

Dokumentation

Frauen, Arbeit und Gesundheit

*10. Tagung des Netzwerkes
Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen
am 3. November 1999 in Hannover*



Niedersächsisches Ministerium
für Frauen, Arbeit und Soziales



LANDESVEREINIGUNG
FÜR GESUNDHEIT
NIEDERSACHSEN E.V.



Inhaltsverzeichnis

Ministerin Heidi Merk	
Grußwort	3
Sabine Nehls	
Situation erwerbstätiger Frauen in Niedersachsen	
Daten und Eckpunkte zum Arbeitsmarkt.....	5
Dr. Antje Ducki	
Belastungen und Ressourcen der Frauenerwerbsarbeit	8
PD Dr. Marianne Resch	
Frauenförderung und Gesundheitsförderung:	
Was können wir voneinander lernen?	13
Berichte aus den Arbeitsgruppen:	
AG I	Möglichkeiten der Prävention bei gesundheitlichen Belastungen und arbeitsbedingten Erkrankungen dargestellt am Beispiel des Sozialamtes der Landeshauptstadt Hannover 19 <i>Dr. Erika Majewski, Leitende Betriebsärztin der LH Hannover</i>
AG II	Was hält Frauen in Pflegeberufen gesund? Ansätze für eine frauengerechte betriebliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus 21 <i>Heidi Höppner, Sozial- und Gesundheitswissenschaftlerin, HWP Hamburg</i>
AG III	Betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz aus Frauensicht 23 <i>Barbara Reuhl, Angestelltenkammer Bremen</i>
AG IV	Gesundheitszirkel im Betrieb - Frauen gestalten Arbeitsplätze! 28 <i>Brigitte Jürgens-Scholz, BKK Team Gesundheit, Bundesverband Essen</i>
AG V	Zur konkreten Utopie eines gesundheits- und frauenförderlichen Unternehmens 31 <i>Christine Busch, Arbeits-Betriebs- und Umweltpsychologie, Universität Hamburg</i>
AG VI	Gesundheitsförderung durch Arbeitszeitgestaltung am Beispiel eines Kieler Betriebes 35 <i>Maike Moufid, knk Systemlösungen</i>
	Auswertung der Tagung anhand der eingegangenen Fragebögen 37 <i>Birgit Schütte, Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales</i>
	Informationen zum Netzwerk 39

Grußwort

Dies ist die 10. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. Gestatten Sie mir anlässlich dieses kleinen Jubiläums deshalb einen kurzen Blick zurück.

„Nur wer den Mut zum Träumen hat, hat auch die Kraft zum Kämpfen!“ Mit dieser Überschrift eines Gastkommentars in der Zeitschrift *Impulse - Newsletter für Gesundheitsförderung* im Dezember 1994 und den Reaktionen der Leserinnen auf diesen Artikel wurde das Interesse vieler Frauen in Niedersachsen am Thema Gesundheit und der Wille, Gesundheitsbedingungen für Frauen zu verändern, offenbar. Die Idee zur Kooperation war geboren. Nach intensiver Vorarbeit und viel Engagement fand im Dezember 1995 eine Veranstaltung statt, die in der Presse etwa so angekündigt wurde:

„Am 7.12. findet eine vom Niedersächsischen Sozialministerium und Frauenministerium unterstützte Veranstaltung zur Gesundheit von Frauen und Mädchen in der Kommune statt, die von der Landesvereinigung für Gesundheit und dem Institut Frau und Gesellschaft ausgerichtet wird. Diskutiert wird unter anderem die Gründung eines Netzwerkes Frauen und Gesundheit in Niedersachsen.“

Der Versuch ist geglückt. Ein großer Teil der anwesenden Frauen hat sich auf eine Programmatik verständigt. Seitdem bietet das Netzwerk konzeptionelle Beratung für Veranstaltungen an, vermittelt Referentinnen, unterstützt die Bildung von Regionalgruppen, gibt einen „Rundbrief“ heraus, ist in anderen Bundesländern unterwegs zur Darstellung von gelungener Netzwerkarbeit, führt regelmäßig Veranstaltungen durch und knüpft beharrlich weiter an der Vergrößerung des Netzes. Immerhin gibt es inzwischen ca. 120 Mitglieder.

Das Netzwerk hat seit 1995 neun Tagungen aus den unterschiedlichsten Themenbereichen durchgeführt, die den Oberbegriffen

- Strukturelle Rahmenbedingungen (z.B. Pränataldiagnostik),
- Lebensbedingungen (z.B. Migration) oder
- Lebensphasen (z.B. Schwangerschaft und Alter)

zugeordnet werden können und jedes Thema für sich hat neben den „Stammteilnehmerinnen“ der Netzwerktagungen auch viele weitere interessierte Frauen aus dem jeweiligen Fachgebiet angelockt. Dem Netzwerk ist es gelungen - und das ist für ein großes Flächenland wie Niedersachsen sehr bedeutsam - die Diskussionen und Impulse auch in die Regionen zu transportieren.

Beispielhaft nenne ich die Tagungen in Norden, Göttingen und zuletzt in Braunschweig. Akteurinnen vor Ort haben inzwischen so genannte Runde Tische, Gesundheitszirkel oder Arbeitsgruppen gegründet oder sich anderweitig vernetzt mit dem Ziel, die gesundheitlichen Auswirkungen gesellschaftlicher Rollenzuweisungen zu thematisieren und Benachteiligungen abzubauen.

Das Erkennen von Missständen, die Unzufriedenheit mit den Lebensbedingungen vor Ort, möglicherweise auch eigene Negativerlebnisse mit dem Gesundheitssystem sind das Eine. Zugleich stellt sich aber auch die Frage nach geeigneten Strategien für Veränderungen. Wo und wie kann eine frauen- und mädchenbewusste Gesundheitsförderung ansetzen? Die Ottawa-Charta trifft dazu zwei wichtige Aussagen:

es geht einerseits um eine kleinräumige Gesundheitsförderung und benennt als weiteres Grundprinzip die Vernetzung.

Frauennetzwerke der heutigen Zeit sind vielfach aus dem Umfeld der Projekte der Frauenbewegung entstanden. Ich bezeichne sie als politische Netzwerke, deren Hauptanliegen vor allem die Chancengleichheit in allen gesellschaftlichen Bereichen ist, z.B. Netzwerke von Frauenbeauftragten, Netzwerke von Partei- oder Gewerkschaftsmitgliedern und schließlich Netzwerke der so genannten autonomen Frauenbewegung. Daneben gibt es immer häufiger auch berufs- und karrierebezogene Netzwerke – ich denke da an Unternehmerinnen, Existenzgründerinnen, Managerinnen – möglicherweise nachgebildet oder als Gegengewicht zu den – auch ohne Absprachen – immer funktionierenden Seilschaften vieler Männer.

Das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen verbindet beide Anliegen:

- Es ermöglicht einen Transfer von Sach- und Erfahrungswissen.
- Es hat sich auf einen Minimalkonsens verständigt.
- Entscheidungen werden im Konsens getroffen.
- Berufsgruppenübergreifend werden Information und Wissen gebündelt.

All dies sind gute Voraussetzungen für eine erfolgreiche Arbeit zum Thema Frauengesundheit.

Zusätzlich lenkt die Beteiligung und Partizipation möglichst vieler unterschiedlicher Akteurinnen (ich nenne beispielhaft Gesundheitsberaterinnen, Gewerkschafterinnen, Ärztinnen, Altenpflegerinnen, in der Gesundheitsforschung tätige Wissenschaftlerinnen) den Blick auch auf die Arbeitsbedingungen und die beruflichen Möglichkeiten von Frauen im Medizinsystem. So können langfristig auch berufliche Verbesserungen und Karrieremöglichkeiten für Frauen in medizinischen Berufen erreicht werden.

Ich freue mich sehr, dass Sie mit dieser Tagung eine Verbindung zwischen Gesundheitsförderung und Personalentwicklung aus Frauensicht herstellen wollen. Es gibt viele Wettbewerbe zur Auszeichnung von frauen- und familienfreundlichen Betrieben: große Firmen heben ihre Anstrengungen zugunsten einer flexibleren Arbeitszeitgestaltung hervor; wir wissen außerdem von den Anstrengungen der Krankenkassen mit Bündnispartnern, die betriebliche Gesundheitsförderung voranzutreiben; daneben sind Mentoring-Projekte zu nennen, die sowohl im öffentlichen Dienst als auch in der Privatwirtschaft durchgeführt werden; schließlich beschäftigt sich mein Haus seit Jahren mit sozialpolitischem Qualitätsmanagement.

So haben wir kürzlich einen Qualitätspreis für Krankenhäuser ausgeschrieben, der sich an einem international anerkannten Qualitätsmodell der Europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement (EFQM) orientiert. Besonders hervorzuheben sind:

- Kundenorientierung/Case-Management und Kundenzufriedenheit,
- Betriebliches Kosten- und Prozessmanagement und
- Personalentwicklung und -zufriedenheit.

Wenngleich das letztgenannte Qualitätsmerkmal auch Möglichkeiten einer stärkeren Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Belange bietet - bei genauem Hinsehen fehlt allen diesen begrüßenswerten Maßnahmen jedoch etwas: Sie sind geschlechtsblind.

Eine Firma ist familienfreundlich, wenn sie den Frauen mit Betreuungsaufgaben günstige Teilzeitarbeitsmöglichkeiten anbietet - nach wie vor ist der teilzeittätige Mann aber verpönt, wird belächelt und gilt als wenig engagiert. Über Konzepte, wie eine Chancengleichheit hinsichtlich der Karriere-möglichkeiten hergestellt werden kann, wird gar nicht oder noch viel zu wenig nachgedacht. Auch die betriebliche Gesundheitsförderung und die Benchmarking Projekte lassen einen geschlechtsdifferenzierten Ansatz vermissen.

Gesundheit am Arbeitsplatz hängt nicht nur von äusseren Bedingungen wie Mobiliar und Arbeitsplatzumgebung ab, sondern im erheblichen Umfang auch davon, wie selbstbestimmt die Arbeit ausgeführt werden kann.

Vorurteile gegen Frauen, gepaart mit Konkurrenzängsten bei Vorgesetzten und Mitarbeitern führt häufig zu einer Unterforderung oder Blockade von weiblichen Beschäftigten. Und schließlich muss auch der EFQM-Kriterienkatalog auf seine Tauglichkeit hin untersucht werden: an keiner Stelle werden Frauen ausdrücklich genannt und es fehlen Aussagen zur Geschlechtergerechtigkeit.

Wohlgemerkt - es geht nicht um die Förderung von Frauen in dem Sinne, dass Defizite abgebaut werden müssen oder um sozialpolitische Wohltaten - es geht vielmehr darum, endlich auch die Lebenssituation von Frauen und ihre beruflichen Rahmenbedingungen zur Kenntnis zu nehmen und bei allen Konzepten nicht die Lebenswelt der männlichen Erwerbsbiografie zum Maßstab zu machen.

Ich weiss, dass es im Rahmen der Vorbereitung dieser Tagung große Schwierigkeiten bereitet hat, für dieses Thema - nämlich der Verknüpfung von Gesundheitsförderung, Personalentwicklung und Chancengleichheit - Referentinnen und Material zu finden. Das zeigt uns, dass hier noch dringender Informations- und Handlungsbedarf besteht.

Vor etwa vier Jahren begann auf der Ebene der Europäischen Kommission die Diskussion um den Gender-Mainstreaming-Ansatz. Ich zitiere die offizielle Definition noch einmal im Wortlaut:

„Gender Mainstreaming ist die (Re)Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung grundsatzpolitischer Prozesse mit dem Ziel, eine geschlechterbezogene Sichtweise in alle politischen Konzepte auf allen Ebenen und in allen Phasen durch alle normalerweise an politischen Entscheidungsprozessen beteiligten Akteure einzubringen“.

Nach der Zusammenlegung des Sozialministeriums mit dem Frauenministerium bin ich angetreten, auch für Niedersachsen einen Umdenkungsprozess in Gang zu setzen. Das heißt nichts anderes, als dass am Ende des langen Weges Politik- und Verwaltungshandeln selbstverständlich eine geschlechterbezogene Sichtweise übt.

Die eben erwähnten Beispiele der geschlechtsblinden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung oder Maßnahmen für familienfreundliche Betriebe führen uns nur deutlich vor

Augen, dass noch viel getan werden muss, bis in allen Politikbereichen geschlechterdifferenzierte bzw. geschlechterangemessene Konzepte selbstverständlich sind.

Daran arbeiten wir - auch diese Tagung soll ein Baustein dafür sein. Ich wünsche mir sehr, dass die Vorträge und Arbeitsgruppen uns einen Schritt weiter bringen in der Frage, wie eine an Frauenbelangen orientierte Gesundheitsförderung in Betrieben und in der öffentlichen Verwaltung aussehen kann und muss.

Abschließend richte ich einen herzlichen Dank an alle Netzwerkfrauen, die von Beginn an die Arbeit mitgestaltet und durch ihre rege Beteiligung das Netzwerk auch verlässlich gemacht haben.

Situation erwerbstätiger Frauen in Niedersachsen

Daten und Eckpunkte zum Arbeitsmarkt

Meine Ausführungen zur *Situation erwerbstätiger Frauen in Niedersachsen* sollen das Datenmaterial liefern, auf dessen Grundlage die fachlichen Aspekte diskutiert und näher beleuchtet werden.

Zu Beginn möchte ich Tendenzen der Erwerbsbeteiligung von Frauen beschreiben und mit Zahlen belegen:

- Die Erwerbsorientierung von Frauen nimmt weiter zu.
- Aufgrund des Rückgangs der Erwerbsmöglichkeiten stagniert ihre Erwerbsbeteiligung jedoch in den 90er Jahren.
- Das Arbeitsvolumen nimmt wegen der Verschiebung von Vollzeit- auf Teilzeitbeschäftigung ab.
- Frauen sind derzeit vom Beschäftigungsrückgang insgesamt quantitativ weniger stark betroffen als Männer.
- Dennoch nahm auch die Arbeitslosenquote der Frauen zu. Dabei hat die Arbeitslosigkeit häufig ihre Ursache in typisch weiblichen Berufsverläufen.
- Qualifikation und die erreichte Stellung im Beruf werden zunehmend zu einem wichtigen Selektionskriterium auf dem Arbeitsmarkt.
- Die Polarisierung zwischen besser und weniger qualifizierten Frauen setzt sich fort.
- Frauen ohne Ausbildung oder mit wenig anspruchsvollen Berufen sind überdurchschnittlich von Arbeitslosigkeit betroffen.

Tabelle 1: Wohnbevölkerung Niedersachsens (30.06.99)

Insgesamt	7.851.907
Männer	3.836.519
Frauen	4.015.388

Tabelle 2: Beschäftigung in Niedersachsen

Merkmale	Niedersachsen	
	absolut	Frauenquote ¹
Einwohnerinnen (15 bis 65 Jahre)	2.586.630	64,4
weibliche Erwerbspersonen²	1.424.906	43,9
Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Frauen (Arbeitsort)	1.014.553	43,3
darunter in Teilzeitarbeit	329.268	89,9

Quelle: Landesarbeitsamt Niedersachsen/Bremen

¹ Die Frauenquote drückt den Anteil der Frauen an der Gesamtzahl in Prozent aus

² Sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte, Beamtinnen, Arbeitslose

Tabelle 3: Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung von Frauen von 1991 bis 1998 in Niedersachsen in absoluten Zahlen

	unter 25	25 - 49	ab 50	Gesamt
1991	228.829	584.923	173.835	987.587
1992	217.945	617.928	183.846	1.019.719
1994	184.862	655.131	189.594	1.029.587
1996	155.259	687.389	182.524	1.025.172
1998	145.460	691.813	177.280	1.014.553
Entwicklung 1991 - 1998	- 83.369	+ 106.890	+ 3.445	+ 26.966

Tabelle 4: Prozentanteil der Frauen an der Gesamtbeschäftigtenzahl der jeweiligen Altersgruppe in Niedersachsen

	unter 25	25 - 49	ab 50	Gesamt
1991	48,54	40,89	35,94	41,40
1992	48,68	41,54	36,68	41,86
1994	49,61	42,61	38,72	42,90
1996	49,31	43,02	40,22	43,32
1998	48,65	43,00	40,83	43,32
Entwicklung 1991 - 1998	+ 0,11	+ 2,11	+ 4,89	+ 1,92

Quelle: Landesarbeitsamt Niedersachsen/Bremen sowie Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Große Anfrage Nr. 14/21

Tabelle 5: Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Vollzeit-/Teilzeitbeschäftigung von Frauen in Niedersachsen

Jahr	Soz.vers.pfl. beschäftigte Frauen/ Teilzeit	Soz.vers.pfl. beschäftigte Frauen/ Vollzeit	Soz.vers.pfl. beschäftigte Frauen/ insgesamt	Anteil der TZ-beschäftigten Frauen an den soz.vers.pfl. beschäftigten Frauen insgesamt
1990	255.278	688.109	943.387	27,06%
1992	285.924	733.795	1.019.719	28,04%
1994	304.528	725.059	1.029.587	29,58%
1996	319.023	706.149	1.025.172	31,11%
1998	329.268	685.285	1.014.553	32,45%
Entwicklung 1990 - 1998	+ 73.990	- 2.824	+ 71.166	+ 5,39%

Quelle: Landesarbeitsamt Niedersachsen/Bremen sowie Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Große Anfrage Nr. 14/21

Tabelle 6: Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Frauen nach Berufsgruppen in Niedersachsen/Bremen

Berufsgruppen	Frauen davon Teilzeit	Frauenquote
Verwaltungs-, Büroberufe	329.768 94.321	66,0%
Gesundheitsdienstberufe	158.980 46.829	86,4%
Warenkaufleute	147.929 55.538	66,9%
Sozial- und Erziehungsberufe	97.978 48.200	72,3%
Reinigungsberufe	64.963 48.638	78,9%
Ernährungsberufe	39.611 10.318	44,1%

Quelle: Landesarbeitsamt Niedersachsen/Bremen

Art der Beschäftigung

Nachdem ich die Quantität der Beschäftigung beschrieben habe, gehe ich im weiteren auf die Qualität, d.h. die Art der Beschäftigung ein.

In den 90er Jahren zeigt sich eine deutliche Bewegung auf dem Arbeitsmarkt in den Bereichen der Dienstleistungs- und der Fertigungsberufe. Die Beschäftigten in den Fertigungsberufen werden weniger, dagegen steigt die Beschäftigtenzahl bei den Dienstleistungsberufen. Mit immer weniger Menschen wird immer mehr produziert und der Dienstleistungsbereich weitet sich immer mehr aus.

Betrachten wir die Berufsstruktur in diesen beiden Bereichen geschlechtsspezifisch, so zeigt sich, dass die Beschäftigung von Frauen besonders im Fertigungsbereich rückläufig ist. Haben die Männer von 1992 bis 1996 Beschäftigungseinbrüche von „nur“ 9,7% zu verkraften gehabt, so mussten die Frauen Einbußen von 18,7% hinnehmen. Eine Chance haben hier nur noch gut qualifizierte Frauen.

Tabelle 7: Entwicklung der weiblichen Beschäftigten nach Ausbildungsabschluss/Qualifikation und wöchentlicher Arbeitszeit – Bundesgebiet West (in Tausend)

Arbeitszeit	Ohne Ausbildung	Lehre/BFS	Fachschule	Fachhochschule	Universität	Summe
unter 16 Std.	13,9	188,2	9,6	16,2	13,7	241,5
16 - 25 Std.	- 58,4	151,6	13,3	16,2	50,5	173,2
26 - 35 Std.	- 16,3	103,7	20,1	15,7	26,3	149,7
36 - 45 Std.	- 297,1	- 100	1,6	29,4	82,2	- 283,9
46 Std. und mehr	- 71,4	- 35,8	0,3	8,7	28,3	- 69,9
Summe	- 429,3	307,8	45,0	86,2	200,9	210,6

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

Im Dienstleistungsbereich haben die Frauen in diesem Zeitraum eine Steigerungsrate von 3% zu verzeichnen, die Männer hingegen einen Beschäftigungsrückgang von 2,1%.

Im Dienstleistungsbereich sind die hausarbeitsnahen Berufe, wie z.B. Körperpflege, Reinigung und Hauswirtschaft, ausschließlich von Frauen besetzt. Bei den kaufmännischen Berufen fällt die Wahl der Frauen insbesondere auf die Büroberufe und auf die Warenkaufleute. Im Gesundheitsdienst und in sozialen Berufen sind Frauen ebenfalls stark vertreten.

Auffällig ist, dass Frauen hauptsächlich in Berufsgruppen zu finden sind, die eine geringe Qualifikation erfordern, keine Aufstiegschancen bieten, bei denen die Entlohnung gering ist und die Weiterbildung auf der Strecke bleibt. Zurückkommend auf die Arbeitsmarkttrends, die ich eingangs nannte, muss deutlich gesagt werden, dass die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung besonders in den Berufen mit geringen Qualifikationsanforderungen zurückgeht.

Der Faktor Bildungsabschluss bzw. Qualifikation nimmt bei mir deshalb so einen hohen Stellenwert ein, weil ich einer Studie des Bundesarbeitsministeriums aus dem Jahr 1995 entnommen habe – und nun schlage ich die Brücke zum Thema Gesundheit – , dass berufstätige Frauen und ganz besonders berufstätige Frauen mit einem höheren Bildungsabschluss nicht nur einen deutlich besseren Gesundheitszustand als nicht berufstätige Frauen mit niedrigem Bildungsstand, sondern auch noch eine höhere Lebenserwartung haben.

Ein Blick in die Arbeitswelt von morgen, d.h. in den Bereich der Informations- und Telekommunikationsberufe zeigt, dass hier Frauen generell noch stark unterrepräsentiert sind. Chancen werden Frauen vor allem bei einer stärkeren Einführung von Telearbeitsplätzen eingeräumt. Hier wird dann die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf ins Feld geführt. Ich zitiere aus einer Veröffentlichung des

Tabelle 8: Durchschnittliche Bruttoverdienste der vollzeitbeschäftigten Arbeiter bzw. Angestellten nach Geschlecht – Bundesgebiet West

Durchschnittlicher Bruttowoche-Verdienst	Jahr	Männer	[Frauen]	
			absolut	%
Arbeiter/-innen im produzierenden Gewerbe	1994	994	707	71,1
	1995	1.032	734	71,1
	1996	1.040	750	72,1
Angestellte im produzierenden Gewerbe	1994	6.476	4.418	68,2
	1995	6.702	4.596	68,8
	1996	6.920	4.784	69,1
Handel, Kredit und Versicherungsgewerbe	1994	5.244	3.784	72,2
	1995	5.431	3.947	72,7
	1996	5.307	3.973	74,9

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

iwd (Institut für Wirtschaftsforschung): „...die oft hochmotivierten Telearbeiter bringen überdurchschnittliche Leistungen – weil sie Arbeit und Freizeit optimal an ihre persönlichen Bedürfnisse anpassen können..“ Unter dem Gesichtspunkt Arbeit und Gesundheit sollten wir hier den Arbeitsschutz, die Gefahren der Isolation und Selbstaussbeutung aber nicht außer Acht lassen.

Kürzlich gab es in der niedersächsischen Presse die Schlagzeile „Niedersachsen sind selten krank“. Ich gehe davon aus, das darin auch die Niedersächssinnen enthalten sind. Erläutert wurde die Meldung damit, dass in Niedersachsen weniger Arbeitstage (genau 15 Arbeitstage) verloren gehen als im Bundesdurchschnitt mit 16 Kalendertagen. Der Vorsitzende der Betriebskrankenkassen sieht im vergleichsweise guten Abschneiden des Landes ein Ergebnis von betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammen. Darüber wird ausführlich zu diskutieren sein.

Belastungen und Ressourcen der Frauenerwerbsarbeit

Zahlreiche Untersuchungen der letzten 20 Jahre haben den Einfluss der Erwerbsarbeit auf die Gesundheit belegt (vgl. Ulich 1994). Im Hinblick auf die Untersuchung von frauentypischen Arbeitsbedingungen und ihren Wirkungen sprechen Kolleginnen wie M. Resch, E. Bamberg und G. Mohr von einem ‚blinden Fleck‘ in der arbeitswissenschaftlichen Forschung (Resch et al. 1994), der verschiedene Ursachen hat. Lange Zeit stand der vollbeschäftigte männliche Industriearbeiter im Mittelpunkt des Forschungsinteresses, die Besonderheiten der Erwerbsarbeit von Frauen wurden als wissenschaftliches Problem kaum wahrgenommen. Resultierend aus diesem Desinteresse sind viele Untersuchungen mit einem sog. ‚gender bias‘ (Eichler 1991) versehen, der unterschiedlich zum Ausdruck kommen kann:

- Häufig werden Ergebnisse zum Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit, die an reinen Männerstichproben ermittelt wurden, fraglos auch auf Frauen übertragen, oder aber generell als für Frauen nicht zutreffend eingeschätzt,
- teilweise werden ohne nähere Begründung für Männer und Frauen unterschiedliche Erklärungsansätze verwendet (z. B. wird Frauen ein anderes Erwerbsmotiv unterstellt als Männern; oder in der Erwerbslosigkeitsforschung wird bei Frauen mit einer entlastenden Wirkung der Alternativrolle Hausfrau und Mutter argumentiert, Mohr 1997).
- Und auch in der Untersuchungsplanung und dem Untersuchungsdesign (z. B. Stichprobenszusammensetzung) werden die spezifischen Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen nur selten angemessen berücksichtigt (Maschewsky-Schneider et al. 1998). So sind z. B. Belastungslisten aus Repräsentativerhebungen häufig auf die klassische industrielle Arbeitswelt hin konzipiert. Insbesondere Belastungen, die für die soziale Dienstleistungsarbeit und damit auch für Arbeit von Frauen ausgesprochen typisch sind, sind völlig unterrepräsentiert.

Das hat zu dem Problem geführt, dass Aussagen über *frauenspezifische* Zusammenhänge von Arbeitsbedingungen und Gesundheit nur schwer zu treffen sind. Ich will dennoch versuchen, das, was wir zu dem Thema zusammengetragen haben, darzustellen.

Besonderheiten der (Erwerbs-) Arbeit von Frauen

Viele von Ihnen sind, wie ich gehört habe, Frauenbeauftragte. Sie sind also mit der ersten Besonderheit, der geschlechtsspezifischen Segregation des Arbeitsmarktes hinlänglich aus Ihrer Praxis vertraut. Die zweite Besonderheit ergibt sich aus der Tatsache, dass erwerbstätige Frauen noch einen zweiten Arbeitsbereich, die Haus- und Familienarbeit haben.

Hinsichtlich der Belastungen und der Ressourcen der Erwerbsarbeit hat der zweite Arbeitsbereich eine Bedeutung. Wer von Ihnen erwerbstätig ist und Familie hat, kennt nicht Situationen, wo frau froh und glücklich ist, wenn sie ihren Arbeitsplatz, den Chef und die nervenden KollegInnen verlassen und den Nachmittag z. B. mit dem Kind auf dem Spielplatz verbringen und dort den Stress der Erwerbsarbeit

vergessen kann. Oder anders herum, wie froh frau manchmal ist, wenn sie dem häuslichen Chaos entfliehen und in die klar geregelten Strukturen der Erwerbsarbeit eintauchen kann.

Das heißt, durch das Überwechseln von einem Arbeits- bzw. Lebensbereich in den anderen können sich zwar einerseits Belastungen, andererseits aber auch eine größere Variationsvielfalt, mehr Spielräume, Ausweich- und Kompensationsmöglichkeiten ergeben. Auch für die eigene Identitätsentwicklung und für das persönliche Sinnerleben kann das Nebeneinander der beiden Bereiche von Vorteil sein, einige Untersuchungen deuten darauf hin (z. B. Fokken/Lind 1994).

Innerhalb der Frauenforschung wurde lange Zeit der Blick auf die quantitative und qualitative Doppel- und Mehrfachbelastung erwerbstätiger Frauen gerichtet. Zwar gibt es neuere Ansätze, die sich auch mit den Vorteilen und positiven gesundheitlichen Effekten des Nebeneinanders der beiden Arbeitsbereiche befassen (z. B. Klesse et al. 1992, Cramm 1998, Häussler et al. 1995, Resch 1998), allerdings ist der Forschungsstand recht uneindeutig. Je nach konkreter Untersuchungsfrage, nach erfassten Merkmalen, untersuchten Zeiträumen und Lebensabschnitten und je nach verwendeten Instrumenten kommen die Autorinnen verschiedener Untersuchungen zu unterschiedlichen Ergebnissen, wenngleich die Anzahl der Studien, die einen positiven Effekt der Rollenvielfalt berichten, überwiegen (z. B. Cramm, 1998; Hermann & Hiestermann, 1995; Herold & Maldron 1985; Martikainen 1995). Zu diesem Ergebnis kommt Ingrid Kandt (unveröffentlicht, 1999) auf der Grundlage einer Auswertung von 25 internationalen Studien, die sich mit der Bedeutung der Rollenvielfalt für die Gesundheit von Frauen beschäftigt haben.

Im Mittelpunkt steht jedoch heute nicht das Nebeneinander der beiden Arbeitsbereiche, sondern Belastungen und Ressourcen der Erwerbsarbeit.

Hier noch einmal kurz die Besonderheiten der Erwerbsarbeitsituation von Frauen, die sich aus der geschlechtsspezifischen Segregation des Arbeitsmarktes ergeben:

- Frauen üben spezielle Berufe und Tätigkeiten aus (über die Hälfte aller erwerbstätigen Frauen arbeitet in den fünf Berufsgruppen Büroarbeitskräfte, Reinigungsberufe, Warenkaufleute, sozialpflegerische Berufe und Gesundheitsdienste).
- Frauen sind besonders häufig in konjunkturabhängigen Produktionszweigen (z. B. Nahrungsmittelindustrie, Bekleidungs-/Textilindustrie) und dort an solchen Arbeitsplätzen eingestellt, die besonders stark rationalisierungsfähig sind.
- Frauen sind auch im Dienstleistungsbereich in solchen Berufsgruppen überrepräsentiert, die durch eine geringe Qualifikations- und Anforderungsstruktur gekennzeichnet sind (Reinigungsberufe, Verkäuferinnen, Friseurinnen, un- und angelernte Arbeiterinnen),
- sie finden sich deutlich seltener in den oberen Hierarchieebenen (im Top Management beträgt der Frauenanteil immer noch unter 5%).
- Sie verdienen im Durchschnitt immer noch ein Drittel weniger als Männer in vergleichbaren Positionen.

- Und die Frauen, die die oberen betrieblichen Hierarchien und Ränge erreicht haben, müssen sich nach wie vor mit zahlreichen Vorurteilen hinsichtlich spezifisch weiblicher Verhaltensweisen und Kompetenzen (z. B. Frauen seien weniger durchsetzungsfähig, Frauen hätten mehr Einfühlungsvermögen, Frauen seien weniger karriere- und mehr inhaltsorientiert, Frauen seien sozial kompetenter als Männer u.ä.) auseinander setzen.
- Sie arbeiten sehr viel häufiger Teilzeit als ihre männlichen Kollegen (1996 waren insgesamt 39,8% der erwerbstätigen Frauen, aber nur 10,4% der erwerbstätigen Männer teilzeitbeschäftigt).
- Eine relativ neue Form der geschlechtlichen Segregation des Arbeitsmarktes ist die Tatsache, dass deutlich mehr Frauen als Männer geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen ausgesetzt sind. Geringfügige Beschäftigungsverhältnisse haben in den letzten Jahren extrem zugenommen. Laut Mikrozensus lag 1996 der Frauenanteil bei den geringfügig Beschäftigten in Deutschland bei 75 Prozent¹.

Die Bedeutung der geschlechtsspezifischen Segregation für die Gesundheit von Frauen ist vielschichtig:

1. Zum einen sind mit ihr abwertende und diskriminierende Grundhaltungen verbunden, die sich in *spezifischen Benachteiligungen und Belastungen* wie z. B. in sexueller Belästigung am Arbeitsplatz äußern können.
2. Zum anderen finden sich gesundheitsschädliche Arbeitsbedingungen besonders häufig an Arbeitsplätzen an den unteren Enden der betrieblichen Hierarchien und hier sitzen bekanntlich besonders oft Frauen.
3. Aber auch für die Frauen, die die qualifizierteren und oft gesundheitlich günstigeren Arbeitsaufgaben in den höheren betrieblichen Hierarchieebenen erreicht haben, ergeben sich psychosoziale Einschränkungen: So verzichten (freiwillig?) beispielsweise viele Frauen im oberen Management nicht nur auf Kinder, sondern auch auf Männer, da die Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch die 50/60 Stundenwoche extrem erschwert ist. Nur 39% der Frauen, aber 89% der Männer in Top-Positionen haben Kinder. Nur 44% weiblichen Führungskräfte, aber 90% der männlichen haben einen Ehepartner/eine Ehepartnerin (iwd 1997).

Trotz der aufgezählten Benachteiligungen wollen aber die meisten Frauen auf Erwerbsarbeit nicht verzichten. Was sind die Gründe dafür?

¹ 1996 gaben hochgerechnet 1,58 Mill. Personen an, in der letzten April-Woche 1996 als einzige Erwerbstätige eine geringfügige Beschäftigung auszuüben (Bezogen auf die 35,98 Mill. Erwerbstätigen insgesamt waren das 4,4%). Teilzeitarbeit und vor allem prekäre Beschäftigungsverhältnisse sind unter den aktuellen Bedingungen bezogen auf den gesamten Lebensverlauf mit gravierenden Nachteilen verbunden: Teilzeitarbeit zementiert die geschlechtliche Arbeitsteilung, führt häufig zu einem unterqualifizierten Arbeitseinsatz und verringert Karrierechancen. Das Einkommen ist geringer, was auch eine schlechtere Altersversorgung zur Folge hat. „Die Armut im Alter ist weiblich“ lautete kürzlich eine Pressemitteilung und Armut geht bekanntlich mit einer schlechteren Gesundheit einher. D. h. fehlende Berufstätigkeit oder geringfügige Teilzeitarbeit treiben Frauen im Alter oft in finanzielle Not und gesundheitliche Notlagen.

Generelle Funktion der Erwerbsarbeit

Der erste und Ihnen allen bekannte Grund ist die größere Autonomie und Unabhängigkeit, die Erwerbsarbeit Frauen aller sozialer Schichten verschafft. Das eigene Einkommen garantiert eine stärkere und gleichwertigere Position, z. B. in Bezug zur Lebenspartnerin/zum Lebenspartner.

Marie Jahoda (1983) benennt darüber hinaus weitere positive Funktionen der Erwerbsarbeit und unterscheidet eine manifeste und eine latente Funktion. Die *manifeste Funktion* der Erwerbsarbeit ist gleich bedeutend mit materieller und physischer Sicherheit, Arbeit strukturiert die Lebenszeit und fügt den Menschen als Teil eines Ganzen in die Gesellschaft ein.

Manifeste Funktion bedeutet, dass dies für alle Formen und Arten der Erwerbsarbeit gilt. Selbst Sigmund Freud hat diese wichtige Funktion der Erwerbsarbeit erkannt, als er schrieb „Keine andere Technik der Lebensführung bindet den Einzelnen so fest an die Realität als die Betonung der Arbeit, die ihn wenigstens in ein Stück der Realität, in die menschliche Gemeinschaft sicher einfügt“ (Freud 1930, 1992,78).

Latente Funktionen sind in ihrer Ausprägung abhängig von den konkreten Arbeitsinhalten und Arbeitstätigkeiten. Zu den latenten Merkmalen zählen

- in der Erwerbsarbeit liegende kollektive Ziele und Kooperationserfahrungen,
- Kontaktmöglichkeiten und
- Möglichkeiten von Kontrollerfahrungen und Einflussnahme, Abwechslung, Eindeutigkeit, sowie
- soziale Anerkennung.
- Erwerbsarbeit verschafft Selbstvertrauen und bildet damit eine wichtige Grundlage für die Entwicklung persönlicher Identität.
- Sie bietet Möglichkeiten zur Sinnfindung und Kompetenzentwicklung.

Für die Ausprägung der latenten Funktionen – also, ob und in welchem Ausmaß die jeweiligen Merkmale vorhanden sind – ist die Qualität der konkreten Tätigkeit ausschlaggebend.

Erwerbsarbeit kann also eine Menge positiver psychosozialer Funktionen erfüllen und selbst schon aufgrund ihrer manifesten Funktionen als eine Ressource für Gesundheit und Wohlbefinden angesehen werden.

Die Ausführungen von Marie Jahoda machen aber auch deutlich, dass die Qualität der konkreten Tätigkeit maßgeblich darüber entscheidet, ob sich die so genannten latenten Funktionen auch positiv entfalten können.

Qualitätsmerkmale gesundheitsgerechter Arbeit

In der Arbeitspsychologie wird zwischen gesundheitsbeeinträchtigenden Belastungen und gesundheitsförderlichen Anforderungen oder auch Ressourcen unterschieden.

Wenn wir von einem Gesundheitsverständnis ausgehen, das Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern auch positiv als entwickelte Handlungsfähigkeit und Wohlbefinden beschreibt, dann reicht es nicht aus, Belastungen abzubauen. Vielmehr muss eine Arbeit die menschlichen Fähigkeiten und Potenziale fördern und zu ih-

rer Weiterentwicklung beitragen, um von Gesundheitsförderung zu sprechen.

Welche Merkmale der Arbeit fördern die Handlungsfähigkeit und die Gesundheit?

Zu den wichtigsten *Ressourcen der Arbeitsaufgabe* gehört der Handlungs- und Entscheidungsspielraum. Je höher der Entscheidungsspielraum einer Arbeitsaufgabe ist, desto komplexer ist die erforderliche Handlungsregulation, desto mehr Fähigkeiten und Fertigkeiten können bei der Erledigung der Arbeitsaufgabe zum Einsatz gebracht werden. Ein hoher Entscheidungsspielraum bedeutet: Ich kann in der Arbeit meine Ziele selbst bestimmen und ich kann eigenständig das Vorgehen planen.

Verbunden mit dem Entscheidungsspielraum ist die Ganzheitlichkeit, die beschreibt, inwieweit eine Arbeitsaufgabe sowohl planende, als auch ausführende und kontrollierende Bestandteile umfasst (Ulich, 1994). Auch die Lernmöglichkeiten, sowie das Ausmaß an Autonomie und Kontrolle werden wesentlich über die Höhe des Entscheidungsspielraums bestimmt.

Verschiedene Autoren weisen auf die Bedeutung des menschlichen Kontrollbedürfnisses für die Gesundheit hin. Dieses Kontrollbedürfnis äußert sich in dem Wunsch nach durchschaubaren, verstehbaren und beherrschbaren Ereignissen (Antonovsky 1993, Mohr & Udris 1997). Je größer die Entscheidungsspielräume einer Aufgabe sind, desto mehr Einfluss und Kontrolle hat die arbeitende Person selbst, desto durchschaubarer, verstehbarer und beherrschbarer wird die Arbeitssituation. Gesundheitsförderlich sind weiterhin

- Zeitspielräume²
- die Sinnhaftigkeit einer Aufgabe sowie
- Kooperations- und Kommunikationsmöglichkeiten.

Die Sinnhaftigkeit der Arbeitsaufgabe gibt uns das schon angesprochene Gefühl etwas gesellschaftlich Nützliches zu tun und die Kooperations- und Kommunikationserfordernisse fördern die Weiterentwicklung sozialer Kompetenzen.

Mit der Anforderungsvielfalt ist die Verschiedenartigkeit bzw. der Wechsel verschiedener Tätigkeiten im Tagesverlauf angesprochen.

Eng verbunden mit den Kommunikationsmöglichkeiten ist die soziale Unterstützung, die sich als eine zentrale *soziale Ressource* am Arbeitsplatz erwiesen hat (Schwarzer & Lepin, 1989).

Neben diesen externen Ressourcen wird häufig auch von internen oder auch personalen Ressourcen gesprochen. Zu den *personalen Ressourcen* gehören internale Kontrollüberzeugungen, Kohärenzsinne, Selbstwirksamkeit, Bewältigungs- und Problemlösekompetenzen, aber auch die Gesundheit wird bei verschiedenen Autoren als Ressource genannt.

Konsens besteht in der Forschung, dass die unterschiedlichen Ressourcen in wechselseitigem Abhängigkeitsverhältnis stehen, was vor allem die Beziehung zwischen situativen

und personalen Ressourcen betrifft. Geyer (1997) weist z. B. darauf hin, dass personale Ressourcen vor allem bei den Menschen stark ausgeprägt sind, die auch über viele situative (externe) Ressourcen wie z. B. ein hohes Bildungsniveau, hohes Einkommen, privilegierte soziale Positionen und hohe berufliche Entscheidungsspielräume verfügen.

Die gesundheitsschützende Wirkung von Ressourcen wird meistens über die moderierende Funktion dieser Tätigkeitsmerkmale auf das Stressgeschehen erklärt, da durch sie auch der Umgang mit Stressoren erleichtert wird. Diese Wirkung wird häufig auch als Pufferwirkung bezeichnet. Antonovsky, ein prominenter Vertreter der Ressourcenforschung, bezeichnet Ressourcen wegen dieser Pufferwirkung auch als „generalisierte Widerstandsquellen“ (Antonovsky, 1979, S 98ff).

Ressourcen ermöglichen also mit Belastungen besser umzugehen. Darüber hinaus haben sie auch eine eigenständige positive Wirkung auf die Gesundheit. Sie erweitern Kompetenzen und Fähigkeiten, fördern Gefühle der Selbstwirksamkeit und steigern das Wohlbefinden und die Zufriedenheit einer Person. So haben wir (AIDA, berichtet bei Resch 1998) beispielsweise in einer Längsschnittuntersuchung an 222 Büroangestellten ermittelt, dass 69% der Beschäftigten mit hohen Anforderungen, aber nur 31% der Arbeitenden mit geringen Anforderungen ihre Zeit außerhalb der Erwerbsarbeit mit Tätigkeiten verbringen, die mit längerfristigen Lern- und Entwicklungsprozessen verbunden sind. D. h., je höher die Anforderungen in der Erwerbsarbeit, desto komplexer sind auch die Zielstellungen außerhalb der Erwerbsarbeit, desto besser kann die allgemeine Handlungsfähigkeit weiterentwickelt werden.

Wegen dieser Doppelwirkung (Belastungsfolgen abpuffern und Handlungsfähigkeit fördern) kommt der Förderung der Ressourcen in der Erwerbsarbeit also eine ganz besondere Bedeutung zu.

Nun können wir uns sicherlich einige Frauenarbeitsplätze vorstellen, die solche Ressourcen aufweisen. Wissenschaftlerinnen, Frauen in Führungspositionen, Künstlerinnen, Ärztinnen. Es gibt viele Tätigkeiten, die ein hohes Maß an Entscheidungsspielräumen, Autonomie, Kontrolle und oder Kommunikationserfordernissen aufweisen. Allerdings sind dies eher Ausnahmen. Die Mehrzahl der Frauen arbeitet an Arbeitsplätzen mit geringen oder gar keinen Entscheidungsspielräumen. Hinsichtlich der Verteilung von Ressourcen an Frauen und Männerarbeitsplätzen kommen z. B. Lüders und Resch (1995) in ihrer geschlechtsspezifischen Auswertung der schon eben berichteten Längsschnittdaten zu dem Ergebnis, dass Frauen im Mittel Arbeitstätigkeiten ausführen, die keinerlei eigene Entscheidungen erfordern. Männer hingegen führen Arbeitstätigkeiten aus, die im Mittel pro Auftrag mehrere Entscheidungen und damit eigenständige Überlegungen und Planungen verlangen. Diese Unterschiede zeigten sich wohlgerne bei gleichen Tätigkeitsbezeichnungen auf gleicher Hierarchiestufe. Die von Frauen ausgeführten Arbeitstätigkeiten bieten damit weniger Chancen zur Entwicklung von Selbstvertrauen und zur Weiterentwicklung durch Lernen in der Freizeit, als die von Männern ausgeführten Tätigkeiten. Die hier berichtete Untersuchung ist eine der wenigen, die sich explizit mit der Frage der geschlechtsspezifischen Ressourcenteilung beschäftigen.

² Zeitliche Spielräume ermöglichen es, z. B. Arbeit, bei der man sich sehr stark konzentrieren muß, in den frühen Vormittag zu legen und Arbeit, bei der man sich nicht so stark konzentrieren muß, z. B. in das Mittags-tief zu legen.

Aufgrund der oben berichteten Tatsache, dass personale Ressourcen stark von den zur Verfügung stehenden externen Ressourcen abhängen, muss die Frage formuliert werden, ob nicht auch verschiedene personale Ressourcen bei Frauen geringer ausgeprägt sind als bei Männern. Systematische Untersuchungen hierzu gibt es aber bislang wenige.

Belastungen

Einen belastungsfreien Arbeitsplatz gibt es nicht, auch wenn er viele Ressourcen und Freiräume bietet. Im Rahmen handlungstheoretischer Konzepte werden Belastungen verstanden als Behinderungen, die sich der arbeitenden Person bei der Erreichung ihres Handlungszieles in den Weg stellen. Behinderungen erfordern zusätzlichen Handlungsaufwand und zwingen die Arbeitende/den Arbeitenden oft zu ineffizienten Handlungsweisen. So verstandene Belastungen treten bei der Erledigung der Arbeitsaufgabe auf und sind durch eine spezifische Arbeitsorganisation und spezielle Vorgaben verursacht.

Typische *aufgabenbezogene Belastungen* sind ständige Unterbrechungen, Probleme mit dem Informationsfluss, z. B. sind Informationen falsch oder unzureichend, kommen verspätet oder fehlen. Aber auch motorische Erschwerungen wie im Weg herumstehende Gegenstände, verklemmte Türen oder Schränke, oder räumliche Enge erfordern Zusatzaufwand. Neben solchen Hindernissen, die entweder zusätzliche Arbeitsschritte, Umwege oder eine verstärkte Konzentration erfordern oder aber zu risikoreichem Handeln zwingen, gibt es Überforderungen durch Zeitdruck und durch monotone Arbeitsbedingungen. Die belastende Wirkung ergibt sich hier dadurch, dass sie über den Tagesverlauf die Leistungsvoraussetzungen der Person überfordern.

Neben diesen aufgabenbezogenen psychischen Belastungen gibt es *Umgebungsbelastungen* (wie Lärm, Dämpfe, Hitze), *körperliche Belastungen* (wie einseitige Muskelbeanspruchungen, Heben schwerer Lasten) und *soziale Belastungen*, die sich aus der Arbeitsrolle oder dem sozialen Klima ergeben können (Konflikte mit Vorgesetzten/innen oder KollegInnen).

Spezifische Belastungen, die besonders für Frauen bedeutsam sind, ergeben sich in der sog. *Emotionsarbeit*. Verkäuferrinnen, Stewardessen, Frauen in der Gastronomie werden oft vor die Anforderung gestellt, unter Einsatz ihrer eigenen Gefühle, bzw. Freundlichkeit ihr Gegenüber emotional positiv zu beeinflussen. Solche, meist im Dienstleistungsbereich angesiedelten Arbeitsformen werden auch als Emotionsarbeit bezeichnet und werden besonders häufig von Frauen der Mittelschicht aufgrund ihres angeblich spezifisch weiblichen Arbeitsvermögens ausgeführt: Hierzu einen Zitat von Daniela Rastetter, die sich mit dem Thema befasst: „Sie (die Frauen der Mittelschicht) sollen im Beruf als Sekretärinnen, Empfangsdamen, Assistentinnen, die Beziehungen gestalten, das Menschliche regeln, die Binnenstrukturen am Laufen halten. Sie sind also die klassischen Interaktionsarbeiterinnen“ (Rastetter 1999). Belastungen in der Emotionsarbeit sind bislang kaum untersucht worden. Folgen wir Badura (1990) oder auch Rastetter, ergeben sie sich zum einen durch emotionale Dissonanzen, die entstehen, wenn ein Gefühl gezeigt werden soll, dass nicht vorhanden ist, bzw.

wenn ein vorhandenes Gefühl nicht gezeigt werden darf. Emotionale Belastungen werden zwar häufig in der Literatur als typische Belastungen personenbezogener Berufe genannt, erprobte Instrumente zu ihrer Erfassung, die auch in Repräsentativbefragungen eingesetzt werden können, liegen jedoch derzeit nicht vor.

Eine weitere Form von Belastungen findet sich speziell bei helfenden Berufen, in denen es häufig zu einer übermäßigen Verausgabung der Arbeitenden kommen kann. Kerstin Rieder zeigt z. B. für die Krankenpflege Belastungen als Folge des Widerspruchs zwischen gesellschaftlichen Anforderungen (z. B. Pflege als Liebedienst) und den Bedingungen ihrer praktischen Umsetzbarkeit auf.

Über die Arbeitsaufgabe hinausgehende Belastungen können in einem rigiden Arbeitszeitsystem liegen. Und schließlich sind Arbeitsplatzunsicherheit oder die Kollision von Anforderungen aus verschiedenen Arbeits- und Lebensbereichen als potenzielle Belastungen zu nennen. Angesichts der Tatsache, dass viele Frauenarbeitsplätze in den rationalisierungsgefährdeten Produktions- und Dienstleistungsbereichen liegen, ist die Angst vor Arbeitsplatzverlust für viele Frauen ein Belastungsfaktor mit zunehmender Bedeutung.

Belastungen treten meist in kombinierter Form auf und beeinträchtigen die Gesundheit. Sie können zu psychosomatischen und somatischen Beschwerden führen, die sich später in manifeste Krankheitsbilder verwandeln können. Sie beeinträchtigen das allgemeine Wohlbefinden, können zu verstärkter Gereiztheit, Ängstlichkeit, Depressivität oder auch zu dem bekannten Burnoutsyndrom führen, was in Längsschnittstudien belegt wurde (z. B. Leitner 1993, Gusy & Kleiber 1998). Erwerbstätige mit hohen aufgabenbezogenen Belastungen haben beispielsweise ein nahezu doppelt so großes Risiko, psychosomatisch zu erkranken als Erwerbstätige mit geringen Belastungen.

Belastungen in der Frauenerwerbsarbeit

Neben den schon genannten emotionalen Belastungen überwiegen bei Frauen in der sozialen Arbeit psychische Belastungen wie ein hoher Verantwortungsdruck oder widersprüchliche Anforderungen. Die berufsbezogene Reanalyse des nationalen Untersuchungssurveys zeigt beispielsweise, dass mehr als ein Drittel aller Frauen in sozialpflegerischen Berufen sich vor allem durch die hohe Verantwortung für Menschen stark belastet fühlen (neue Bundesländer 37,6%, alte Bundesländer 32,2 Prozent).

Widersprüchliche Anforderungen ergeben sich in der Sozialarbeit, z. B. durch die Doppelfunktion von Hilfe und Kontrolle, die besonders bei der Arbeit mit sog. Randgruppen wie Straffälligen, Nichtsesshaften oder Drogenabhängigen deutlich wird.

Hinsichtlich der anderen Belastungsfaktoren haben Untersuchungen von Arbeitsplätzen, die häufig mit Frauen besetzt werden, ergeben, dass dies überwiegend Arbeitsplätze sind, die nicht nur geringe Entscheidungsspielräume, sondern gleichzeitig besonders viele Belastungen aufweisen. Denken wir z. B. an Frauenarbeitsplätze in der industriellen Produktion. Hier finden sich Belastungskonstellationen wie hoher Zeitdruck und Lärm und unzureichende Ergonomie,

(Demmer & Küpper 1984). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Ellinger et al. (1985) bei einer Analyse von Büroarbeitsplätzen. Auch die Behauptung, Frauenarbeit sei ‚leichte‘ Arbeit wird durch den Stand der Forschung deutlich widerlegt (Kliemt 1995). Frauenarbeit ist oft körperliche Schwerstarbeit (denken wir an die Kranken- oder Altenpflege), Frauenarbeit ist oft Arbeit mit einseitigen körperlichen Beanspruchungen (denken wir an das ständige Stehen der Verkäuferinnen oder an die Kassiererinnen im Supermarkt oder die gleichförmigen Bewegungen der Datentypistinnen).

Auf Mehrfachbelastungen weist auch der Nationale Untersuchungssurvey hin, der von uns für den Frauengesundheitsbericht geschlechtsspezifisch reanalysiert wurde. Hier werden von Frauen besonders häufig arbeitszeitliche Belastungen wie Zeitdruck, Überstunden und lange Arbeitszeiten und körperliche Beanspruchungen genannt.

Qualitativ unterscheiden sich vor allem aufgabenbezogene Belastungen je nach Tätigkeitsfeld sehr stark. Das Belastungsspektrum einer Sozialarbeiterin ist ein anderes als das einer Reinigungsfrau, einer Verkäuferin, einer Bürokauffrau oder einer Krankenpflegerin.

Wenn wir also differenzierende Aussagen zu Belastungen und Ressourcen der Frauenerwerbsarbeit machen wollen, müssen wir uns die konkreten beruflichen Tätigkeitsfelder von Frauen ansehen. Im Frauengesundheitsbericht haben wir dies für die fünf Berufsgruppen getan, in denen mehr als die Hälfte aller erwerbstätigen Frauen arbeiten.

Beispielhafte Ergebnisse des Frauengesundheitsberichts

Im Rahmen einer vom BMFSFJ finanzierten Untersuchung zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland wurde u. a. der Versuch unternommen, das vorhandene epidemiologische und arbeitswissenschaftliche Material zum Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit bei Frauen zu systematisieren, Forschungsdefizite aufzudecken und Perspektiven für eine frauenspezifische, arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung zu erarbeiten. Dieser Bericht ist konzipiert als eine Ergänzung zu dem Gesundheitsbericht des Bundes, ein Kapitel befasst sich mit dem Themenfeld ‚Arbeit und Gesundheit‘ von Frauen. Der Bericht wird voraussichtlich ab Mitte des kommenden Jahres vorliegen.³

Das Projekt ist ein Verbundprojekt, beteiligt sind die Technische Universität Berlin, die Humboldt Universität, die Universität Magdeburg, das sozialwissenschaftliche Frauenforschungsinstitut Freiburg und das Institut Frau und Gesellschaft in Hannover.

Insgesamt zeigen die Berufskapitel deutlich, dass die Arbeitssituation und die damit verbundenen Belastungen und Ressourcen von Frauen je nach Beruf sehr unterschiedlich sind. Gemeinsam ist allen Berufen die geschlechtliche Arbeitsteilung, die wesentlich dazu beiträgt, dass Frauen weniger Zugriff auf Ressourcen haben und tendenziell Belastungen in stärkerem Maße ausgesetzt sind als Männer.

Konsequenzen für eine gezielte betriebliche Gesundheitsförderung für Frauen

Zu einer gesundheitsgerechten Arbeit gehören einerseits Ressourcen, die die Handlungs- und Entwicklungsfähigkeit fördern. Gleichzeitig sollte die Arbeit möglichst belastungsfrei gestaltet sein, damit Beeinträchtigungen der Gesundheit vermieden werden können. Wichtig ist, dass Belastungen so konkret wie möglich für einzelne Tätigkeitsfelder von Frauen zu analysieren sind.

Da in der betrieblichen Realität immer verschiedene Konstellationen von Belastungen und Ressourcen auftreten, sich diese aber unterschiedlich auf die Gesundheit auswirken, ergeben sich auch unterschiedliche Interventions-, bzw. Gestaltungsoptionen: Während Belastungen abgebaut werden sollten, sollten gesundheitsförderliche Ressourcen erweitert werden. Dabei ist in der konkreten Gestaltung eines Arbeitsplatzes darauf zu achten, dass nicht „aus Versehen“ beim Belastungsabbau auch gesundheitsförderliche Aspekte der Arbeit reduziert werden. So könnte man u. U. zu dem Schluss kommen, belastende Probleme mit dem Informationsfluss dadurch abzubauen, dass eine aufgabenbezogene Kommunikation weitgehend vermieden wird. Dies würde jedoch eine wichtige gesundheitsförderliche Ressource reduzieren, statt sie zu erweitern. Eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung müsste in einem solchen Fall nach einer Lösung suchen, die die belastenden Aspekte des Informationsaustausches reduziert, ohne die gesundheitsförderlichen Aspekte abzubauen.

Im Vordergrund einer gezielten frauenspezifischen betrieblichen Gesundheitsförderung sollte die Erweiterung der zur Verfügung stehenden Ressourcen stehen. Dies betrifft vor allem Freiräume in der Gestaltung der individuellen Arbeitszeit sowie Freiräume in der inhaltlichen Gestaltung der eigenen Arbeit.

Ein wesentliches Ergebnis ist, dass die Aufhebung der geschlechtlichen Arbeitsteilung die zentrale Grundlage dafür ist, dass die Ressourcen der Gesundheit gerechter zwischen den Geschlechtern verteilt werden können.

³ Detailliertere Ergebnisse können erst nach der Veröffentlichung des Frauengesundheitsberichts in schriftlicher Form niedergelegt werden.

Frauenförderung und Gesundheitsförderung: Was können wir voneinander lernen?

Ich möchte Konzepte und Ansatzpunkte für die Gesundheits- und Frauenförderung bzw. Gleichstellungspolitik aufzeigen. Gesundheitsförderung und Frauenförderung sollten – so hatte ich mich in Vorgesprächen mit den Organisatorinnen dieser Tagung verständigt – „zusammen gedacht“, d. h. Schnittmengen, wechselseitige Anregungen, sich unterscheidende und gemeinsame Kriterien sowie Strategien ihrer Durchsetzung ausgelotet werden.

Mit jedem Schritt der Ausarbeitung des Vortrags wurde mir allerdings klar, dass dieses Anliegen den Rahmen eines halbstündigen Beitrags sprengt und so schnell in Gefahr laufe, den jeweiligen Gebieten mit ihren Ansätzen nicht gerecht zu werden. So möchte ich die folgenden Ausführungen als einen ersten und zudem durch meine Sicht als Arbeitspsychologin selektierten Einstieg in die Diskussion verstanden wissen, der nicht den Anspruch auf Vollständigkeit haben kann. Ich hoffe, diese Tagung gibt uns Gelegenheit, Ergänzungen von Ihnen, Erfahrungen und Konzepte mit einzubringen, sodass am Ende zumindest die eine oder andere stabile Brücke zwischen Gesundheitsförderung und Frauenförderung gefunden wurde.

Ich werde im Folgenden den Schwerpunkt auf betriebliche Prozesse legen, d. h. Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie der betrieblichen Frauenförderung. Jeder Punkt lässt sich – um im Bild zu bleiben – als Vorschlag für einen Brückenschlag verstehen. Formuliert werden zunächst vier konzeptionelle Überlegungen aus dem Bereich der Gesundheitswissenschaft.

Gesundheitsförderung umfasst eine ganze Reihe von Aspekten, die *nur sehr vermittelt* etwas mit der Geschlechterfrage zu tun haben. Dennoch – so meine These – kann Frauenförderung durch den Bezug auf Konzepte der Gesundheitsförderung wichtige Anregungen erhalten.

Im zweiten Teil meines Vortrags beschreibe ich Aspekte von Frauenförderung bzw. Gleichstellungspolitik, von denen aus Brücken zur Gesundheitsförderung zu schlagen wären. Auch hier gilt das „Schnittmengenprinzip“, d. h. Frauenförderung ist selbstredend mehr als Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung kann jedoch durch den Bezug auf Frauenförderung profitieren. Das allgemeine Anliegen einer Gesundheitsförderung – so die These – zieht nicht automatisch eine Verbesserung der Situation von Frauen nach sich, d. h. Gesundheitsförderung bedarf des expliziten Bezugs auf Interessen und Lebenssituationen von Frauen, um zugleich Frauenförderung zu sein. Ich werde dies wiederum an vier Punkten deutlich machen.

Anregungen aus der Gesundheitsförderung

1. Bezugnahme auf einen weiten Gesundheitsbegriff

Von einer Einigung auf eine verbindliche Gesundheitsdefinition sind die verschiedenen Gesundheitswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler noch weit entfernt – allerdings gibt es so etwas wie einen gemeinsamen Kern, der all die Ansätze kennzeichnet, die von einem weiten Gesundheitsbegriff ausgehen. Hierzu zählen zwei Aussagen:

- Gesundheit besteht nicht nur aus körperlichen, sondern auch psychischen und sozialen Komponenten (hierfür wird mitunter die Bezeichnung „psychosoziale“ oder sogar „biopsychosoziale Gesundheit“ verwendet). Damit wird zugleich deutlich, dass Gesundheit nicht eindimensional abzubilden ist, sondern sich aus mehreren Dimensionen zusammensetzt.
- Gesundheit ist nicht nur negativ – als Abwesenheit von Krankheit –, sondern auch positiv zu fassen. Zu einem solchen positiven Verständnis von Gesundheit zählen Aspekte wie Handlungsfähigkeit, Verwirklichung eigener Ziele, flexible Situationsbewältigung oder das Meistern von Anforderungen. Am häufigsten wird in diesem Zusammenhang auf die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation verwiesen, nach der Gesundheit ein Zustand physischen und psychischen Wohlbefindens ist. Mit dieser Auffassung wird zugleich der Prozesscharakter von Gesundheit betont: Es gehört zum Gesundsein, dass Menschen ihre Fähigkeiten voll entfalten können und ein gesellschaftlich wie wirtschaftlich erfülltes Leben führen. Die jeweiligen Umstände bzw. Bedingungen, unter denen Menschen leben und arbeiten, können diesen Prozess gesundheitlicher Entwicklung mehr oder weniger stabilisieren oder sogar fördern. Sie können die gesundheitliche Entwicklung aber auch beeinträchtigen.

Im Hinblick auf die Arbeit – und diese Perspektive nehme ich als Arbeitspsychologin naheliegender Weise ein – lässt sich nun danach fragen, woran die Gesundheitsförderlichkeit von Arbeitsbedingungen zu messen bzw. zu erkennen ist. Hierzu hat die Arbeitspsychologie eine Reihe von Kriterien entwickelt sowie entsprechende Analyseverfahren bereitgestellt, die es erlauben, konkrete Arbeitsplätze im Hinblick auf ihren Beitrag zur Gesundheitsförderung zu bewerten.

Arbeitstätigkeiten, die das Wohlbefinden und die Gesundheit in einem umfassenden Sinne fördern, sind demnach gekennzeichnet durch:

- hohe Entscheidungsspielräume in Bezug auf die Bewältigung der Arbeitsaufgaben,
- vielfältige Kooperations- und Kommunikationsmöglichkeiten,
- ein großes Maß an Zeitautonomie sowie
- keine bzw. nur geringe psychischen Belastungen.

Die Realität, insbesondere die der Arbeitsplätze von Frauen, ist nun von einem solchen positiv beschriebenen Bild von Arbeit weit entfernt: Die geschlechtsspezifische Teilung des Arbeitsmarkts führt dazu, dass Frauen in der Regel auf dem unteren Ende der betrieblichen Hierarchie stehen, kaum oder schlechtere Aufstiegschancen haben, weniger verdienen und über einen geringeren beruflichen Status verfügen als Männer. Die konkreten Arbeitsbedingungen der Frauenarbeitsplätze sind häufig ungünstiger als die der Männer. Dies zeigt sich u. a. an dem dort möglichen Einsatz der erworbenen Qualifikationen, den gestellten Anforderungen oder im Hinblick auf die vorhandenen Belastungen.

Wird also das allgemeine Anliegen einer Gesundheitsförderung im Betrieb verfolgt, so besteht in Bezug auf Frauen-

arbeitsplätze erheblicher Handlungsbedarf. Anders ausgedrückt: Die Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen leistet – wenn sie diskriminierungsfrei betrieben wird (dazu aus Sicht der Frauenförderung später mehr) – einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Arbeitssituation von Frauen.

Frauenförderung bzw. Gleichstellungspolitik kann umgekehrt prüfen, ob und in welchem Umfang sie das explizite Ziel verfolgt, dass Arbeit die Gesundheit, das Wohlbefinden sowie die persönliche Weiterentwicklung von Frauen fördern soll. Damit wird das Ziel eines diskriminierungsfreien Zugangs zu allen Bereichen des Arbeitslebens ergänzt um eine positive Kennzeichnung der Bedingungen, unter denen Frauen arbeiten wollen.

2. Korrektive, präventive und prospektive Strategien

Maßnahmen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes verfolgen überwiegend das Anliegen, Schädigungen und berufsbedingte Krankheiten zu vermeiden, und vorliegende Beeinträchtigungen zumindest nicht zu verschlechtern. Maßnahmen, etwa zur Reduktion von Lärm einflüssen oder auch zum Abbau psychischer Belastungen am Arbeitsplatz, sind nach wie vor sehr wichtig. Wir sind noch weit davon entfernt, dass hier genügend getan wird. Dennoch gibt es eine notwendige Erweiterung: Mit dem klassischen Verständnis von betrieblichem Gesundheitsschutz bleibt man in den Grenzen eines engen Gesundheitsbegriffs und akzentuiert die Abwesenheit von Krankheit als das wesentliche Ziel. Zudem besteht die Gefahr, überwiegend reaktiv tätig zu werden, d. h. immer dort Maßnahmen anzusetzen, wo es z. B. aufgrund von Fehlzeiten ein Problem gibt.

Um das Anliegen einer *Erweiterung* betrieblicher Gesundheitsförderung zu verdeutlichen, lässt sich auf eine Unterscheidung innerhalb der Arbeitspsychologie zurückgreifen, mit der verschiedene Strategien der Arbeitsgestaltung klassifiziert werden. Differenziert wird hier zwischen korrektiven und präventiven Strategien und so genannten prospektiven Strategien. Kurz zu dem, was hiermit jeweils gemeint ist:

- Als korrektive Strategien werden solche Maßnahmen eingeordnet, die erkannte Mängel korrigieren. Hierzu zählen beispielsweise ergriffene Maßnahmen zur Verringerung des Zeitdrucks.
- Präventive Strategien sind solche, die bei der Gestaltung von Arbeitsplätzen mögliche Gesundheitsgefährdungen oder psychosoziale Beeinträchtigungen vorwegnehmen und sie durch entsprechende Ausrichtung der Gestaltung gar nicht erst entstehen lassen. Hierzu zählt bei der Einrichtung eines Bildschirmarbeitsplatzes, dass sowohl ergonomische Richtlinien explizit berücksichtigt werden als auch zudem versucht wird, potenzielle Belastungen, z. B. durch eine ungenügende Einweisung oder unklare Informationsflüsse, zu vermeiden.

Mit diesen beiden Strategien lässt sich das einleitend genannte Anliegen einer primären Prävention noch recht gut fassen. Die präventive Strategie betont allerdings das aktive Moment des Einmischens in laufende betriebliche Veränderungen. Die dritte Strategie der Arbeitsgestaltung bezieht darüber hinaus noch die Schaffung von Potenzialen der Gesundheitsentwicklung mit ein:

- Als prospektive Strategien werden solche Maßnahmen bezeichnet, die nicht nur Gesundheitsschädigungen vermeiden, sondern bewusst Möglichkeiten der persönlichen Weiterentwicklung in und durch die Arbeit schaffen. Hier zählen etwa die Erweiterung der gegebenen Handlungs- und Entscheidungsspielräume oder die Schaffung von Kooperationsmöglichkeiten durch die Einführung teilautonomer Gruppenarbeit.

Die Relevanz dieser – vielleicht akademisch anmutenden – Unterscheidung liegt m. E. in zwei Punkten. Zum einen wird erneut deutlich, dass es nicht nur ein enges, sondern auch ein weites Verständnis von Gesundheit gibt. Zum Zweiten ist mit diesen Strategien ein hoher Aufforderungscharakter verbunden: Präventive wie prospektive Strategien zeichnen sich dadurch aus, dass sie nicht reaktiv, sondern zukunftsorientiert sind. Gesundheitsförderung sollte nach diesem Ansatz nicht erst dann auf die Tagesordnung gesetzt werden, wenn es allen Anschein nach ein Problem gibt. Gesundheitsförderung muss sich – will sie präventiv und/oder prospektiv tätig sein – aktiv einmischen und nach Risiken und Chancen für die Förderung von Gesundheit suchen, bei den bestehenden Arbeitsplätzen, aber auch bei allen neuen und projektierten Veränderungen im Betrieb bzw. in der Verwaltung. Ob dies die Einführung neuer Arbeitsabläufe, von Gruppenarbeit, oder die Umstellung auf andere Fertigungstechniken ist – überall gilt es zu prüfen, ob und wo Risiken und Chancen für die Entwicklung der Gesundheit der Beschäftigten liegen.

So weit die Seite der Gesundheitsförderung. Frauenförderung auf der anderen Seite könnte sich – nimmt sie diese Orientierung einer präventiven wie prospektiven Strategie auf – hier eventuell Anregungen holen, sich an betriebliche Veränderungsprozesse aller Art „dran hängen“ und jeweils die Frage nach der Förderung der Gesundheit von Frauen einbringen. Dies gilt umso mehr, als vorliegende Erfahrungen mit Gestaltungsprojekten, die durchaus präventive und prospektive Ansprüche haben, zeigen, dass diese nicht automatisch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Frauen oder eine Gleichstellung nach sich ziehen. Dies liegt manchmal daran, dass Frauenarbeitsplätze schlicht aus diesen Projekten herausfallen oder von vornherein nicht einbezogen sind. Es kann aber auch damit zusammenhängen, dass sich geschlechtsspezifische Arbeitsteilungen in den neuen Arbeitsstrukturen reproduzieren, z. B. in der Weise, dass Frauen auch in den geänderten Abläufen eher die ungünstigeren Arbeitsplätze einnehmen als Männer. Frauenförderung benötigt hier also Instrumente, um die qualifizierte Beteiligung von Frauen zu messen und – präventiv wie prospektiv – Arbeitsbedingungen von Frauen mit zu gestalten.

3. Risiken und Ressourcen der Gesundheit

In der Gesundheitsforschung wird üblicherweise zwischen Risiken und Ressourcen der Gesundheit unterschieden. Risiken sind – wie die Bezeichnung schon nahe legt – solche Merkmale der Situation oder des Handelns einer Person, die gesundheitliche Beeinträchtigungen zur Folge haben können. Hierzu zählen die bereits genannten Belastungen bzw. Stressoren.

Ressourcen werden demgegenüber solche Faktoren genannt, die die Wirkung vorhandener Risiken abmildern, dem Menschen also Bewältigungsmöglichkeiten bieten, um auch beim Vorliegen von Belastungen und Stress gesund zu bleiben oder zumindest nicht krank zu werden. Hierbei kann es sich um innere, also in der Person liegende Ressourcen handeln. Äußere Ressourcen sind Merkmale der Situation, die mildernd oder abpuffernd wirken. Eine wichtige äußere Ressource ist die sogenannte „soziale Unterstützung“, d. h. das Vorhandensein stabiler sozialer Netze und Hilfeleistungen, auf die eine Person zurückgreifen kann.

Gesundheitsförderung sollte sich sowohl um die Minimierung der Risiken als auch um die Verstärkung von Ressourcen bemühen. Letzteres spielt eine doppelte Rolle: Zum einen werden Wirkungen von Belastungen abgemildert, zum anderen wird den Ressourcen ein eigenständiger Beitrag zur Entwicklung und Förderung der Gesundheit zugesprochen.

Für die Diskussion um Frauenförderung enthält das Ressourcenkonzept m. E. eine wichtige Akzentsetzung. Gleiche Chancen für den beruflichen Aufstieg von Frauen und/oder die Beseitigung von Barrieren zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf sind wichtige Schritte. Es bedarf häufig jedoch zusätzlicher Ressourcen zur Wahrnehmung dieser Angebote. Im Bereich der Führungskräfte wird dies etwa im Konzept des Mentoring von Frauen aufgegriffen. Mentoren sind überwiegend selbst Führungskräfte, die nicht aus dem gleichen Bereich kommen, jedoch regelmäßig für Beratungsgespräche in puncto Karriere oder berufliches Verhalten zur Verfügung stehen. Bedarf nach sozialer Unterstützung haben jedoch nicht nur Führungskräfte - vergleichbare Hilfesysteme oder Netze sind für unterschiedlichste Karrierestufen und Lebenssituationen nützlich.

4. Unterscheidung zwischen Verhältnis und Verhaltensprävention

Maßnahmen der Gesundheitsförderung können der Verhaltens- oder der Verhältnisprävention dienen. Häufig findet sich für diese Unterscheidung auch die Bezeichnung personenbezogene oder bedingungsbezogene Interventionen.

Zur Verhaltensprävention oder zu den personenbezogenen Interventionen zählen Seminare, Kampagnen, Qualifizierungsangebote oder andere Maßnahmen, die darauf abzielen, dass sich Personen gesundheitsgerechter verhalten. Denken Sie etwa an einen Betrieb, der sich für die Durchführung von Rückenschulungen entscheidet oder eine Plakatkampagne zum Thema Alkohol im Betrieb durchführt.

Beispiele für Verhältnisprävention oder bedingungsbezogene Interventionen sind hingegen Maßnahmen der Arbeitsgestaltung oder strukturelle Veränderungen der Orga-

nisation. Ein Betrieb mag z. B. ergonomische Veränderungen der Arbeitsmittel vornehmen, in dem er die Büros mit anderen PC-Tischen ausstattet. Oder er entscheidet sich für ein neues Organisationskonzept und führt Gruppenarbeit ein, in deren Rahmen mehr Entscheidungsspielräume und ein höheres Ausmaß an Kommunikation und Kooperation gegeben sind.

So wie ich sie jetzt eingeführt habe, betrifft diese Unterscheidung das im Vordergrund stehende Ziel der jeweiligen Maßnahme. Dabei können natürlich bei der Verfolgung eines Ziels Dinge getan werden, die zugleich dem jeweils anderen Ziel dienen. So kommt es bei der Verhältnisprävention auch immer zu Veränderungen des konkreten Verhaltens: Nach Einführung von Gruppenarbeit wird ein anderes Arbeitsverhalten gefordert sein; es finden eventuell Schulungen statt, die Elemente eines Stressmanagements enthalten usw. Die Einordnung der Arbeitsgestaltung als Verhältnisprävention gründet sich darin, dass sie dem Ziel untergeordnet ist, die Strukturen der Organisation gesundheitsförderlicher zu gestalten.

Auch bei dem Ziel der Verhaltensprävention können Veränderungen in Angriff genommen werden, die „strukturell“ sind, etwa wenn in der Kantine nicht mehr geraucht werden darf oder zur Wahrnehmung von Rückenübungen die Pausenregelungen geändert wird. Der Fokus all dieser Maßnahmen liegt hier jedoch auf dem Individuum und seinem Verhalten – dieses soll positiv beeinflusst werden, d. h., das Individuum soll sich gesundheitsgerechter verhalten.

Der Gewinn einer solchen Unterscheidung liegt darin, dass die praktizierten oder geplanten Maßnahmen systematisiert werden. Nicht zuletzt führt dieser eher analytische Blick dazu, dass man sich sehr viel genauer Rechenschaft über die Ziele und die damit verbundenen Methoden ablegen muss, und daher auch auf Lücken oder neue Kombinationsmöglichkeiten stößt.

Darüber hinaus ist mit dieser Unterscheidung die Auffassung verbunden, dass der Verhältnisprävention im Bereich betrieblicher Gesundheitsförderung ein größeres Gewicht zukommt, und dass eine ausschließlich verhaltensorientierte Prävention nur geringen Erfolg verspricht. Dies gilt umso mehr, als sich im Bereich der Arbeit ganz offensichtlich bestimmte Bedingungen identifizieren lassen, die Gesundheit direkt oder indirekt – über die Erzeugung beschwerdenauslösenden Verhaltens – beeinträchtigen, und die zugleich vom einzelnen Individuum kaum beeinflussbar sind. Würde man sich hier auf eine Verhaltensmodifikation beschränken, so bliebe die Beeinträchtigungsquelle ganz offensichtlich bestehen, was nicht zuletzt zu einer Destabilisierung der Verhaltensänderung führen kann. Zudem bedeutet dies für die nachrückende Generation von Arbeitsplatzinhabern eine weiterhin bestehende Gefährdung.

Auch Maßnahmen der Frauenförderung lassen sich danach unterscheiden, ob sie eher der Veränderung von Strukturen dienen oder an den Personen ansetzen, also personenbezogene Interventionen sind. Gestaltung von Frauenarbeitsplätzen, Veränderung von Arbeitszeitregelungen oder Auswahlverfahren sind Maßnahmen, die dauerhaft Verhältnisse ändern sollen. Schnupperkurse für Mädchen im Bereich technischer Berufe oder ein spezielles Mentoringpro-

gramm für weiblichen Führungskräftenachwuchs sind als personenbezogene Interventionen einzustufen. Sie dienen der Verhaltensänderung bzw. -erweiterung, die es Frauen leichter machen soll, sich in einer männlich geprägten Berufswelt durchzusetzen. Auch hier gilt: Beide Arten von Interventionen sind erforderlich und es gibt Überschneidungen. Allerdings gilt es zu diskutieren, ob nicht auch für Frauenförderung gilt, dass bedingungsbezogenen Interventionen Priorität einzuräumen ist. Neben dem Ziel einer vertikalen Förderung von Frauen müsste dann vermehrt Augenmerk auf die Umgestaltung der Arbeitsplätze selbst gelegt werden.

Anregungen aus der Frauenförderung

Nun wende ich mich Aspekten der Frauenförderung zu, die in der Gesundheitsförderung Anregungen bieten können.

5. Frauenförderung bzw. Gleichstellung als eigenständiges Ziel

Gerade im Zusammenhang mit Frauen und Führung wird vielfach darüber geredet und geschrieben, dass mehr Chancengleichheit zu Qualitätsverbesserung beiträgt. Frauenförderung sei demnach nicht nur eine Frage der „Political Correctness“, sondern sie gehe mit handfesten betriebswirtschaftlichen Motiven einher. Argumentationen dieser Art finden sich in den zahlreichen Büchern mit plakativen Titeln wie „Frauen führen anders“ oder „Frauen revolutionieren die Arbeitswelt“.

Ein Beispiel hierfür ist der Verein „Total-Equality“, der Preise bzw. Zertifikate an Unternehmen verleiht, die erfolgreich Frauen fördern. Die Berichte und Stellungnahmen aus Politik und Wirtschaft in den Vereinsveröffentlichungen lesen sich wirklich gut - man lernt konkret originelle Ideen kennen (z. B. unkonventionelle Hilfe, wenn ein krankes Kind aus der Schule abgeholt werden muss), man erfährt, dass es in besonderen Betrieben sogar mehrere Männer gibt, die Erziehungsurlaub nehmen, und es wird in vielen Beispielen die These vertreten, dass Frauenförderung, ein familienfreundliches Personalmanagement und betriebliche Effizienz nicht nur keine Gegensätze sind, sondern sich gegenseitig stützen. Wird von einer solchen Zielübereinstimmung ausgegangen, so sollten sich beispielsweise Frauenbeauftragte in möglichst alle betrieblichen Veränderungen einmischen und deutlich machen, wie viel es für das Unternehmen bringt, Frauen zu fördern.

Frauenförderung im Betrieb anzukoppeln an andere Ziele, etwa wie die Einführung von Gruppenarbeit, die Flexibilisierung der Arbeitszeit oder die Ausarbeitung eines neuen Personalentwicklungsprogramms, ist sicherlich ein wichtiger (und manchmal der einzige) Weg. Auf diese „Strategie des Dranhängens“ hatte ich ja bereits verwiesen. Allerdings darf dies nicht damit verwechselt werden, dass Gleichstellung und betriebliche Veränderungen dem gleichen Ziel dienen. Frauenförderung ist ein eigenes Ziel, dem es auch nachzukommen gilt, wenn dies nicht direkt der betrieblichen Effizienz zu gute kommt. Um es an einem Beispiel zu verdeutlichen: In einer Veröffentlichung aus der Schweiz zu dem The-

ma Frauenförderung findet sich ein markantes Zitat eines Betriebsleiters, der für seinen Betrieb behauptet: „Wir haben keine Probleme mit der Gleichstellung – wir haben keine Frauen“. Von seinem Standpunkt aus gesehen, mag er Recht haben. Sein Ausspruch zeigt jedoch in aller Deutlichkeit, dass Fragen der Chancengleichheit nicht einfach in den engen Grenzen betrieblicher Wahrnehmung und Effizienzberechnungen zu verhandeln sind.

Mit der Position, dass Gleichstellung als eigenständiges Ziel anzusehen ist, wird nicht ein einzelbetrieblicher, sondern ein gesellschaftlicher Standpunkt eingenommen. Dieses Ziel kann mit einzelbetrieblichen Interessen zusammenfallen, muss es aber nicht.

Für die Gesundheitsförderung gilt es aus meiner Sicht ähnlich. Gesundheitsförderung im Interesse von Frauen ist ebenso ein eigenständiges Anliegen, das sich aus einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive ergibt und nicht an den Grenzen betriebswirtschaftlichen Kalküls endet. Natürlich gibt es „nichts umsonst“ und die Effekte von neuen Maßnahmen, Umstrukturierungen oder durchgeführten Seminare sind zu belegen. Wenn Betriebe jedoch beispielsweise für Frauen mit Kindern nur dann Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit sowie gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen anbieten, wenn gerade ein Engpass besteht, so ist das zwar einzelbetrieblich gesehen „rational“, gesellschaftlich gesehen jedoch nicht.

6. Orientierung an der Vielfalt der Arbeits- und Lebenssituation von Frauen

Frauenförderung muss häufig die Quadratur des Kreises leisten. Weder lässt sich Frauenförderung mit der Vereinbarkeitsproblematik noch mit der Förderung von Frauen im Management oder in gewerblich-technischen Berufen gleichsetzen. Auf der Tagesordnung stehen so ziemlich alle Aspekte des beruflichen Alltags, die gesamte Biografien und die Vielfalt der Lebensverhältnisse von Frauen.

Der hohe Anspruch – die Orientierung an der Vielfalt – findet nicht immer Niederschlag in den Frauenförderplänen. Er gehört aber zum Alltag. Viele der Frauen- oder Gleichstellungsbeauftragten, die ich kenne, sind Allroundtalente, die sich auf der einen Seite in den Bereichen Arbeitsrecht, Führung, Arbeitsorganisation, auf der anderen Seite mit Steuer- und Sozialrecht, Betreuungsmöglichkeiten für Kinder, psychosoziale Beratung usw. auskennen müssen. Damit überschreitet Frauenförderung in der Regel die Grenzen des Betriebs und thematisiert Arbeits- und Lebenswelten jenseits der männlichen Normalbiographie. Grundlage für eine solche Öffnung ist die Orientierung am Prinzip einer Interessenvertretung, d. h. Fragen der Beteiligung oder des Bezugs auf Probleme, Einstellungen und Erwartungen der Frauen stehen im Mittelpunkt.

Die Orientierung an den Interessen und damit an den Lebensverhältnissen von Frauen bietet m. E. Anregungen und Möglichkeiten für die betriebliche Gesundheitsförderung. Risiken und Ressourcen der Gesundheit liegen z. B. für berufstätige Eltern sicherlich sowohl im beruflichen wie auch im häuslichen Kontext. Seminare zu Stress- und Zeitmanagement oder zur Verbesserung von Arbeitsmethoden sollten

sich demnach nicht immer nur um die Arbeit im Beruf drehen. Themen wie Arbeitsteilung in der Familie oder Männerförderung im Haushalt können ebenso zu einer Gesundheitsförderung in dem hier verstandenen weiten Sinne beitragen wie die Einrichtung eines betrieblichen Kindergartens, eines Kinderbüros nach Beispiel einiger Münchner Firmen oder eines so genannten Kinderdienstes wie bei der Lufthansa. Desweiteren bietet der Interessensbezug wichtige Hinweise: Es geht hier darum, aus Betroffenen Beteiligte zu machen und in einen wechselseitigen Diskussionsprozess einzutreten.

7. Bewusstseins- und Verhaltensänderung als Bestandteil von Frauenförderung

Betriebe und Verwaltungen unterscheiden sich erheblich in dem vorherrschenden Frauen- bzw. Männerbild. Das sind Unterschiede, die häufig schon an der Betriebspforte gemerkt werden und die von subtilen Mechanismen bis hin zu den immer noch zu findenden Fällen sexueller Belästigung reichen.

Ob Vorgesetzte als edle Ritter, harte Männer oder gleichberechtigte Partner auftreten, ob es offene oder verdeckte Männerbünde gibt, Frauen als defizitäre männliche Arbeitskraft oder als Konkurrenz angesehen werden, frauenfeindliche Witze kein Thema sind oder hinter vorgehaltener Hand erzählt werden – all dies prägt das Klima, die Handlungsmöglichkeiten und -bedingungen der Frauen allgemein sowie der Gleichstellungs- bzw. Frauenbeauftragten. Die Bewusstmachung solcher Prozesse sowie die Veränderung von diskriminierenden Verhaltensweisen ist eine zentrale Aufgabe einer Politik, die Hindernisse für Frauen im Beruf beseitigen will.

Frauenförderung oder Gleichstellungspolitik steht zudem nicht selten vor dem Problem, sich gegen ein Defizitverständnis abzugrenzen. Nach letzterem sähe es so aus, dass Frauen etwas fehle, um sich in der männlichen Berufswelt zu behaupten, dass man ihnen Technik nahe bringen, ihnen Karrierehemmnisse aus dem Weg räumen, auf ihre Rechte pochen muss, weil sie eben kein Mann oder nur ein defizitärer Zwei-Drittel-Mann sind. Frauenförderung muss sich also vielfach um die Wahrnehmung der eigenen Rolle im Betrieb, etwa gegen ein Verständnis von Frauenförderung als „Nachhilfe“ oder „Sonderförderung“, kümmern.

Hierbei geht es sicherlich viel um männlich geprägte Kommunikations- und Wahrnehmungsstrukturen. Schranken und Barrieren finden sich aber auch in den Köpfen von Frauen – ich denke hier z. B. an Reaktionen von Frauen, die sich vehement gegen das Bild einer „Quotenfrau“ wehren. Ein ganz anderes Beispiel betrifft die berufliche Orientierung und das nur gering ausgeprägte Interesse von Frauen an technischen Berufen, sofern dies durch eigene Vorurteile oder Geschlechtsrollenstereotypen bedingt ist – etwa in der Vorstellung, Frauen und Technik würden nicht zusammenpassen.

Kurzum: Reflexion des eigenen Tuns, Thematisierung von Kommunikationsprozessen und der zugrunde liegenden Vorstellungen von „Männlich“ und „Weiblich“ ist ein wichtiger Bestandteil der Frauenförderung. Gesundheitsförderung

könnte hieraus Anregungen beziehen: Unser Alltagsverständnis von Gesundheit ist sicherlich sehr unterschiedlich, was z. B. die Begrenzung des Gesundheitsverständnisses auf die Abwesenheit von Krankheit oder die Personalisierung der Ursachen für eine eingeschränkte Gesundheit betrifft. Betriebe, in denen das Bild einer Olympiamannschaft vorherrscht und Leistungsfähigkeit betont wird, bieten einen ganz anderen Handlungsrahmen für Gesundheitspolitik als solche, in denen Arbeit an sich als Belastung angesehen und jede weitere Übertragung von Aufgaben oder Verantwortung als Zumutung empfunden wird. Besonders interessant ist die Verknüpfung zwischen der Geschlechter- und der Gesundheitsfrage: Welche Rolle spielt etwa der Manager, der 60-Stunden-Wochen normal findet, eigentlich immer im Stress ist und dies sogar noch stolz verkündet, für die Frage weiblicher Karriereplanung? Oder wie ist es mit dem ebenso zu findenden Bild der Superfrau, die Beruf, Karriere, Familie und Fitnessstudio locker unter einen Hut bringt, trotz aller offensichtlichen Überbeanspruchung keine Schwäche zeigt oder zeigen darf?

8. Kontrolle und Sanktionen

In der Diskussion um Konzepte der Frauenförderung gibt es eine nicht einfache Gratwanderung in Bezug auf die Frage der Eigenständigkeit von frauenpolitischen Institutionen und Strukturen. So wichtig es war, Gleichstellungsbüros, die Position von Frauenbeauftragten oder Frauenministerien einzurichten, so sehr besteht die Gefahr der Ausgrenzung und Delegation von geschlechtsspezifischen Themen und Problemen an diese Institutionen. Beteiligung von Frauen und Berücksichtigung des Ziels der Chancengleichheit bleiben dann immer ein „Einbruch in den Herrenklub“, d. h. sie sind als handlungsleitende Orientierungen eben nicht Normalität.

Nun hat sich in der europäischen Union in den 90er Jahren das Konzept des Gender-Mainstreaming durchgesetzt: Die Grundidee besteht darin, dass die Zielvorgabe einer Chancengleichheit von Frauen und Männern politikübergreifend verpflichtend ist, d. h. Bestandteil aller Politikfelder ist. Die damit verknüpfte spannende Frage ist die, ob ein solches „Gender-Mainstreaming-Prinzip“ zusätzlich oder anstatt der bisherigen Frauenprogramme und frauenpolitischen Institutionen umgesetzt werden soll.

Wie auch immer wir zu dieser Frage stehen mögen – aus der Tradition und den Praxiserfahrungen der Frauenförderung ergibt sich darüber hinaus noch eine zweite Frage: Wer kontrolliert die Erfolge der Gleichstellungspolitik und wer kann in den Fällen sanktionierend eingreifen, in denen gesteckte Ziele nicht erreicht oder Errungenschaften sogar rückgängig gemacht werden?

Anders ausgedrückt: Zielformulierungen sind zu ergänzen um ein sehr konkretes System von Indikatoren, an denen Zielerreichung zu messen ist, und einer entsprechenden Kontrolle dieser Zahlen. Ob eine solche Evaluation mit positiven oder negativen Sanktionen verknüpft ist, spielt in diesem Zusammenhang keine wesentliche Rolle. Entscheidend ist die Tatsache, dass Zielerreichung bzw. Soll-Ist-Diskrepanzen erhoben und Konsequenzen hieraus gezogen werden.

Diese Diskussion um Kontrolle und Sanktionen innerhalb der Frauenförderung könnte in der Gesundheitsförderung Anregungen bieten. Es gibt beispielsweise durchaus Ansatzpunkte für gesundheitsförderliche Maßnahmen im Betrieb, etwa im Zusammenhang mit der EU-Richtlinie für Bildschirmarbeit. Die Realisierung dieser oder anderer Ziele wird jedoch oft nur halbherzig evaluiert. Vor allem aber werden als Prüfkriterien des Erfolgs meist nur betriebliche Kennzahlen herangezogen, die weder den weiten Gesundheitsbegriff noch das Anliegen einer Angleichung der Chancen von Frauen und Männern im Arbeitsleben abdecken. Letzteres liegt mir besonders am Herzen, da – ich hatte bereits mehrfach darauf hingewiesen – allgemeine Maßnahmen der Gesundheitsförderung nicht automatisch auch Gleichstellung beinhalten.

Fazit

Ich habe versucht, jeweils aus der Diskussion eines Gebietes – der Frauenförderung oder der Gesundheitsförderung – Überlegungen und Aspekte herauszustellen, die Anregungen für das jeweils andere Gebiet bieten können.

Bei diesem Versuch ist natürlich eines völlig klar: Frauenförderung und Gesundheitsförderung haben lediglich Schnittmengen – weder ersetzt Frauenförderung die Bemühungen um eine betriebliche Gesundheitspolitik, noch reicht es, lediglich Gesundheitsförderung als Aufgabe einer Gleichstellungspolitik zu betreiben. In den Schnittmengen beider Gebiete kann man allerdings voneinander lernen. Dies habe ich anhand von acht Punkten exemplarisch zu zeigen versucht.

Für eine Frauenförderung, die zugleich einen Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten will, gilt:

1. Frauenförderung sollte das weit gesteckte Ziel verfolgen, dass Arbeit nicht nur Frauen nicht krank macht, sondern zur Entwicklung der Gesundheit von Frauen positiv beiträgt.
2. Frauenförderung sollte zweitens präventiv und prospektiv tätig werden und sich zu diesem Zweck an alle betriebliche Veränderungsprozesse „dranhängen“.
3. Frauenförderung sollte sich explizit für die Verstärkung innerer und externer Ressourcen einsetzen, die es Frauen erlauben, mit potenziellen oder vorhandenen Belastungen bzw. Risiken für die Gesundheit besser umzugehen.
4. Sie kann nicht zuletzt die Anregung aufnehmen, sich primär um eine strukturelle Veränderung der Verhältnisse zu bemühen.

Für eine Gesundheitsförderung, die zugleich und explizit einen Beitrag zur Frauenförderung leisten will, gilt:

5. Die Förderung der Gesundheit von Frauen ist ein eigenständiges, nicht in jedem Fall mit betriebswirtschaftlichen Interessen zu vereinbarendes Ziel.
6. Gesundheitsförderung von Frauen muss die Vielfalt der Lebens- und Arbeitsverhältnisse von Frauen berücksichtigen und hierzu in einen aktiven Austausch mit den Frauen treten.
7. Gesundheitsförderung sollte des Weiteren explizit auf Fragen des Gesundheitsbewusstseins und des Bildes von Gesundheit im Kontext des Geschlechterverhältnisses eingehen.
8. Sie kann und sollte ein besonderes Augenmerk auf die Evaluation gesundheitsförderlicher Maßnahmen legen, wobei hier als explizite Zielkriterien Gleichstellung und Frauenförderung im genannten weiten Sinne anzulegen sind.

Möglichkeiten der Prävention bei gesundheitlichen Belastungen und arbeitsbedingten Erkrankungen

Beispiel: Sozialamt der Landeshauptstadt Hannover

Moderation: *Dr. Erika Majewski*, Leitende Betriebsärztin der Landeshauptstadt Hannover

Einleitung

Der Öffentliche Dienst rückte infolge des Inkrafttretens des Arbeitsschutzgesetzes 1996 in ein neues Licht: Für alle Beschäftigten des Öffentlichen Dienstes gelten nunmehr Maßnahmen des Gesundheitsschutzes. Diese sind Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren einschließlich Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit.

Bereiche mit besonderen technischen, infektiösen oder toxiologischen Arbeitsplatzrisiken wurden in der Landeshauptstadt Hannover bereits seit vielen Jahren betriebsärztlich und sicherheitstechnisch betreut. Dagegen erlangten Ämter mit sozialen Beratungs- und Betreuungsaufgaben erst durch Bekanntwerden von psychologisch extrem belastenden Arbeitsplatzsituationen mit der Folge gesundheitlicher Beeinträchtigungen die erforderliche Aufmerksamkeit. Angesichts des dort anzutreffenden hohen Anteils von Frauen soll folgendem Thema besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden:

- Wie kann die aktuelle gesundheitliche Situation von Frauen im Öffentlichen Dienst mit dem Schwerpunkt der sozialen Beratungstätigkeit künftig verbessert werden?

Rahmenbedingungen und Zielsetzung der Sozialamtsstudie

In Zusammenarbeit mit dem Arbeitsbereich Medizinische Soziologie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), gefördert durch den Gemeindeunfallversicherungsverband Hannover (GUV), wird seit Mai 1998 eine wissenschaftliche Studie mit dem Titel „Möglichkeiten präventiver Verbesserungen gesundheitlicher Belastungen und arbeitsbedingter Erkrankungen im Sozialamt Hannover“ durchgeführt, die in vier Projektphasen unter anderem die speziellen Fragen der gesundheitlichen Situation dort beschäftigter Frauen und abzuleitender Strategien der Prävention klären soll.

Das Arbeitsumfeld des Sozialamtes ist geprägt durch die Betreuung und Beratung von Bürgerinnen und Bürger der Stadt Hannover in besonders schwierigen Lebenslagen, wie zum Beispiel Langzeitarbeitslose, Alleinerziehende, AussiedlerInnen, Kontingentflüchtlinge, Bürgerkriegsflüchtlinge. Nicht selten divergieren in den Beratungsgesprächen nicht erfüllbare Erwartungshaltungen der AntragstellerInnen von Leistungsvorgaben, entstehen Rollenkonflikte zwischen männlichen Klienten und weiblichen Beschäftigten oder durch interkulturell bedingte nonverbale bzw. verbale Verständigungsschwierigkeiten.

Ausgangspunkt für das Projekt war ein 1995 erstmals bemerktes und beobachtetes Burn-out Syndrom, (ICD10-z Skala: psychosomatische Befindlichkeitsstörungen, somatoforme Beschwerden und psychosomatische Erkrankungen). Dieses betraf nahezu alle Beschäftigten einer Abteilung des Sozialamtes, die zur Aufgabe hatte, Leistungen nach dem Arbeitsförderungs-gesetz zu bewilligen. Es handelte sich hierbei um einen neu hinzugekommenen Arbeitsauftrag, der zu

einer nicht mehr dauerhaft leistbaren Arbeitsverdichtung führte. Organisatorische und personelle Veränderungen sowie ein Supervisionsangebot führten zu einer Verbesserung der Situation, dennoch wurden die Erkenntnisse aus diesem Ereignis als ämterübergreifend bedeutungsvoll eingestuft und sollen nunmehr in die Konzeption von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in vergleichbaren Arbeitsbereichen einfließen.

Bereits seit 1995 hat die Landeshauptstadt Hannover ein Arbeitsschutzrahmenprogramm als Leitfaden und Handlungsanleitung zur betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt. Unter Einbeziehung der Beschäftigten sollen Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen ergründet und beseitigt werden sowie auf der Basis einer Evaluation der Ergebnisse langfristig Konzepte zur Personalentwicklung umgesetzt werden.

Vorgehensweise und wissenschaftliche Methodik

In einer projektbegleitenden Arbeitsgruppe „AG Gesundheit“, bestehend aus Vertretungen der Amtsleitung des Sozialamtes und ausgesuchter Abteilungen, örtlichem Personalrat, Sicherheitsfachkraft, Ltd. Betriebsärztin sowie des Fachbereichs Medizinische Soziologie der MHH, später ergänzt durch den GUV, wurde die Vorgehensweise festgelegt. Grundlage der Planung war die Analyse vorhandener Strukturdaten des Amtes, wie Alters- und Geschlechtsverteilung sowie Ausfallzeiten. Sie führte zu einer Konkretisierung der Projektplanung. Ausgehend von vier Projektphasen innerhalb von zwei Jahren wurde im ersten Teil des Projektes, der Analyse der aktuellen Gesundheitssituation, eine standardisierte, anonyme MitarbeiterInnenbefragung in mehreren besonders publikumsintensiven Bereichen und einem Kontrollbereich ohne besonders starken Publikumsverkehr vorgenommen. Sie unterlag der Überprüfung und Zustimmung durch den Datenschutzbeauftragten der LHH. Folgende wissenschaftliche Quellen wurden der Konzeption der Studie im Wesentlichen zugrundegelegt:

- Die Skalen „extrinsische Verausgabungs- und Belohnungsaspekte“ und „berufliche Kontrollbestrebungen“ von Prof. J. Siegrist/ Dr. R. Peter,
- die Freiburger Beschwerdeliste (FBL) zur Erfassung körperlicher Beschwerden sowie
- das Maslach Burnout Inventory (MBI) zur Messung der Arbeitsbelastungen.

Mit N= 299 Teilnehmerinnen und Teilnehmern an der Studie wurden 65% der in den drei Abteilungen Beschäftigten erfasst, überwiegend aus dem Bereich Sachbearbeitung. Mit einem Geschlechter-verhältnis von 61,6% weiblich zu 38,4% männlich bei einem Durchschnittsalter von 35 Jahren ist die Stichprobe repräsentativ für die ausgewählten Abteilungen, mit der durchschnittlichen Dauer der Arbeitsunfähigkeit von neun Tagen leicht unter den Werten des Sozialamtes.

Maßgeblich für die Planung der Zirkelarbeit in der 2. Projektphase waren Aussagen über das Krankheitsgeschehen im

Sinne von Burn-out im Verhältnis zum Arbeitsumfeld und zur Arbeitsorganisation sowie zur Klientel. Zusammenfassend wird festgestellt, dass alle Gruppen, ob Vorgesetzte oder Sachbearbeiter und Sachbearbeiterinnen ähnlich, hohe Grade an emotionaler Erschöpfung aufweisen und neue Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen schon nach kurzer Zeit ebenso hohe Grade an Erschöpfung zeigen wie langfristig Beschäftigte.

Chronische Erkrankungen wurden von 29,4% der Beschäftigten (N=296) genannt, bei dem Durchschnittsalter von 35 Jahren ein als hoch einzuschätzender Wert. Insbesondere Beschwerden des Muskel-Skelettsystems werden erwartungsgemäß von Beschäftigten ab 35 Jahren, dabei in einem statistisch schwachen Zusammenhang häufiger von Frauen, genannt. Allerdings fallen insbesondere bei jüngeren Beschäftigten verstärkt Nennungen von Hautkrankheiten auf.

Ursächlich für den hohen Grad an Burn-out sind die Rahmenbedingungen für die Arbeit zu erkennen. Hierbei dominieren **Mängel des Arbeitsumfeldes** wie **Ergonomie** des Büroarbeitsplatzes, **Umgebungsfaktoren** wie Geräuschpegel, Beleuchtung und Belüftung. Ferner werden **Mängel in der Arbeitsorganisation, Zeitdruck, fehlende Gratifikation**, in Einzelfällen der direkte KlientInnenkontakt genannt.

Hieraus wurden die speziellen Themen für die Zirkelarbeit festgelegt mit der Frage, welche Ansätze für präventive Maßnahmen unter Einbeziehung der Kenntnisse der Beschäftigten ableitbar sind. Ziel ist, die drei Ebenen der Gesundheitsförderung, die personale, die interpersonelle und die strukturelle, zu erfassen.

Exemplarische Darstellung von Themenschwerpunkten und Lösungsansätzen

Die in sechs Gesundheitszirkeln erörterten Themen Ergonomie, Gesundheit und Arbeitsbelastungen wurden durch die Diskussionen mit den Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmern bisher auf folgende zentrale Lösungsansätze verdichtet:

- die Verbesserung der Standards in der Büroarbeitsplatzgestaltung. Dies kann erreicht werden durch die Sicherstellung eines hohen Standards des Büro-/PC-Arbeitsplatzes; die Darstellung der Sinnhaftigkeit von Arbeitsplatzgestaltung; Training der Arbeitsplatzakzeptanz sowie durch das Erkennen und den Abbau von Mängeln in der Arbeitsorganisation.
- Hilfe zur Verbesserung des Kontaktes mit KlientInnen aus anderen Kulturkreisen durch Aus- und Fortbildung: Dies kann erreicht werden durch die Verbesserung des Rollenverständnisses einer Sachbearbeiterin im Verhältnis zu männlichen Klienten fremder Kulturkreise; die Vermittlung von Hintergrundwissen über fremde kulturelle/ religiöse Normen sowie durch die Entwicklung von Strategien zur Gesprächsführung bei überzogenen Erwartungshaltungen von MigrantInnen.
- Weitere, im Vorfeld angedachte Themen sind die Bewältigung von Gratifikationskrisen sowie das Erlernen von Strategien der Stressbewältigung und des Self-Managements.

Zusammenfassung

Infolge einer krisenhaften Arbeitsplatzsituation im Sozialamt entstand die Idee eines wissenschaftlich begleiteten Gesundheitsförderungsprojektes in Arbeitsbereichen, die von publikumsintensiver Beratungstätigkeit geprägt sind. In Zusammenarbeit mit dem Fachbereich Medizinische Soziologie der MHH, gefördert durch den GUV Hannover, wurden bisher zwei von vier Phasen des Projektes „Verbesserungen gesundheitlicher Belastungen und arbeitsbedingter Erkrankungen im Sozialamt der Stadt Hannover“ durchgeführt. Auf der Basis von Strukturdaten des Amtes, einer anonymen MitarbeiterInnenbefragung sowie von Ergebnissen aus Gesundheitszirkelarbeit verdichteten sich verschiedene Themenkomplexe, die ursächlich für den hohen Grad an Burn-out-Syndrom im Sozialamt angesehen werden und zur Entwicklung von Vorschlägen zur Prävention führten: Mängel in der Gestaltung und Organisation von Büroarbeitsplätzen, Qualifizierungsbedarf der Beschäftigten im Umgang mit Klientel fremder Kulturkreise, Erlernen von Strategien zur Stressbewältigung und im Umgang mit Gratifikationskrisen.

Durch Evaluation der Ergebnisse des Projektes sollen Vorschläge zur Personalentwicklung erarbeitet werden, die auf vergleichbare Ämter mit publikumsintensiver Beratungs- und Betreuungstätigkeit übertragbar sind. Angesichts des mit ca. 60% hohen Anteils weiblicher Beschäftigter im Sozialamt fließen in die Betrachtungsweise insbesondere Aspekte der Frauenförderung ein.

Literatur

- Collatz, J. / Fischer, G. / Thies- Zajonc, S (1998) Mütterspezifische Belastungen - Gesundheitsstörungen - Krankheit, Berlin VVB
- Majewski, E. (1998) Ansätze zur Abwehr arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren aus betriebsärztlicher Sicht, Hannover, 25. SiFaTa, Seetzen, Medizinische Hochschule Hannover
- Maslach, C./ Jackson, S.E. (1981): MBI, Maslach Burnout Inventory. Manual. Palo Alto, Consulting Psychologist Press. Deutsche Erarbeitung nach Enzmann, D.(1996): Gestreßt, erschöpft oder ausgebrannt, München
- Salman, R./ Collatz, J. (1999) Der Einsatz von Dolmetschern im Gesundheitswesen als Beitrag zur Integration, Hannover, Niedersächsisches Ärzteblatt 9/1999, S. 54 - 55
- Scheuch, K. (1997) Psychomentele Belastung und Beanspruchung im Wandel von Arbeitswelt und Umwelt, ASU, Gentner-Verlag Stuttgart (32,8,1997), S. 289 - 296
- Siegrist, J. (1996): Soziale Krisen und Gesundheit, Göttingen Hogrefe

Eine umfassende Bibliographie zum Thema Frauen und Gesundheit liegt beim Arbeitsbereich Medizinische Soziologie der MHH vor.

Was hält Frauen in Pflegeberufen gesund?

Ansätze für eine frauengerechte betriebliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus

Moderatorin: *Heidi Höppner*, Sozial- und Gesundheitswissenschaftlerin, HWP Hamburg

Was hält Frauen in Pflegeberufen gesund? So simpel die Frage ist, sie ist möglicherweise auch für Sie erst einmal irritierend. Ist nicht gerade „das Pflegepersonal“ im Krankenhaus, das zu 87% weiblichen Geschlechts ist, extrem belastenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt? Die Frage nach gesundheitsförderlichen Potenzialen in diesem Bereich hat daher fast provozierenden Charakter. Die Arbeitsbelastungen von Krankenschwestern sind offenbar und in der gegenwärtigen gesundheitspolitisch bewegten Zeit tendenziell zunehmend, beispielsweise durch

- den Wettbewerbsdruck unter den Anbietern von Gesundheitsleistungen und damit verbunden einer z. T. drohenden Arbeitslosigkeit auch für das Pflegepersonal,
- die Arbeitszeiten für Pflegende im stationären Bereich,
- die zunehmende Arbeitsdichte durch immer kürzere Verweildauer der PatientInnen im Krankenhaus bei nicht geringerer medizinischer Diagnostik und Therapie,
- den Umgang mit kranken und sterbenden Menschen und damit verbundenen den sehr hohen Anforderungen an die eigene Gefühlsregulierung – das heißt, z. T. widerstreitende Gefühle von Mitleid mit PatientInnen auf der einen Seite und eines professionellen Selbstverständnisses auf der anderen Seite –,
- sowie neue Rollen und Leitbilder. Diese können für Frauen in diesem traditionsreichen Tätigkeitsfeld belastend sein, denn daran gebunden sind neue Freiheiten und Eigenverantwortlichkeiten in der Aus- und Selbstgestaltung des beruflichen, aber auch des privaten Lebens von Frauen. Neue Modelle und Vorbilder für die Orientierung von Frauen müssen erst noch wachsen oder fehlen ganz.

Die extremen Belastungen bilden sich beispielsweise in der hohen Fluktuationsrate im Pflegeberuf ab. Fünf Jahre nach der Ausbildung sind nur noch 50% der Krankenschwestern und -pfleger in diesem Beruf.

Forschungserkenntnisse über die Belastungen in Pflegeberufen füllen Bücherregale. Zu wissen, was krank macht, heißt allerdings lange noch nicht auch zu wissen, was gesund lässt oder gesund erhält - geschweige denn, sich danach zu verhalten. Die Beispiele der vielen RaucherInnen in medizinischen und pflegerischen Berufen sind bekannt. Anders ausgedrückt: Belastende Faktoren im individuellen Verhalten, aber auch im Umfeld, d.h. in den Verhältnissen, abzustellen oder zu minimieren sind wichtige Präventionsansätze. Sie zielen durch den Blick auf Risikofaktoren auf die Beeinflussung des Erkrankungsrisikos.

Gesundheitsförderung allerdings wählt eine andere Perspektive. In den Überlegungen zur Gesundheitsförderung werden sowohl individuelle als auch kollektive Potenziale und Ressourcen für die Gesundheit fokussiert. Prävention und Gesundheitsförderung sind somit unterschiedliche Seiten einer Medaille. Der Blick auf Potenziale statt auf Risikofaktoren ist m. E. eine bereichernde Perspektive - auch in der Krankenversorgung.

Definitionen und Modelle von Gesundheit zeigen, dass Gesundheit nicht statisch betrachtet werden kann. Vielmehr bewegen wir uns, wie es Aaron Antonovsky in seinem Modell der Salutogenese (Entstehung von Gesundheit) benennt, lebenslang zwischen zwei Polen von Gesundheit und Krankheit in Richtung mehr oder weniger gesund oder aber mehr oder weniger krank – je nach Blickwinkel. Da jeder Mensch Gesundheit für sich definiert, gibt es nicht die eine, sondern unterschiedlichste Gesundheitenebene. Dazu zwei Beispiele: Ich kann mir ein Bein gebrochen haben, bin im medizinischen Sinne krank, fühle mich allerdings lediglich gehandikapt und eigentlich ganz gesund. Ich kann funktionieren, nach medizinischen Kriterien gesund und damit arbeitsfähig sein, mich allerdings krank und nicht belastbar fühlen.

In meiner derzeitigen Forschung zu den Ressourcen für die Gesundheit von Frauen in Pflegeberufen, in der ich mit Krankenschwestern aus unterschiedlichen Krankenhäusern sowohl qualitative Interviews, als auch Gruppendiskussionen geführt habe, beziehe ich mich stark auf das Konzept der Salutogenese des bereits erwähnten Medizinsoziologen Aaron Antonovsky.

Das Kernstück seines Modells ist das Kohärenzgefühl (kohärent heißt zusammenhängend), dem „Sense of coherence“ (SOC). Hierbei handelt es sich nicht um eine persönliche Eigenschaft, es ist eher ein Produkt aus Erfahrungen der Auseinandersetzung von Person mit ihren Umwelten. Es ist eine Art globalen Vertrauens, oder wie Antonovsky es auch nennt, eine „dispositionale Orientierung“. Dieses Kohärenzgefühl wird vorwiegend in den ersten 30 Lebensjahren festgelegt und zwar durch die Verfügbarkeit von Widerstandsressourcen (oder aber den Defiziten an Widerstandsressourcen) und die damit verbundenen Lebenserfahrungen. Er meint damit zum Beispiel, die eigene Ich-Stärke zu spüren, sozial unterstützt zu sein, stabile kulturelle und gesellschaftliche Normen und Werte sowie existenzielle Sicherheiten zu erleben.

Die Definition des Kohärenzgefühls in deutscher Übersetzung lautet:

„Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; und
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Antonovsky; deutsche Übersetzung von Alexa Franke 1997).

Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei Komponenten zusammen: der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Bedeutsamkeit. Nach Antonovsky ist mensch umso gesünder

bzw. hat die Chance gesund zu bleiben, je höher der Wert aller drei Teilkomponenten ist. Das heißt, desto größer dessen globales Vertrauen ist. Dem Faktor Bedeutsamkeit schreibt er hierbei eine besondere Rolle zu!

Was heißt das nun konkret auf „gesunde Krankenschwestern“ bezogen? Hierzu stelle ich zur Verdeutlichung ein paar Fragen:

Zur Komponente Verstehbarkeit: Wie verständlich ist einer Krankenschwester zurzeit die gesundheitspolitische Situation; wie informiert ist sie über die Situation an ihrem konkreten Arbeitsplatz?

Komponente Handhabbarkeit: Welche Handlungsmöglichkeiten hat sie als Person, aber auch als Mitglied einer Berufsgruppe? Ist sie Akteurin in dem Umgestaltungsprozess in ihrem Krankenhaus oder reagiert sie mehr oder weniger?

Und letztlich die Komponente der *Bedeutsamkeit:* Welchen Sinn macht - neben der PatientInnenbetreuung und evtl. der Familienarbeit - ein zusätzliches Engagement? Welche Erfahrungen der Beteiligung an Entscheidungsprozessen hat sie gemacht, wie ernst genommen fühlt sie sich und wie bewertet sie ihr eigenes Tun? Ist ein Engagement in der eigenen, subjektiven Bilanz bedeutsam und lohnenswert?

Antonovsky selbst hat in seinen Untersuchungen keinen geschlechtsspezifischen Unterschied festgestellt. Allerdings geben neuere Studien Hinweise darauf, dass die Werte des SOC bei Frauen tendenziell niedriger sind. Eine Antwort auf die Frage, warum das so ist, ist mir nicht bekannt. Allerdings erscheint mir in Bezug auf einen möglichen geschlechterabhängigen Unterschied die Bildung des SOC in Antonovskys Ausführungen interessant.

Nach Antonovsky entstehen hohe Werte in den drei Komponenten wie folgt:

- Die Komponente Verstehbarkeit bildet sich durch konsistente Lebenserfahrungen aus. D.h. die Umwelten, die für jemand relevant sind, erscheinen in ihrem Funktionieren erklärbar; man erlebt das, was um einen herum geschieht einordbar, nicht chaotisch oder wie ein Rauschen, was an einem vorbeigeht.
- Die Komponente Handhabbarkeit wird durch Belastungsbalance ausgebildet, quasi durch adäquate Herausforderungen und Aufgaben, die einen weder über- noch unterfordern.
- Und letztlich die Komponente Bedeutsamkeit, die durch Teilhabe an Entscheidungsprozessen in der konkreten Realität ausgeprägt wird, d.h. durch die Bedeutung der eigenen „Stimme“, des eigenen Tuns und entsprechende Anerkennung durch relevante Andere.

An dieser Stelle kann keine Gebrauchsanweisung für die Gesundheitsförderung von Krankenschwestern präsentiert werden. Ziel des Workshops soll sein, angeregt durch die Theorie der Salutogenese sowie durch eine frauenbezogene Perspektive auf den Arbeitsbereich Pflege, in einen gemeinsamen Diskussionsprozess zu kommen, der unsere Wahrnehmung für individuelle und organisationsbezogene Gesundheitsressourcen von Krankenschwestern schärft und konkrete Ansätze für eine ressourcenorientierte, frauengerechte Gesundheitsförderung im Krankenhaus aufzeigt.

Betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz aus Frauensicht

Moderation: *Barbara Reuhl*, Angestelltenkammer Bremen

„Arbeitsschutz, das ist für mich immer Schutzhelm und Sicherheitsschuhe gewesen – aber jetzt sehe ich, das hat ja auch was mit mir zu tun!“

Betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeitsschutz und neuere Ansätze wie das Arbeitsschutzgesetz und die dazugehörigen Verordnungen sind scheinbar fast ausnahmslos geschlechtsneutral, da sie die spezifischen Belange von Frauen und Männern nur in Ausnahmefällen ausdrücklich berücksichtigen. Inwiefern sie Differenzierungen zulassen und wie sie entwickelt werden müssen, soll hier untersucht werden.

Regeln und Konzepte des klassischen Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz

Betrachten wir die Entwicklung von Regelungen und Konzepten des Arbeitsschutzes, so wird deutlich, dass in erster Linie die Arbeitsbedingungen männlicher Arbeitnehmer – vor allem von Arbeitern – zugrunde gelegt wurden. Lange Zeit ging es hauptsächlich um die Verhütung von Arbeitsunfällen und die Verringerung von Gesundheitsgefahren wie Lärm, Vergiftungen, körperliche Schwerarbeit, Hitze- und Kälteeinwirkungen. Diese Risiken für Leben und Gesundheit waren zur Zeit der Industrialisierung, aus der die Anfänge der Sozialpolitik stammen, für einen großen Teil der Erwerbstätigen prägende Realität. Die Instrumente des Arbeitsschutzes richteten sich dementsprechend gegen diese Gefährdungen. Entsprechend bestanden Schutzmaßnahmen eher aus technischen Lösungen, Ge- und Verboten oder finanziellen Entschädigungsleistungen, beispielsweise nach Arbeitsunfällen.

Die Arbeit von Angestellten, der Bereich, in denen viele Frauen tätig sind, galt lange Zeit als leicht, sauber und nicht gesundheitsschädigend. Die ingenieurwissenschaftlich qualifizierten Arbeitsschutz-Experten widmeten dem Angestelltenbereich dementsprechend wenig Aufmerksamkeit.

Frauenspezifische Aspekte des Gesundheitsschutzes werden – wie andere weibliche Belange in der Arbeitswelt auch – meist unausgesprochen auf das männliche „Normalmodell“ bezogen. Nur wenige Arbeitsschutzregelungen berücksichtigen ausdrücklich die Situation von Frauen, indem sie für diese die Arbeit unter bestimmten Bedingungen, wie beispielsweise Belastungen durch Gefahrstoffe oder Strahlung, einschränken oder ganz untersagen. Die angestrebte und arbeitsmedizinisch begründete Schutzwirkung verkehrt sich dann, auch in der Wahrnehmung der betroffenen Frauen, oft ins Gegenteil: Z. B. werden die Vorschriften des Mutterschutzes häufig als Anlass für eine Nicht-Einstellung oder Erschwernis im beruflichen Fortkommen von Frauen genommen. Statt die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass Frauen wie auch Männer gesund bleiben und Kinder nicht gefährdet werden, passen die Frauen nicht in das Bild linearer, „männlicher“ Leistungsvorstellungen.

Das Grundkonzept des bisher praktizierten Arbeitsschutzes, „gegen“ objektivierbare Risiken anzugehen, ist angesichts „moderner“ Belastungen wie Stress, Zeitdruck, Konflikte nicht mehr angemessen. Solche Gesundheitsrisiken

müssen von den Betroffenen mitgeteilt werden, da Außenstehende sie nicht erkennen können. Gefährdungen zu definieren und auszuschalten war allein die Sache von Expertinnen und Experten, also Sicherheitsfachkräften, Gewerbeaufsichts- oder Berufsgenossenschafts-Vertreterinnen und -Vertretern usw. Sie agierten anhand einer Fülle von Vorschriften, die auf Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern (aber auch auf Vorgesetzte) häufig undurchschaubar wirkten. Es hat lange gedauert, bis die Beschäftigten als Expertinnen und Experten ihrer eigenen Arbeitsbedingungen akzeptiert wurden.

Hinzu kommt, dass im Arbeitsschutz bislang in der Regel männliche Experten tätig waren und sind, die ihre Fachkenntnisse vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen, Einstellungen und Wahrnehmungen als erwerbstätige Männer entwickeln und anwenden. Die Fähigkeiten zu kommunizieren, zu moderieren bzw. Prozesse gestalten zu können usw., werden erst seit kurzer Zeit als Bestandteile der Ausbildung beispielsweise von Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmedizinerinnen und Sicherheitsfachkräften einbezogen.

Die aufgezählten Faktoren geben nur einen kurzen Überblick über die Umstände, die dazu beitragen, dass in der betrieblichen Gesundheitspolitik spezifische Belange von Frauen bisher größtenteils nicht wahrgenommen wurden. Durch die betriebliche Gesundheitsförderung und die neueren Arbeitsschutzregelungen besteht inzwischen ein Rahmen, der es ermöglicht, die Interessen und Kompetenzen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zur Sprache zu bringen und in betriebliche Prozesse einzubeziehen. Bei beiden Konzepten handelt es sich jedoch nicht um „Rezepte“, sondern sie stellen ausgestaltungsfähige Rahmenbedingungen zur Verfügung. Frauen wollen gestalten – die Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Arbeitsschutzgesetzes kommen diesem Interesse entgegen. Welche Handlungsmöglichkeiten zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Arbeitnehmerinnen sie bieten, ist im Folgenden dargestellt.

Neue Regelungen im Arbeitsschutz

Durch das Arbeitsschutzgesetz und die damit zusammenhängenden Einzelverordnungen ist ein entscheidender Perspektivenwandel eingetreten, der das Einbringen von Erfahrungen und Kompetenzen der Beschäftigten ermöglicht. Mit diesen Regelungen werden seit 1996 Vorgaben der EU in deutsches Recht umgesetzt.¹ Den EU-Arbeitsschutzvorschriften liegt die „Philosophie“ zu Grunde, dass

- Arbeits- und Gesundheitsschutz bei allen Tätigkeiten und auf allen Führungsebenen im Betrieb zu integrieren ist;
- ein vorsorgendes Gesundheitsmanagement betrieben und
- gesundheitsgerechte bzw. -förderliche Arbeitsbedingungen planerisch gestaltet werden sollen;

¹ vollständiger Titel: Gesetz zur Umsetzung der EG-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz und weiterer Arbeitsschutz-Richtlinien vom 21. August 1996; juristische Abkürzung: ArbSchG.

- der Arbeitgeber für Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in seinem Betrieb verantwortlich ist;
- sie für alle Bereiche, auch Verwaltung und öffentlicher Dienst, gelten;
- sie den Arbeitsschutzgedanken auf jeder Ebene des Betriebes einbeziehen,
- Gesundheitsrisiken ermittelt und beurteilt, erforderliche Maßnahmen des Arbeitsschutzes ergriffen und in Dokumentationen erstellt (Betriebe über zehn Beschäftigte), sowie
- die Wirksamkeit der Maßnahmen überprüft und ggf. angepasst und
- die Beschäftigte unterwiesen werden;
- es die Mitbestimmung, Mitwirkungspflicht und Beteiligungsrechte der Beschäftigten und
- die arbeitsmedizinische Vorsorge gibt.

Das Arbeitsschutzgesetz gibt dem Gesundheitsschutz im Betrieb eine neue Perspektive. Es schreibt zunächst die Verantwortung des Arbeitgebers ohne Einschränkungen fest, Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten zu verbessern. In der bis dahin gültigen preussischen Gewerbeordnung von 1869 galt nach § 120a die Verpflichtung des Arbeitgebers zum Schutz von Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten nur „soweit es die Natur des Betriebes gestattet“.

Die Rechtspflicht des Arbeitgebers, Sorge dafür zu tragen, dass Beschäftigte im Betrieb keinen Schaden an Leben, Körper, Gesundheit oder Eigentum erleiden, ist auch schon im Bürgerlichen Gesetzbuch begründet. Danach gilt sie jedoch nur für den jeweils einzelnen Arbeitsvertrag. Das Arbeitsschutzgesetz richtet sich demgegenüber auf die gesamte Organisation des Betriebes. Es betont die Notwendigkeit, Gesundheit und Sicherheit als Kriterien „bei allen betrieblichen Entscheidungen und auf allen Ebenen des Betriebes“ einzubeziehen, ein für Arbeitgeber wie für Beschäftigte bisher wenig vertrauter Gedanke. Angesichts stetiger Neuerungen und Umstrukturierungen in der Arbeitswelt ist diese Verpflichtung durchaus angemessen, anstatt sich lediglich an normierte abstrakte Regelwerke zu halten. In der Diskussion, wie die Vorschriften des Arbeitsschutzgesetzes umzusetzen seien, weisen Expertinnen und Experten immer wieder auf die Notwendigkeit hin, Gesundheitsschutz als Element bzw. Kriterium in Management-Systeme einzubeziehen. Es handelt sich also um eine Art kontinuierlichen Verbesserungsprozess, der die gesundheitliche Situation der Belegschaft zum Thema hat.

Das Arbeitsschutzgesetz und die dazu gehörenden Verordnungen² geben praktisch keine konkreten Einzelmaßnahmen vor, sondern stellen verlässliche Entscheidungs- und Orientierungsgrundlagen dar. So ist nicht explizit geregelt, wie die betrieblichen Interessenvertretungen einzubeziehen sind. Durch das Betriebsverfassungsgesetz sind die Interessenvertretungen aber verpflichtet, die Durchführung des Arbeitsschutzes im Betrieb zu überwachen. Ihnen stehen da-

durch umfassende Informations- und Beteiligungsrechte zu - sie müssen sie nur nutzen und einfordern.

Es besteht damit ein Rahmen, der es allen Beteiligten ermöglicht, Gesundheitsfragen im Betrieb wahrzunehmen und Kommunikationsprozesse darüber in Gang zu setzen. Expertinnen und Experten wie Sicherheitsfachkräfte, -beauftragte und Betriebsärztinnen und -ärzte sind dazu da, Arbeitgebern, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie den Interessenvertretungen mit ihren Fachkenntnissen beratend zur Seite zu stehen.

Nach den bisherigen Erfahrungen mit dem Arbeitsschutz ist ein solches Konzept für alle Beteiligten fremd. Gerade in Deutschland bestand und besteht ein hochgradig ausdifferenziertes, „verregelter“ System an Vorschriften zum Arbeitsschutz, welches fast nur für Experten durchschaubar war. Vielleicht ist dies ein Grund dafür, dass sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz bisher oft eher als nicht nachvollziehbares, von aussen kommendes Vorschriftenwerk wahrnahmen?

Mit der Kontrolle über die Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes ist die Staatliche Gewerbeaufsicht beauftragt, die dabei mit den Berufsgenossenschaften zusammenarbeiten und von ihnen unterstützt werden soll. Insofern besteht eine Ebene überbetrieblicher, grundsätzlicher orientierter Kommunikation auf der auf Grund vielfacher Einblicke und Erfahrungen aus der Kooperation mit Betrieben und anderen Stellen Kompetenzen für die Beratung erworben wird. Die den Unfallversicherungen wie der Gewerbeaufsicht gleichermaßen gesetzlich aufgebene Beratung kann eine wertvolle Dienstleistung der externen Fachleute für Betriebe und für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer darstellen.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Trotz des fortschrittlichen Ansatzes regelt das Arbeitsschutzgesetz in erster Linie den Schutz vor Gefährdungen. Im Gegensatz dazu bezieht sich der Ansatz der Gesundheitsförderung auf Theorien, wonach Gesundheit möglich wird. Damit ist der Begriff der Gesundheitsförderung weiter gefasst als „Prävention“, die Verhütung von jeweils bestimmten Risiken bzw. Krankheiten. Er meint die Entwicklung und Förderung von individuellen inneren Ressourcen sowie äußerer Ressourcen für die jeweils Einzelnen oder Gruppen von Menschen. Unter „Ressourcen“ sind alle Fähigkeiten, Fertigkeiten und Bedingungen, die quasi als Handwerkszeug zur Bewältigung von Belastungen und Anforderungen eingesetzt werden können, zu verstehen. „Innere Ressourcen“ sind beispielsweise Selbstvertrauen, Fachkenntnisse, Kommunikationsfähigkeit. Mit „äußeren Ressourcen“ sind durch die Umwelt und die Mitmenschen gegebene Faktoren wie soziale Unterstützung, die Möglichkeit, Einfluss zu nehmen, Neues zu lernen, Zeit und Raum für Pausen und den Austausch mit anderen gemeint.

Diese inneren und äußeren Bedingungen sind entweder schon vorhanden oder können, motiviert durch neue Herausforderungen, neu bzw. weiterentwickelt werden. Sie wirken quasi als innere und äußere „Kraftquellen“ und ermöglichen es, aus der Auseinandersetzung mit den jeweiligen

² z.B. Bildschirmarbeitsverordnung, Lastenhandhabungsverordnung, Mutterschutzverordnung (alle Kurztitel)

Lebenssituationen gesund hervorzugehen. „Gesund“ ist hier nicht zwangsläufig gleichzusetzen mit dem traditionellen naturwissenschaftlichen Verständnis von Gesundheit, sondern meint die Entwicklung und Stärkung der Handlungskompetenzen der Individuen in jeder Lebensphase.

Das Konzept der Gesundheitsförderung, wie es durch das Gesundheitsreformgesetz von 1988 im § 20 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) verankert war, begründet sich unter anderem auf die Ottawa-Charta der WHO von 1986. Der § 20 SGB V galt bis zum Beitragsentlastungsgesetz 1996 und weitete die Aufgaben der Krankenkassen durch die Aufnahme von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung aus. Über die Leistungen beim Eintritt von Krankheit hinaus ging es nun für die Krankenkassen darum, „ihre Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten aufzuklären“ und darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten verhütet werden können“. Es sollte „den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden“ nachgegangen und auf deren Beseitigung hingewirkt werden. Ferner war es den Kassen möglich, mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen an der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken und sie sollten *bei der Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung* mit anderen Organisationen kooperieren.

In dieser Zeit haben Krankenkassen und Wissenschaft in zahlreichen betrieblichen Projekten Konzepte der betrieblichen Gesundheitsförderung konkretisiert und erprobt.³ Hier ein Überblick über wesentliche Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung, die von verschiedenen Krankenversicherungsträgern und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern entwickelt wurden:

- *Betrieblicher Gesundheitsbericht*, in dem anonymisierte Arbeitsunfähigkeitsdaten statistisch ausgewertet werden, um Schwerpunkte des betrieblichen Krankheitsgeschehens zu ermitteln; in den Gesundheitsbericht können auch Ergebnisse von Arbeitsplatzbegehungen, Auswertungen der betriebsärztlichen Tätigkeit usw. einfließen.
- *Befragungen* der Beschäftigten (anonym) oder von Funktionsträger/innen.
- Einsetzen von *Gesundheitszirkeln*, in denen Vertretungen der Beschäftigten, evtl. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Arbeitgebers, betriebliche Arbeitsschutzexpertinnen oder -experten und ein Mitglied der betrieblichen Interessenvertretung unter Leitung einer Moderatorin oder eines Moderators in einem festgelegten zeitlichen und formalen Rahmen Gesundheitsprobleme im Betrieb benennen, Ursachen diskutieren und Vorschläge zur Lösung machen. Ergebnisse der Gesundheitszirkelarbeit werden anonym protokolliert und (wie auch die Ergebnisse der oben genannten Analysen) vom

- *Arbeitskreis Gesundheit*, einem übergeordneten Steuerremium ausgewertet. Dieser formuliert Ziele für die Gesundheitsförderung und setzt sie ggf. in Maßnahmen um. Im Arbeitskreis „Gesundheit“ wirken beispielsweise Arbeitgeber/ Personalabteilung, Betriebsärztliche Dienst, Interessenvertretung, Sicherheitsfachkraft, evtl. die Sozialberatung oder andere Expertinnen und Experten, ggf. eine Vertretung der Krankenkassen mit.
- *Betriebs- oder Dienstvereinbarungen* regeln Vorgehensweisen, Verantwortlichkeiten und „Spielregeln“ für das gesamte Vorhaben.
- Daran schließen sich Maßnahmen zur Umsetzung von Arbeitsergebnissen sowie
- deren *Evaluation* an.
- Eine wichtige Rolle bei einem Vorhaben der betrieblichen Gesundheitsförderung spielt die *innerbetriebliche Öffentlichkeitsarbeit*.

Durch Befragungen, Gespräche und durch Analysen von Expertinnen und Experten können gesundheitsrelevante Probleme und Fragestellungen im Betrieb wahrgenommen und bearbeitet werden. Im Idealfall geht es dabei nicht nur um die Verbesserung des „normalen“ Arbeitsschutzes, sondern um die Gestaltung von Bedingungen, unter denen Gesundheit im Sinne der Bewältigung von Belastungen möglich ist. Krankheit oder ein hoher Krankenstand wären demnach keine Störungen, sondern eher Symptome, quasi Signale, sich Bedingungen und Prozesse im Betrieb näher anzusehen und sie ggf. zu verändern.

Somit bietet auch das Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung einen Rahmen für Beschäftigte, eigene Erfahrungen und Kompetenzen im betrieblichen Gestaltungsprozessen zum Thema zu machen. Die im Zuge der Gesundheitsreform von 1996 erheblich reduzierten Vorgaben des § 20 SGB V haben manche Krankenkassen nicht davon abgehalten, den von ihnen als sinn- und wirkungsvoll erachteten Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung - wenn auch in bescheidenerem und weniger öffentlichkeitswirksamem Maße - weiter zu verfolgen.

Im selben Jahr erging zugleich im Kapitel zwei (Prävention) des Siebten Sozialgesetzbuches (SGB VII) ein Auftrag an die Träger der gesetzlichen Unfallversicherungen, zukünftig nicht nur Unfälle und Berufskrankheiten, sondern auch arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln zu verhüten. Dabei sollen sie mit den Krankenkassen kooperieren. Die Umsetzung dieser Zusammenarbeit steckt erst in den Anfängen. Derzeit laufen erste Pilotprojekte.

Mit viel Spannung wurde die von der rot-grünen Koalition geänderte Fassung des § 20 SGB V erwartet. Das im Dezember 1999 verabschiedete Gesetz gibt nun den Krankenkassen wiederum die Möglichkeit zur Gesundheitsförderung, wobei das Gebot der Kooperation mit den Berufsgenossenschaften ebenfalls gilt. Gegenüber dem ursprünglichen Entwurf und dem „alten“ § 20 SGB V sind die Spielräume der Krankenversicherungen deutlich eingeschränkt, doch können sie nun anhand erprobter Konzepte neue Ansätze entwickeln, um die aktuellen Vorgaben umzusetzen.

³ Zahlreiche Beispiele sind in der inzwischen umfangreichen Literatur über betriebliche Gesundheitsförderung nachzulesen - ein Hinweis im Anhang.

Ansatzpunkte zur Gestaltung menschengerechter Arbeitsbedingungen aus Frauensicht

Frauen sind überwiegend in Bereichen wie Büro und Verwaltung, Einzelhandel, Erziehung, Sozial- und Gesundheitswesen, Gastronomie und in hierarchisch niedrigen Stufen in der Industrie beschäftigt. Die dort vorkommenden arbeitsplatztypischen Belastungen wie einseitige Arbeitshaltungen durch Sitzen oder Stehen, Heben und Tragen, aber auch Lärm, Stress, Gefahrstoffe oder ungünstige Arbeitszeiten treffen somit mehr Arbeitnehmerinnen als Arbeitnehmer. Beschäftigte in Dienstleistungs- und pädagogischen Berufen, wiederum überwiegend Frauen, sind in hohem Maß von psychischen Belastungen wie Burn-out betroffen. Es besteht ein hoher Bedarf an Möglichkeiten der Kommunikation, Reflexion, Weiterbildung und guter Arbeitsorganisation, um Belastungen zu ermitteln und daraus resultierende gesundheitliche Risiken abzubauen.

Frauen haben das Bedürfnis, dass ihre mit vielseitigen Anforderungen verbundenen Tätigkeiten und Leistungen in diesen Bereichen angemessen wertgeschätzt, anerkannt und entlohnt werden. Das geringe soziale Ansehen gerade von typischen Frauenberufen stellt eine erhebliche Geringschätzung und Kränkung der betroffenen Arbeitnehmerinnen dar. Wie wichtig es ist, dass sie frauenspezifische Fähigkeiten wie Einfühlungsvermögen, Gesprächsbereitschaft, vorausschauendes Denken in Zusammenhängen und Organisationsstalent im Betrieb einbringen, wird spätestens dann deutlich, wenn sie ausfallen. Zunehmend gelten jedoch diese Kompetenzen, wenn auch durch den Begriff „Sozialtechniken“ nur unzureichend umschrieben, als erforderliche Kompetenzen an vielen Arbeitsplätzen.

Arbeitnehmerinnen „funktionieren“ nicht immer so reibungslos, wie es vom Betrieb gefordert wird. Infolge des Monatszykluses, Schwangerschaft, Erziehungszeiten, Kinderbetreuung, Wechseljahre und auch die Pflege von Angehörigen nehmen Frauen deutlicher als Männer wahr, dass sich das Leben in Rhythmen vollzieht. Frauen erleben spezifische biologische und soziale Veränderungen von Körper, Geist und Seele im Lebensverlauf und tragen ein hohes Maß an familienbezogener Verantwortung. Deshalb setzen sie sich besonders intensiv mit Fragen von Gesundheit und Wohlbefinden auseinander und können die Fähigkeit entwickeln, flexibel zu sein, sich auf neue Situationen einzustellen.

Frauen wissen, dass es wichtig ist, ihre Leistungskraft zu erhalten und zu fördern. Sie nehmen ihre Belastungen sehr sensibel wahr, informieren sich und suchen nach Möglichkeiten, die eigenen privaten und beruflichen Ressourcen zu stärken. Dass belastende Arbeitsbedingungen von Frauen und von Männern zum Thema im Betrieb gemacht werden, ist häufig auf die Interessen von Frauen zurückzuführen. Wenn gesundheitsfördernde Maßnahmen wie Rücken- oder Entspannungskurse angeboten werden, sind es oft in der Mehrzahl die Arbeitnehmerinnen, die teilnehmen.

Erfahrungen aus der Bildungs- und Beratungsarbeit zeigen, dass Frauen das Bedürfnis haben, die Bedingungen um sich herum so zu gestalten, dass sie selbst und andere sich wohl fühlen. Das gilt für das eigene Aussehen und körperliches Befinden, für Arbeits- und Sozialräume, aber auch für

Beziehungen zu anderen Menschen. Dementsprechend gehen Initiativen für Gestaltungsmaßnahmen oft von Arbeitnehmerinnen aus.

Sie stellen hohe Ansprüche an sich selbst und daran, Familie und Erwerbsarbeit miteinander zu vereinbaren. So sind aus Frauensicht auch Fragen der Weiterqualifikation, Arbeitszeitgestaltung, sozialen Absicherung, Kinderbetreuung usw. in die betriebsbezogene Gesundheitspolitik einzubeziehen. Wenn Arbeits- und Lebensbedingungen gut aufeinander abgestimmt sind, stellen Familien- und Erwerbsarbeit nicht zwangsläufig eine überfordernde Doppelbelastung für die betroffenen Frauen dar, sondern können als Gefüge einander ergänzender, ausgleichender Anforderungen wahrgenommen und bewältigt werden.

Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung im Interesse von Arbeitnehmerinnen

Wie mit dem kurzen Überblick über die neuen Regelungen gezeigt wurde, werden Beschäftigte aus der Sicht des Arbeitsschutzes nicht mehr als Objekte gesehen, sondern sie können als Expertinnen und Experten ihrer eigenen Arbeitsbedingungen aktiv an ihrem Arbeitsschutz mitwirken. Sie haben das Recht auf Unversehrtheit am Arbeitsplatz und auf menschengerecht gestaltete, sichere Arbeitsbedingungen. Sie können sich vom Arbeitgeber informieren und von allen inner- und überbetrieblichen Expertinnen und Experten beraten lassen. Auch die betriebliche Gesundheitsförderung ist auf die aktive Beteiligung der Beschäftigten angewiesen und zielt ausdrücklich auf ihr Wohlbefinden. Beide Konzepte betonen zudem den Prozesscharakter, dienen der Prävention und Gestaltung und bieten eine Grundlage zur Demokratisierung der Arbeitswelt.

In diesem Rahmen können Arbeitnehmerinnen und ihre Interessenvertretungen spezifisch weibliche Erfahrungen, Bedürfnisse und Kompetenzen zur Sprache bringen. Unterschiede zu den Belangen von Arbeitnehmern sind dabei nicht als weibliche Schwäche, sondern als ernst zu nehmendes Kriterium bei der Beurteilung und der Gestaltung von Arbeitsbedingungen einzubeziehen.

Es kommt Arbeitnehmerinnen grundsätzlich entgegen, dass sowohl das Konzept der Gesundheitsförderung als auch das Arbeitsschutzgesetz für alle Beschäftigungsbereiche und Arbeitszeitformen sowie für Leiharbeiterinnen und -arbeitnehmer Gültigkeit haben. Das heißt, auch der Dienstleistungssektor, das Sozial- und Gesundheitswesen und der öffentliche Dienst, in denen viele Frauen beschäftigt sind und gesundheitliche Belastungen bisher als weniger schwerwiegend galten als im gewerblichen Bereich, werden mit umfasst. Überall und für alle, gleich ob in Kleinbetrieben oder für geringfügig Beschäftigte, müssen die Arbeitgeber nun beurteilen, welchen Gesundheitsgefährdungen ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausgesetzt sind und ggf. die Arbeitsbedingungen gesundheitsgerecht gestalten. Im Rahmen von Arbeitsplatzbeurteilungen, Befragungen oder Gesundheitszirkeln können Frauen ihre Erfahrungen und Vorstellungen einbringen. So wird es möglich, Fragen von Arbeit und Gesundheit im Betrieb zum Thema und damit erst für alle Beteiligten überhaupt bewusst zu machen.

Darüber hinaus haben Arbeitnehmerinnen nach dem Arbeitsschutzgesetz das Recht, sich für eine vertraulich arbeitsmedizinische Beratung an den Betriebsarzt oder die Betriebsärztin zu wenden. Erst, wenn Frauen selbstbewusst für eigene Belange eintreten, haben diese und andere Arbeitsschutzexpertinnen und -experten die Möglichkeit, ihre eigene fachliche Perspektive zu erweitern.

Besonders weit geht die Informationspflicht des Arbeitgebers im Zusammenhang mit der Mutterschutzverordnung. Hier muss nämlich nicht nur - wie im Arbeitsschutzgesetz für andere Fälle vorgeschrieben - die jeweils von einer relevanten Belastung betroffene Arbeitnehmerin unterrichtet werden. Vielmehr hat der Arbeitgeber auch alle übrigen weiblichen Beschäftigten über gesundheitliche Risiken und erforderliche Schutzmaßnahmen zu informieren. Es ergibt sich also ein guter Anlass zur Kommunikation über gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen aus weiblicher Sicht. Damit wird im Übrigen wenigstens zu einem Teil dem Umstand Rechnung getragen, dass es sich bei Schwangerschaft und Eltern-Sein nicht um ein individuelles „Risiko“ handelt, sondern um gesellschaftlich existenzielle, schutzwürdige Lebensphasen.

Die möglicherweise unterschiedlichen Anliegen von Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmern werden in den neueren Konzepten nur im Ausnahmefall geschlechtsspezifisch wahrgenommen. Die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, verschiedene Belange einzubringen, haben sich jedoch deutlich verbessert.

Gefragt sind jetzt vor allen Dingen die Arbeitnehmerinnen selbst, ihre Erfahrungen, Interessen und Kompetenzen am Arbeitsplatz zum Thema zu machen und zu vertreten. Sie müssen sich darüber mit Kolleginnen und Kollegen austauschen, Expertinnen und Experten ansprechen und nach Kooperationspartnerinnen und -partnern suchen, mit denen sie gemeinsam Gestaltungsmöglichkeiten entwickeln und umsetzen können. Gefordert sind aber auch die Interessenvertretungen und die Fachleute im Arbeitsschutz bzw. der betrieblichen Sozialpolitik, denn die Realisierung der neuen Konzepte verlangt auch von ihnen die Bereitschaft, die Kompetenzen der weiblichen und männlichen Beschäftigten anzuerkennen, sich mit ihnen auf gleicher Ebene auseinander zu setzen und zusammenzuarbeiten.

Fragestellungen in diesem Kommunikations- und Gestaltungsprozess können sein:

- Welche Belastungen nehmen wir wahr?
- Welche Informationen brauchen wir und woher bekommen wir sie?
- Wo sind inner- und überbetrieblichen Verbündete, die einbezogen werden können bzw. müssen?
- Welche Vorhaben (Themen, Formen) wollen wir entwickeln und bearbeiten?

Literatur:

Aus der Fülle der Literatur zum Thema „Betriebliche Gesundheitsförderung“ hier nur ein Literaturhinweis (weitere Angaben bei der Verfasserin):

- Priester, Klaus: Betriebliche Gesundheitsförderung. Voraussetzungen - Konzepte - Erfahrungen. Frankfurt am Main, 1998.

Gesundheitszirkel - Frauen gestalten Arbeitsplätze

Moderation: *Brigitte Jürgens-Scholz*, BKK Team Gesundheit, Bundesverband, Essen

Der BKK Bundesverband erstellt jährlich die Krankheitsartenstatistik aus den von den Betriebskrankenkassen gemeldeten Daten der Arbeitsunfähigkeit ihrer Versicherten. 1998 waren die pflichtversicherten Frauen wie auch schon in einigen Jahren vorher weniger krank als die Männer. So war jede pflichtversicherte Frau durchschnittlich 15,6 Tage im Jahr 1998 krankgeschrieben, Männer im Durchschnitt einen Tag länger.

Diese Statistik zeigt aber auch auf, dass Arbeiterinnen besonders hohe Ausfallzeiten haben. Und es gibt eine „Hitliste“ der Frauenberufe mit den meisten und den wenigsten Arbeitsunfähigkeitstagen. So sind Raum-, und Hausratsreinerinnen im Durchschnitt 31 Tage im Jahr krank, gefolgt von den Chemiebetriebswerkerinnen (26 Tage) und Helferinnen in der Krankenpflege (25 Tage). Am seltensten und am kürzesten sind die Sprechstundenhelferinnen krank mit 5 Tagen im Jahr, davor stehen die Bankfachfrauen mit 8 und die Versicherungskauffrauen mit 7 Tagen im Jahr.

Diese Zahlen zeigen auf, dass es verschiedene Faktoren geben kann, die zu Krankheiten führen, und dass es die Arbeitsbedingungen sind, die hieran einen großen Anteil haben.

Um die konkreten Arbeitsbelastungen, die zu Krankheiten führen, herauszufinden und hier zu intervenieren wurde das Konzept der Gesundheitszirkel entwickelt.

Gesundheitszirkel sind ein Instrument der aktiven Gesundheitsförderung mit dem Ziel, die Gesundheit der MitarbeiterInnen dauerhaft sicherzustellen.

Die vom BKK-Team Gesundheit – einer Gesellschaft des BKK Bundesverbandes und des BKK Landesverbandes Hessen – entwickelten Gesundheitszirkel werden seit 10 Jahren in mehr als 200 Unternehmen, Krankenhäusern, Einzelhandelsketten und Verwaltungen mit großem Erfolg durchgeführt.

Was sind Gesundheitszirkel?

Ein BKK-Gesundheitszirkel lässt sich folgendermaßen beschreiben:

1. Eine hierarchisch übergreifende Kleingruppe von mind. 6 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, jeweils einer Vorgesetzten/einem Vorgesetzten, Personalrat, Betriebsärztin/Betriebsarzt und Arbeitsschutz,
2. die sich über einen begrenzten Zeitraum während der Arbeitszeit in regelmäßigen Abständen (6 x 1,5 Std.) trifft.
3. Unter der Leitung einer geschulten externen Moderatorin oder eines geschulten externen Moderators (z. B. des BKK-Teams Gesundheit) werden
4. Arbeitsanforderungen im eigenen Arbeitsbereich, die als gesundheitlich beeinträchtigend erlebt werden, gesammelt und Vorschläge für ihre Verringerung bzw. Beseitigung im Sinne einer gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung erarbeitet.

Erfahrungsbericht über Gesundheitszirkel im Krankenhaus und Pflegeheim

Gesundheitszirkel wurden vom BKK-Team Gesundheit bereits in vielen Großbetrieben, in großen Einzelhandelsketten, in städtischen Gebäudereinigungsbetrieben, in mehreren Krankenhäusern und ähnlichen Einrichtungen durchgeführt. Im Krankenhausbereich z. B. handelte es sich zum einen um den reinen Pflegebereich und zum anderen um andere Krankenhausabteilungen, wie z. B. Verwaltung, Wäscherei und Küche, also alles Bereiche mit einem hohen Frauenanteil.

Vorbereitungsphase

Im Vorfeld der Zirkelarbeit steht i. d. R. die Erstellung eines Gesundheitsberichtes, der auf einer epidemiologischen Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten der BKK basiert. Die Analyse folgt einem Stufenkonzept zunehmender Differenzierung. Ziel ist es, einzelne Unternehmens- oder Arbeitsbereiche mit besonderen gesundheitlichen Problemen zu erkennen. Hier sollen dann zu allererst Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz durchgeführt werden.

Dieser Gesundheitsbericht wird dann im Arbeitskreis Gesundheit präsentiert. Hier erfolgt die Entscheidung über den Interventionsbereich, die durchzuführenden Maßnahmen und die weitere Koordination der Zirkelarbeit.

Im nächsten Schritt folgt die Befragung aller MitarbeiterInnen des Interventionsbereiches zu ihrem subjektiven Belastungserleben. Dies gibt einen ersten Zusammenhang über das Belastungserleben und die gesundheitlichen Beschwerden der MitarbeiterInnen.

In den vom BKK-Team Gesundheit untersuchten Krankenhäusern lagen die auffälligsten Befragungsergebnisse bei den körperlichen Belastungen, wie z. B. schweres Heben und gebeugte Körperhaltung. Rund 90% der befragten MitarbeiterInnen fühlten sich durch diese Tätigkeiten belastet. In Zusammenhang damit ist der hohe Anteil von rund 80% zu sehen, die Beschwerden im Rücken, Nacken und in den Gelenken empfinden. Ein ebenfalls deutlicher Zusammenhang lässt sich bei den psychosozialen Belastungen ablesen, hier werden sowohl Stress als auch die Verantwortung für die Patientin, den Patienten als Hauptbelastungen genannt, wobei die Hauptbeschwerden im Bereich der unspezifischen Symptome, wie z. B. Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Müdigkeit und Gereiztheit auftreten.

Startphase

Auf der Basis dieser Informationen erfolgt der Einstieg in die Arbeit des Gesundheitszirkels der sich im Folgenden auf den Pflegebereich konzentriert.

Die HauptakteurInnen des Zirkels sind die MitarbeiterInnen, wie z. B. Krankenpflegekräfte, Erziehungs- und Betreuungspersonal, denn sie kennen die vielfältigen Bedingungen ihres Arbeitsplatzes am besten. Insofern sind sie die eigentlichen ExpertInnen des Zirkels, wenn es darum geht, beanspruchende, beschwerderelevante Arbeitssituationen zu erkennen, zu benennen und Verbesserungsvorschläge zu entwickeln.

Themen

Ein Schwerpunkt der Zirkelsitzungen liegt in der Erörterung der weitestgehend objektiv messbaren Belastungen wie:

- gebeugte Körperhaltung und schweres Heben,
- mangelhafte Belüftung in den Spül- und Waschräumen sowie.
- Enge der Räumlichkeiten.

Beim Betten machen müssen die MitarbeiterInnen häufig in gebeugter Körperhaltung arbeiten. Im Gesundheitszirkel wurden verschiedene Ideen erarbeitet, um diese immer wieder auftretende Belastung zu reduzieren: beispielsweise Betten im Raum anders zu stellen, um das weite Vornüberneigen zu vermeiden; Anschaffung von Hubbetten, gezieltes Training für Hebe- und Tragetechniken (Rückenschule).

Eine besondere Belastung für das Pflegepersonal bedeuten die Hitze und die Dunstschwaden in den Duschen und Bädern durch unzureichende Belüftung. Zum Teil müssen die MitarbeiterInnen die PatientInnen bei ihrer Körperreinigung unterstützen und sind oft schweißgebadet. Eine Verbesserung der Klimaanlage bzw. des Luftabzugs könnte hier zu einer Verbesserung beitragen.

Weiterhin hatten die Pflegekräfte Probleme, in den Krankenzimmern mehrere RollstuhlfahrerInnen zu betreuen. Hier war nicht das Ziel, die Räume zu vergrößern, sondern vielmehr die Belegung entsprechend der Behinderung zu organisieren.

Die Diskussion über die konkreten Belastungspunkte führt häufig dazu, dass viele sog. „Kleinigkeiten“ aufgedeckt und in der gemeinsamen Diskussion zu konkreten Gestaltungsvorschlägen zusammengeführt werden. Beispielsweise waren die Haltegriffe in Toiletten und Duschen für die PatientInnen ungünstig angebracht, sodass diese mehr Unterstützung durch das Pflegepersonal benötigten, was zu einer höheren Belastung für die MitarbeiterInnen beitrug.

Ein anderes Beispiel war die mangelhafte Belüftung. Hier zeigte sich, dass die Staubfilter bereits seit geraumer Zeit nicht gereinigt worden sind und deshalb verstopft waren.

„Diese Geschichte mit der Klimaanlage, ja, das war eigentlich ein Reinfeld, denn dass man die ab und zu mal reinigen muss, da müsste man schon selbst drauf kommen. [...] Und seit die Dinger gereinigt werden, haben wir auch bessere Luft da.“

Die Diskussionen von nachweisbaren Belastungen sind ein guter Zugang, weitere Belastungen, die auf der subjektiven Bewertung der Zirkelmitglieder beruhen, herauszufinden.

„Diese Ausfälle, also krank sein oder machen, liegt daran, dass ... 30 - 40% wirklich körperliche Sachen, und der Rest psychische Sachen sind.“

Bei diesen psychosozialen Belastungen handelt es sich insbesondere um verschiedene Störungen im organisatorischen Ablauf, in der Informationsweitergabe und in den Kommunikationsstrukturen sowohl innerhalb des Bereiches als auch mit anderen Abteilungen. Diese wahrgenommenen Probleme und die immer wieder verschobene Beseitigung und Ignoranz von VorgesetztenInnen verursachen bei den Mitar-

beiterInnen Verärgerung, Verkrampfung, Unwohlsein und führen letztendlich zu Arbeitsunzufriedenheit, Frustration bis hin zu innerer Kündigung.

Gerade in diesem Problembereich zeigt sich immer wieder die Schwierigkeit, konkrete umsetzbare Verbesserungsvorschläge zu entwickeln. Andererseits hat die Thematisierung dieser psychosozialen Belastungen häufig längerfristige Effekte, indem sowohl die Beschäftigten als auch die Vorgesetzten sich weiterhin damit auseinandersetzen. Häufig werden im Gesundheitszirkel erstmals diese Schwierigkeiten öffentlich gemacht, sodass eine Verbesserung der Situation auch erst zu einem späteren Zeitraum zu erwarten ist. Konkret lässt sich dies an folgendem Beispiel erläutern: Mehrmals wurde in den Zirkelsitzungen die mangelnde Zusammenarbeit zwischen Krankengymnastik und Station vorgebracht.

„Die Krankengymnastinnen holen die Patientinnen und Patienten ohne Abstimmung mit der Station zur Therapie.“

Eine Lösung dieses Problems ergab sich erst in den folgenden Monaten durch die Einrichtung einer regelmäßig stattfindenden Organisationsitzung mit Beteiligung von StationsärztInnen, Pflegedienstleitung und Leitung der Krankengymnastik und Ergotherapie. In dieser Runde wurde gemeinsam beschlossen, dass u. a. Fotos von neuen MitarbeiterInnen der Krankengymnastik für eine gewisse Zeit ausgehängt werden.

Ergebnisse

Die durchgeführten Zirkel schließen nach einem Jahr mit einer Abschlusssitzung und Nachbefragung aller MitarbeiterInnen des Interventionsbereiches ab. Es hat sich gezeigt, dass die aktive Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Belastungen und Erschwernissen am Arbeitsplatz bei den teilnehmenden MitarbeiterInnen zu einer erhöhten Sensibilisierung in diesem Bereich geführt hat.

Die Nachbefragung aller MitarbeiterInnen des Interventionsbereiches, inwieweit sich ihre Arbeitsbedingungen durch den Gesundheitszirkel verbessert haben, zeigt insgesamt eine positive Tendenz bei den klassischen Belastungen. Deutlich feststellbar und nachweisbar ist jedoch, dass sich die Kommunikation im Betrieb und die Zusammenarbeit zwischen MitarbeiterInnen und Vorgesetzten stark verbessert hat. Gesundheitszirkel im Krankenhaus und Pflegeheim sind ein Schritt zu einer Verbesserung der Partizipation des Pflegepersonals.

„Da wird endlich mal die Meinung gefragt, was man in vielen Bereichen ja vermisst. Dass die Meinungsbildung eigentlich immer nur von oben erfolgt und nie von unten, und da ist mal so der umgekehrte Ansatz da.“

Der Erfolg dieser Arbeit hängt im Wesentlichen von der Einstellung der Vorgesetzten zu diesem Projekt ab: MitarbeiterInnen entwickeln Ideen, wie Belastungssituationen verringert werden können, sie engagieren sich und sind motiviert im Gesundheitszirkel mitzuarbeiten; Vorgesetzte können und müssen so das Erfahrungswissen ihrer MitarbeiterInnen anerkennen und diese bei der Entscheidung von Veränderungen der Arbeitsplatzgestaltung beteiligen. Dies ist ein Beitrag zur Steigerung der Arbeitsmotivation und trägt zur Senkung der Fluktuation und Krankenstandes bei.

Damit wird deutlich, dass Gesundheitsförderung und Organisationsveränderung bzw. -entwicklung eng miteinander verbunden sind. Die Beteiligung des gesamten Bereiches an der Entwicklung gesunder Arbeitsbedingungen fördert die innerbetriebliche Kommunikation und führt zu einem positiven Vertrauens- und Betriebsklima.

„Und wenn dieser Gesundheitszirkel einen Sinn haben soll, dann muss es weitergehen. Dann muss dieser Ansatz weitergehen, nicht nur die Umsetzung von irgendwelchen Sachen, die im Gesundheitszirkel erarbeitet und gefordert werden, sondern auch diese Tendenz, hin zu mehr Mitwirkung der MitarbeiterInnen, also auch mal Anhören der MitarbeiterInnen, dass das verstärkt wird. Ich denke, da profitieren dann beide Seiten davon.“

Zur konkreten Utopie eines gesundheits- und frauenförderlichen Unternehmens

Moderatorin: *Dipl.-Psych. Christine Busch*, Universität Hamburg

Einleitung

Unsere Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit dem betrieblichen Entscheidungsprozess für Gesundheits- und Frauenförderung. Ich werde auf Überlegungen und Modelle für den Entscheidungsprozess für Betriebliche Gesundheitsförderung eingehen. In der Diskussion ist, wie es Frau Dr. Resch in Ihrem Vortrag nannte, eine Brücke zur Frauenförderung zu schlagen.

Gemäß der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union von 1997 ist „Betriebliche Gesundheitsförderung ... eine moderne Unternehmensstrategie und zielt darauf ab, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen (einschließlich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress), Gesundheitspotenziale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern.“

Betriebliche Gesundheitsförderung ist kein unbeschriebenes Blatt mehr. Die theoretischen Konzepte in der arbeits- und organisationspsychologischen Forschung werden beständig weiterentwickelt, wie z. B. die arbeitsbezogenen Ressourcenkonzepte, das Projektmanagement, Betriebliche Gesundheitsberichte, Betriebsbegehungskonzepte und Analyseverfahren für den Prozess Betrieblicher Gesundheitsförderung. Der Qualitätssicherung, Effektivität und Wirtschaftlichkeit werden zunehmend Raum gegeben, wie es auch in der geplanten Neufassung des § 20 SGB V vorgesehen ist,¹ dass sich die gesetzlichen Krankenkassen unter Beteiligung von Experten auf Verfahren zur Prüfung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit primärpräventiver Maßnahmen verständigen. Evaluationsstudien zu Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung entsprechend den wissenschaftlichen Standards, werden zunehmend gefordert und auch realisiert. Betriebliche Gesundheitsförderung ist zudem ein europäisches Thema.

Das europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung mit nationalen Kontaktstellen, d. h. Institutionen aus den Bereichen Arbeitsschutz und öffentliche Gesundheit, in den 15 EU-Mitgliedstaaten und den EEA-Ländern (Island, Liechtenstein, Norwegen) wird von der Europäischen Kommission unterstützt. Sie hat 1997 die Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung verabschiedet und führt Gemeinschaftsprojekte zu Erfolgsfaktoren Betrieblicher Gesundheitsförderung und neuerdings zu den Bedingungen kleinerer und mittlerer Unternehmen durch. Das Netzwerk sichert den Informationsaustausch und die Verbreitung vorbildlicher Praxisbeispiele sowie Informationen zur Einführung Betrieblicher Gesundheitsförderung (siehe <http://www.bkk.de>).

Die Realität Betrieblicher Gesundheitsförderung ist zum derzeitigen Zeitpunkt noch als bescheiden zu bezeichnen. Die Maßnahmen zielen hauptsächlich auf die Veränderung des Mitarbeiterverhaltens und beziehen die betriebliche Sei-

te zu wenig ein. Lediglich Großbetriebe „leisten sich“ Betriebliche Gesundheitsförderung. (vgl. Hartmann & Traue, 1996; Busch, Huber & Themessl, 1998; Schwager & Udris, 1998). Betriebliche Gesundheitsförderung als selbständiges Unternehmensziel, das eine integrative und tragende Rolle im betrieblichen Alltag spielt, indem alle unternehmerischen und betrieblichen Entscheidungen den Aspekt Gesundheitsförderung als gleichwertiges Unternehmensziel neben den traditionellen „harten“ betriebswirtschaftlichen Markt-, Leistungs- und Ertragszielen einbeziehen, ist nicht verankert. Es mangelt an Erkenntnissen darüber, wie das Thema Gesundheitsförderung kollektive Aufmerksamkeit in einem Unternehmen erlangt, wie Interventionen erfolgreich erarbeitet und entschieden werden und wie sich Gesundheitsförderung zu einem strategischen Unternehmensziel entwickeln kann. Eine Langzeitstudie zu diesen Fragen wird derzeit durchgeführt (Busch, i. V.). Ich möchte im Folgenden zunächst auf die Ausgestaltung der konkreten Utopie einer aktiven, gesundheitsförderlichen Ausrichtung von Unternehmen, auf das Verständnis von Gesundheit in Unternehmen und auf postulierte, unternehmerische Strategien in Hinblick auf die Forderung nach Betrieblicher Gesundheitsförderung eingehen. Ein Modell, wie Themen kollektive Aufmerksamkeit in einem Unternehmen erlangen und in den strategischen Zielkatalog aufgenommen werden, ergänzt um ein Promotorenmodell und ein Effektivitätsmodell für Innovationen und empirische Ergebnisse werde ich bezogen auf Betriebliche Gesundheitsförderung vorstellen, um dann in der Diskussion den genannten Brückenschlag zur Frauenförderung mit Ihnen zu leisten.

Die konkrete Utopie einer aktiven, gesundheitsförderlichen Ausrichtung eines Unternehmens

Idealtypischer Weise hat Betriebliche Gesundheitsförderung Eingang in die Unternehmensphilosophie und in die Unternehmensgrundsätze gefunden. Eine aktive, gesundheitsförderliche Ausrichtung findet sich in der Organisationskultur wieder. Sie ist beispielsweise sichtbar im Umgang mit Krankmeldungen und Abwesenheit, in den Maßnahmen und Leistungsanforderungen für ältere und leistungsbeeinträchtigte ArbeitnehmerInnen, in der Sprache, wenn es um Gesundheit und Krankheit geht, und in der Architektur der Betriebsstätten.

Betriebliche Gesundheitsförderung ist zudem in das Zielsystem der Unternehmung integriert. Damit ist Betriebliche Gesundheitsförderung auf allen Ebenen mit den ökonomischen und wettbewerbsstrategischen Zielen verknüpft und wird in Entscheidungsprozessen als gleichwertige Prämisse aufgenommen.

Eine gesundheitsförderliche Ausrichtung ist nachhaltig und damit bedürfnisorientiert. MitarbeiterInnen sind an den Entscheidungsprozessen zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen beteiligt und die Maßnahmen werden auf ihre spezifischen Bedürfnisse hin konzipiert. Keine Maßnahme wird durchgeführt ohne vorherige Analyse und ohne Evaluation. Bedürfnisse kommender Beschäftigtengenerationen werden

¹ Die Neufassung des § 20 SGB V ist im Rahmen der GKV-Reform zum 01.01.2000 in Kraft getreten.

durch langfristige Planungen berücksichtigt. Eine intragenerative Gerechtigkeit zwischen Industrie- und Entwicklungsländern wird angestrebt. Beispielsweise werden Produktionsstandorte nicht wegen geringeren Arbeitsschutzauflagen in andere Länder verlegt. Firmen gewährleisten, dass ihre Produktionsstandorte auf der ganzen Welt den gleichen Standard an Arbeits-, Gesundheitsschutz und -förderung verfolgen.

Gesundheitsförderliche Maßnahmen werden systematisch mit Hilfe von Projektmanagement verhaltens- und verhältnisorientiert durchgeführt.

Ferner sieht eine gesundheitsförderliche Ausrichtung eines Unternehmens die integrierte organisatorische Verankerung in verschiedene Funktionsbereiche vor. Vor allem im Arbeitsschutz-, Umweltschutz und Qualitätsmanagementsystem sollen Inselfösungen und Ressourcen-Konkurrenz vermieden werden.

Voraussetzung ist zudem eine gesundheitsunternehmensübergreifende Erarbeitung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen, z. B. für die Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Kooperation mehrerer Unternehmen zum Aufbau eines Kindergartens, Strategien zur Chancengleichheit oder den Aufbau von Netzwerken zum Erfahrungsaustausch, Information und Kooperation, z. B. bei verhaltensbezogenen Maßnahmen mit Volkshochschulen.

Das Gesundheitsverständnis in Unternehmen und unternehmerische Strategien in Hinblick auf die Forderung nach Betrieblicher Gesundheitsförderung

Die Realität sieht anders aus. Das Gesundheitsverständnis in Unternehmen lässt sich mit Marstedt (1990) in vier Konzepte differenzieren:

- Das ökonomistische Konzept grenzt Gesundheit aus Gründen des betrieblichen Überlebens aus. Gesundheitsbezogene Forderungen werden als überzogene Ansprüche bezeichnet und abgewehrt.
- Das produktivistische Konzept sieht Gesundheit ebenfalls nicht als Teil der wirtschaftlichen Unternehmensführung. Rechtlich zwingende Vorschriften werden aber, wenn auch restriktiv, ausgeführt. Soziale Beschäftigtenansprüche werden kontinuierlich abgewehrt und eingegrenzt.
- Das betriebsgemeinschaftliche Konzept sieht Gesundheit als Teil menschlicher Arbeit und es gehört zur unternehmerischen Selbstverpflichtung, gesundheitsbezogene Probleme situationsabhängig zu lösen. Von den Beschäftigten wird dafür Loyalität und bedingungsloses Teilen betrieblicher Normen und Werte erwartet. Soziale Beschäftigtenansprüche werden nicht als Interessensgegensätze gesehen und ausgehandelt, daher liegen keine allgemeinverbindlichen Regelungen vor, die auch einklagbar sind. Bevormundung, wenn auch fürsorglich und liberal, d. h. eine Refeudalisierung von Arbeitsbeziehungen, liegt vor.
- Das technokratische Konzept dagegen standardisiert die Anspruchsregelung. Der Betrieb plant Gesundheit, wobei hier Gesundheit die Anwesenheit der Arbeitnehme-

rInnen plus 100%ige Leistungsfähigkeit bedeutet. Das Konzept zeichnet sich durch Kodifizierung von Gesundheit entsprechend der Programmatik des Wohlfahrtsstaates der 70er Jahre aus.

Die derzeit „modischen“ Begriffe wie Deregulierung und Flexibilisierung weisen darauf hin, dass produktivistische, ökonomistische und betriebsgemeinschaftliche Konzepte im Aufwärtstrend sind.

Es lassen sich auch unternehmerische Strategien denken, die sich anhand von Marktchancen durch Gesundheitsförderung und Risikoexponierung differenzieren lassen. Diese Strategien stammen ursprünglich aus dem Umweltmanagement (Steger, 1990). Danach können indifferente, risiko-, chancen- und innovationsorientierte Strategien unterschieden werden: Indifferente Strategien werden verfolgt, wenn sich dem Unternehmen durch gesundheitsbezogene Interventionen weder Marktchancen bieten noch eine gesundheitsbezogene Risikoexponierung vorliegt. Dies trifft z. B. generell auf den Dienstleistungsbereich zu. Risikoorientierte Strategien werden bei geringen Marktchancen und hoher Risikoexponierung verfolgt, wie z. B. bei der Überwälzung wahrgenommener gesundheitsbezogener Risiken auf Zulieferer. Chancenorientierte Strategien werden bei hohen Marktchancen durch Gesundheitsförderung und geringer gesundheitsbezogener Risikoexponierung zu verwirklichen sein, z. B., wenn bei einem engem Arbeitsmarkt mit gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen geworben wird. Innovationsorientierte Strategien werden bei hohen Marktchancen und hoher Risikoexponierung verfolgt, wenn z. B. die Lebensmittelproduktion mit gesunden Mitarbeitern und gesunden Arbeitsbedingungen wirbt.

Zur konkreten Utopie „Gesundheitsförderung als gelebtes, strategisches Unternehmensziel“

Ich möchte ein Modell vorstellen, wie Themen in den strategischen Zielkatalog eines Unternehmens kommen und welche Möglichkeiten bestehen, dies zu beeinflussen (vgl. Dutton, 1986). Ein strategisches Unternehmensziel besitzt kollektive, organisationale Aufmerksamkeit, d. h., es wird beim Namen genannt und nicht wie z. B. bei der Gesundheitsförderung oftmals hinter Mitarbeiterzufriedenheit versteckt. Es werden Zeit, Anstrengung und andere Ressourcen verbraucht, um Informationen zu dem Thema zu sammeln. Es ist ein rationalisierender Irrglaube, der strategische Zielkatalog werde vom Top Management bestimmt. Vielmehr ist er das Produkt eines Prozesses an dem viele verschiedene Kräfte auf verschiedenen Ebenen der Organisation daran arbeiten, für ein Thema Konsens zu finden. Es handelt sich um einen sozialen, politischen und psychologischen Prozess. Es gibt Themen, die gesellschaftlich bzw. sozial akzeptierter sind als andere. So ist zurzeit Gesundheit ein aktuelles, gesellschaftlich akzeptiertes Thema. Themen haben Förderer, so genannte Promotoren, und Gegner, so genannte Opponenten, im Unternehmen. Zudem beeinflussen die spezifische Organisationskultur, Organisationsziele und existierende strategische Themen im Zielkatalog die Betrachtung neuer Themen. Die Kraft hinter einem Thema für die Aufnahme

in den strategischen Zielkatalog wird davon bestimmt, ob das Thema im Bewusstsein der Organisationsmitglieder ist und ob Personen aktiv involviert sind. Kraftvolle Themen zeichnen sich u. a. dadurch aus, dass sie die Aktivität und Effektivität von Entscheidungsträgern für die MitarbeiterInnen aufzeigen. Es geht also darum, die Bedeutung und das Interesse an einem Thema für Organisationsmitglieder zu vergrößern.

Um Themen in einem Unternehmen zu fördern, können wir zum einen am normativen Kontext der Organisation ansetzen, d. h., an der Organisationskultur, zum anderen an den strategischen Zielen. Bei schwacher Organisationskultur mit vielen Subkulturen sind verschiedene Themen im strategischen Zielkatalog eher möglich als in starken Organisationskulturen. Strategische Ziele haben besonderen Einfluss auf die wahrgenommenen Eigenschaften des Themas, so z. B. auf die Dringlichkeit. Kann Gesundheitsförderung mit der Unternehmensstrategie verbunden werden, wird die Dringlichkeit und Bedeutsamkeit von Gesundheitsförderung erhöht.

Zum anderen kann an den Eigenschaften des Themas und den Promotoren des Themas angesetzt werden. Ein leicht verständliches, mit verschiedenen Interessen zu vereinbarendes und dringliches Thema hat eher Chancen auf kollektive Aufmerksamkeit. Gesundheitsförderung kann z. B. für das Qualitätsmanagement und das Sicherheitsmanagement nützlich sein. Nach Modellen und empirischen Befunden zu Promotoren ist es günstig, wenn ein Promotor über eine Machtposition verfügt, wie z. B. der eines Personalleiters. Ein einflussreicher Promotor fördert die Handlungsfähigkeit der Organisation und die Entscheidungen zugunsten einer Gesundheitsförderung. Es ist günstig, wenn ein Promotor über Fachwissen verfügt und Kenntnisse über die Prozesssteuerung mitbringt, wie es z. B. beim Betriebsärztlichen Dienst oder/und Arbeits- und OrganisationspsychologInnen der Fall sein kann. Promotoren mit Fachwissen stellen sicher, dass im Entscheidungsprozess für das Unternehmen neues Wissen über gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen produziert wird. Zudem gewährleisten sie den Ablauf der Planung, Entscheidung und Implementierung. Nach einem Effektivitätsmodell für Innovationen ist es günstig für den Entscheidungsprozess, wenn die EntscheidungsträgerInnen im Unternehmen miteinander sympathisieren, wenn Ähnlichkeiten z. B. hinsichtlich der Ansichten über das Unternehmen, persönlicher Interessen und Kooperationsbereitschaft vorliegen. Diese Formen von Übereinstimmung sind günstig, weil sie die Strategien zur gegenseitigen Einflussnahme beeinflussen. Dagegen sind Promotoren, die auf andere EntscheidungsträgerInnen und MitarbeiterInnen nur kraft Ihrer hierarchischen Position Einfluss nehmen und die Interessen anderer EntscheidungsträgerInnen und MitarbeiterInnen unberücksichtigt lassen, wenig erfolgreich (vgl. Scholl, Hoffmann, Gierschner, 1993).

Ein strategischer Zielkatalog ist nicht unbegrenzt groß und nicht unbegrenzt vielfältig. Jedes neue Thema verändert die Struktur strategischer Themen und bestimmt gleichzeitig die Aufnahme bzw. Ablehnung neuerer Themen. Es gibt allerdings immer Schlüsselthemen, die einen besonders großen Einfluss auf die Aufnahme bzw. Ablehnung neuer Themen haben.

Der erfolgreiche Weg zu einem aktiven, gesundheitsförderlichen Unternehmen ist ohne die MitarbeiterInnen nicht möglich. Partizipation ist ein zentrales Merkmal von Gesundheitsförderung und kann nicht verordnet, sondern muss auch partizipativ erarbeitet werden. Eine Qualifikation der MitarbeiterInnen ist dafür erforderlich. Partizipation ist der zentrale Erfolgsfaktor für Innovationen jeglicher Art. Nur die MitarbeiterInnen selbst wissen, ob und welche Interventionen ihren Bedürfnissen entsprechen. Sie kennen die Belastungen und Ressourcen an ihrem Arbeitsplatz.

Darüber hinaus ist ihre Beteiligung am Entscheidungsprozess für eine erfolgreiche, aktive Implementierung unabdingbar. Ein partizipativer Einstieg in die Gesundheitsförderung ist mit einer der erfolgreichsten Methoden der Organisationsentwicklung, der Survey-Feed-back-Intervention, sinnvoll. Dabei erfolgt eine gesundheitsorientierte Analyse und die Rückmeldung der Ergebnisse in Arbeitsgruppen, die die Ergebnisse diskutieren, bewerten und Interventionen nach ihren Bedürfnissen entwickeln. Dies kann als Einstieg in Gesundheitszirkelarbeit genutzt werden. Damit ist auch gewährleistet, dass die MitarbeiterInnen ihr Wissen und ihre Informationen einbringen, sich austauschen und selbstbestimmt Interventionen entwickeln. Auf diese Weise qualifizieren sich die MitarbeiterInnen im Problembearbeitungsprozess und sind motiviert, die entwickelten Maßnahmen auch aktiv umzusetzen. Da das Thema Gesundheitsförderung im Bewusstsein vieler Organisationsmitglieder ist und viele MitarbeiterInnen aktiv involviert sind, gewinnt es an Kraft.

Schlussfolgerung und Diskussionspunkte für die Arbeitsgruppe

Gesundheitsförderung ist als eigenständiges, strategisches Unternehmensziel noch eine konkrete Utopie. Das Verständnis von Gesundheit ist in Unternehmen sehr verschieden und wird von der Qualität der Interessensbeziehungen bestimmt. Unternehmerische Strategien lassen sich anhand der Dimensionen Marktchancen durch Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Risikoexponierung postulieren. Ansatzpunkte zur Verankerung von Gesundheitsförderung als strategisches Unternehmensziel finden sich an den in der Organisation wahrgenommenen Eigenschaften und den Promotoren des Themas, der Organisationskultur, anderen strategischen Themen und dem aktuellen Zielkatalog des Unternehmens wie auch bei den Beschäftigten. Ein Thema ge-

winnt an Kraft, wenn es vielen Organisationsmitgliedern bewusst ist und viele aktiv involviert sind. MitarbeiterInnen können mit der Survey-Feed-back-Intervention in den Entscheidungsprozess einbezogen werden, um den Prozess des organisationalen Wandels zu unterstützen.

Als Diskussionspunkte schlage ich vor:

1. Wie sieht die konkrete Utopie eines gesundheits- und frauenförderlichen Unternehmens aus? Können die Merkmale der konkreten Utopie eines gesundheitsförderlichen Unternehmens übernommen werden?
2. Was ist das Verständnis von Frauenförderung in Unternehmen? Und welche unternehmerischen Strategien sind anzunehmen?
3. Wie kann der Weg zur Utopie eines gesundheits- und frauenförderlichen Unternehmens aussehen? Wo sehen wir vordringliche Ansatzpunkte? Welche strategischen Themen sind mit Gesundheits- und Frauenförderung zu verbinden? Wer sind Promotoren und Opponenten?

Literatur:

- Busch, C. (i. V.). *Betrieblicher Entscheidungsprozess für Gesundheitsförderung*. Dissertation an der Universität Hamburg.
- Busch, C., Huber, E. & Themessl, M. (1998). *Zum Stand betrieblicher Gesundheitsförderung in Österreich*. In E. Bamberg, A. Ducki & A-M. Metz (Hrsg.). *Handbuch Betrieblicher Gesundheitsförderung* (S. 445-453). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Ducki, A. (1998). *Arbeits- und organisationspsychologische Gesundheitsanalysen*. Dissertation an der Universität Leipzig
- Dutton, J. E. (1986). Understanding strategic agenda building and its implications for managing change. *Scandinavian Journal of Management Studies*, 3, 3-24.
- Hartmann, S. & Traue, H. C. (1996). *Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im betrieblichen Umfeld*. Ulm: Universitätsverlag.
- Kleindienst, C. (1995). *Analyse von gesundheitsrelevanten Faktoren in der industriellen Arbeitswelt*. Berlin: Technische Universität.
- Marstedt, G. (1990). Schattenwürfe sozialer Rationalisierung. *Psychosozial*, 11, 42, 74-86.
- Scholl, W., Hoffmann, L. & Gierschner, H. C. (1993). *Innovation und Information*.
- Schwager, T. & Udris, I. (1998). Gesundheitsförderung in der Schweiz. In E. Bamberg, A. Ducki & A-M. Metz (Hrsg.). *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 437-444). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Steger, U. (1990). Unternehmensführung und ökologische Herausforderung. In G. R. Wagner (Hrsg.). *Unternehmen und ökologische Umwelt* (S. 48-58). München

Gesundheitsförderung durch Arbeitszeitgestaltung am Beispiel eines Kieler Betriebes

Moderatorin: *Maike Moufid*, knk Systemlösungen GmbH Kiel

Darstellung der strukturellen Arbeitsbedingungen des Betriebes

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Firma knk Systemlösungen GmbH haben flexible Arbeitszeiten. Da sie kreative Arbeit leisten, können sie ihre Arbeitszeit selbst bestimmen. Ein „Künstler“ kann nicht zu festen Uhrzeiten arbeiten. Aufgrund der selbstbestimmten Arbeitszeit können private und betriebliche Termine sehr gut koordiniert werden.

Außerdem können die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen den Arbeitsort zu Hause oder im Büro frei wählen. Dies hat den Vorteil, dass sie weniger „gestresst“ sind. Die Qualität der Ergebnisse ist besser und der verwendete Zeitaufwand ist geringer.

Durch diese flexible Arbeitszeiten lassen sich Familie und Beruf sehr gut vereinbaren.

Warum kommt ein Kieler Unternehmen nach Hannover?

Die Firma knk Systemlösungen GmbH Kiel hat den Frauen Förderpreis 1998 der Landeshauptstadt Kiel gewonnen, was darauf zurückzuführen ist, dass:

- in der Firma Gleichberechtigung gelebt wird,
- die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in ihren Individuen aktiv gefördert werden,
- die flexible Arbeitszeitgestaltung ermöglicht wird, sowie
- die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen „Homearbeitsplätze“ nutzen können.

Inhaltliche Vorstellung des Unternehmens knk Systemlösungen GmbH

Die Beschäftigten der Firma sind ExpertInnen für Betriebsorganisation. Die organisatorische Unternehmensberatung und die einer integrierten Software bilden eine untrennbare Einheit.

Das Unternehmen existiert seit über zehn Jahren. Neben dem Hauptsitz in Kiel gibt es Tochterunternehmen in Frankfurt/Main, München und Paris. Es bietet folgende Leistungen an:

- Organisatorische Beratung
 - Software-Entwicklung
 - technische Konzeption
 - professionelles Projektmanagement
 - Moderationstechniken und Problemlösungen in Gruppen
- Es bedient mit den o. g. Leistungen den gehobenen Mittelstand in ganz Europa.

In dem Unternehmen gibt es die Beratungs-, die Software-Entwicklungs-, die Support- und die technische Abteilung. Außerdem gibt es den Bereich der kaufmännischen Verwaltung und das Marketing.

In der Beratung sind hauptsächlich Dipl. Betriebswirtinnen, Dipl. Betriebswirte und IT-Systemkaufleute beschäftigt. Diese Abteilung ist für die organisatorische Unternehmensberatung zuständig.

Im Bereich der Software-Entwicklung und im Support sind hauptsächlich Wirtschaftsinformatikerinnen, Wirtschaftsinformatiker und Datenverarbeitungskaufleute tätig. Diese Abteilungen sind für das Entwerfen sowie das Entwickeln der Software für spezielle Kundenbedürfnisse verantwortlich sowie für die Kundenbetreuung nach der Projekteinführung zuständig.

In der technischen Abteilung sind Dipl. Informatiker, Dipl. Wirtschaftsingenieure sowie Fachinformatiker beschäftigt. Diese Abteilung ist als Ingenieurbüro zu verstehen, dort werden Netzwerkpläne erstellt und die Kunden werden hier im Bereich der notwendigen Hardware beraten. Außerdem ist diese Abteilung für den internen technischen Support im Hause knk zuständig.

In den Bereichen der kaufmännischen Administration und dem Marketing sind Bürokauffrauen, Bürokaufmänner, Groß- und Außenhandelskaufleute oder auch Steuerfachgehilfinnen, Steuerfachgehilfen vertreten.

Zurzeit arbeiten 63 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kiel und insgesamt ca. 85 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an allen Standorten. Zur Gruppe knk zählen eine Niederlassung in Paris sowie weitere Vertriebsstandorte in Frankfurt und München. In Kiel wird angestrebt bis zum Ende des Geschäftsjahres insgesamt 80 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu sein, allerdings ist die Besetzung der offenen Stellen sehr schwierig, da es kaum freie Mitarbeiter/innen in der Informations- und Kommunikationstechnologie gibt.

Außerdem wird MitarbeiterInnen eine Quereinstiegsmöglichkeit geboten, wenn sie nicht in den o. g. Berufen ausgebildet sind. Um speziell die Frauen auf diese Möglichkeiten aufmerksam zu machen, arbeitet die Firma knk Systemlösungen GmbH zusammen mit der Frauenbeauftragten Kiels an einer Aufklärungskampagne, um den Frauen die Angst vor den gestellten Aufgaben zu nehmen.

Desweiteren werden Wirtschaftsinformatikerinnen, Wirtschaftsinformatiker, IT-Systemkaufleute, Fachinformatikerinnen, Fachinformatiker sowie Bürokaufleute direkt ausgebildet.

Arbeit in Projektteams

Ein Projektteam setzt sich aus einer Beraterin oder einem Berater, einer Projektleiterin oder einem Projektleiter und einer Projektassistentin oder einem Projektassistenten für die Unternehmensberatung zusammen. Außerdem wird der Softwarebereich mit einer KonzipiererIn oder einem Konzipierer und mindestens zwei Software-Entwicklerinnen oder Software-Entwicklern bedient. Die Projektleiterin oder der Projektleiter begleitet das Projekt vom Projektbeginn bis zum Abschluss des Projektes und ist für die komplette Organisation zuständig. Die KonzipiererIn oder der Konzipierer modelliert die Software speziell für den Kunden und betreut bei der Umsetzung die Software-Entwicklerinnen oder Software-Entwickler. Für die Schulung der Anwender beim Kunden sind sowohl Projektleiterinnen, Projektleiter als auch die Software-Entwicklerinnen, Software-Entwickler zuständig.

Wie funktioniert so eine Teamarbeit mit den flexiblen Arbeitszeiten?

Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter hat per Arbeitsvertrag eine Wochenstundenzahl vereinbart. Das Projektteam trifft sich mindestens einmal wöchentlich und bespricht die persönlichen Terminpläne und verteilt die einzelnen Aufgaben für die folgende Woche. Für jede Aufgabe gibt es im Vorwege etwaige Zeitbedarfe. Die TeammitgliederInnen erhalten entsprechende Aufgaben für ihre zur Verfügung stehenden Arbeitszeiten. Natürlich werden die Kundentermine mit eingeplant. Außerdem kann das Teammitglied entscheiden, wo es seine Aufgaben erledigt, sofern die Aufgaben nicht direkt beim Kunden durchzuführen sind.

Außerdem prüft das Team in diesen Meetings ob alle Aufgaben tatsächlich erledigt sind, ggf. werden die Pläne aktualisiert. Da fast alle Aufgaben aufeinander aufbauend sind, kontrollieren sich die Teammitglieder gegenseitig.

Da die Projektteams nicht immer aus den selben MitarbeiterInnen zusammengesetzt ist, ist auch ein kontinuierlicher Know-how Austausch gewährleistet. Dieses Arbeitsumfeld wird insbesondere von Familienvätern genutzt.

Welche Vorteile bringt diese Arbeitsstruktur und was ist an ihr gesundheitsfördernd?

1. Stressminderung durch die flexible Zeiteinteilung,
 2. Verbesserte Vereinbarkeit von Familie und Beruf,
 3. Förderung des Selbstvertrauens,
 4. Förderung der Verantwortungsbereitschaft,
 5. Förderung der Akzeptanz, des Respekts und der Wertschätzung gegenüber der einzelnen Teammitglieder.
- Ergebnis, ist die Schaffung und Förderung eines guten Betriebsklimas und somit die deutliche Verringerung von Krankheiten, die durch Stress ausgelöst werden.

Beispiele für einen Quereinstieg

Beispiel 1: Von der Kürschnergesellin zur Bereichsleiterin der Software-Entwicklung

Nach dem Realschulabschluss und der Ausbildung zur Kürschnergesellin musste die Mitarbeiterin nach 5 Gesellenjahren aus Gesundheitsgründen ihren Traumberuf aufgeben. Sie hat eine Umschulung zur Datenverarbeitungskauffrau gemacht. Kurz nach dieser theoretischen Ausbildung kam sie durch einen Zufall zur Firma knk Systemlösungen GmbH. Dort musste sie erstmals ihre theoretischen Programmierkenntnisse einsetzen. Sehr schnell durfte sie an „echten“ Projekten mitarbeiten und konnte sich über die Jahre hinweg einen guten Erfahrungsschatz aneignen. Außerdem wurde ihr schnell Personalverantwortung für die Software-Entwicklung übertragen. Bei dem Aufbau dieser Abteilung haben ihr Trainertätigkeiten aus ihrer Jugend sehr geholfen. So konnte durch die Mitarbeiterin die Abteilung von 2 auf heute ca. 25 MitarbeiterInnen aufstocken werden.

Beispiel 2: Von der Hauswirtschaftsmeisterin zur Leiterin der Supportabteilung

Nach einigen Berufsjahren als Hauswirtschaftsmeisterin hat sie eine Fortbildung zur Organisatorin gemacht. Im An-

schluss hat sie eine 10 jährige Kindererziehungspause eingelegt. Sie hat neben ihren zwei Kindern diverse kleine Aushilfsjobs gemacht. Der Betrieb hat ihr durch hausinterne Fortbildungen den „Wiedereinstieg“ ermöglicht.

Beispiel 3: Von der Verwaltungsfachangestellten zur Supporterin

Sie hat nach dem Realschulabschluss eine Ausbildung zur Verwaltungsfachangestellten bei dem Finanzamt absolviert. Nach einer dreijährigen Kinderpause wollte sie den Einstieg in die EDV wagen. Sie hat zunächst bei der Firma ein zwei-monatiges Praktikum absolviert, um festzustellen, ob dieser Bereich für sie interessant ist. Sie wird jetzt intern fortgebildet, damit sie als vollwertige Supporterin eingesetzt werden kann, da sie die Schlüsselqualifikationen für diesen Beruf mitbringt.

Beispiel 4: Vom Tischlergesellen zum Bereichsleiter Beratung

Nach seiner Ausbildung zum Tischlergesellen hat er das Studium der Betriebswirtschaft mit Auszeichnung absolviert. Dann hat er Erziehungsurlaub gemacht. Aus diesem Grund hatte er Schwierigkeiten, einen Job zu bekommen. Heute ist er in dem Betrieb Bereichsleiter der Beratung und teilt sich die Kinderbetreuung trotz Vollzeitjob mit seiner ebenfalls berufstätigen Frau.

Nachfragen/Diskussion der übrigen AG-Mitgliederinnen

Wie ist diese Arbeitsstruktur entstanden?

Diese Struktur ist gewachsen und somit auch nicht als „Modell“ zu verstehen. Diese Arbeitsstruktur ist nicht 1:1 in andere Unternehmen übertragbar.

Wie und wo kann man die Arbeitszeiten flexibilisieren?

Nicht alle Arbeitsplätze können mit flexiblen Arbeitszeiten ausgestattet werden. Um zu prüfen, ob eine Flexibilisierung möglich ist, müssen die einzelnen Aufgabenfelder untersucht werden, ob eine bestimmte Abgabezeit einzuhalten ist und wie die Auswirkung auf die nachfolgenden Aufgaben sind. Nach Meinung der Referentin kann fast jede Büro-tätigkeit flexibilisiert werden.

Ergebnis des Arbeitskreises

Für viele hört sich das Arbeitsumfeld der Firma knk Systemlösungen unrealistisch an. Einige Teilnehmerinnen haben ähnliche Arbeitsumfelder, wissen allerdings auch wie schwer die Umsetzung war. Für andere Teilnehmerinnen ist es schwierig auch nur etwas zu verbessern, da deren Rahmenparameter kaum umzugestaltet sind.

Als Fazit könnte festgehalten werden, dass selbstbestimmte Arbeitszeiten und -mengen, sowie ein gutes Arbeitsklima wesentliche Faktoren zur Gesunderhaltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind. So ist denn auch die Philosophie des Betriebes in Richtung „guten Arbeitsatmosphäre“ gerichtet. Diese ließe sich u. a. dadurch erreichen, dass jeder und jede seine KollegInnen gleichermaßen respektiert und Wert schätzt und entsprechendes selbst erfährt, so dass das Miteinander verbessert wird.

Auswertung der Tagung anhand der eingegangenen Fragebögen

Birgit Schütte, Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales

Das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen reflektiert seine Aktivitäten mit schriftlichen Befragungen oder Telefoninterviews in regelmäßigen Abständen kritisch. Damit soll einerseits der Gefahr von Verselbständigung und Erstarrung rechtzeitig begegnet werden. Andererseits können nur so Anregungen der Tagungsteilnehmerinnen und Netzwerkmitglieder aufgegriffen und die Aktivitäten des Netzwerkes sich veränderten Bedürfnissen angepasst werden. Die letzte ausführliche Evaluation der durchgeführten Netzwerktagungen fand Ende 1997 statt.¹

Um zu erfahren,

- wie die Tagungsstruktur bewertet wird,
- wie die Interessenlage der Teilnehmerinnen war und
- inwieweit die Tagung Impulse und Unterstützung für die eigene praktische Arbeit vor Ort gegeben hat,

wurden Fragebögen an die Teilnehmerinnen der Tagung am 3. November 1999 mit der Bitte um sofortige und spontane Beantwortung verteilt. Von 73 Teilnehmerinnen haben 55 ihre Bögen an uns zurückgegeben.

Bewertung der Tagungsstruktur

Bei dem Ablauf des Programmes hat sich inzwischen eine Routine entwickelt. Ein inhaltlicher und organisatorisch aufbereiteter Themenschwerpunkt wird in den Blick genommen. Während es am Vormittag zwei bis drei Grundsatzvorträge zu dem Thema gibt, an die sich jeweils gemeinsame Diskussionen anschließen, wird das Thema am Nachmittag in einzelnen Arbeitsgruppen unter verschiedenen Aspekten beleuchtet und weiter vertieft. Durch innovative Beispiele aus der Praxis sollen Impulse für die Arbeit in Betrieben und Kommunen gegeben werden. Vor Tagungsende gab es dieses Mal eine Abschlussdiskussion im Plenum.

Die große Mehrheit war mit dieser Struktur zufrieden. Insbesondere die Arbeitsgruppen gaben Raum für einen guten Einblick in bis dahin für manche fremde Felder, einen positiven Austausch und intensives Arbeiten.

Allerdings kam bei 50% der abgegebenen Fragebögen zum Ausdruck, dass die Zeit für Diskussionen zu den Vorträgen nicht ausreichend bemessen gewesen sei. Vorgeschlagen wurde u. a., dass zwischen den einzelnen Vorträgen kurze Pausen und anschließend längere Diskussionen eingeplant werden.

Die Interessenlage der Teilnehmerinnen

Die Teilnehmerinnen kamen aus unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern: es waren viele Kommunale- und Ressortfrauenbeauftragte, aber auch Volkshochschullehrerinnen, Studentinnen, Erwerbstätige aus dem Pflegeberuf und der Kommunalverwaltung sowie Selbständige anwesend. Sie wurden hinsichtlich ihrer Erwartungen befragt. Folgende wurden im Wesentlichen genannt:

- Das wichtigste für alle war, neues Wissen über diese Thematik zu erfahren,
- gefolgt von den Erwartungen, sich mit anderen austauschen zu können und
- praktische Anregungen zu erhalten.
- Zwei Drittel der antwortenden Teilnehmerinnen versprachen sich von der Tagung auch den Aufbau von Kontakten für die weitere inhaltliche Arbeit, sowie
- Spaß an der Sache zu haben.

Diese Erwartungen erfüllten sich für die meisten der Teilnehmerinnen: Der Austausch mit den Anderen fand für 93,5% der Frauen statt, die diese Erwartung an diese Tagung geäußert haben. Desweiteren hatten fast alle Spaß an der Sache, konnten neues Wissen erwerben und praktische Anregungen erhalten sowie Kontakte für die weitere inhaltliche Arbeit aufbauen. Über 90% der antwortenden Teilneh-

Abb. 1: Erwartungen an die Tagung

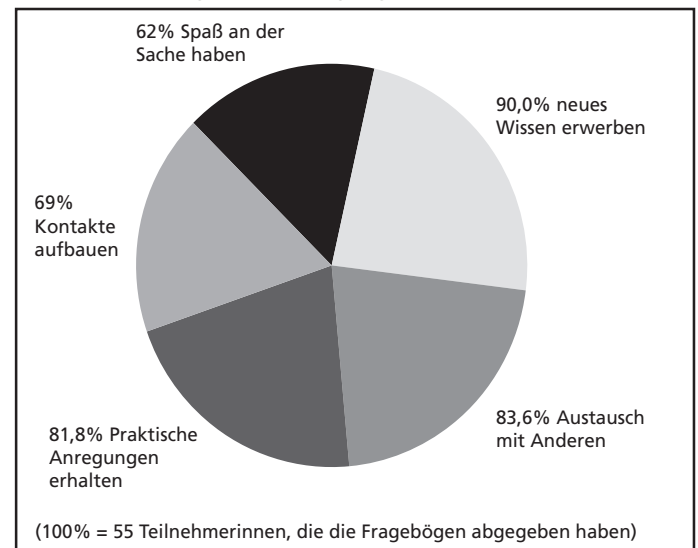
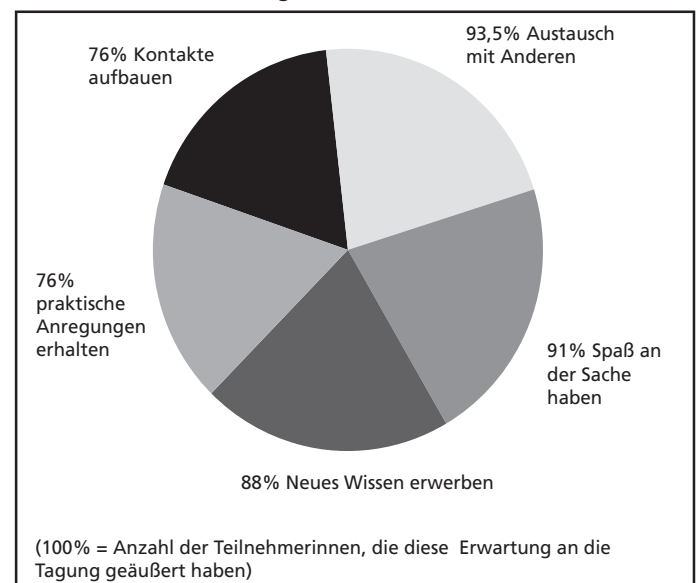


Abb. 2: erfüllte Erwartungen



¹ Vgl. Helbrecht-Jordan, I.; Sonntag, U. 1997: Ein Jahr Netzwerk - wir ziehen Bilanz. Ergebnisse der quantitativen Untersuchung, in: "weil ich ein Mädchen bin" - Lifestyle und Gesundheit von Mädchen. Dokumentation der Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen am 27.01.1997. Hannover

merinnen waren mit den Vorträgen am Vormittag zufrieden. Eine ebenso positive Rückmeldung wurde für den Nachmittag abgegeben.

Inwieweit gab die Tagung Impulse und Unterstützung für die eigene praktische Arbeit vor Ort?

Insgesamt wurde die Tagung als recht praxisbezogen eingeschätzt. 71% gaben an, dass diese Tagung sie zu neuen Aktivitäten angeregt habe. Beispielhaft wurden Sensibilisierungskampagnen, Seminare, Konferenzen, Workshops und Gesundheitszirkel genannt. Desweiteren wollen sich Frauen verstärkt in die PE-Diskussionen einmischen. Zum anderen hat die Tagung auch zu einer weiteren Vernetzung ange-regt.

Viele gaben an, durch diese Tagung wieder Mut bekommen zu haben, schwierige Dinge weiter zu verfolgen. So sei es z. B. mit den neuen Kenntnissen leichter sich in der eigenen Kommune/in den Betrieben immer wieder für Frauenar-beitsförderung einzusetzen oder Informationen einzufor-dern.

Das Ziel, weitere Multiplikatorinnen für dieses Thema zu gewinnen, die Anregungen für ihren beruflichen Alltag und für umfassende Diskussionen über eine an Frauen orientier-te Gesundheitsförderung in Betrieben erhalten haben, ist mit dieser Tagung erreicht worden.

Informationen zum Netzwerk

Das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen wurde Ende 1995 in Hannover gegründet. Es hat sich zum Ziel gesetzt, der Diskriminierung von Frauen und Mädchen im und durch das Gesundheitswesen konstruktiv zu begegnen.

Die Förderung von Frauen- und Mädchengesundheit soll in den Kommunen verankert und etabliert werden. Dies geschieht durch Einbindung interessierter Frauen, Organisationen und Institutionen sowie der bereits vorhandenen Aktivitäten vor Ort.

Das Netzwerk will Umsetzungsstrategien – auch für den politischen Raum – entwerfen, den Frauen Handlungsperspektiven in ihren regionalen und kommunalen Bezügen eröffnen, Informations- und Erfahrungsaustausch unterstützen und gewährleisten, die Kompetenzen der Mitgliedfrauen fördern und insbesondere zu Eigenaktivitäten anregen.

Multiplikatorinnen aus Verwaltung, Verbänden, Institutionen und Initiativen, vorwiegend aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich, aber auch aus Forschung und Lehre, beteiligen sich an der Arbeit des Netzwerkes.

Eine große Gruppe bilden die kommunalen Frauenbeauftragten, die Interesse am Thema Frauengesundheit haben.

Das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen wird ab dem 1. Januar 2000 von dem Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales und der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. getragen.

Das Netzwerk veranstaltet regelmäßig Tagungen, die jeweils dokumentiert werden.

Kontaktadressen:

Niedersächsisches Ministerium für
Frauen, Arbeit und Soziales
Ursula Jeß
Gustav-Bratke-Allee 2
30169 Hannover
Telefon (05 11) 120-29 70

Landesvereinigung für Gesundheit
Niedersachsen e.V.
Ute Sonntag
Fenskeweg 2
30165 Hannover
Telefon (05 11) 3 50 00 52

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium
für Frauen, Arbeit und Soziales
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2
30159 Hannover

Mai 2000

Die Referate und Berichte wurden
unverändert übernommen und geben
daher die Position der Autorinnen wider.

Diese Broschüre darf, wie alle Publikationen
der Landesregierung, nicht zur Wahlwerbung
in Wahlkämpfen verwendet werden.

Gedruckt auf 100% Recycling-Papier