Tätigkeit, Überanstrengung, Druck durch Kolleginnen und Kollegen sowie von Vorgesetzten, Mobbing, sexuelle Belästigung, Diskriminierung aufgrund von Geschlecht, Ethnie, Sexualität oder Religion, fehlende Work-Life-Balance, fehlende Ruhepausen und nicht ausreichende Möglichkeiten der Erholung oder Ungerechtigkeit in der betrieblichen Organisation (Milczarek u. a., 2009; Pandey, Quick, Rossi, Nelson, & Martin, 2010). Diese Ursachen von arbeitsbezogenem Stress können in drei Kategorien unterteilt werden: (a) individuelle, (b) organisatorische und (c) gesellschaftliche. Es ist innerhalb der Forschung nicht abschliessend geklärt in welchem Zusammenhang und in welcher Gewichtung diese drei Faktoren zueinanderstehen, jedoch nehmen die organisatorischen und institutionellen Rahmenbedingungen eine wichtige Rolle ein, die gegenüber individuellen Faktoren dominieren (Levi & Levi, 2000; Milczarek u. a., 2009). Weiters ist das Verhältnis von inneren und äußeren Faktoren von arbeitsbezogenem Stress auch abhängig von dem jeweils angewendeten Konzept von Stress.

Stress hat einerseits kurzfristige - etwa Nervosität, steigender Puls, Herzerasen, Zittern, Angst, Unkonzentriertheit, Alkohol- oder Zigarettenkonsum usw. - als auch langfristige Folgen. Die langfristigen und besonders schwerwiegenden Folgen von arbeitsbezogenem Stress können nun ebenfalls in drei Gruppen gegliedert werden. (a) Physische Folgen können kardiovaskuläre Erkrankungen, koronare Herzkrankheit, Bluthochdruck, Angina Pectoris, Herzinfarkt, Zuckerkrankheit oder Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates sein (Backé, Seidler, Latza, Rosnagel, & Schumann, 2011; Chandola u. a., 2008; Rosenthal & Alter, 2011). (b) Als mögliche psychische und mentale Folgen können Depression, generalisierte Angststörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Panikstörung und soziale Phobie genannt werden. Prominent ist hier auch an Burnout zu denken, welches mittlerweile ein Sammelbegriff für eine Vielzahl von arbeitsbezogenen Erkrankungen und Störungen ist (Blackmore u. a., 2007; Kopp, Stauder, Purebl, Janszky, & Skrabski, 2008; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). (c) Schließlich beeinflusst arbeitsbezogener Stress das Verhalten der Betroffenen. Sucht, Aggression bis hin zu Selbstmord können die schädlichen Folgen sein (Gershon, Barocas, Canton, Li, & Vlahov, 2008; Johan Hauge, Skogstad, & Einarsen, 2007; Siegrist & Rödel, 2006). Unkonzentriertes Arbeiten, Unpünktlichkeit, Verlust an Leistungsfähigkeit, Absentismus und sogar Arbeitsunfähigkeit werden ebenso durch arbeitsbezogenen Stress beeinflusst oder hervorgerufen. Dieser ist also auch mit immensen Kosten für alle Beteiligten - die Betroffenen, die Unternehmen, Kranken- und Pensionsversicherungen - und die Gesellschaft verbunden (Dewa, McDaid, & Ettner, 2007; Johnston, Westerfield, Momin,

Phillippi, & Naidoo, 2009). Die Europäische Union schätzt die Kosten aller arbeitsbezogenen Erkrankungen und Störungen für das Jahr 2000 auf drei bis vier Prozent des Bruttoinlandsprodukts, also bis zu 265 Milliarden EURO für die EU15 (Levi & Levi, 2000, S. 13). Hiervon entfallen mindestens zehn Prozent auf die gesundheitlichen Folgen von arbeitsbezogenem Stress, was Kosten von bis zu 26 Milliarden EURO pro Jahr entspricht. Die drastische Zunahme von Krankschreibungen, Arbeitsunfähigkeit und Frühpensionierung aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen hängt ebenso mit arbeitsbezogenem Stress zusammen. Aus der Vielzahl an empirischen Belegen seien hier exemplarisch Daten für Deutschland angeführt.

Die Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen haben in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. In dem seinerzeit betrachteten Zeitraum von 1997 bis 2001 betrug die Zunahme der Fehltage über 50%. Die Krankheitsgruppe der „Psychischen und Verhaltensstörungen“ zeigt damit im Kontext des gesamten Arbeitsunfähigkeitsgeschehens eine ganz singuläre Entwicklung. (DAK Versorgungsmanagement, 2005, S. 39)

Dieser kurze Überblick zeigt, dass arbeitsbezogener Stress ein wesentliches Problem in modernen Arbeitsgesellschaften darstellt. Es kann an dieser Stelle nicht geklärt werden, ob und inwieweit sich darin die tiefgreifenden Veränderungen in der Gesellschaft insgesamt widerspiegeln, wie sie in den Thesen der Individualisierung, Subjektivierung oder Entgrenzung von Arbeit und Leben zum Ausdruck kommen (Beck, 1994; Frey, 2009; Gottschall & Voß, 2005). Die generelle Zunahme psychischer Störungen in den letzten Jahren sowie weitreichendere Studien zur Zunahme psychischer Anforderungen in der Arbeitswelt und Gesellschaft legen einen solchen Schluss allerdings nahe (Ehrenberg, 2009; Keupp & Dill, 2010). Psychische Störungen werden die modernen Arbeitsgesellschaften des 21. Jahrhunderts bestimmen.

From a broader perspective, our prevalence findings underline impressively that mental disorders as well as neurological disorders must be considered to be Europe's foremost health care challenge of the 21st century. (Wittchen u. a., 2011, S. 670)

## (2) Gesundheit als sozial determinierte Ressource

Es haben sich in der Literatur verschiedene Konzepte von Gesundheit herausgebildet (Cameron, Mathers, & Parry, 2008; Ruger, 2010b; Tengland, 2007). Larson unterscheidet etwa vier vorherrschende Modelle von Gesundheit, das medizinische, das holistische der WHO, das Wohl-

fühlmodell und ein umweltbezogenes Modell (Larson, 1999). Die bekannte Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit und Leiden zu verstehen, sondern vielmehr positiv als einen „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ (WHO, 1948), ist ebenso nicht unkritisiert geblieben (Jadad & O’Grady, 2008). Für die hier anvisierte Frage, ob Gesundheit Gegenstand der sozialen Gerechtigkeit und nach welchen Prinzipien diese zu verteilen wäre, soll aber eine andere Perspektive eingenommen werden. Im Rahmen der Ottawa Charter for Health Promotion hat die Weltgesundheitsorganisation Gesundheit als eine Ressource für das tägliche Leben definiert und diese Definition wurde in weiterer Folge in wissenschaftliche, medizinische und gesundheitspolitische Kontexte aufgenommen (Williamson & Carr, 2009).

To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being. (WHO, 1986)

Gesundheit als Ressource zu verstehen impliziert also, dass diese wesentlich für die Gestaltung und ein Gelingen des Lebens und eine Grundlage für die Wahrnehmung und Nutzung weiterer Ressourcen ist. Gesundheit ist somit eine Ressource zweiter Ordnung. Ressourcen erster Ordnung sind Ressourcen, die gebraucht und verbraucht werden, Ressourcen zweiter Ordnung sind jene Ressourcen, die mit Ressourcen umgehen lassen – Bildung ist das wohl einleuchtendste Beispiele einer Ressource zweiter Ordnung. In einem solchen Verständnis wird auch deutlich, dass Gesundheit als ein „thick concept“ im Sinne von Bernard Williams zu verstehen ist, also deskriptive und normative Elemente vereint (Williams, 1985). Wenn jemand gesund ist oder als gesund bezeichnet wird, so ist dies nicht nur eine beliebige Eigenschaft und Zuschreibung, sondern besitzt auch normativen Gehalt.

Ich möchte vorschlagen, ‘Gesundheit’ als eine Ressource zweiter Ordnung zu verstehen, die in der Fähigkeit besteht, bestmöglich mit der jeweiligen körperlichen Ausstattung umzugehen. Man könnte darüber nachdenken, „Gesundheit“ als Fähigkeit zu charakterisieren, mit jenen Fähigkeiten und Ressourcen umzugehen, die eine anspruchsvolle Lebensgestaltung realisieren lassen. Gesundheit als Ressource zweiter Ordnung ist das Bündel der Einstellungen und Fähigkeiten, die das Leben bejahen lässt – oder weniger poetisch ausgedrückt: Gesundheit als Ressource zweiter Ordnung ist das Bündel von Fähigkeiten, die eigene physische, psychische und soziale Aus-

stattung zu affirmieren. (Sedmak, 2010, S. 3)

Eine ähnliche Argumentation lässt sich aus Perspektive des Fähigkeitsansatzes von Amartya Sen (Sen, 2010) über das Konzept von Fundamentalfähigkeiten explizieren (Sedmak, 2011). Solche Fundamentalfähigkeiten besitzen ebenso wie Ressourcen zweiter Ordnung einen herausragenden Stellenwert für jedes Individuum und beeinflusst wesentlich ihre Möglichkeiten, eigene Ziele zu verfolgen und zu erreichen. Gesundheit ist, wie in der obigen Passage der WHO bereits angelegt ist, Teil eines gelungenen menschlichen Lebens, welche nicht durch andere Ressourcen oder Fähigkeiten kompensiert werden kann, sondern vielmehr erst erlaubt mit diesen gestalterisch und produktiv umzugehen. Als eine Ressource zweiter Ordnung hat Gesundheit auch weitreichende Wirkungen und Potenziale über das einzelne Individuum hinaus, da sie den Einsatz von Ressourcen und Fähigkeiten für andere – Familie, Freunde, Gemeinschaft und Gesellschaft – ermöglicht. Es muss jedoch auch festgehalten werden, und dies ist explizit Teil eines solchen Verständnisses von Gesundheit als Ressource, dass Gesundheit eben nicht das letzte Ziel und Zweck des Lebens ist, sondern nur ein Bestandteil, ein Mittel, ein wichtiges Gut zur Verfolgung und Realisierung selbstgewählter Zwecke des Lebens. Gesundheit wird damit – richtigerweise – nicht überhöht, sondern auf seine Funktion für den Menschen festgelegt.

Importantly, though, the benefits of health do not stop with the individual in which health is embodied. Similar to positive externalities of human and social capital, the benefits of positive health returns have broad societal benefits. People's stock of biopsychosocial resources affect their ability to provide unpaid care to family members and friends, volunteer in community agencies, and engage in paid work. Because health facilitates people's participation in society, its benefits contribute to the well-being of families, communities, and societies. (Williamson & Carr, 2009, S. 110f)

Gesundheit ist nun eine soziale Ressource. Damit ist gemeint, dass sie durch soziale Prozesse beeinflusst und bestimmt wird. In der Forschung wird dies unter dem Konzept der sozialen Determinanten von Gesundheit expliziert. Gesundheit ist zwar durch individuelles Handeln beeinflusst ebenso wie durch den Zugang zu Gesundheitsversorgung, jedoch auch wesentlich durch soziale Faktoren und Prozesse, die für den Einzelnen unverfügbar sind und in der Einrichtung der Gesellschaft liegen. Einkommen, Armut, Geschlecht, Bildung, sozialer Status, Arbeitslosigkeit oder Obdachlosigkeit können hier genannt werden. Die Ungleichverteilung von Ressourcen und Fähigkeiten beeinflusst die Gesundheit und Lebenserwartung der Betroffenen (Braveman, Egerter, & Williams, 2011; Commission on Social Determinants of Health, 2008; Marmot & Wilkinson, 2003).

Considerable evidence now indicates, however, that social and economic conditions - apart from access to and quality of medical care, which have undeniable importance - play a fundamental, powerful, and pervasive role in the health of populations in both resource-poor and resource-rich countries. The evidence includes, for example, widening social inequalities in health in the UK in the decades following the introduction of the National Health Service, which removed financial obstacles to medical care; the currently poor and progressively deteriorating US ranking on health internationally, despite higher medical care spending than any other nation; and increasing evidence and understanding of the health impact of social conditions. A large and rapidly growing literature documents strong and pervasive links between social and economic conditions and health in nations of all economic levels; although much remains unknown and contested, the biologic plausibility of many of those links has been documented by studies of pathways and physiologic mechanisms. (Braveman, 2010, S. 32)

Arbeitsbezogener Stress kann nun als eine solche soziale Determinante von Gesundheit verstanden werden, die in bestimmten Segmenten der Arbeitswelt häufiger auftritt und auf dem Individuum enthobener Strukturen beruht. Stress beeinflusst, wie oben gezeigt, Gesundheit und Wohlbefinden und ist nicht auf individuelles Fehlverhalten zu reduzieren ebenso wie er nicht alleine durch individuelles Gesundheitshandeln vermieden werden kann. Neben die Reflexion der individuellen Ebene gilt es auch die Strukturen und Bedingungen zu reflektieren, durch die Stress erzeugt oder gemindert wird und in deren Rahmen das betroffene Individuum lebt, arbeitet und handelt.

Es ist eine weitere Folgerung dieser Erkenntnisse, Gesundheit aus einem eng fokussierten medizinischen Diskurs herauszuführen und vielmehr die sozialen, gesellschaftlichen und politischen Einflüsse, Ursachen und Gründe zur Disposition zu stellen. Gesundheit als eine sozial determinierte Ressource zu verstehen, betont die Verantwortung der politischen und wirtschaftlichen Entscheidungsebenen und öffnet dem Diskurs um die normativen Grundlagen der Einrichtung und Gestaltung von Gesellschaft neuen Raum. Gerade im Verhältnis zu den Ländern des Südens und der Verantwortung gegenüber den Verhältnissen in diesen Ländern kann soziale Gerechtigkeit als ein wesentliches Gebot verstanden werden, welches bislang hinter den ökonomischen Interessen zurückgedrängt wurde (Anand u. a., 2004).

### **(3) Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit**

Soziale Gerechtigkeit wurde in den letzten Jahrzehnten, besonders in Auseinandersetzung mit den Arbeiten von John Rawls (Höffe, 2006; Rawls, 1975) verstärkt und ausführlich, dabei jedoch keineswegs abschließend,

sowohl aus normativer als auch aus empirischer Perspektive, diskutiert (Becker & Hauser, 2009; Kersting, 2000; Koller, 2001; Liebig, Lengfeld, & Mau, 2004). Der komplexe Zusammenhang von Gesundheit bzw. Krankheit und sozialer Gerechtigkeit hat sich dabei als ein besonderes Feld der interdisziplinären Forschung etabliert, welches von augenscheinlicher individueller, organisatorischer und gesellschaftlich-politischer Relevanz ist (Anand u. a., 2004; Ruger, 2010a). Da an dieser Stelle weder Platz noch Ort ist, um auch nur annähernd ausführlich die Vor- und Nachteile einzelner Konzeptionen der sozialen Gerechtigkeit und ihre Positionen zu Gesundheit bzw. Krankheit zu diskutieren, wird sogleich eine bestimmte Form der sozialen Gerechtigkeit vorgeschlagen, welche in kurzen Zügen argumentativ ausgewiesen wird. Diese Überlegungen werden vor allem in Anlehnung und Auseinandersetzung mit der Konzeption sozialer Gerechtigkeit von David Miller in dessen Werk *Die Grundsätze sozialer Gerechtigkeit* dargelegt. (Bell & de-Shalit, 2003; Honneth, 2008; Miller, 2008) Aufgabe solcher Überlegungen ist es, Regeln für die gesellschaftliche Verteilung von Ressourcen, Gütern, Vorteilen aber auch Nachteilen und Einschränkungen zu finden.

Abschließend sei gesagt, dass wir bei der Abgrenzung des Gegenstandsreichs der sozialen Gerechtigkeit nicht dogmatisch sein sollten. Man kann einiges Ressourcen ausmachen, deren Verteilung ein zentrales Anliegen jeder Theorie der (sozialen) Gerechtigkeit sein muss – so etwa Einkommen und Reichtum, Arbeitsplätze und Bildungsgelegenheiten, medizinische Versorgung und so fort. Außer diesem Kernbestand gibt es sicherlich andere Vorteile und Lasten, deren Einbeziehung strittiger ist; wir sollten aber denen bereitwillig zuhören, die geltend machen, dass mangelnder Zugang zum Gut X oder Belastung mit Y die Lebensumstände der Betroffenen in einer Weise verschlechtern, die jedermann anerkennen können. (Miller, 2008, S. 52)

Soziale Gerechtigkeit soll nun als das Zusammenwirken von drei unterschiedlichen Prinzipien verstanden werden, die Verteilung dieser Dinge regeln und zwar so regeln, dass dies dem ethischen Ideal einer gerechten Verteilung nahekommt. Die Forderung, dass sich eine Gesellschaft überhaupt um die gerechte Verteilung kümmern sollte oder dass soziale Gerechtigkeit eine wichtige Idee für die Gestaltung einer Gesellschaft ist, entspringt dabei zwei Quellen: (a) einmal gibt es eine starke empirische Forschung zu Forderungen nach sozialer Gerechtigkeit auf allen gesellschaftlichen Ebenen. Die Menschen erstreben und fordern – sowohl implizit als auch explizit – Gerechtigkeit in der Gesellschaft, in ihrer Arbeit, in ihrem Privatleben usw. (b) Neben diesen empirischen Hinweisen darauf, dass Gerechtigkeit etwas Wichtiges für den Menschen ist, gibt es eine Reihe explizit ethischer und moralphilosophischer Begründungen für soziale Gerechtigkeit. Diese können hier natürlich nicht ausführlich dargestellt

werden und, zugegebenermaßen, Miller kümmert sich recht wenig darum. Daher sei hier nur der Hinweis darauf gebracht, dass die im Folgenden explizierten drei Prinzipien der Gerechtigkeit dahingehend normatives und ethisches Gewicht besitzen, dass sie dem Schutz und der Förderung von drei wesentlichen Formen des menschlichen Selbstverhältnisses zugeordnet werden können. Axel Honneth, der auch das Vorwort zur deutschen Übersetzung von Millers Werk verfasst hat, weist daraufhin, dass eine solcherart verstandene soziale Gerechtigkeit dem menschlichen Anspruch und Bedürfnis nach verschiedenartiger Anerkennung entspricht ohne dem ein gelungenes menschliches Leben nicht möglich wäre (Honneth, 1994, 2008). Soziale Gerechtigkeit ist somit – und dies ist für den weiteren Verlauf dieses Beitrags und die Frage der Auswirkungen von arbeitsbedingtem Stress nicht unerheblich – eine Forderung, die nicht eine bloße politische Leitidee ist, sondern die notwendig für die Linderung und Verhinderung menschlichen Leids und die Einrichtung einer guten Gesellschaft in der ein gutes Leben überhaupt möglich wird.

Miller unterscheidet nun drei Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit: Bedürfnis, Verdienst und Gleichheit. Das Bedürfnisprinzip, welches in solidarischen Gemeinschaften (*solidaristic communities*), das Verdienstprinzip, welches in Zweckverbänden (*instrumental associations*) und die Gleichheitsidee, welche in der Staatsbürgerschaft (*citizenship*) ihre jeweilige Entfaltung findet. Das Bedarfsprinzip orientiert sich dabei nicht nur an einem biologischen Minimum, sondern an den jeweiligen im Gemeinwesen akzeptierten und möglichen Standards eines angemessenen Lebens. Bedürfnisse konstituieren sich somit entlang sozialer Normen und sind in diesem Sinne auch in großem Maße kontextabhängig. Näher spezifiziert Miller dies in Rückgriff auf Amartya Sen als ein Set von Fähigkeiten (*capabilities*) und Funktionen (*functionings*), die jedes Mitglied verwirklichen können soll (Alkire, 2002; Sen, 2010).

Das Verdienstprinzip wiederum kann anhand ökonomischer Beziehungen und des Marktes einsichtig gemacht werden. In diesen treten die Menschen in Zweckbeziehungen zueinander und es ist der Gerechtigkeit Genüge getan, wenn alle bekommen, was sie auf Grund ihrer Leistung verdienen. Die Schwierigkeiten Leistung und Verdienst überhaupt sinnvoll zu bestimmen, räumt Miller zwar durchaus ein, er verteidigt aber dennoch die Vorzüge einer leistungsabhängigen Vergabe von Positionen oder Gütern gegenüber deren zufälliger Vergabe genauso wie gegenüber deren egalitaristischen Einebnung. Damit ist noch nichts über die Ordnung und Beurteilung verschiedener Leistungen gesagt, also ob etwa sportliche Erfolge oder Kindererziehung einen höheren Verdienst darstellen, sondern nur, dass es in Beziehungen, in denen es um die Verwirklichung instrumenteller Zwecke geht, Güter und Lasten auf Basis des Verdienstes und der Leistung und nicht etwa auf Basis der Bedürftigkeit vergeben werden

sollten. Damit ist auch das Ideal einer „Meritokratie“ verbunden, in der Talent und Leistung über soziale Positionen und Verdienst entscheiden.

Das dritte Prinzip der Verteilung ist jenes der Gleichheit, welches in einem Verband von Staatsbürgern zur Anwendung kommen sollte. Darin eingeschlossen sind die Rechte und Pflichten sowie Freiheiten und Möglichkeiten der politischen Partizipation, die jedem Staatsbürger gleichermaßen zukommen, ebenso wie soziale Rechte, die den Status als Staatsbürger und die Ausübung der damit verbundenen Freiheiten und Rechte absichern. In diesen Fällen ist es ein Gebot der Gerechtigkeit, alle Menschen bzw. Staatsbürger gleich zu behandeln. Hier können distributive Gleichheit und „Statusgleichheit“ oder „sozialen Gleichheit“ unterschieden werden. Während erstere auf die strikte Gleichverteilung von Gütern und Lasten zwischen Staatsbürgern abzielt, bezieht sich die zweite Form der Gleichheit auf ein „Ideal der Gesellschaft“, in der sich die Staatsbürger als Gleiche respektieren und begegnen. Gesellschaften, die sich der sozialen Gerechtigkeit verpflichtet sehen, sollten beide Arten der Gleichheit verfolgen.

Soziale Gerechtigkeit beschreibt nun das Zusammenspiel dieser drei Prinzipien und ihre jeweils gerechtfertigte Anwendung. So wäre es ebenso ungerecht das Prinzip der Leistung des Verdienstes dort anzuwenden, wo auf den Bedarf zu achten ist, oder staatsbürgerschaftliche Grundrechte nach diesem Prinzip zu verteilen. Für das Thema dieses Beitrags ist daher zu klären, wie arbeitsbezogener Stress und Gesundheit einzuordnen sind, also welche Prinzipien bei ihnen zur Anwendung kommen sollten und welche Folgerungen daraus abzuleiten sind. Miller selbst hat sich mit diesen Fragen nicht eingehend beschäftigt, weshalb in weiterer Folge nur einige wenige seiner Hinweise aufgenommen werden.

#### **(4) Konklusion: Die gerechte Verteilung von Gesundheit und die Prävention von arbeitsbezogenem Stress**

Nachdem in den vorangegangenen Abschnitten die Schlüsselkonzepte von arbeitsbezogenem Stress, von Gesundheit als Ressource sowie von sozialer Gerechtigkeit vorgestellt wurden, werden nun die Thesen expliziert, dass Gesundheit sowohl ein Gegenstand der gerechten Verteilung ist als auch daraus geschlossen werden kann, dass die Aufgaben der Gesundheitsförderung und Stressprävention hieraus folgen.

##### **(a) Die gerechte Verteilung von Gesundheit**

Gesundheit ist für Miller nun eigentlich überhaupt kein Gegenstand

der sozialen Gerechtigkeit, wenn er dies auch nicht explizit festschreibt. Seine Argumentation, warum Wohlfahrt und Wohlbefinden keine Gegenstände der sozialen Gerechtigkeit sind, lässt sich jedoch auf Gesundheit übertragen.

Ich möchte jetzt ein bisschen näher auf die Gründe für die Einbeziehung oder den Ausschluss bestimmte Posten eingehen. Zu den Dingen, die nicht auf der Liste zu suchen haben, gehört Wohlfahrt (oder Glück) im Sinne eines psychischen Zustands von Individuen. Soziale Gerechtigkeit hat etwas mit den Mitteln zur Erzielung von Wohlfahrt, nicht aber mit der Wohlfahrt selbst zu tun. Das mag vielleicht paradox erscheinen. Wenn die Güter wegen der Art und Weise relevant sind, in der sie die Lebensqualität der Individuen erhöhen, warum betrachten wir bei der Einschätzung der sozialen Gerechtigkeit nicht gleich diese Verbesserung der Lebensqualität? Ein wichtiger Grund dafür ist, dass zwischen dem Zugang zu einem Gut und dem möglicherweise daraus folgendem Wohlbefinden oft eine persönliche Entscheidung steht. (Miller, 2008, S. 48–49)

Es sollte demgemäß nur um die gerechte Verteilung von Gütern und Ressourcen, die gesundheitliche Folgen haben oder Gesundheit beeinflussen, gehen, während die Verteilung von Gesundheit selbst kein Thema ist. Diesem Befund kann jedoch entgegengehalten werden, dass obwohl solche Güter oder Zustände wie Gesundheit, Glück, Wohlfahrt oder auch Bildung, jeweils auf anderen Gütern und Ressourcen oder Fähigkeiten ruhen, sie dennoch selbst Gegenstand der sozialer Gerechtigkeit sein sollten, da ohne sie überhaupt keine Idee hinsichtlich der Verteilung, solcher abhängiger Güter gewonnen werden kann. Miller durchbricht diesbezüglich auch seine Einschränkung, indem er wie oben erwähnt, auf fundamentale Fähigkeiten im Sinne von Sen Bezug nimmt. Miller nennt hier die Fähigkeiten zu lesen und zu schreiben, zu arbeiten oder eine Familie zu gründen. All diese Fähigkeiten sind keine direkt verteilbaren Güter, sondern basieren auf der Verteilung anderer Güter und Ressourcen etwa einem Zugang zum Bildungssystem oder die Absicherung einer freien Partnerwahl. Es ist somit durchaus sinnvoll über die gerechte Verteilung von Gesundheit nachzudenken und nicht nur über die Verteilung von Gesundheitsversorgung. Als letztes kann angemerkt werden, dass gerade die Forschung zur sozialen Determiniertheit von Gesundheit eindrücklich zeigt, dass Gesundheit viel weniger durch individuelle Entscheidungen beeinflusst wird als durch institutionelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen.

Das Verständnis von Gesundheit als Ressource für das tägliche Leben meint, dass diese eine Ressource zweiter Ordnung ist. In den Gegenstandsbereich sozialer Gerechtigkeit fällt diese Ressource nun aber erst dann, wenn sie überhaupt verteilt werden kann. Dies trifft auf Gesundheit nicht vollständig aber in ausreichendem Maße zu. Die Forschung zu sozialen Determinanten von Gesundheit, den relativ geringen Einflüssen individuel-

len Handelns und den Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung zeigen, dass Gesundheit eine soziale Ressource ist. Sie kann daher auch verteilt werden oder ihre Verteilung in großem Maße gesellschaftlich und politisch beeinflusst werden. Einerseits durch die verschiedenen Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung, also der Gesundheitsförderung, der verschiedenen Stufen der Prävention und schließlich der Behandlung und Linderung von Leid, Gebrechen und Krankheit. Andererseits kann Gesundheit durch die gerechte Verteilung anderer Ressourcen und Fähigkeiten, etwa einer materiellen Grundversorgung, Bildung oder Arbeit positiv beeinflusst und gestärkt werden. Gesundheit ist somit ein plausibler Gegenstand der sozialen Gerechtigkeit. Da nun Gesundheit aber nicht direkt, sondern über die oben genannten Faktoren indirekt verteilt wird, ist die Sachlage etwas komplizierter als bei anderen Ressourcen erster Ordnung, wie etwa Nahrungsmittel, Geld oder Kleidung auch die der direkten Verteilung zugänglich sind.

Im Rahmen der Theorie sozialer Gerechtigkeit, wie sie hier vertreten wird, ist daher zunächst einmal festzuhalten, dass Gesundheit der Idee der Gleichheit zuzuordnen ist. Sie steht jedem Menschen unabhängig seiner Leistung und unabhängig eines spezifischen Bedürfnisses zu. Gesundheit ist damit auch dem Bereich der Gesellschaft und des Staates zugeordnet und weder dem vornehmlich ökonomisch geprägten Markt noch dem familiären Bereich. Es gibt somit auch keine guten Gründe dafür, dies es rechtfertigen würden, dass jemand ohne eigenes Verschulden eine schlechtere Gesundheit aufweist als irgend jemand anderer. Es gibt natürlich solche Fälle, wie die Vielzahl an angeborenen, genetisch begünstigten oder unfallverursachten Beeinträchtigungen, Krankheiten, Störungen oder Behinderungen leider zeigen. In diesen Fällen kann jedoch auch nicht von einer sozialen Ungerechtigkeit gesprochen werden. Die Gleichverteilung von Gesundheit, zumindest als Ideal gefordert, wenn auch nie vollständig einlösbar, findet sich in dieser Form nicht bei Miller. Er behandelt Gesundheit implizit unter dem Aspekt des Bedarfs, also der Befriedigung grundlegender biologischer und psychischer Bedürfnisse. Diese zwar notwendig Gesundheit zu erhalten und Gesundheit als Ressource nutzen zu können. Jedoch ist die Frage der Verteilung von Mitteln und Ressourcen, um gesund zu sein und zu bleiben, eine andere Frage als jene, wie Gesundheit selbst zu verteilen ist.

Neben der Forderung einer prinzipiellen Gleichverteilung erhebt sich die Frage, wie die jeweiligen, die Gesundheit beeinflussenden Ressourcen zu verteilen sind. Hier kommen offenbar auch andere Prinzipien zur Geltung als die Idee der Gleichheit. Die Behandlung von Krankheit und Gebrechen, die prinzipiell jedem Menschen zugänglich sein sollte, erfolgt nach Bedarf. Je schwerer das Leiden desto höhere Priorität besitzt die Patientin, wobei auch dieses Prinzip hinsichtlich der Abwägung von

Erfolgschancen durchbrochen sein kann, wenn es darum geht, knappe Güter wie Organe oder medizinische Versorgung in Krisengebieten zu verteilen (Menzel, 2008). Die Verteilung von materiellen und immateriellen Ressourcen, die die Gesundheit beeinflussen wie Einkommen, Bildung und Arbeit erfolgt ebenso nicht nur hinsichtlich ihrer positiven wie negativen Auswirkungen auf die Gesundheit. Während Bildung der Idee der Gleichheit folgt, werden Einkommen und Arbeit vornehmlich hinsichtlich der Leistung verteilt. Notwendig ist aber aus dem Bedarfsprinzip heraus eine materielle Grundsicherung und effektive Armutsbekämpfung, die einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit haben. Gesundheit muss in diesen Fällen fester Bestandteil gerechtigkeitstheoretischer Überlegungen sein, ist aber nicht alleine bestimmend. Die Umsetzung von Gesundheitsförderung und Präventionsmaßnahmen ist wiederum gesondert zu betrachten. Sie sind einmal hinsichtlich der Idee der Gleichheit zu verteilen, also so, dass alle Menschen Zugang und Möglichkeiten von Prävention und Gesundheitsförderung besitzen. Hinsichtlich besonderer Schwerpunkte und einzelner Maßnahmen sind aber wiederum Überlegungen hinsichtlich des Bedarfs bestimmend, also welche Gruppen besondere Bedürfnisse oder Gefährdungen aufweisen und inwieweit bestimmte Krankheiten oder gesundheitlichen Probleme verbreitet sind. Weiters müssen Erkenntnisse hinsichtlich erfolgreicher und effizienter Methoden sowie deren Reichweite und nachhaltige Wirkung einbezogen werden. Bei Zielkonflikten hinsichtlich der Finanzierung von unterschiedlichen Ansprüchen, die aus sozialer Gerechtigkeit folgen, etwa Ansprüche aus Leistung gegenüber Ansprüchen aus Bedarf, ist eine Priorisierung und Abwägung der einzelnen Ansprüche notwendig. Gesundheit genießt hier als Ressource zweiter Ordnung Vorrang vor anderen Ressourcen. Wenn sich daher zeigt, dass Armut ein wesentlicher Faktor für Gesundheit und Wohlbefinden ist, so ist ihre Bekämpfung auch aus diesem Grund vorrangig und nicht als eine Mildtätigkeit zu verstehen.

### **(b) Stressprävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz**

Die dargelegten Erkenntnisse zu Prävalenz und Folgen von psychischer Fehlbelastung und arbeitsbezogenem Stress zeigen eindeutig, dass dieser die Verteilung von Gesundheit negativ beeinflusst. Daraus kann geschlossen werden, dass die Prävention von arbeitsbezogenem Stress und die Förderung von physischer, psychischer und sozialer Gesundheit am Arbeitsplatz eine eindeutige Forderung der sozialen Gerechtigkeit sind. Dies sind sie aus zwei Gründen: (a) Zum Einen gilt, wie vorhin gezeigt, Gesundheit als eine Ressource, die unabhängig aller anderen Eigenschaften oder

Leistungen, jedem Menschen in größtmöglichem Ausmaß zur Verfügung gestellt werden sollte. Dies kann als allgemeiner Grund für die Prävention von arbeitsbezogenem Stress bezeichnet werden. (b) Zum Anderen ist das Gesundheitsrisiko und die Beeinträchtigung des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und der Gesundheit durch arbeitsbezogenem Stress durch Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz reduzierbar (Awa u. a., 2010; Kasperczyk, 2010; Kuhn, 2006; Noblet & Lamontagne, 2006). Der Arbeitsplatz, der Betrieb und die Ausgestaltung von Arbeitsbedingungen und Beschäftigungsverhältnissen sind einerseits besonders gut geeignet für die Gesundheitsförderung und andererseits bergen sie spezifische Risiken für Gesundheit und Wohlbefinden. Diese Spezifität von Erwerbsarbeit kann als besonderer Grund für die Prävention von arbeitsbezogenem Stress bezeichnet werden. Er ist eben durch Arbeit erzeugt und mit ihr verbunden und ist daher auch an seinem Ursprungsort anzugehen. Dass Arbeit auch wesentlich persönliche, soziale und gesundheitliche Funktionen für die Beschäftigten hat, die sich mit den ökonomischen Interessen der Unternehmen oftmals nicht decken, ist ein Konflikt, der der Abwägung von unterschiedlichen Gründen bedarf. Die gerechtigkeits-theoretische Perspektive steht hier eindeutig auf der Seite der Betroffenen, deren Gesundheit nicht für die Durchsetzung ökonomischer Interessen geopfert werden darf. Ebenso sind es oftmals gerade Menschen in ohnehin bereits benachteiligten Lebenslagen, die unter schlechten und belastenden Bedingungen arbeiten und über keinen Zugang zu Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen verfügen. Dies ist zutreffend, obwohl arbeitsbezogener Stress niemals vollständig kontrollierbar ist, da hierbei die unterschiedlichen individuellen Faktoren und Reaktionen der Betroffenen einen nicht unerheblichen Einfluss besitzen.

Thus, the workplace is a core target of health-promoting interventions that include both interpersonal and structural or organizational measures. These interventions are particularly relevant among those occupational groups that suffer from high burdens of disease. As mentioned, these are less educated, socially less privileged populations within the workforce. (Siegrist, 2002, S. 52)

Weiters ist es so, dass es sehr viel einfacher und vor allem für die Betroffenen weniger leidvoll ist, Stress zu reduzieren als die durch Stress hervorgerufenen Störungen und Erkrankungen zu behandeln. Die Notwendigkeit einer verstärkten Förderung und Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung folgt hieraus. Es ist ungerecht, Menschen nicht davor zu bewahren durch Stress zu erkranken und erst im Nachhinein ihre Krankheit oder Störung zu behandeln oder gar mit dieser zurück zu lassen. Die negativen Langzeitfolgen von arbeitsbedingtem Stress können

auch in vielen Fällen nicht mehr oder zumindest nicht mehr vollständig behoben werden. Wer einmal an einer schwereren physischen oder psychischen Krankheit leidet, kann für dieses Leid auch nicht mehr durch eine, wenn auch bestmögliche und lindernde Behandlung, entschädigt werden. Daher sollten Prävention und Gesundheitsförderung immer einen prioritären Stellenwert in der Diskussion um die Verteilung von Ressourcen und der Finanzierung und Ausgestaltung von öffentlicher Gesundheit einnehmen.

Dass eine Form der Prävention und Reduktion von arbeitsbezogenem Stress sowie der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz gerade auch in der Durchsetzung von gerechteren Arbeitsbedingungen liegt, zeigt noch einmal, dass Gerechtigkeit und gerechte Verhältnisse auf allen Ebenen Gesundheit und Wohlbefinden positiv beeinflussen und nicht einfach ein normatives Anhängsel sein dürfen (Elovainio, Kivimäki, & Vahtera, 2002; Fujishiro & Heaney, 2007; Lawson, Noblet, & Rodwell, 2009).

Im Falle von arbeitsbezogenem Stress treten neben diesen vorgebrachten normativen Gründen auch handfeste ökonomische und soziale, die eine breite Allianz für seine Prävention eigentlich positiv beeinflussen und stärken sollten. Die oben bereits genannten Zahlen zu zunehmenden Krankenständen und Frühpensionierungen treffen nachhaltig auch die Unternehmen und die sozialen Sicherungssysteme.

The human and economic costs of job stress strongly suggest that it is in everybody's interests - employees, employers and the community at large - that stress prevention/reduction initiatives are high on the agenda of any workplace health promotion (WHP) programme. (Noblet & Lamontagne, 2006, S. 347)

Insgesamt kann somit festgehalten werden, dass es eine politische, gesellschaftliche, unternehmerische und individuelle Verantwortung für eine gerechte Verteilung von Gesundheit und ihrer Förderung durch die Prävention von arbeitsbezogenem Stress gibt. Diese Verantwortung ist auf allen Ebenen, international, national, regional, organisatorisch und individuell einzumahnen. Besonders betrifft sie dabei die Forderung nach gesetzlichen Regelungen, etwa im Rahmen des Arbeitsschutzes (Leka & Cox, 2008) und nimmt die Unternehmen, Arbeitgeberinnen und -geber und Führungskräfte, die nicht selten selbst von arbeitsbezogenem Stress betroffen sind, in die Pflicht. Diese sind gegenüber den Beschäftigten in einer stärkeren Position und können auch jenseits gesetzlicher Regelungen und über diese hinaus im Rahmen von betrieblicher Gesundheitspolitik wesentlich zur Reduktion und Prävention von arbeitsbezogenem Stress beitragen. Soweit sie dies nicht tun (wollen), ist jedoch auf Basis des normativen Vorrangs von Gesundheitsförderung einzugreifen. Die Kosten für solche Maßnahmen sind analog zum Verursacherprinzip den

Unternehmen anzulasten, die von der Verausgabung und dem Arbeitseinsatz ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter profitieren (Pffiffer & Weber, 2008; Piñeiro & Wallimann, 2004). Ebenso ist jedoch festzuhalten, dass der gerechtigkeits-theoretische Zugang festlegt, dass Prävention und Gesundheitsförderung nicht primär aus ökonomischen Interessen heraus gefördert und gefordert werden sollen, etwa da hierdurch die Arbeitsleistung erhöht werden kann oder die Pensions- und Krankenversicherungssysteme entlastet werden, sondern aus genuin ethischen Gründen heraus. Es ist einer Instrumentalisierung von Gesundheit Vorschub zu leisten, die in manchen Diskursen über ihre öffentliche und betriebliche Förderung mitschwingen.

## (5) Schluss

Ziel dieses Beitrages war es, die Auswirkung von arbeitsbezogenem Stress auf das physische und psychische Wohlbefinden und die Gesundheit als gerechtigkeits-theoretisches Problem zu verstehen und die daraus ableitbaren Folgerungen zu explizieren. Eine solche gerechtigkeits-theoretische Perspektive fokussiert darauf, dass es sich bei arbeitsbezogenem Stress um ein soziales, mithin organisatorisches, gesellschaftliches und auch politisches Problem handelt. Es geht hier also nicht nur um medizinische oder psychologische Interventionen, sondern um die gesellschaftliche Verantwortung einer effektiven Prävention, die zu einer möglichst gerechten Verteilung von Gesundheit führen sollte. Die Ressource Gesundheit ist als Ressource zweiter Ordnung auf jeden Fall prioritär zu behandeln und genießt Vorrang vor ökonomischen Interessen. Die Prävention von arbeitsbezogenem Stress und die Förderung von Gesundheit, gerade auch psychischer Gesundheit, am Arbeitsplatz stellt eine Verpflichtung der sozialen Gerechtigkeit dar, die effektiv Leid verhindern und Wohlbefinden fördern kann. Die Bedeutung und Aufgabe - ehemals vielleicht sogar von Vielen belächelter - philosophischer Forschung in diesen Fragen ist evident.

Social justice is a matter of life and death. It affects the way people live, their consequent chance of illness, and their risk of premature death. (Commission on Social Determinants of Health, 2008)

## Literatur

- Alkire, S. (2002). *Valuing Freedoms. Sen's Capability Approach and Poverty Reduction* (1. Aufl.). Oxford / New York, NY: Oxford University Press.
- Anand, S., Peter, F., & Sen, A. (Hrsg.). (2004). *Public health, ethics, and equity* (1. Aufl.). Oxford / New York, NY: Oxford University Press.

- Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 184–190. doi:10.1016/j.pec.2009.04.008
- Backé, E.-M., Seidler, A., Latza, U., Rosnagel, K., & Schumann, B. (2011). The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. doi:10.1007/s00420-011-0643-6
- Beck, U. (Hrsg.). (1994). *Risikante Freiheiten : Individualisierung in modernen Gesellschaften* (1. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Becker, I., & Hauser, R. (2009). *Soziale Gerechtigkeit - ein magisches Viereck. Zeitdimensionen, Politikanalysen und empirische Befunde*. Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung (1. Aufl.). Berlin: Edition Sigma.
- Bell, D. A., & de-Shalit, A. (Hrsg.). (2003). *Forms of Justice. Critical Perspectives on David Miller's Political Philosophy* (1. Aufl.). Lanham: Rowman & Littlefield.
- Blackmore, E. R., Stansfeld, S. A., Weller, I., Munce, S., Zagorski, B. M., & Stewart, D. E. (2007). Major depressive episodes and work stress: results from a national population survey. *American Journal of Public Health*, 97(11), 2088–2093. doi:10.2105/AJPH.2006.104406
- Braveman, P. (2010). Social conditions, health equity, and human rights. *Health and Human Rights*, 12(2), 31–48. doi:10.1146/annurev-publhealth-031210-101218
- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: coming of age. *Annual Review of Public Health*, 32, 381–398. doi:10.1146/annurev-publhealth-031210-101218
- Cameron, E., Mathers, J., & Parry, J. (2008). 'Health and well-being': questioning the use of health concepts in public health policy and practice. *Critical Public Health*, 18, 225–232. doi:10.1080/09581590601091604
- Chandola, T., Britton, A., Brunner, E., Hemingway, H., Malik, M., Kumari, M., Badrick, E., u. a. (2008). Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms? *European Heart Journal*, 29(5), 640–648. doi:10.1093/eurheartj/ehm584
- Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (1995). *Measuring stress : a guide for health and social scientists* (1. Aufl.). Oxford / New York, NY: Oxford University Press.
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization. Abgerufen von [www.searo.who.int/LinkFiles/SDH\\_SDH\\_FinalReport.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/SDH_SDH_FinalReport.pdf)

[20.04.2010]

- Contrada, R. J., & Baum, A. (Hrsg.). (2010). *The Handbook of Stress Science: Biology, Psychology, and Health* (1. Aufl.). New York, NY: Springer.
- DAK Versorgungsmanagement (Hrsg.). (2005). *DAK Gesundheitsreport 2005*. Hamburg: DAK Forschung. Abgerufen von [www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport\\_2005.pdf](http://www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2005.pdf) [03.10.2011]
- Dawson, A. (Hrsg.). (2011). *Public Health Ethics : Key Concepts and Issues in Policy and Practice* (1. Aufl.). Cambridge / New York, NY: Cambridge University Press.
- Dewa, C. S., McDaid, D., & Ettner, S. L. (2007). An international perspective on worker mental health problems: who bears the burden and how are costs addressed? *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 52(6), 346–356.
- Ehrenberg, A. (2009). *Das erschöpfte Selbst : Depression und Gesellschaft in der Gegenwart* (3. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Elovainio, M., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2002). Organizational Justice: Evidence of a New Psychosocial Predictor of Health. *American Journal of Public Health*, 92(1), 105–108. doi:10.2105/AJPH.92.1.105
- Frey, M. (2009). *Autonomie und Aneignung in der Arbeit. Eine soziologische Untersuchung zur Vermarktlichung und Subjektivierung von Arbeit*. Arbeit und Leben im Umbruch. Schriftenreihe zur subjektorientierten Arbeit und Arbeitsgesellschaft (1. Aufl.). München / Mering: Rainer Hampp Verlag.
- Fujishiro, K., & Heaney, C. A. (2007). Justice at Work, Job Stress, and Employee Health. *Health Education & Behavior*, 36(3), 487–504. doi:10.1177/1090198107306435
- Gershon, R. R. M., Barocas, B., Canton, A. N., Li, X., & Vlahov, D. (2008). Mental, Physical, and Behavioral Outcomes Associated With Perceived Work Stress in Police Officers. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 275–289. doi:10.1177/0093854808330015
- Gottschall, K., & Voß, G. G. (Hrsg.). (2005). *Entgrenzung von Arbeit und Leben. Zum Wandel der Beziehung von Erwerbstätigkeit und Privatsphäre im Alltag*. Arbeit und Leben im Umbruch. Schriftenreihe zur subjektorientierten Soziologie der Arbeit und der Arbeitsgesellschaft (2. Aufl.). München / Mering: Rainer Hampp Verlag.
- Höffe, O. (Hrsg.). (2006). *John Rawls: Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Klassiker Auslegen (2. Aufl.). Berlin: Akademie Verlag.
- Honneth, A. (1994). *Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte* (1. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Honneth, A. (2008). Philosophie als Sozialforschung. Die Gerechtigkeitstheorie von David Miller. *Grundsätze sozialer Gerechtigkeit, Theorie und Gesellschaft* (1. Aufl., S. 7–25). Frankfurt am Main / New York, NY: Campus.

- Jadad, A. R., & O'Grady, L. (2008). How should health be defined? *BMJ*, *337*, a2900–a2900. doi:10.1136/bmj.a2900
- Johan Hauge, L., Skogstad, A., & Einarsen, S. (2007). Relationships between stressful work environments and bullying: Results of a large representative study. *Work & Stress*, *21*, 220–242. doi:10.1080/02678370701705810
- Johnston, K., Westerfield, W., Momin, S., Phillippi, R., & Naidoo, A. (2009). The direct and indirect costs of employee depression, anxiety, and emotional disorders—an employer case study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*, *51*(5), 564–577. doi:10.1097/JOM.0b013e3181a1f5c8
- Karasek, R., & Thorell, T. (1990). *Healthy work : stress, productivity and the reconstruction of working Life* (1. Aufl.). New York, NY: Basic Books.
- Kasperczyk, R. (2010). Corporate Responsibility for Systemic Occupational Stress Prevention. *Journal of Business Systems, Governance and Ethics*, *5*(3), 51–70.
- Kersting, W. (2000). *Theorien sozialer Gerechtigkeit* (1. Aufl.). Stuttgart / Weimar: J. B. Metzler.
- Keupp, H., & Dill, H. (Hrsg.). (2010). *Erschöpfende Arbeit : Gesundheit und Prävention in der flexiblen Arbeitswelt*. Reflexive Sozialpsychologie (1. Aufl.). Bielefeld: Transcript.
- Koller, P. (2001). *Soziale Gerechtigkeit. Begriff und Begründung*. Vienna Working Papers in Legal Theory, Political Philosophy, and Applied Ethics. Wien. Abgerufen von <http://www.univie.ac.at/juridicum/forschung/wp24.pdf> [12.06.2011]
- Kopp, M. S., Stauder, A., Purebl, G., Janszky, I., & Skrabski, A. (2008). Work stress and mental health in a changing society. *European Journal of Public Health*, *18*(3), 238–244. doi:10.1093/eurpub/ckm077
- Kuhn, K. (2006). Mental health promotion in the workplace: a European perspective. *Journal of Public Mental Health*, *5*, 29–34. doi:10.1108/17465729200600008
- Larson, J. S. (1999). The Conceptualization of Health. *Medical Care Research and Review*, *56*, 123–136. doi:10.1177/107755879905600201
- Lawson, K. J., Noblet, A. J., & Rodwell, J. J. (2009). Promoting employee wellbeing: the relevance of work characteristics and organizational justice. *Health Promotion International*, *24*(3), 223–233. doi:10.1093/heapro/dap025
- Leka, S., & Cox, T. (Hrsg.). (2008). *The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF* (1. Aufl.). Nottingham: PRIMA-EF Consortium. Abgerufen von <http://www.ripsol.org/Data/Elementos/467.pdf>

[11.01.2011]

- Levi, L., & Levi, I. (2000). *Guidance on Work-Related Stress. Spice of life, or kiss of death?* (1. Aufl.). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Abgerufen von [http://www.europa.int/comm/employment\\_social/h&s/publicat/pubintro\\_en.htm](http://www.europa.int/comm/employment_social/h&s/publicat/pubintro_en.htm) [11.01.2011]
- Liebig, S., Lengfeld, H., & Mau, S. (Hrsg.). (2004). *Verteilungsprobleme und Gerechtigkeit in modernen Gesellschaften* (1. Aufl.). Frankfurt am Main / New York, NY: Campus.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (Hrsg.). (2003). *Social determinants of health: the solid facts* (2. Aufl.). Copenhagen: Centre for Urban Health World Health Organization.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. doi:10.1146/annurevpsych.52.1.397
- McDaid, D., Curran, C., & Knapp, M. (2005). Promoting mental well-being in the workplace: a European policy perspective. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 17(5), 365–373. doi:10.1080/09540260500238397
- Menzel, P. (2008). Allocation of Scarce Resources. In R. Rhodes, L. P. Francis, & A. Silvers (Hrsg.), *The Blackwell Guide to Medical Ethics* (1. Aufl., S. 305–322). Oxford: Blackwell Publishing. Abgerufen von <http://doi.wiley.com/10.1002/9780470690932.ch17>
- Milczarek, M., Schneider, E., & Rial González, E. (2009). *OSH in figures: stress at work — facts and figures*. (European Agency for Safety and Health at Work, Hrsg.) European Risk Observatory Report (1. Aufl., Bd. 9). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Abgerufen von [http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C\\_OSH\\_in\\_figures\\_stress\\_at\\_work](http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work) [11.01.2011]
- Miller, D. (2008). *Grundsätze sozialer Gerechtigkeit*. Theorie und Gesellschaft (1. Aufl.). Frankfurt am Main / New York, NY: Campus.
- Mittelmark, M. B. (2001). Promoting social responsibility for health: health impact assessment and healthy public policy at the community level. *Health Promotion International*, 16, 269–274. doi:10.1093/heapro/16.3.269
- Noblet, A., & Lamontagne, A. D. (2006). The role of workplace health promotion in addressing job stress. *Health Promotion International*, 21(4), 346–353. doi:10.1093/heapro/dal029
- Pandey, A., Quick, J. C., Rossi, A. M., Nelson, D. L., & Martin, W. (2010). Stress and the workplace: 10 years of science, 1997-2007. In R. J. Contrada & A. Baum (Hrsg.), *The Handbook of Stress Science: Biology, Psychology, and Health* (1. Aufl., S. 137–149). New York, NY: Springer.
- Pfiffner, M., & Weber, S. (2008). Burnout-Jetzt zahlen alle! Nicht aber bei Anwendung des Verursacherprinzips. In I. Wallimann (Hrsg.), *Sozialpolitik nach Verursacherprinzip. Beispiele der Anwendung aus Arbeit, Gesundheit, Sucht, Schule und Wohnen* (1. Aufl., S.

- 79–99). Bern / Stuttgart / Wien: Haupt.
- Piñeiro, E., & Wallimann, I. (Hrsg.). (2004). *Sozialpolitik anders denken. Das Verursacherprinzip - von der umweltpolitischen zur sozialpolitischen Anwendung* (1. Aufl.). Bern / Stuttgart / Wien: Haupt.
- Rawls, J. (1975). *Eine Theorie der Gerechtigkeit* (1. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Rial González, E., Cockburn, W., & Irastorza, X. (2010). *European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks. Summary*. (European Agency for Safety and Health at Work, Hrsg.) (1. Aufl.). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Abgerufen von [http://osha.europa.eu/en/publications/reports/en\\_esener1-summary.pdf](http://osha.europa.eu/en/publications/reports/en_esener1-summary.pdf) [11.01.2011]
- Rosenthal, T., & Alter, A. (2011). Occupational stress and hypertension. *Journal of the American Society of Hypertension: JASH*. doi:10.1016/j.jash.2011.09.002
- Ruger, J. P. (2010a). *Health and social justice* (1. Aufl.). Oxford / New York, NY: Oxford University Press.
- Ruger, J. P. (2010b). Health capability: conceptualization and operationalization. *American Journal of Public Health, 100*(1), 41–49. doi:10.2105/AJPH.2008.143651
- Sedmak, C. (2010). Ethische und finanzielle Ressourcen angesichts der Gesundheitsverknappung. In W. Pfeil (Hrsg.), *Finanzielle Grenzen des Behandlungsanspruchs* (1. Aufl., S. 1–8). Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.
- Sedmak, C. (2011). Fähigkeiten und Fundamentalfähigkeiten. In C. Sedmak, B. Babic, R. Bauer, & C. Posch (Hrsg.), *Der Capability-Approach in sozialwissenschaftlichen Kontexten Überlegungen zur Anschlussfähigkeit eines entwicklungspolitischen Konzepts* (1. Aufl., S. 29–52). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sen, A. (2010). *Die Idee der Gerechtigkeit* (1. Aufl.). München: Beck.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*(1), 27–41.
- Siegrist, J. (2002). Reducing social inequalities in health: work-related strategies. *Scandinavian Journal of Public Health, 30*, 49–53. doi:10.1177/14034948020300030801
- Siegrist, J., & Rödel, A. (2006). Work stress and health risk behavior. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 32*(6), 473–481.
- Tengland, P.-A. (2007). A Two-Dimensional Theory of Health. *Theoretical Medicine and Bioethics, 28*, 257–284. doi:10.1007/s11017-007-9043-z
- Venkatapuram, S. (2011). *Health justice* (1. Aufl.). Cambridge / Malden, MA: Polity Press.

- WHO. (1948). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation [deutsche Übersetzung]. Abgerufen von <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf> [20.12.2011]
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization. Abgerufen von [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf) [15.09.2011]
- Williams, B. (1985). *Ethics and the limits of philosophy* (1. Aufl.). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Williamson, D. L., & Carr, J. (2009). Health as a resource for everyday life: advancing the conceptualization. *Critical Public Health*, 19, 107–122. doi:10.1080/09581590802376234
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., u. a. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018