

## **Geschlechterperspektive im Arbeits- und Gesundheitsschutz:**

### **Betriebliche Gesundheitsförderung geschlechter- sensibel gestalten - neue Aufmerksamkeit für atypische Beschäftigungsverhältnisse**

Bericht der Arbeitsgruppe „Geschlechterperspektive für wirksameren Arbeits- und Gesundheitsschutz“ gemäß Auftrag der 21. Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen, -minister, -senatorinnen und –senatoren der Länder (GFMK)

Vorgelegt zur 22. GFMK am 14./15. Juni 2012

Berichterstattung: Hessen

Die 21. Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen und -minister, -senatorinnen und -senatoren der Länder (GFMK) hat am 16./17. Juni 2011 der mit Beschluss der 20. GFMK eingerichteten Arbeitsgruppe „*Geschlechterperspektive für wirksamere Arbeits- und Gesundheitsschutz*“ ausgehend von den Inhalten des ihr vorgelegten ersten Berichtes der Arbeitsgruppe „*Geschlechtergerechte Praxis im Arbeitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung*“ den Folgeauftrag erteilt, einen Bericht zu den folgenden Themen zu erarbeiten und der 22. GFMK vorzulegen:

- *Geschlechtergerechte betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement insbesondere in kleinen und mittleren Unternehmen*
- *Geschlechteraspekte beim Arbeits- und Gesundheitsschutz in atypischen Beschäftigungsverhältnissen, insbesondere bei Teilzeitarbeit und Mini-Jobs*

Zu diesen beiden Themen sollte der Sach- und Diskussionsstand vertieft bearbeitet werden, und es sollten Ansatzpunkte für Verbesserungen aufgezeigt werden.

Die Leitung der Arbeitsgruppe wurde Hessen übertragen.

Mitgewirkt haben Vertreterinnen und Vertreter der Länder Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) sowie eine Expertin der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).

In einem Workshop wurden folgende externe Expertinnen und Experten zur Beratung der Themen hinzugezogen:

Ingra Freigang-Bauer  
*RKW Rationalisierungs- und Innovationszentrum der Deutschen Wirtschaft e.V., Eschborn*

Dr. Ferdinand Gröben  
*Karlsruher Institut für Technologie (KIT)  
Institut für Sport und Sportwissenschaften*

Ellen Hilf  
*Technische Universität Dortmund – Sozialforschungsstelle Dortmund*

Dipl.-Soz.-Wiss. Petra Kellermann-Mühlhoff  
*BARMER GEK*

Prof. Dr. Brigitte Stolz-Willig  
*Fachhochschule Frankfurt am Main  
Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit*

Sie haben die Arbeitsgruppe in der grundlegenden Debatte sowie mit weiteren wertvollen Hinweisen unterstützt. Dafür ist ihnen großer Dank auszusprechen.

Inhaltliche und redaktionelle Verantwortung:  
Marianne Weg  
(bis 29.02.2012 Abteilungsleiterin Arbeitsschutz im Hessischen Sozialministerium)

Kontakt: [rosemarie.fruehwacht@hsm.hessen.de](mailto:rosemarie.fruehwacht@hsm.hessen.de)

Wiesbaden, März 2012

Geschlechtergerechter Arbeits- und Gesundheitsschutz ist ein neues Thema in der Debatte. Notwendigkeiten und Ansatzpunkte im Hinblick auf Frauen und Männer werden erkennbar sowohl im Handlungsfeld der betrieblichen Gesundheitsförderung als auch bei der Frage nach dem Arbeits- und Gesundheitsschutz in atypischen Beschäftigungsverhältnissen.

Der Mehrwert der Geschlechterperspektive ist in der betrieblichen Gesundheitsförderung deutlich zu erkennen. Vor allem bei den Krankenkassen wurden in den letzten Jahren bereits gute Grundlagen und Praxisbeispiele geschaffen, in den Schwerpunkten allerdings auf die Männergesundheit fokussiert.

Es gilt, betriebliche Gesundheitsförderung für beide Geschlechter systematisch in die Breite zu tragen. In den von kleinen und mittleren Unternehmen geprägten Branchen sind regionale Netzwerke für betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung ein geeigneter Weg. Notwendig ist das Zusammenwirken der individuellen und der strukturellen Ansätze („Verhaltens- und Verhältnisprävention“), um Gefährdungen, die mit den Geschlechterrollen und den Geschlechterverhältnissen zusammenhängen, abzubauen. Für die Konzipierung und Umsetzung geschlechtergerechter betrieblicher Gesundheitsförderung ist Gender Mainstreaming die geeignete Methode.

Die Geschlechterperspektive auf den Arbeits- und Gesundheitsschutz in atypischen Beschäftigungsverhältnissen zeigt, dass Besonderheiten und Gefährdungslagen zum Beispiel bei Minijobs, Teilzeitarbeit im Niedriglohnsektor und Zeitarbeit generell noch zu wenig beachtet werden. Geschlechterrelevant sind die unterschiedlichen Anteile in den verschiedenen Formen. Atypische Beschäftigung von Frauen steht klar in Zusammenhang mit den Geschlechterrollen und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und führt vielfach zu Konsequenzen für den Lebensverlauf insgesamt.

Die Tätigkeitsschwerpunkte und betrieblichen Rahmenbedingungen atypischer Beschäftigungsverhältnisse sprechen für relevante Belastungen mit körperlichen Risiken sowie auch für psychosoziale Risiken. Der geringere Arbeitszeitumfang bei frauentypischer Teilzeitarbeit und Minijobs bedeutet nicht, dass die Belastungen und der demgegenüber erforderliche Arbeits- und Gesundheitsschutz von vorneherein als unbedeutend außer Betracht gelassen werden dürfen. In der Gesamtsicht ist auch danach zu fragen, unter welchen Bedingungen reduzierte und flexible Arbeitszeitvolumina die Vereinbarkeit von Familienarbeit und Erwerbstätigkeit erleichtern und von daher entlastend und gesundheitsförderlich wirken.

Die Gesamthematik des Arbeits- und Gesundheitsschutzes atypisch Beschäftigter gehört - unter Einbezug der Geschlechterperspektive - als neue Priorität auf die Agenda der Debatten zur Gestaltung des Wandels der Arbeitswelt. Verbesserungen der Datenlage und Erkenntnisse sind dringend erforderlich.

## Gliederung

	Seite
<b>Einführung</b>	
<b>Zum Verständnis des <i>Gender-Ansatzes</i> im Arbeits- und Gesundheitsschutz</b>	6
<b>Teil I: Geschlechtergerechte betriebliche Gesundheitsförderung</b>	
<b>1. Betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement:</b>	
<b>Ausgangssituation, Definitionen und Grundlagen</b>	11
1.1. Stellenwert der betrieblichen Gesundheitsförderung in der modernen Arbeitswelt	12
1.2. Definitionen, Leitvorstellungen und gesetzliche Grundlagen	14
1.3. Besondere Bedingungen für betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen	17
<b>2. Betriebliche Gesundheitsförderung unter der Geschlechterperspektive:</b>	
<b>Daten, Fakten und Ansatzpunkte für geschlechtergerechte BGF</b>	18
2.1. Welchen Handlungsbedarf veranschaulichen die Statistiken zu Fehlzeiten und Krankheitsbildern?	20
2.1.1. Fehlzeiten bei Krankheitsbildern mit besonderer Relevanz für betriebliche Gesundheitsförderung	20
2.1.2. Gemeinsame Betrachtung der Kriterien Alter und Geschlecht bei den Fehlzeiten	23
2.2. Welche Geschlechterspezifika bei Gesundheitskompetenz und -verhalten sind für BFG von Interesse?	24
2.3. Welche geschlechterrelevanten Daten und Fakten zu den Angeboten und der Inanspruchnahme von BGF sind bekannt?	25
2.4. Der subjektive Blick: Wie schätzen Frauen und Männer die Betrachtung und Förderung ihrer gesundheitlichen Bedingungen im Betrieb ein?	28
2.5. Fazit zur Angebotsseite der BGF aus der Geschlechterperspektive	30
<b>3. Ziele und Positionierungen, Strategien und methodischer Ansatz für geschlechtergerechte betriebliche Gesundheitsförderung</b>	31
3.1. Positionierung zu Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung: neue Zielorientierungen - neue Wege hin zu Gender?	34
3.1.1. Gender und BGF als Thema bei den Krankenkassen	34
3.1.2. Gender in der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung als Thema bei den Unfallversicherungsträgern	38
3.1.3. Die Öffnung für die Geschlechterperspektive hat begonnen, entwickelt sich jedoch tendenziell als Schwerpunktsetzung für eins der Geschlechter	39
3.1.4. Geschlechtersensible Projekte und Netzwerke: erste Schritte und weitere Perspektiven	40
3.2. Geschlechtergerechte BGF auf den Weg bringen	43
3.2.1. Übergreifende Vorschläge für Ziele und Strategien	43

3.2.2	Betriebliche Ebene	45
3.2.3	Besondere Ansatzpunkte für den Bereich der KMU einschließlich Kleinst-Betriebe	46
3.2.4	Ebene der übergreifenden Organisationen und Institutionen: Krankenkasse, Unfallversicherungsträger, staatlicher Arbeitsschutz auf Bundes- und Landesebene	49

## **Teil II: Geschlechteraspekte des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in atypischen Beschäftigungsverhältnissen**

<b>1.</b>	<b>Zur Relevanz des Themas und zum Berichtsziel</b>	<b>52</b>
<b>2.</b>	<b>Der Gender-Blick auf die Entwicklung der atypischen Beschäftigung und die Relevanz für den Arbeits- und Gesundheitsschutz</b>	<b>54</b>
2.1.	Bedeutung vermehrter atypischer Beschäftigung für den Arbeits- und Gesundheitsschutz	60
2.2.	Datenlage und Erkenntnisse zu den Arbeitsbedingungen sowie zum Arbeits- und Gesundheitsschutz bei atypischer Beschäftigung	61
<b>3.</b>	<b>Themenfelder und Ansatzpunkte für geschlechtergerechten Arbeits- und Gesundheitsschutz für atypische Beschäftigte</b>	<b>63</b>
3.1.	Zur Notwendigkeit einer ganzheitlichen Herangehensweise	64
3.2.	Kernthemen für geschlechtergerechte Gefährungsbeurteilungen und Maßnahmen	65
<b>4.</b>	<b>Schlussfolgerungen und Vorschläge zur geschlechtergerechten Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes für Frauen und Männer in atypischen Beschäftigungsverhältnissen</b>	<b>73</b>

## Einführung:

### Zum Verständnis des *Gender-Ansatzes* im Arbeits- und Gesundheitsschutz

Ausgehend von dem ihr vorgelegten Bericht „Geschlechtergerechte Praxis im Arbeitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung“<sup>1</sup> hat die 21. GFMK am 16./17. Juni 2011 den Auftrag erteilt, zu den Themen

- „*Geschlechtergerechte betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement insbesondere in kleinen und mittleren Unternehmen*“ und
- „*Geschlechteraspekte beim Arbeits- und Gesundheitsschutz in atypischen Beschäftigungsverhältnissen, insbesondere bei Teilzeitarbeit und Mini-Jobs*“

den Sach- und Diskussionsstand vertieft zu bearbeiten und Ansatzpunkte für Verbesserungen aufzuzeigen.

Zum besseren Verständnis sind nachfolgend die im ersten Bericht ausgeführten Definitionen und Begriffsklärungen nochmals dargestellt und um die Stichworte „geschlechtsspezifisch“ und „geschlechtsneutral“ ergänzt. Die Stellungnahmen und Diskussionen zum Beschluss der 21. GFMK und zum ersten Bericht haben gezeigt, dass auch zu diesen Begriffen klarstellende Definitionen hilfreich sind, um die gemeinsamen Debatten sachlich zutreffend und ohne Missverständnisse zu führen.

**„Geschlechtsneutralität“:** Frauen und Männer haben gemäß dem gesamten Rechtsrahmen - vom Arbeitsschutzgesetz bis zum Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz - die gleichen Rechte auf gesunde und sichere Arbeitsbedingungen. Entsprechend müssen alle Verantwortlichen handeln. Nicht zulässig sind geschlechtsspezifische Normen ohne hinreichenden Differenzierungsgrund, die zu Nachteilen für das eine oder das andere Geschlecht führen. Insoweit müssen im Arbeitsschutz und in der BGF männliche und weibliche Beschäftigte „geschlechtsneutral“ behandelt werden. Konkret heißt das zum Beispiel: Die Gefährdungsanalyse und -bewertung sowie der Einsatz von Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung sind so zu gestalten, dass keine Unterschiede in der Reichweite der Analyse und in der Qualität und Wirksamkeit der Maßnahmen für Frauen oder für Männer die Folge sind. Wenn Anhaltspunkte z. B. dafür sprechen, dass in bestimmten Tätigkeiten für das eine oder das andere Geschlecht systematisch ein geringeres Schutzniveau bzw. ein nicht gedeckter Bedarf an betrieblicher Gesundheitsförderung vorliegt, ist die Vorgabe der Geschlechtsneutralität verletzt, und dem muss nachgegangen werden, um unmittelbare oder mittelbare Diskriminierung zu vermeiden. Dabei ist auch zu prüfen, ob Geschlechtsrollenstereotype sich so auswirken, dass Frauen und Männer nicht die gleichen Chancen auf sichere und gesunde Arbeitsbedingungen haben. Insoweit ist die Geschlechterperspektive auch unter Gleichbehandlungsaspekten ein notwendiges Element im Arbeits- und Gesundheitsschutz.

<sup>1</sup> [http://www.hsm.hessen.de/irj/HSM\\_Internet?cid=adf7527ee30312ab396097cbfc568d5a](http://www.hsm.hessen.de/irj/HSM_Internet?cid=adf7527ee30312ab396097cbfc568d5a)

**„Geschlechterperspektive“** meint: bei einem Sachverhalt nach dem Vorhandensein, den Zuschreibungen und Bewertungen sowie den Konsequenzen *biologischer, sozialer und psychologischer Geschlechterunterschiede* - als Einzelaspekte oder miteinander verbunden - zu fragen. Zur Geschlechterperspektive gehört auch, den Zusammenhang zwischen geschlechterspezifischer Segregation des Arbeitsmarktes und den von daher *mittelbar* für Frauen oder für Männer in besonderer Weise zuzuordnenden Belastungen und Gefährdungen zu beachten. Das bedeutet u.a., im jeweiligen Segment des Arbeitsmarktes für das unterrepräsentierte Geschlecht zu prüfen, ob im Vergleich zum überrepräsentierten Geschlecht die Belastungen und Gefährdungen gleich sind bzw. sich gleich auswirken oder ob Unterschiede festzustellen sind.

Eine **„geschlechtersensible“** oder **„geschlechterorientierte“** Sicht- und Handlungsweise bedeutet, im Sinne dieser Definition gezielt und ausdrücklich den Blick auf Frauen und Männer zu richten.

**„Geschlechtsspezifisch, geschlechterspezifisch“:** Der Begriff „geschlechtsspezifisch“ zielt auf reale Unterschiede hinsichtlich biologischer, sozialer und psychologischer Aspekte sowie hinsichtlich ganzheitlich betrachteter Lebensumstände von Frauen und Männern. Es geht nicht allein und auch nicht vorrangig um das biologische Geschlecht, sondern um die verschiedenen Aspekte, je nach Sachlage als einzelne, vor allem aber in ihrem Zusammenhang und Zusammenwirken. Mit „geschlechtsspezifisch“ ist nicht gemeint, allein unter Bezug auf das biologische Geschlecht für Frauen und Männer unterschiedliche Aspekte festzustellen oder die Geschlechter als jeweils homogene Gruppe getrennt zu betrachten und daraus quasi automatisch oder normativ nach Geschlecht getrennte Maßnahmen abzuleiten.

Mit dem Begriff **„geschlechtergerecht“** ist gemeint, Analyse und Forschung, Politik und Praxis so zu gestalten, dass sie angemessen und differenziert an der realen Situation und den Bedürfnissen sowie Bedarfen von Frauen und Männern ansetzen und - indem vermieden wird, ein Geschlecht als Norm zu setzen - zum Abbau von Ungleichheit bzw. zur Verwirklichung von Gleichstellung/Chancengleichheit beitragen.

Ferner ist es notwendig, die strategischen Konzepte des *Gender Mainstreaming* (GeM) sowie des *Diversity Management* zu charakterisieren: Sie haben generelle Bedeutung für zielgruppen- und chancengleichheitsorientierte Analysen, Zielstellungen und Konzeptionen. In den Debatten zur betrieblichen Gesundheitsförderung sind sie bereits verschiedentlich ein Thema.

**Gender Mainstreaming** bedeutet gemäß der Definition der Europäischen Union:

*„Systematische Einbeziehung der jeweiligen Situation, der Prioritäten und der Bedürfnisse von Frauen und Männern in alle Politikfelder, wobei mit Blick auf die Förderung der Gleichstellung von Frauen und Männern sämtliche allgemeinen politischen Konzepte und Maßnahmen an diesem Ziel ausgerichtet werden und bereits in der Planungsphase wie auch bei der Durchführung, Begleitung und Bewertung der betreffenden Maßnahmen deren Auswirkungen auf Frauen und Männer berücksichtigt werden.“* (Mitteilung der Kommission KOM(96) 67 endgültig vom 21. Februar 1996).

**Diversity Management** stellt die soziale Vielfalt in den Mittelpunkt<sup>2</sup> und zielt darauf, diese anzuerkennen und zu nutzen. Mit Diversity Management als Unternehmensstrategie sollen die unterschiedlichen Individualitäten der Beschäftigten aufgrund von Kriterien wie Geschlecht, Alter, ethnische Herkunft, Behinderung sowie sexueller Identität, Religion, Lebensstile so zusammengeführt werden, dass für die Unternehmensziele und das wirtschaftliche Gesamtergebnis ebenso wie für die individuelle Leistungsfähigkeit, Motivation und Zufriedenheit ein Optimum erreicht wird.<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Z.B.: Beitrag von Rosemary Hays-Thomas, *The Contemporary Focus on Managing Diversity*, in: Margaret S. Stockdale, Faye J. Crosby (Ed.): *The psychology and management of workplace diversity*, Wiley-Blackwell 2004, S. 12: *„We will use the term ‚diversity‘ to refer to differences among people that are likely to affect their acceptance, work performance, satisfaction, or progress in an organization.“*

<sup>3</sup> Vgl. website des Gender-Kompetenz-Zentrums [www.genderkompetenz.info/genderkompetenz-2003-2010/gendermainstreaming/Strategie/diversity\\_management](http://www.genderkompetenz.info/genderkompetenz-2003-2010/gendermainstreaming/Strategie/diversity_management)

Die nachfolgende Gegenüberstellung beider Konzepte<sup>4</sup> konkretisiert die zentralen Aspekte von GeM und Diversity.

	Gender Mainstreaming	Diversity Management
<b>Bezugskategorien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geschlecht</li> <li>(Gender in seiner Vielfalt: unterschiedliche Lebenslagen)</li> <li>→ Heterogenität der jeweiligen Genusgruppe in der Praxis nicht immer beachtet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Big 6“/AGG: Geschlecht, Alter, ethnische Herkunft/ Migrationshintergrund, Religion/ Weltanschauung; sexuelle Orientierung; Behinderung</li> <li>- soziale Herkunft; Familienpflichten</li> <li>→ in der Praxis der Unternehmen v.a. Alter, ethnische Herkunft, Geschlecht</li> <li>→ Betriebe implementieren DiM auch ohne Bezug zu Geschlecht</li> </ul>
<b>Rechtliche Grundlagen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GG, Art. 3 (Abs. 2)</li> <li>„Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin.“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GG, Art. 3 (Abs.3): Benachteiligungsverbot</li> <li>„Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“</li> <li>- AGG</li> </ul>
<b>Ziel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gleichstellung / Geschlechtergerechtigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ökonomischer Nutzen im Vordergrund</li> </ul>
<b>Normatives Leitbild</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gleichstellung als elementarer Bestandteil moderner Gesellschaften</li> <li>- richtet sich klar gegen Diskriminierung (aufgrund des Geschlechts)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ökonomische Orientierung: Vielfalt als Ressource</li> <li>- richtet sich nicht immer gegen Diskriminierung; durch AGG auch normativ stärkere Teilhabe bislang unterrepräsentierter Gruppen ableitbar</li> </ul>
<b>Reichweite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- politische Strategie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- unternehmerische Strategie</li> </ul>

Die methodische Herangehensweise bei der Erarbeitung dieses Berichtes folgt dem Konzept von *Gender Mainstreaming*.

Beim Diversity-Konzept ist die Geschlechterperspektive nur eine unter mehreren, grundsätzlich beliebig zu priorisierenden Optionen aus dem breiten Spektrum „sozialer Vielfalt“. Dass sich für jede (Minderheiten)Zielgruppe *durchgängig* die Gender-Aspekte - soziale Geschlechterrollen; Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die geschlechterspezifische Segregation des Arbeitsmarktes - als relevant erweisen, bleibt hierbei außer Betracht.

Die methodische Herangehensweise mit GeM bedeutet nicht, dass „Geschlecht“ als Kategorie verabsolutiert und ohne Bezug zu anderen sozialen Kriterien gesehen wird - es wird „Gender“ allerdings ein anderer Stellenwert beigemessen als den Kategorien für soziale Zielgruppen, die jeweils Minderheiten umfassen.

<sup>4</sup> Quelle: Vortrag von Frau Prof. Dr. Uta Klein „Die Zukunft der Gleichstellungspolitik? Neue Herausforderungen durch Diversity“ am 10.11.2011 im Rahmen des Herbsttreffens der für Gleichstellung zuständigen Abteilungs-, Stabsstellen- und Referatsleitungen.



Die **grundlegenden methodischen Schritte von GeM** angewandt auf die beiden Berichtsgegenstände „Betriebliche Gesundheitsförderung“ und „Atypische Beschäftigung“ lassen sich mit den folgenden drei Fragenkomplexen veranschaulichen:

### **Fragen nach der Repräsentanz von Frauen und Männern**

- Wie ist die Relation Frauen – Männer in der betrachteten Zielgruppe im Vergleich zur Grundgesamtheit? Zum Beispiel:
  - + bei der Teilhabe an BGF im Vergleich zu Beschäftigten insgesamt;
  - + Anteile bei den Personen in Minijobs oder Zeitarbeit im Vergleich zur Gesamtbeschäftigung;
- Sind mehr Männer oder Frauen von einem betrachteten Aspekt betroffen? Zum Beispiel:
  - + Betroffenheit von bestimmten Belastungen oder Erkrankungen;
  - + auch qualitative Aspekte wie z.B. Anhaltspunkte für unterschiedliche Auswirkungen, Umgangsweisen, Bewältigungsstrategien;
  - + ergänzende Kriterien wie familiäre Situation, beruflicher Status, Altersgruppe;
  - + Wird bezogen auf den demographischen Wandel die Zielgruppenperspektive *vollständig* beachtet, d.h.: Wandel der Altersstruktur *und* Zunahme von Frauenbeschäftigung *und* Zunahme der Beschäftigten mit Migrationshintergrund?

### **Fragen nach den für Frauen und Männer aufgewendeten Ressourcen**

- Gibt es Unterschiede im Einsatz von finanziellen und personellen Ressourcen beim unmittelbaren praktischen Handeln? Zum Beispiel:
  - + bei Maßnahmen der BGF und bei Präventionskampagnen;
- Gibt es Unterschiede bei der Ressource „Aufmerksamkeit, Sichtbarmachung“? Zum Beispiel:
  - + explizite Aussagen in Leitbildern; Bestimmung von Zielen und Prioritäten;
  - + Themensetzung auf der Agenda;
  - + Themenwahl und Ansprache (Adressatinnen, Adressaten) in der Berichterstattung und Öffentlichkeitsarbeit sowie durch Informationsmaterialien;
- Gibt es Unterschiede im Ressourceneinsatz für Instrumente zur Verbesserung von Ungleichheitssituationen? Zum Beispiel:
  - + bei der Planung des Gesamtbudgets für Fachtagungen und Fortbildungen, Entwicklung von Handlungskonzepten und –instrumenten für BGF, Grundlagenstudien und Evaluierungen;
  - + beim Einsatz von Ressourcen und Förderprogrammen für die Verbesserung der Erkenntnisgrundlagen (Statistiken, Berichterstattung, Forschung) zu den Arbeitsbelastungen und -risiken sowie der gesundheitlichen Situation von Personen in atypischer Beschäftigung.

### ***Fragen nach der Realisierung geschlechtergerechter Veränderungen***

(Diese Fragen zielen auf die realen Strukturen und Ansatzpunkte bei den verantwortlichen Akteuren und Organisationen sowie bei den Betroffenen selbst)

- Welche Leitbilder, Ziele und Strukturen sind für geschlechterspezifisch festzustellende Ungleichheiten auslösend oder ursächlich?  
Zum Beispiel:
  - + bei BGF für Schwergewichte der Aufmerksamkeit und der Prioritätensetzung einerseits - Ausblendungen andererseits;
  - + bei den Geschlechteraspekten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes atypisch Beschäftigter für die Frage nach Ursachen;
- Wie sind die Geschlechterverhältnisse bei den verantwortlichen Akteuren, etwa bei den Entscheidungsträgern in der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung?
- Welche Ansatzpunkte für geschlechtersensible Veränderungen sind erkennbar bzw. welche Ansatzpunkte sind vorzuschlagen?  
Zum Beispiel:
  - + bereits vorliegende Ansätze und Praxisbeispiele der BGF, die gezielt auf Frauen und/oder Männer oder auf Zielgruppen nach anderen Kriterien zugeschnitten sind;
  - + für den Bereich der atypischen Beschäftigung die Thematisierung der nachhaltigen Konsequenzen für Lebenssituationen und Erwerbsverläufe;
  - + Maßnahmen zum Erwerb von Genderkompetenz für betriebliche Führungskräfte sowie für hauptberuflich im Personalwesen, im Arbeitsschutz und in der Prävention Tätige. Wie können die Beschäftigten selbst unterstützt werden, Ansatzpunkte für die Veränderung von für sie nachteiligen Situationen beim Arbeits- und Gesundheitsschutz und bei der betrieblichen Gesundheitsförderung zu erkennen? Wie sehen Strukturen aus, die zur Beteiligung an Veränderungsprozessen motivieren?

Der Bericht liefert orientiert an diesen Fragenkomplexen in exemplarischer Weise Darstellungen und vertiefte Informationen zur Sachlage und leitet daraus Schlussfolgerungen und Vorschläge ab. Eine vollständige, notwendigerweise noch weiter differenzierende Bearbeitung kann im Hinblick auf die personelle Kapazität und den Zeitrahmen nicht Auftrag und Anspruch der Arbeitsgruppe sein.

## Teil I: Geschlechtergerechte betriebliche Gesundheitsförderung

### 1. Betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement: Ausgangssituation, Definitionen und Grundlagen

Zur betrieblichen Gesundheitsförderung<sup>5</sup> (BGF) sind in dem der 21. GFMK vorgelegten ersten Bericht die folgenden Kernaussagen enthalten:

- Soweit Daten vorliegen, sprechen diese für eine Unterrepräsentanz von Frauen im Vergleich zu Männern bei den Angeboten und der Teilhabe an Maßnahmen der BGF. Für die festgestellten Ungleichverteilungen der Ressourcen für BGF gilt allgemein als Erklärung die Orientierung auf besonders belastende Branchen und Berufsfelder - mit besonderen Unfallschwerpunkten und einem besonders hohen Ausmaß an arbeitsbedingten Erkrankungen und Berufskrankheiten. Dies sind die Risikobranchen, in denen vorrangig Männer beschäftigt sind. Sie stehen klassisch im Fokus des Arbeitsschutzes und der Prävention und folglich auch im Fokus der BGF.
- Im Hinblick auf die tatsächlich für Frauen und Männer festzustellenden geschlechterspezifischen Belastungen und Risiken kann dies nicht als sachlich gerechtfertigt betrachtet und insoweit diskriminierungsfrei bewertet werden.
- Studien belegen geschlechterspezifische Unterschiede bei den Einstellungen zu Gesundheit, Umgangsweisen mit Gesundheitsrisiken, Verhalten bei Erkrankungen sowie im Hinblick auf Vorsorge und Stärkung der persönlichen gesundheitlichen Ressourcen. Frauen gehen nach den vorliegenden Erkenntnissen anders - achtsamer (z.B. Vorsorge) und gesundheitsförderlicher - mit Belastungen um als Männer. Diese Unterschiede mit zu berücksichtigen und an ihnen anzuknüpfen, erscheint notwendig und vielversprechend für wirksamere, weil passgenaue BGF.
- Daher sollte im Rahmen allgemein zu verbessernder Zielgruppenorientierung der BGF ein besonderer Fokus auf *geschlechtersensible* Gestaltung der Konzepte gesetzt werden. Die vorliegenden Einzelbeispiele guter BGF-Praxis in Genderprojekten zeigen exemplarisch den Mehrwert solcher Konzepte für Frauen und für Männer.

Diese Ergebnisse werden im nachfolgenden Kap. 2 durch weitere Informationsdarstellungen vertieft und konkretisiert, mit dem Ziel, bessere Grundlagen für die Ziele der Prävention und BGF sowie für geschlechtergerechte, wirksamere BGF-Konzeptionen und -Maßnahmen bereit zu stellen. In Kap. 3 werden die bei Organisationen und Institutionen erkennbaren über-

---

<sup>5</sup> Definition siehe Kap.1.2

greifenden Positionierungen hinsichtlich einer Geschlechter- bzw. Zielgruppenperspektive für BGF dargestellt. Hieran anknüpfend werden Vorschläge für die Herangehensweise zur Weiterentwicklung in Richtung geschlechtergerechter BGF gemacht.

### **1.1. Stellenwert der betrieblichen Gesundheitsförderung in der modernen Arbeitswelt**

In der modernen Arbeitswelt mit ihren multifaktoriellen und teils neuartigen Belastungen spielen gesundheitsförderliche betriebliche Konzepte und Maßnahmen eine zunehmende Rolle angesichts der volks- und betriebswirtschaftlichen Strukturwandlungen und des demographischen Wandels, des Fachkräftemangels und der Herausforderung, die Beschäftigungsfähigkeit bis ins gesetzliche Rentenalter (65 – 67) auch von der gesundheitlichen Verfassung der Beschäftigten her zu erhalten. Von maßgeblicher gesellschaftlicher Bedeutung ist auch, dass BGF zur nachhaltigen Entlastung der Sozialversicherungssysteme beitragen kann.

Bereits die *OTTAWA-Charta* der Weltgesundheitsorganisation WHO von 1986 forderte dazu auf, sichere, anregende und befriedigende Arbeits- und Lebensbedingungen zu schaffen und Arbeit zu einer „Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit“ zu machen.

Betriebliche Gesundheitsförderung setzt zwar methodisch am Bewusstsein und am Umgang der einzelnen Beschäftigten mit ihrer Gesundheit an, ist jedoch mit einem allein individualpräventiven Ansatz nicht erfolgreich zu gestalten. Im Setting "Betrieb" müssen Belastungen und Beanspruchungen, Gesundheitswahrnehmung und Gesundheitsverhalten in der Wechselwirkung zwischen den Verhältnissen der Arbeit und der Arbeitsbedingungen einerseits, ihrer jeweils subjektiven Verarbeitung andererseits behandelt werden. Die Ziele, Ansatzpunkte und Maßnahmenkonzepte betrieblicher Gesundheitsförderung sind durchgängig in die unternehmerischen Entscheidungen und in die Betriebs- und Arbeitsorganisation zu integrieren. D.h. Rückenschule, Entspannungstraining, Bewegungsangebote und gesundes Kantinenessen können zwar Ansatzpunkte oder Einzelelemente von BGF-Konzepten sein; sie sind jedoch nicht das hauptsächliche oder gar alleinige Handlungsfeld.

Bei der Ermittlung des Handlungsbedarfes und der Ziele sowie bei der Gestaltung der Konzeptionen und der Umsetzung ist der genaue Blick auf die Zielgruppen und somit auch die Geschlechterperspektive Voraussetzung für Passgenauigkeit und Wirksamkeit.

Dies ist im Folgenden, ohne dass es bei jedem Punkt erneut erwähnt wird, stets systematisch mitzudenken. Hilfreich ist dazu die Herangehensweise mit Fragestellungen gemäß der Methode des Gender Mainstreaming<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Siehe Einleitung.

*Ziele betrieblicher Gesundheitsförderung* sind:

- die Gesundheit der Beschäftigten im Unternehmen zu fördern und ihre Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten;
- den Gesundheitsschutz in einer förderlichen Weise und nicht allein risikovermeidend oder -mindernd in die Arbeitsgestaltung zu integrieren;
- besondere Belastungsschwerpunkte aufzufinden und wirksam umzugestalten;
- den Mehrwert an Arbeitsqualität, Arbeitszufriedenheit und an ökonomischen Vorteilen für das Unternehmen zu realisieren.

*BGF als Unternehmensstrategie* geht davon aus, dass durch Arbeits- und Gesundheitsschutz und durch die gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen in den Betrieben Krankheiten vermieden werden können. Sie umfasst die Optimierung der Arbeitsorganisation, die Förderung der aktiven Teilnahme der Beschäftigten und die Unterstützung der Personalentwicklung bei der Erstellung und Umsetzung unternehmensspezifischer Gesundheitsziele. BGF stärkt die Gesundheitspotenziale der Betriebe und zieht eine Reduzierung krankheitsbedingter Kosten im Unternehmen (Abbau von krankheitsbedingten Fehlzeiten; stabile Belegschaften statt hoher Fluktuation) nach sich. Dieser ökonomische Nutzen von BGF wird nach wie vor von den Unternehmen zu wenig gesehen. Das *Internationale DEKRA-Arbeitssicherheitsbarometer 2011*<sup>7</sup> kritisiert, dass jedes dritte Unternehmen keine Ziele für den Arbeits- und Gesundheitsschutz definiert hat, und fordert zur Produktivitätssteigerung einen deutlich verbesserten betrieblichen Gesundheitsschutz, insbesondere auch durch ganzheitliche Konzepte eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. Dass sich Investitionen der Arbeitgeber in BGF amortisieren, ist exemplarisch belegt<sup>8</sup>. Der *Verband Deutscher Betriebsärzte und Werksärzte (VDBW)* schätzt, dass betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung sich rechnet: Jeder Euro, der in betriebliche Prävention gesteckt werde, zahle sich für die deutsche Volkswirtschaft mit mindestens 5 und bis zu 16 Euro aus<sup>9</sup>. Das bislang bedeutendste Projekt zur Frage, ob sich Ausgaben für den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz - also nicht für BGF speziell - für die Unternehmen rechnen, wurde 2010 von der *Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS)*, der *Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)* und der *Berufsgenossenschaft Energie Textil*

<sup>7</sup> Vorstellung der Studie im Februar 2012 siehe [www.dekra.de/de/komzemrepraesentanz-veranstaltungen](http://www.dekra.de/de/komzemrepraesentanz-veranstaltungen)

<sup>8</sup> iga-report 13 „Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006; Lutz, P., Eberle, G., Bonitz, D. (2009), Der Nutzen des betrieblichen Gesundheitsmanagements aus der Sicht von Unternehmen. In: Badura, B., Schröder, H., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeitenreport 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen, Heidelberg 2008.

<sup>9</sup> Zitiert nach: Deutsches Ärzteblatt Jg. 109, Heft 11, vom 16. März 2012, S. A 514.

*Elektro Medienerzeugnisse (BG ETEM)* für 15 Länder durchgeführt. Für Deutschland war das Ergebnis ein Return on Investment von 1 : 1,6<sup>10</sup>.

BGF hat angesichts der Entwicklungen in der modernen Arbeitswelt auch einen steigenden Stellenwert für *allgemeine gesundheitliche Präventionsstrategien* und sollte gerade auch mit der Geschlechterperspektive in die Überlegungen einbezogen werden<sup>11</sup>:

Angesichts der Erwerbsquoten und Erwerbsbiographien, bei denen die Geschlechterunterschiede außer Frage stehen, sowie der ganzheitlich betrachteten Lebenslage sind die Arbeitswelt und der Berufsalltag eine zentrale Handlungsebene und ein unverzichtbarer „Ort“, um die Gesundheit von Frauen und Männern in jeder der Kindheit und Jugend folgenden Lebensphase bis zum Rentenalter mit geschlechtergerechten Konzepten zu fördern.

In dieser Erkenntnis geben die Krankenversicherungen der *betrieblichen Gesundheitsförderung* als komplementärem Feld neben der allgemeinen, individualorientierten Prävention ein beständig größeres Gewicht. Dabei werden Geschlechteraspekte zunehmend mit betrachtet (siehe Kap. 2 und 3).

## **1.2. Definitionen, Leitvorstellungen und gesetzliche Grundlagen**

Gemäß der auf der europäischen „*Luxemburger Deklaration*“<sup>12</sup> beruhenden Definition des *Deutschen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF)* ist **Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)** *„eine moderne Unternehmensstrategie zur Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz. Sie umfasst die Optimierung der Arbeitsorganisation und Arbeitsumgebung, die Förderung aktiver Teilnahme aller Beteiligten sowie die Unterstützung der Personalentwicklung bei der Realisierung dieser Ziele. BGF zielt sowohl auf eine gesundheitliche Gestaltung der Arbeitsabläufe, als auch auf Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten der Beschäftigten. Alle Gesundheitspotenziale in Unternehmen und Organisationen werden so gestärkt“.*

<sup>10</sup> [www.dguv.de/inhalt/prävention/aus\\_weiter/qvq/idex.jsp](http://www.dguv.de/inhalt/prävention/aus_weiter/qvq/idex.jsp)

<sup>11</sup> Siehe auch die Stellungnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit und des GKV-Spitzenverbandes zum Beschluss der 21. GFMK mit Hinweisen auf bereits initiierte geschlechterbezogene BGF-Projekte der Krankenkassen.

<sup>12</sup> Die „Luxemburg Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union“ wurde von allen Mitgliedern des *Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung (ENBGF)* am 27. und 28. November 2007 verabschiedet, vgl.: [www.enwhp.org](http://www.enwhp.org)

Akteure der BGF sind

- die Unternehmensleitungen und Führungskräfte, Betriebsärztinnen und –ärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit als innerbetriebliche Expertinnen und Experten für Sicherheit und Gesundheit; entsprechende Präventionsdienstleistungsunternehmen; die Arbeitnehmervertretungen, die Beschäftigten selbst im Hinblick auf ihre eigenen Verhaltensweisen;
- als außerbetriebliche Instanzen die gesetzlichen Krankenkassen, die Unfallversicherungsträger und die Arbeitsschutzbehörden;
- außerdem Kammern und Wirtschaftsverbände in ihren Beratungs- sowie in Weiterbildungsfunktionen für die Mitgliedsbetriebe;
- in beratender Funktion auch die Einrichtungen der Gewerkschaften (z.B. Technologieberatungsstellen).

BGF ist seit 2007 **Pflichtaufgabe für die gesetzlichen Krankenkassen**<sup>13</sup>.

Im Aufgabenkatalog der *Unfallversicherungsträger* steht seit 1996<sup>14</sup> der „erweiterte Präventionsauftrag“: die Prävention von arbeitsbedingten Sicherheitsrisiken und Gesundheitsgefahren „mit allen geeigneten Mitteln“ und mit verstärkter Beratung nicht nur der Arbeitgeber, sondern auch der Beschäftigten. Hierzu gehört neben der klassisch im Fokus stehenden Arbeitssicherheit auch die betriebliche Gesundheitsförderung.

Für *Arbeitgeber* ist die Gewährleistung sicherer und gesunder Arbeitsbedingungen im Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) als Verpflichtung normiert, dagegen nicht explizit die betriebliche Gesundheitsförderung. Jedoch enthält das ArbSchG mit der Normierung der Arbeitgeberverantwortung für menschengerechte Arbeitsgestaltung und mit der verpflichtenden Gefährdungsbeurteilung eine wesentliche Zielorientierung und ein grundlegendes Instrument für die Umsetzung von BGF in der betrieblichen Wirklichkeit.

---

<sup>13</sup> SGB V § 20a Betriebliche Gesundheitsförderung

(1) Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen. § 20 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.

(2) Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger zusammen. ... (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477).

<sup>14</sup> SGB VII § 1 Prävention, Rehabilitation, Entschädigung

Aufgabe der Unfallversicherung ist es, nach Maßgabe der Vorschriften dieses Buches

1. mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten,

2. nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen.

... (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254).

Aufgabe der *staatlichen Arbeitsschutzbehörden* ist die Überwachung und Beratung der Betriebe im Hinblick auf alle im Arbeitsschutzgesetz und den hieran anknüpfenden Verordnungen sowie im Arbeitssicherheitsgesetz und der Arbeitsmedizinischen Vorsorgeverordnung angesprochenen Pflichten und Themen. Die Beratung kann Betriebe für BGF sensibilisieren, sie kann BGF nicht anordnen oder durchsetzen.

In der Gegenüberstellung zu BGF lässt sich **Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)** wie folgt definieren:

BGM ist ein spezifisches Managementsystem mit dem Ziel, die betriebliche Gesundheitssituation im Rahmen kontinuierlicher Verbesserungsprozesse umfassend und nachhaltig zu fördern. BGM-Systeme dienen der ergebnisorientierten Führung und umfassen alle organisatorischen Maßnahmen, die geeignet sind, die Zielerreichung zu unterstützen<sup>15</sup>. Sie setzen entsprechende organisatorische, betriebspolitische und betriebsführungsbezogene Rahmenbedingungen voraus:

- Klare, schriftlich dokumentierte Zielbestimmung, an den Interessen und Bedürfnissen aller Beteiligten, d.h. der Arbeitgeber und der Beschäftigten, orientiert (Stakeholder-Orientierung);
- grundsätzlich bestimmte sowie konkret festgelegte Organisation der BGM-Prozesse und -Maßnahmen; planmäßige Steuerung auf der Grundlage der unternehmenspolitischen Zielsetzungen mit Ziel- und Zeitvorgaben für die kurz-, mittel- und langfristige Umsetzung;
- Entwicklung und Anwendung geeigneter Indikatoren und Kennzahlen für Controlling und Evaluierung - hierfür Sicherstellung der unternehmensspezifischen Daten und Statistiken;
- Integration der gesundheitsbezogenen Maßnahmen in die klassischen Arbeitsschutz- und Arbeitssicherheitsmaßnahmen ebenso wie in die Arbeitsorganisation und Arbeitszeitbedingungen, die betriebliche Personalpolitik und das Führungsverhalten, und zwar sowohl grundsätzlich als auch im Tagesgeschäft;
- Kompatibilität mit den anderen, im Unternehmen eingesetzten Managementsystemen (Personalmanagement, Qualitätsmanagements, Arbeitsschutzmanagement, Umweltschutzmanagement usw.);

In gleicher Weise wie wirksame Personalentwicklungskonzepte oder Arbeitszeitmodelle in- zwischen die Zielgruppen- und Geschlechterperspektive weitgehend selbstverständlich ein-

<sup>15</sup> Zink, K.J.; Thul, M.J.; Maier, A.: Heyer, A.: Für gesunde Arbeitsplätze motivieren. Anreizsysteme zur Verbreitung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung 2009



beziehen (z.B. Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Mütter und Väter; Förderung des Aufstiegs von Frauen in Führungsfunktionen), ist dies auch für BGM notwendige Voraussetzung für systematische Vollständigkeit sowie für Passgenauigkeit und Wirksamkeit: Alle Beschäftigten gehören in den Blick.

Im **Vergleich zwischen BGM und BGF** hat BGF eine niedrigere „Eintrittsschwelle“ und ermöglicht kleinere stufenweise Schritte als Beitrag zum übergeordneten Ziel eines ganzheitlichen „Managements von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“. Allerdings wird in diesem Bericht unter BGF nicht die fallweise Durchführung unverbundener Einzelaktionen verstanden, sondern BGF wird als strategischer Ansatz und als kohärentes Bündel von gesundheitsbezogenen Maßnahmen verstanden. Dies setzt ebenfalls Planung, Organisation, Steuerung und Erfolgskontrolle - also Management - voraus, geht von den Rahmenbedingungen der betrieblichen Strukturen und Prozesse aus bzw. integriert ihre Maßnahmen in dieselben.

### ***1.3. Besondere Bedingungen für betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen***

Die Struktur der kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) ist gekennzeichnet durch eine überschaubare Beschäftigtenanzahl und -struktur, in der Regel ein unmittelbareres und persönlicheres Betriebsklima sowie direktere Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den betrieblichen Informations- und Entscheidungsprozessen. Dies korrespondiert mit der regelhaft durch den Unternehmer oder die Unternehmerin persönlich wahrgenommenen Verantwortung.

Angesichts der Betriebsgröße, der Organisationsstruktur und der Gesamtressourcen sind vor allem bei Kleinst- und Kleinunternehmen umfassende Managementsysteme mit entsprechenden Organisationsprozessen und – vor allem langfristig ausgerichtetem – Zeitmanagement weder realisierbar noch angemessen. Daher ist bei KMU eher nach der Relevanz von BGF, nach der Aufmerksamkeit und der praktischen Bereitschaft zu fragen als nach Systemen des BGM. Jedoch sollte auch hier erst dann von BGF gesprochen werden, wenn eine eindeutige positive Grundhaltung der Unternehmensführung vorliegt, der Maßnahmenansatz zielorientiert und planmäßig ist und BGF über vereinzelte verhaltensorientierte Aktivitäten hinausgehend auf nachhaltige Wirkungen angelegt ist.

Auf der überbetrieblichen Ebene ist bei KMU eine regionale Vernetzungsstruktur aufgrund ihrer Mitgliedschaft in Kammern, Innungen und Fachverbänden vorhanden. Diese können Träger übergreifender Aktivitäten für betriebliche Gesundheitsförderung sein.

Betriebliche Gesundheitsförderung in KMU ist unter der Geschlechterperspektive allein schon wegen der überproportionalen Frauen-Beschäftigungsanteile von großer Bedeutung -

nicht nur für die weiblichen Beschäftigten selbst, sondern auch, weil es in diesen Betriebsgrößen existenziell auf die Stabilität und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten ankommt und Fehlzeiten besonders gravierende Folgen haben können. Wichtig ist BGF in KMU der Dienstleistungsbranchen wegen der meist besonders hohen Flexibilitätsanforderungen und zugleich oft nicht wahrgenommenen psychischen Belastungen, z.B. durch die gleichzeitige unmittelbare Nähe zu den Kundinnen/Kunden und zur Arbeitgeberin/zum Arbeitgeber.

Psychische bzw. psychosoziale Belastungsfaktoren werden von den Geschlechterrollen mit geprägt. Diese wiederum können in der besonders individualisierten Situation von Beschäftigten in KMU besonders stark zum Tragen kommen - andererseits vielleicht auch eher überwunden werden.

## **2. Betriebliche Gesundheitsförderung unter der Geschlechterperspektive: Daten, Fakten und Ansatzpunkte für geschlechtergerechte BGF**

Aus der Fülle von möglichen und eine vertiefte Betrachtung lohnenden Aspekten wird nachfolgend für ausgewählte Themenfelder verdeutlicht, inwiefern sie mit der Geschlechterperspektive betrachtet in besonderer Weise Ansatzpunkte für Zielsetzungen, Konzeptionen und praktische Umsetzungsstrategien betrieblicher Gesundheitsförderung liefern.

Aus Kapazitätsgründen werden im Folgenden zwei Themen, zu denen der erste Bericht bereits eine Reihe wesentlicher Informationen und Aussagen geliefert hat, ausgeklammert, wengleich auch hier eine erweiterte und vertiefte Betrachtung mit Fokus auf die Relevanz für BGF notwendig und von Nutzen sein wird.

### ***Berufsspezifische Krankheitsdiagnosen und Arbeitsunfähigkeitsrisiken***

Im ersten GFMK-Bericht wurden exemplarisch für den Bereich der Muskel- und Skeletterkrankungen (MSE) die Ergebnisse einer BAuA-Untersuchung zu MSE bei Einzelberufen im Hinblick auf die ausdrücklich erklärte Zielsetzung der Studie<sup>16</sup> betrachtet, Schlussfolgerungen im Hinblick auf notwendige Präventionsschwerpunkte zu ziehen.

Der Kernpunkt, der sich herausstellte, war die Gefahr einer systematischen Unterschätzung der Risikoberufe bei den Frauen und damit ein Geschlechter-Bias bei der Setzung von Prioritäten der Prävention und BGF.

<sup>16</sup> Liebers, Falk, Caffier, Gustav, Berufs- und diagnosebezogene Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten der gesetzlichen Krankenkassen“, Abschlussbericht zum Projekt F 1996, Hg.: BAuA, Dortmund/Berlin/Dresden 2009, S. 112  
Zusammenfassung, Diskussion: Der Vorteil der berufsspezifischen Auswertung der Krankheitsartenstatistiken „*liegt im Aufzeigen von aktuellen Schwerpunktbereichen für die Prävention*“; Ziel ist „*die Identifikation von Zielgruppen mit erhöhten Morbiditätsrisiken und die Entwicklung spezifischer Angebote an solche Gruppen*“.

Das Ergebnis der Nachbetrachtung dieser einzelnen Studie ist über den konkreten Fall hinaus relevant:

Andere vergleichbare Studien haben ebenfalls zum Ziel, Grundlagen für die Identifizierung von Schwerpunktbereichen und Prioritäten der Prävention und die Identifizierung von Zielgruppen zu liefern. Es muss also nach Möglichkeit ausgeschlossen werden, dass die wissenschaftlichen Grundlegungen einen Gender-Bias aufweisen.

Die Thematik kann in diesem zweiten Bericht aus Kapazitätsgründen nicht nochmals aufgegriffen und vertieft untersucht werden.

Wichtig bleibt jedoch festzuhalten, dass vorliegende Studien in diesem Zusammenhang vielfältige, wichtige Anhaltspunkte für BGF-Schwerpunktsetzungen, -Konzepte und -Maßnahmen liefern können und genutzt werden sollten. Sie sollten bei der Weiterentwicklung von BGF sowohl auf der übergreifenden Ebene (Kampagnen, Fortbildungen, Fachtagungen, Konzeptionen) als auch bei der Analyse, Konzipierung und Umsetzung direkter BGF im Betrieb für den konkreten thematischen Zusammenhang recherchiert und - nach Prüfung und Sicherstellung, dass ihre Erkenntnisse und Schlussfolgerungen frei von einem etwaigen Gender-Bias sind - als Grundlagen für Zielgruppenbestimmungen und Konzeptionsentwicklungen mit herangezogen genommen werden.

***Arbeitsbedingte Belastungen und Beanspruchungen: Geschlechterspezifika als Hintergrund für die Fehlzeitenanalyse und als Ansatzpunkt für BGF***

Bereits im 1. Bericht wurde unter Bezugnahme auf eine Reihe von Untersuchungen zu diesem Thema ein Schwerpunkt gesetzt. Es wurden vielfältige geschlechterspezifische Ausprägungen festgestellt und verdeutlicht, die sowohl zur Verbesserung des Arbeitsschutzes als auch für die betriebliche Gesundheitsförderung wesentlich zu beachten sind.

Im Rahmen dieses zweiten Berichtes kann aus Kapazitätsgründen das Thema nicht nochmals aufgegriffen und vertieft werden.

Mittlerweile liegen in nennenswertem Umfang Studien und Umfrageergebnisse auch mit Hinweisen auf Geschlechterspezifika bei den arbeitsbedingten Belastungen und Beanspruchungen vor. Sie liefern wichtige Anhaltspunkte für BGF-Schwerpunktsetzungen sowie auch für die ganzheitliche Ausgestaltung von Maßnahmen, zum Beispiel:

- Komplexe, sich verschärfende Belastungskonstellationen in der IT-Branche, vorrangig jüngere Männer betreffend
- Belastungssituationen in den Berufsfeldern der Sozialen Arbeit sowie in der Pflegebranche, vorrangig Frauen betreffend

Sie sollten bei der konkreten Entwicklung und Umsetzung betrieblicher BGF-Konzepte und – Maßnahmen als Informationsgrundlage mit genutzt werden, was voraussetzt, dass entsprechende Informationsmaterialien für die Praxis bereit gestellt werden.

Für die übergreifende Weiterentwicklung von Prävention und BGF müssten die vorliegenden Forschungs- und Umfrageergebnisse umfassend ausgewertet und in die Debatten mit einbezogen werden.

## **2.1. Welchen Handlungsbedarf veranschaulichen die Statistiken zu Fehlzeiten und Krankheitsbildern?**

BGF zielt mit Verhaltens- und Verhältnisprävention sowohl auf die allgemeine Verbesserung der gesundheitlichen Verfassung der Beschäftigten als auch auf Schwerpunktsetzungen für besondere Erkrankungsbereiche.

### **2.1.1. Fehlzeiten bei Krankheitsbildern mit besonderer Relevanz für betriebliche Gesundheitsförderung**

Die nachfolgenden Statistiken<sup>17</sup> aus dem Bereich einer gesetzlichen Krankenversicherung illustrieren die hohe Bedeutung verschiedener Erkrankungen, bei denen umfassend angelegte BGF besonders gute Ansatzpunkte finden kann. Das sind vor allem Muskel- und Skeletterkrankungen, psychische Erkrankungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Die Statistiken der anderen Krankenkassen weisen in die gleiche Richtung; Unterschiede sind nur graduell.

Die Krankenkassenstatistiken zeigen, welche Erkrankungen zu Arbeitsunfähigkeit und damit zu in der Arbeitswelt relevanten Fehlzeiten führen. Sie liefern zwar keine Grundlage dafür, diese Erkrankungen allein auf die Bedingungen der Arbeitswelt zurückzuführen, aber es ist unbestritten, dass BGF - zusätzlich zum betrieblichen Arbeitsschutz - die arbeitsbedingten Ursachenanteile reduzieren (Verhältnisprävention) und die persönlichen Umgangsweisen der Beschäftigten (Verhaltensprävention) gesundheitsförderlich unterstützen kann. Insoweit nützt sie Beschäftigten und Betrieben.

Dabei erscheinen BGF-Ansätze, die auf ein bestimmtes einzelnes Krankheitsbild oder -risiko abstellen (z.B. „Haut“ oder „Rücken“) zwar für die Krankenkassen und auch für Unfallversicherungsträger naheliegend und auch für die jeweilige konkrete Problematik durchaus er-

---

<sup>17</sup> Quellen: Barmer Gesundheitsreport 2008, S. 36; Barmer GEK Gesundheitsreport 2010 – Teil I, S. 22

folgversprechend. Sie sollten jedoch die ganzheitliche Perspektive der betrieblichen Gesundheitsförderung für die Zielsetzung „gesunde Arbeitsbedingungen, Stärkung der Gesundheit bei der Arbeit“ nicht ersetzen oder in den Hintergrund drängen.

Bei den genannten drei Erkrankungen sind den nachfolgenden Tabellen eine Reihe von Geschlechterspezifika zu entnehmen:

- Männer sind etwas häufiger als Frauen aufgrund von MSE arbeitsunfähig, wobei Frauen eine etwas längere Erkrankungsdauer aufweisen.
- Frauen sind deutlich häufiger als Männer aufgrund psychischer Diagnostiken arbeitsunfähig, wobei Männer eine etwas längere Erkrankungsdauer aufweisen.
- Männer haben bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen einen doppelt so hohen Krankenstands-Anteil im Vergleich zu Frauen.
- Im Zeitvergleich 2009 gegenüber 2007 zeigen sich bei MSE und bei psychischen Erkrankungen für beide Geschlechter Anstiege - besonders stark beim Krankenstand aufgrund psychischer Erkrankungen: bei Männern um 1,5 und bei Frauen um 2,0 Prozentpunkte.

## 2007

Krankheitsart (ICD-10)	Anteil am Krankenstand in %		Anteil an AU-Fällen in %		Erkrankungsdauer in Tagen		Ø-Alter in den Krankheitsgruppen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Muskel-Skelett-System	25,5	22,6	17,4	14,1	18,7	20,3	43,1	40,1
Atmungssystem	14,1	15,5	28,2	29,8	6,4	6,6	37,3	40,2
Psychische Störungen	12,7	17,3	4,4	6,3	36,9	34,8	42,2	43,5
Verletzungen	10,9	7,0	7,7	4,6	18,1	19,2	35,3	42,3
Verdauungssystem	7,5	6,2	14,8	13,4	6,5	5,9	38,5	40,9
Neubildungen	4,8	7,4	1,7	2,3	37,1	41,1	49,2	47,4
Kreislaufsystem	7,8	4,0	4,0	3,1	25,1	16,4	48,2	46,3
Infektionen	4,1	3,9	8,7	7,9	5,9	6,2	36,1	39,2
Symptome	3,0	3,6	4,4	5,2	8,8	8,8	38,8	40,4
Urogenitalsystem	1,4	3,2	1,5	4,0	12,2	10,3	44,1	40,6
Übrige Krankheitsgruppen	8,2	9,3	7,2	9,3	13,8	12,9		

2009

Krankheitsart (ICD-10)	Anteil am Krankenstand in %		Anteil an AU-Fällen in %		Erkrankungsdauer in Tagen		Ø-Alter in den Krankheitsgruppen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Muskel-Skelett-System	25,2	21,8	16,3	13,4	21,2	22,4	43,6	46,1
Atmungssystem	15,2	16,4	31,2	32,4	6,7	6,9	37,5	40,8
Psychische Störungen	14,2	19,3	4,6	6,6	42,1	40,0	42,4	44,3
Verletzungen	10,4	6,8	7,2	4,4	19,8	20,9	35,5	42,8
Verdauungssystem	7,0	5,6	13,8	12,4	7,0	6,2	38,8	41,6
Neubildungen	4,5	7,2	1,6	2,3	38,5	43,6	49,1	47,9
Kreislaufsystem	7,3	3,9	3,6	2,9	27,6	18,2	48,6	46,9
Infektionen	4,0	3,7	8,9	8,1	6,2	6,3	36,2	39,8
Symptome	3,2	3,7	4,5	5,3	9,8	9,6	38,8	41,0
Urogenitalsystem	1,3	2,9	1,4	3,7	12,4	10,7	44,2	41,0
Übrige Krankheiten	7,7	8,7	6,9	8,5				
<b>Summe</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>				

Inwieweit man die statistisch erkennbaren prozentualen Unterschiede zwischen Frauen und Männern bei den verschiedenen Krankheitsarten als bedeutsam oder als nicht bedeutsam<sup>18</sup> bezeichnet, ist für geschlechtergerechte BGF nicht von Bedeutung:

Erkennbar ist, dass für beide Geschlechter von den Fehlzeiten her klarer Handlungsbedarf besteht und dass der Handlungsdruck steigt:

- in Bezug auf die Entwicklung der Häufigkeit und der Erkrankungsdauer vor allem bei den psychischen Erkrankungen;
- in Bezug auf die Entwicklung der Erkrankungsdauer *ohne Ausnahme* bei allen Krankheitsarten.

Erforderlich ist daher BGF, die Frauen und Männer gleichermaßen wirkungsvoll erreicht: Die Maßnahmen müssen passgenau sein und sie dürfen keins der beiden Geschlechter nachrangig behandeln. Die immer noch häufig geäußerte Bewertung, das frauentypische Berufe-Spektrum und die frauentypische Teilzeitarbeit seien weniger belastend, ist von den für beide Geschlechter festzustellenden Trends der Fehlzeiten her ebenso wenig haltbar wie von den teilweise geringen, teilweise größeren Geschlechter-Unterschieden bei den einzelnen Krankheitsdiagnosen, wobei mal das eine, mal das andere Geschlecht stärker betroffen ist. Eine Rechtfertigung, BGF auf Männer und auf Männerberufsbereiche zu fokussieren, geben die Fehlzeitenstatistiken nicht her.

<sup>18</sup> Die BARMER GEK bewertet in ihrem Gesundheitsreport 2010 die Unterschiede bei den krankheitsspezifischen AU-Daten für Frauen und Männern als „nicht bedeutsam“.

### **2.1.2. Gemeinsame Betrachtung der Kriterien Alter und Geschlecht bei den Fehlzeiten**

Der *TKK-Gesundheitsreport 2011* der *Techniker Krankenkasse* hat als Schwerpunktthema die gesundheitliche Situation junger Erwerbspersonen und Studierender (Altersgruppen 20 bis unter 35) untersucht. Bei den nach Geschlecht differenzierten ambulanten Diagnoseraten junger Erwerbspersonen zeigt sich, dass junge Frauen nahezu durchgängig häufiger als junge Männer betroffen sind (S. 45-47).

Nimmt man zwei Diagnosen - MSE und psychische Erkrankungen - heraus, für die in besonderem Maße Ansatzpunkte der BGF gesehen und umgesetzt werden, so beträgt die Diagnoserate bei MSE für junge Frauen 38,5 %, für junge Männer 31,3 %. Bei psychischen Erkrankungen ist die Rate für junge Frauen 29,2 %, für junge Männer 12,5 %.

Die differenziertere Betrachtung (S. 60-62) lässt deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Betroffenheit von den verschiedenen Arten der psychischen Gesundheitsstörung erkennen - Unterschiede, bei denen Fragen nach Zusammenhängen zur sozialen Geschlechterrolle (Einschränkungen, Anforderungen?) nahe liegen:

- So wird bei jungen Erwerbspersonen die Diagnose „Depressionen“ bei jungen Frauen fast 2 1/2 mal so oft gestellt wie bei jungen Männern, und fast ausschließlich junge Frauen sind von Essstörungen betroffen.
- Bei jungen Männern sind dagegen hyperkinetische Störungen doppelt so häufig wie bei jungen Frauen, ebenso psychische Störungen aufgrund des Konsums von Alkohol oder Cannabis.
- Die Verordnungen von Antidepressiva sind zwischen 2006 und 2010 um 70 % gestiegen. In allen Altersgruppen zwischen 20 und 28 Jahren liegt die Verordnungsrate für junge Frauen etwa doppelt so hoch wie für junge Männer; in den darüber liegenden Altersgruppen verringert sich der relative Abstand zwischen den Geschlechtern.

Hieraus ist klar zu erkennen: Maßnahmen, die allgemein-unspezifisch für die Altersgruppe - junge Auszubildende und junge Erwerbstätige - konzipiert werden, können quantitativ und qualitativ am Bedarf vorbeigehen und ihr Ziel nur teilweise erreichen.

Die Relevanz einer verbundenen Betrachtung von Geschlecht und Altersgruppen wird in verschiedenen Gesundheitsreporten, die den Fokus besonders auf Männer richten, in Bezug auf Männer im mittleren Lebensalter hervorgehoben.

Im folgenden Abschnitt 2.2 wird dies auch im Kontext der Entwicklung der Gesundheitskompetenz von Frauen und Männern im Lebensverlauf sichtbar.

Diese Ergebnisse zeigen, dass eine Verbindung der Gender-Perspektive mit dem Kriterium Alter relevant sein kann und mit geprüft werden sollte, um passgenaue, wirksame Maßnahmen an die richtigen Zielgruppen zu adressieren.

## **2.2. Welche Geschlechterspezifika bei Gesundheitskompetenz und –verhalten sind für BGF von Interesse?**

Eine Internetbefragung<sup>19</sup> von Erwerbstätigen zu ihrer Gesundheitskompetenz zeigt eine Reihe von Geschlechterunterschieden:

Im Gesamtwert der *individuellen Gesundheitskompetenz*, der sich aus Gesundheitszielen, Erfolgszuversicht und Bewältigungsfähigkeit zusammensetzt, ergibt sich für Frauen ein Wert, der über dem der Männer liegt. Das liegt vor allem daran, dass bei Frauen die „Bewältigungsfähigkeit“ deutlich stärker ausgeprägt ist als bei Männern (S. 20).

Bei der *gemeinsamen Betrachtung von Geschlecht und Alter* zeigt sich, dass der Skalenwert für die Gesundheitskompetenz von Frauen im Lebensverlauf durchweg ansteigt, bei Männern dagegen ab der Altersgruppe 30-34 deutlich absinkt. Dadurch ergibt sich ab Mitte/Ende 30 ein Rückstand der Männer in punkto Gesundheitskompetenz, der sich in der Altersgruppe ab 55-59 nochmals erheblich vergrößert (S. 21).

Bei Männern mit einem *höheren* Skalenwert ihrer Gesundheitskompetenz nimmt - eher unerwartet - die Inanspruchnahme von Gesundheits-Checks und Vorsorgeuntersuchungen *ab*. Bei Frauen dagegen nimmt sie zu und ihr Vorsorgeverhalten liegt durchweg über dem der Männer. (S. 26/27). Hinsichtlich des Aufwandes für bewusste gesundheitliche Aktivitäten ergibt sich kein durchgängiger Trend der Geschlechterunterschiede, jedoch zeigen sich Unterschiede in Abhängigkeit von der Altersgruppe (S. 29).

Zusammen mit dem Faktor Geschlecht erweist sich somit auch bei der Gesundheitskompetenz der Faktor Alter für BGF als relevant.

Für den Gesundheitsfaktor „Stressbewältigung“ ist bei dieser Internetbefragung leider nur eine Auswertung nach Altersgruppen, jedoch nicht nach Geschlecht vorgenommen worden. Ein Grund für den Verzicht auf eine Auswertung nach Geschlecht bzw. nach Geschlecht und Alter gekoppelt ist nicht erkennbar.

---

<sup>19</sup> BARMER GEK Gesundheitsreport 2010 Teil II



Die Auswertung zeigt ein relativ gleichmäßiges Niveau der Altersgruppen zwischen 25 und 60, jedoch erheblich niedrigere Skalenwerte für die Gruppe der jungen Erwerbstätigen (unter 25) und die Gruppe der Älteren (ab 60). Hieraus wird zutreffend geschlussfolgert (S. 33):

*„Aufgrund der unterschiedlichen Erfahrungs- und Lebenswelten von jüngeren und älteren Menschen sind unterschiedliche ‚Ansprachekonzepte‘ ... notwendig, wenn es um den Zusammenhang von Stressbewältigung und Gesundheit geht.“*

Die weitere Schlussfolgerung, dass für das wichtige Gesundheitsthema Stressbewältigung die Altersabhängigkeit das *Hauptkriterium* ist, ist allerdings nicht nachvollziehbar:

Gerade bei den psychischen Erkrankungen stehen deutliche Geschlechterunterschiede außer Zweifel, und dass Stress ein für psychische Erkrankungen relevanter Belastungsfaktor ist, ist gleichfalls unbestritten. Hier wären vollständigere Auswertungen auch nach Geschlecht nicht nur wünschenswert, sondern notwendig.

Die *Initiative Gesundheit und Arbeit* zieht aus der aktuellen Befragung des *iga-Barometers*<sup>20</sup> zu Gesundheitsverhalten und subjektiver Gesundheit in der Erwerbsbevölkerung den folgenden Gesamt-Schluss:

*“Die Ergebnisse deuten einen stärkeren Einfluss von Alter, Geschlecht und sozialem Status auf gesundheitsbewusstes Verhalten an, während sich für Faktoren aus der Arbeitswelt, etwa die Unternehmensgröße oder der Beruf, nur wenige Unterschiede aufzeigen lassen.“*

Bei einer solchen Schlussfolgerung darf allerdings nicht außer Acht bleiben, dass die Berufs- und Arbeitswelt von geschlechterspezifischer Segregation deutlich geprägt ist und die genannten Faktoren keineswegs unabhängig voneinander zu sehen sind, wenn nach ihrer Bedeutung für das Gesundheitsbewusstsein und –verhalten erwerbstätiger Frauen und Männer gefragt wird.

### **2.3. Welche geschlechterrelevanten Daten und Fakten zu den Angeboten und der Inanspruchnahme von BGF sind bekannt?**

Vorauszuschicken ist, dass es kein vollständiges Datenmaterial zu den in den Betrieben gemachten Angeboten von BGF und ihrer Inanspruchnahme durch die Zielgruppen, z.B. nach Geschlecht, gibt. Es gibt keine Datenquelle zu den von Betrieben selbst, ohne die Kranken-

<sup>20</sup> iga -Report 21, April 2011, S. 63 - siehe auch Abschnitt 2.4

kassen, durchgeführten Maßnahmen. Die Repräsentativität und Aussagekraft der vorliegenden Daten ist daher begrenzt.

Ob Angebote der BGF - in welchem Bereich und für welche Zielgruppe auch immer - auch geschlechtersensibel gestaltet werden, kann von den vorliegenden Informationen her nicht überprüft werden.

Als Haupt-Datenquelle sind die jährlichen *GKV-Präventionsberichte* heranzuziehen. Im Folgenden sind die bis Februar 2012 vorliegenden Berichte für die Jahre 2005-2009 zugrunde gelegt. Der GKV-Präventionsbericht mit den Daten für das Jahr 2010 war noch nicht verfügbar.

Eine Auswertung der GKV-Berichte seit 2005 zeigt folgende geschlechterrelevante Strukturen der durch die Krankenkassen initiierten, durchgeführten und begleiteten BGF-Maßnahmen:

Besondere Branchenschwerpunkte sind das verarbeitende Gewerbe (mit 45 % überproportional zum Beschäftigtenanteil von 11 % in der gesamtwirtschaftlichen Beschäftigungsstruktur), sowie ebenfalls überproportional Handel, Instandhaltung, Reparatur (z.B. Kfz, Gebrauchsgüter). Klar unterrepräsentiert sind „wirtschaftliche, sonstige öffentliche und private Dienstleistungen“: 10 % Anteil bei BGF, 18 % in der gesamtwirtschaftlichen Beschäftigungsstruktur.

Rund 50 % der Angebote betreffen Betriebe mit 100-499 Beschäftigten, rund 31 % in Klein- und Kleinstbetrieben (bis 49 Beschäftigte).

Zu rund 60 % sind die BGF-Angebote an „alle Beschäftigten“ gerichtet, d.h. nicht zielgruppenspezifisch.

Bei den rund 40 % der Angebote mit Zielgruppenausrichtung liegen die Schwerpunkte wie folgt:

- „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppen“: d.h. im Blick sind Arbeitsplätze, die von vornherein und klassisch als besonders belastet bewertet werden,
- „Mitarbeiter in Produktion und Handwerk“,
- Maßnahmen für Führungskräfte der oberen und der mittleren Ebene.

Die Branchenschwerpunkte, die Schwerpunkte nach Betriebsgrößen und Branchen sowie die prioritären Zielgruppen bilden den Bedingungsrahmen, demzufolge Frauen in der BGF

unterrepräsentiert sind, wie alle Präventionsberichte über die Jahre hinweg beständig ausweisen.

Wie viele Beschäftigte in den Betrieben durch die BGF-Maßnahmen erreicht werden und welche Anteile dabei die verschiedenen Zielgruppen haben, dazu gibt es keine validen Aussagen, da Mehrfachnennungen bei der Zielgruppenzuordnung möglich sind. Außerdem werden Personen, die „indirekt“ - nämlich durch Multiplikatoren oder durch Informationsweitergabe von direkten Teilnehmern und Teilnehmerinnen an weitere Beschäftigte - erreicht werden, in die Daten eingerechnet.

Als Gesamtaussage zur Geschlechterrelation beim „Erreichungsgrad“ nennt der GKV-Präventionsbericht für die Daten des Jahres 2009 für Männer einen Prozentsatz von 62 %, für Frauen von 38 %.

Bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ist dagegen die Geschlechterrelation 58 % Männer, 42 % Frauen.

Nach dem *Bericht der Bundesregierung über Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankengeschehen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2009*<sup>21</sup> (SUGA-Bericht 2009) war gut ein Drittel (36 %) aller BGF-Angebote zielgruppenspezifisch ausgerichtet. Allerdings findet sich keine Übersicht über die Verteilung der Zielgruppen auf die Angebote. Eine bessere, strukturierte Information, auf welche Zielgruppen hin die BGF-Angebote konzipiert sind, ob, und wenn ja, wie sich dabei (auch) Genderaspekte erkennen lassen, wäre hoch aufschlussreich und sollte zur Fundierung der Weiterentwicklung der BGF erarbeitet werden.

Bemerkenswert ist neben dieser quantitativen Unterrepräsentanz von Frauen in der BGF auch der Qualitätsaspekt<sup>22</sup>: *„die BGF-Aktivitäten, die Männer in Betrieben mit hohem Männeranteil erreichten, (waren) von einem hohen Qualitätsniveau gekennzeichnet ... : häufiger gleichzeitig verhaltens- und verhältnisbezogene, länger andauernde BGF-Aktivitäten, mehr Gesundheitszirkel und Erfolgskontrollen.“*

Diese Bewertung seitens der GKV deutet darauf hin, dass zu der anhaltenden Situation quantitativer Benachteiligung von Frauen in der BGF qualitative Nachteile hinzukommen<sup>23</sup>.

<sup>21</sup> Vorgelegt vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, vgl.: <http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Suga-2009.html>

<sup>22</sup> GKV-Präventionsbericht 2008, S. 10

<sup>23</sup> Dabei kann eine nachteiligere Situation in Branchen und Betrieben mit besonders hohem Frauenanteil auch dort beschäftigte Männer mit betreffen.

#### **2.4. Der subjektive Blick: Wie schätzen Frauen und Männer die Beachtung und Förderung ihrer gesundheitlichen Bedingungen im Betrieb ein?**

Diese Fragestellung ist für BGF von Interesse, weil sie Interesse, Bedarf und etwaiges Mangelempfinden aus der subjektiven Sicht der Beschäftigten illustriert, also die Nachfrageseite transparenter werden lässt.

Mit dem iga-Barometer „Einschätzungen der Erwerbsbevölkerung zum Stellenwert der Arbeit, zum Gesundheitsverhalten, zum subjektiven Gesundheitszustand und zu der Zusammenarbeit in altersgemischten Teams“ wurden in 3 Wellen (2004 - 2007 - 2010) die Einschätzungen der Erwerbsbevölkerung zu ihren gesundheitlichen Bedingungen im Betrieb untersucht<sup>24</sup>. Bezogen auf eine ganze Reihe von Fragen zeigt das Antwortverhalten insgesamt betrachtet die große Bedeutung der Arbeitssituation für das gesamte persönliche Wohlbefinden, also für Gesundheit im Sinne des WHO-Gesundheitsbegriffes. Dabei sind deutliche Geschlechterunterschiede in den Bewertungen gesundheitsrelevanter Aspekte der Arbeitssituation und -bedingungen im Setting Betrieb zu erkennen:

##### **„Meine Arbeit hält mich fit, bringt mir Anerkennung“**

Die geäußerten Einstellungen zur Arbeit unterscheiden sich deutlich für Frauen und Männer (S. 13, 15):

„... hält mich fit“: JA bei Frauen 86 %, bei Männern 77 %  
 „... bringt mir Anerkennung“: JA bei Frauen 52 %, bei Männern 60 %

Im Jahresvergleich der Befragungswellen (2004/2007/2010) ist die Zustimmungquote gesunken: bei Frauen etwas mehr (um 5 %) als bei Männern (um 3 %).

##### **„Meine Arbeit ist genau richtig / zu langweilig / zu fordernd“**

Deutliche Geschlechterunterschiede finden sich bei einigen Berufen, am stärksten bei den Gesundheitsberufen, die von Frauen zu 21 % als „zu fordernd“ bewertet werden, von Männern dagegen nur zu 6 %.

Damit korrespondieren auch geschlechtsspezifische Antworten von im Gesundheitswesen Beschäftigten,

- ob sie einen Berufswechsel (hypothetisch) in Betracht ziehen würden,
- ob sie Nachteile durch die Arbeitszeitflexibilisierung sehen würden,
- ob sie ihren Arbeitsplatz als unsicher betrachten.

<sup>24</sup> iga -Report 21, April 2011; Quelle für die nachfolgenden Seitenzahlen im Text.

Bei all diesen Fragen bewerten Frauen im Gesundheitswesen ihre Arbeit wesentlich häufiger als Männer kritisch bzw. negativ (zwei- bis dreimal so häufige Negativantworten). Bei der hypothetischen Frage nach einem etwaigen Berufswechsel antworten mit JA 25 % der Frauen gegenüber 8 % der Männer (S. 30/31).

### **„Mein Unternehmen kümmert sich um meine Gesundheit“**

Allgemein ist die Zustimmungquote bei Frauen geringer als bei Männern (S. 20/21):

„Trifft zu/trifft voll und ganz zu“

- Frauen            62 % JA, 38 % NEIN;
- Männer           71 % JA, 29 % NEIN

Auch bei dieser Frage zeigen sich besonders ausgeprägte Geschlechterunterschiede im Gesundheitswesen. „Mein Unternehmen kümmert sich ...“: JA bei Frauen nur 58 %, bei Männern 68 %.

Interessant sind die Geschlechterunterschiede bei den Antworten der Beschäftigten in Klein- und Kleinstunternehmen (S. 49):

*Zustimmende Antworten*

- in Kleinstunternehmen (bis 10 Beschäftigte):  
JA bei Frauen 21,5 % , bei Männern 29,1 %;
- in Kleinunternehmen (10 – 49 Beschäftigte) JA bei Frauen 13,1 %, bei Männern 27,1 % JA

In mittleren (ab 50 Beschäftigte) und großen Unternehmen zeigen die Antworten nur geringe Geschlechterunterschiede.

Die höhere Quote kritischer Bewertungen von Frauen in Klein- und Kleinstunternehmen ist besonders relevant, weil Frauen bei der Gesamtbeschäftigung in diesen Betriebsgrößen überrepräsentiert sind.

Voll zustimmend antwortet nur eine kleine Gruppe der Beschäftigten, jedoch ist die Tendenz positiv:

Im Jahresvergleich der Befragungswellen ergibt sich 2010 gegenüber 2004 ein Anstieg der zustimmenden Bewertungen, jedoch erheblich stärker bei Männern als bei Frauen<sup>25</sup>.

<sup>25</sup> Quelle siehe Fußnote 22. S. 9, 20. Die Zahlenwerte sind im Text für die Befragten insgesamt sowie für Männer angegeben. Für Frauen wurden sie aus der Grafik S. 9 geschätzt.

Voll zustimmend antworteten

- Männer JA im Jahr 2004: 11,4 %, im Jahr 2010 22,8 %
- Frauen JA im Jahr 2004: unter 10 %, im Jahr 2010 rd. 17 %

***Trend 2004 - 2010: „Kümmert sich mein Unternehmen um meine Gesundheit?“***

Die Beschäftigten - Frauen stärker als Männer - bringen also trotz zu verzeichnender Positiventwicklung weiterhin einen Mangel an betrieblicher Achtsamkeit gegenüber ihrer Gesundheit und an Förderung ihrer gesundheitlichen Belange bei der Arbeit zum Ausdruck.

Bei dem allgemein von den Befragten geäußerten Verbesserungstrend vergrößert sich allerdings die Schere zwischen Frauen und Männern weiter.

Der positive Antwort-Trend „geht vor allem von den Männern aus, bei denen sich der Anteil ... exakt verdoppelt. Dies kann auch auf eine stärkere Beratung zu Präventionsmaßnahmen und zum betrieblichen Gesundheitsmanagement durch Krankenkassen und Unfallversicherungsträger zurückgeführt werden.“ (S. 8)

**2.5. Fazit zur Angebotsseite der BGF aus der Geschlechterperspektive**

Vorab ist aufgrund der Daten der GKV-Präventionsberichte wichtig, festzustellen, dass die Krankenkassen mit ihren Angeboten zur *allgemeinen Prävention* erheblich mehr Frauen als Männer erreichen: Mehr als drei Viertel der Individualmaßnahmen werden von Frauen in Anspruch gekommen.

Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung ist das Geschlechterverhältnis dagegen umgekehrt. Die Gründe dafür müssen auf der Angebots- und nicht auf der Nachfrageseite gesehen werden, denn die geschlechterspezifischen Verhaltensweisen bei der Inanspruchnahme allgemeiner Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote würden für eine starke Inanspruchnahme seitens der Frauen sprechen.

Obwohl seit 2005 Gender in der BGF zum Thema wird (siehe Kap. 3.1), ändert sich an der Männerorientiertheit der BGF in der Breite nur wenig: Frauen erhalten nachhaltig weniger Zugang zu BGF. Frauen geben zur Frage, ob ihr Arbeitgeber sich um ihre Gesundheit kümmert, zu fast 40 % eine Negativantwort, Männer (nur) zu fast 30 %.

Nur in einigen frauenspezifischen Berufsfeldern (Pflege, Erziehung) haben das Problembewusstsein und die Aktivitäten wegen des verschärft zutage tretenden Problemdruckes - hohe Krankenstände, Verlassen des Berufes nach wenigen Beschäftigungsjahren, Mangel an Fachkräften und Ausbildungsinteressierten - zugenommen. De facto werden BGF-Angebote bevorzugt in Männer-Beschäftigungsbereichen entwickelt und bereitgestellt.

Angesichts dieses offenkundigen *Gender-Bias* stellt sich die Frage, welche Gründe dafür bei den Akteuren und Entscheidungsträgern der Prävention und BGF maßgeblich sind:

- Wird die Arbeit in „Männerbranchen“ / „Männerarbeit“ als besonders schwer und gesundheitsgefährdend angesehen? Wird bei Frauenarbeit unterstellt, dass sie weniger belastend ist und deshalb Prävention und BGF weniger notwendig sind?
- Wird das höhere Gesundheitsbewusstsein von Frauen und ihre höhere Teilnahme an Individualmaßnahmen der allgemeinen Gesundheitsförderung als ausreichend angesehen, so dass bei BGF Schwerpunkte zugunsten der Männer notwendig und gerechtfertigt erscheinen?
- Oder wird (unbewusst) unterstellt, dass Frauen weniger als Männer der BGF bedürfen, weil ihre Berufsbiographien anders angelegt sind als die der Männer: bei Männern die andauernde, nachhaltige Verausgabung („lebenslang Vollzeit und Überstunden“) - bei Frauen oft Teilzeitarbeit, Minijobs oder Berufsunterbrechungen („wegen der Familienaufgaben und wenn es zu viel wird“)?
- Werden Prioritäten dort gesetzt, wo Krankenkassen/Unfallversicherungsträger durch Krankheitskosten bestimmter Beschäftigtengruppen besonders stark belastet sind?

### **3. Ziele und Positionierungen, Strategien und methodischer Ansatz für geschlechtergerechte betriebliche Gesundheitsförderung**

Bei der Frage der Notwendigkeit verstärkter BGF in allen Bereichen der Arbeitswelt geht es nicht mehr um die Frage des „Ob“, sondern um das „Wie“:

Die Begründung für BGF *im gesamten Spektrum* der Branchen, Betriebe, Tätigkeitsfelder sowie der Beschäftigtengruppen steht außer Frage. Für jedes Unternehmen, jeden Arbeitgeber sollte es selbstverständlich werden, BGF zu realisieren, und zwar für alle Gruppen von Beschäftigten, in der jeweils passenden und wirksamen Form.

Im Folgenden wird zunächst in Abschnitt 3.1 exemplarisch aufgezeigt, inwieweit Geschlechteraspekte für die übergreifenden Akteure im Verlauf der letzten Jahre bereits ein Thema geworden sind, zu dem sie sich positionieren.

Anschließend werden im Abschnitt 3.2 für die übergreifenden, für BGF und Prävention gesetzlich verantwortlichen Organisationen, Institutionen und Netzwerke sowie für die unmittelbar praktische Ebene der Unternehmen, insbesondere der KMU, Vorschläge zur geschlech-

tergerechten Herangehensweise und Gestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderung gemacht.

Als umfassender und zugleich konkret spezifizierter Ansatz kann die Methode von Gender Mainstreaming zugrunde gelegt werden, die in der Einleitung dargestellt wurde.

Zugleich mit der generellen Verstärkung des Stellenwertes von BGF müssen bisherige im Hinblick auf die Geschlechterverhältnisse einseitige Prioritätensetzungen oder Ausblendungen hinterfragt und Vorschläge gemacht werden, wie für das gesamte Spektrum der Branchen, Tätigkeiten und Betriebe die Ziele, Konzepte und konkreten Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung geschlechtergerecht weiterzuentwickeln und zu realisieren sind. Dies ist Gegenstand des Abschnitts 3.2.

### **Akteure und Adressaten**

Die Überlegungen und Vorschläge richten sich an:

- Arbeitgeber und die betrieblichen Führungskräfte sowie die Fachkräfte für Arbeitssicherheit und die Betriebsärztinnen und -ärzte,
- die Beschäftigten selbst und die Betriebsräte und Gewerkschaften als ihre Interessenvertretungen,
- Gesetzliche Krankenversicherungen; Deutsche Rentenversicherung,
- Unfallversicherungsträger,
- die staatlichen Aufsichtsbehörden des Arbeitsschutzes,
- Präventionsdienstleister, Unternehmensberatungen,
- Wissenschaftliche Forschung und Beratung,
- Gewerkschaften einschließlich ihrer wissenschaftlichen und beratenden sowie Projekte fördernden Einrichtungen.

Angesprochen sind in besonderer Weise

- die übergreifende politische Ebene der Träger des Arbeits- und Gesundheitsschutzes:  
So hat zum Beispiel die *Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie* die Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb als zentralen strategischen Ansatz gewählt. Noch deutlicher als in der ersten Periode 2009-2012 kommt dies in den Zielen und Schwerpunkten der nächsten Umsetzungsperiode 2013-2018 zum Ausdruck, vor allem im Schwerpunkt „Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingten psychischen Belastungen“.



- sowie die *Netzwerke von institutionellen Trägern und Unternehmen als Akteuren der BGF und Prävention*: Diese Netzwerke haben eine hohe Bedeutung für die Sensibilisierung, praktische Implementierung und Weiterentwicklung der BGF.

Als bundesweit übergreifende<sup>26</sup> Netzwerke der BGF sind zu nennen:

- ***Initiative Gesundheit und Arbeit (iga)*** - ein Kooperationsverbund von BKK Bundesverband, DGUV, AOK-Bundesverband und Verband der Ersatzkassen: Zielsetzung der iga ist die Impulsgebung und Unterstützung ihrer Träger und anderer Akteure der betrieblichen Prävention z.B. durch Studien und Befragungen (siehe Kap. 2.2) sowie durch Ableitung von Präventionszielen für die moderne Arbeitswelt und Weiterentwicklung von Präventionsansätzen. Bislang liegen die Zielgruppenakzente der iga auf den Themen des demographischen Wandels und der interkulturellen BGF.
- ***Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF)*** - Partner des *Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung*, 2002 gegründet und gefördert durch die iga: Das Netzwerk besteht aus sechs Foren, von denen nahezu alle thematisch im hohem Maße geschlechterrelevant sind, auch wenn das DNBGF die Genderperspektive (noch) nicht explizit thematisiert: KMU, öffentlicher Dienst, Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege sowie Bildung und Erziehung: In diesen Bereichen sind überproportional Frauen beschäftigt, für die in Kap. 2 besonderer Nachholbedarf an BGF konstatiert wurde. Auch dass im Forum „Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung“ neben den Arbeitslosen die prekär Beschäftigten im Fokus stehen sollen, ist ein genderrelevanter Akzent.
- ***Arbeitsgruppe „Betriebliche Gesundheitsförderung“ beim BMAS*** - ein offenes Netzwerk von Vertreterinnen und Vertretern aus verschiedenen für die BGF relevanten Organisationen und Institutionen unter Leitung des BMAS: Die AG hat in ihrem 2010 verabschiedeten Positionspapier die Notwendigkeit gendersensibler Gestaltung der BGF ausdrücklich erwähnt. Sie setzt sich im Rahmen ihrer aktuellen Debatten mit der Genderthematik auseinander, so z.B. mit dem ersten GFMK-Bericht *„Geschlechtergerechte Praxis im Arbeitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung“* und mit den Möglichkeiten einer verbesserten gendersensiblen Daten-Berichterstattung durch die BAuA.

---

<sup>26</sup> Auf die Darstellung regionaler Gesundheitsnetzwerke wird aufgrund der begrenzten Arbeitskapazität der AG sowie der zeitaufwändigeren Zugänge zu Informationen verzichtet, obwohl diese für BGF in regionalen Netzwerken für KMU eine wichtige Rolle einnehmen können.

### **3.1. Positionierungen zu Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung: neue Zielorientierungen - neue Wege hin zu Gender?**

Da die Datenlage beachtlich viele Hinweise auf für BGF interessante Geschlechterunterschiede gibt, stellt sich die Frage, ob und wenn ja, in welcher Weise die gesetzlich verantwortlichen Träger der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention dieses Thema aufgreifen. Das soll in diesem Kapitel vor allem für die Ebene der großen Organisationen am Beispiel der Krankenkassen und Unfallversicherungsträger illustriert werden.

#### **3.1.1. Gender und BGF als Thema bei den Krankenkassen**

Geschlechteraspekte werden etwa seit Mitte der 2000er Jahre bei den institutionellen Akteuren - insbesondere den gesetzlichen Krankenversicherungen - sowie in den Berichten und Forschungsarbeiten zum **Krankheitsgeschehen in Bezug auf das Erwerbssystem (Fehlzeiten nach Krankheiten, Berufen und Branchen)** zunehmend ein Thema.

Beispiele hierfür sind durchgängig zu finden in den GKV-Präventionsberichten (AG der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.), den Gesundheitsreports der verschiedenen Krankenkassen, den Fehlzeitenreports der Universität Bielefeld und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) sowie den Reports der *Initiative Gesundheit und Arbeit*. Hinzu kommen Studien und Berichte der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).

Gleichzeitig hat sich insgesamt die Aufmerksamkeit für die **Unterschiede zwischen Frauen und Männern in punkto allgemeiner Gesundheitskompetenz und -verhalten, insbesondere Vorsorgeverhalten**, stark erhöht, mit dem Ergebnis, dass durchweg ein Bild der Defizite und nachteiligen Situationen für Männer festgestellt wird.

Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung ist insoweit die Sensibilisierung und die Informationslage schon weiter entwickelt als im Arbeitsschutz: Es gibt bereits mehr Aufmerksamkeit und Ansatzpunkte für gezielte Gestaltung der BGF, weil in den nach Geschlecht differenziert ausgewerteten Daten Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Krankheitsgeschehen und im Gesundheits-/Krankheitsverhalten erkennbar werden. Auch andere Zielgruppenkriterien - insbesondere die Altersgruppen - werden ausgewertet und liefern Anstöße..

Zunehmend werden darüber hinausgehend erste Fragestellungen zur Genderthematik in ganzheitlicher Sicht formuliert mit dem Ziel, sich auch mit den psychischen und sozialen Geschlechteraspekten und den von den Geschlechterrollen geprägten Lebenslagen, Arbeits-

bedingungen und Umgangsweisen gegenüber arbeitsbedingten Belastungen auseinander zu setzen. Nachfolgend sollen wesentliche Beispiele hierfür im zeitlichen Verlauf dargestellt werden:

Im **Gesundheitsreport 2005 „Fehlzeiten, Gender und betriebliche Gesundheitsförderung“** hat die **BARMER Ersatzkasse** den Schwerpunkt *„Frauengesundheit - Neue Qualität der Arbeit durch genderorientierte Arbeitsgestaltung“* gesetzt.

Hierfür wurde der **Ansatz des Gender Mainstreaming** (GeM) erläutert und mit diesem Ansatz exemplarisch das Arbeitsunfähigkeits-Geschehen als Informationsgrundlage für BGF untersucht. Ein weiteres Ziel war die Entwicklung eines geschlechtersensiblen Programms zur Verhältnisprävention<sup>27</sup>

Aus der Datenanalyse zieht der **BEK-Gesundheitsreport 2008** (S. 37) den Schluss: *„Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung sollten je nach Krankheitsart geschlechterspezifische Unterschiede berücksichtigen. Die Vergleiche zwischen Frauen und Männern liefern Hinweise, in welchen Altersgruppen bzw. bei welchen Krankheitsarten spezielle Interventionsmaßnahmen angebracht sind.“*

Der **Fehlzeitenreport 2007 der Universität Bielefeld und des Wissenschaftlichen Instituts der Allgemeinen Ortskrankenkassen (WidO)** hatte als Schwerpunktthema *„Arbeit, Geschlecht und Gesundheit - Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement“* gesetzt und ein breites Spektrum genderrelevanter Themen aufgegriffen.

Der Report enthält Beiträge zu *bereits vorliegenden Wissensgrundlagen*:

- genetische und biologische Grundlagen der sozial sich ausprägenden Genderdifferenz; geschlechtsspezifische Unterschiede im Gesundheitsverständnis und -verhalten; geschlechtsspezifische Arbeitsbelastungen und Gesundheitsgefahren; geschlechtsspezifische Ausprägungen der Fehlzeiten und Geschlechterunterschiede beim Präsentismus („krank zur Arbeit“);

sowie Beiträge zu *systematisch-konzeptionellen Grundlagen*

- wie BGF geschlechtergerecht zu gestalten ist, vor allem mit dem methodischen Ansatz des Gender Mainstreaming; außerdem berufsspezifische Praxisbeispiele geschlechtergerechter BGF im Gesundheitsbereich und in der Altenpflege.

<sup>27</sup> Gemeinschaftsprojekt der BARMER mit dem Kompetenzzentrum für Fortbildung und Arbeitsgestaltung der Universität Wuppertal sowie mit dem Berliner Forschungs- und Beratungsinstitut *ISA Consult*.

Zusammenfassend stellen die Herausgeber des *Fehlzeitenreports 2007* fest, dass zahlreiche in den Beiträgen dargestellten Erkenntnisse dafür sprechen, in der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur stärker alterssensibel, sondern auch geschlechtersensibel vorzugehen, und dass auf diesem Wege die Qualität und Wirksamkeit verbessert werden könnte. Allerdings sei noch mehr Gender-Wissen erforderlich, um wirksame geschlechtergerechte Interventionen zu konzipieren. Mit Forschung müssen bessere Erkenntnisgrundlagen für geschlechtergerechte Prävention und BGF geschaffen werden.

Die **Gesundheitsreports der DAK** haben 2006 mit dem **Schwerpunkt „Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter“** und 2008 mit dem **Schwerpunkt „Mann und Gesundheit“** verdeutlicht, dass der geschlechterorientierte Blick als relevant erachtet wird. Wie das geschieht und welche Schlussfolgerungen und Empfehlungen abgeleitet werden, ist jedoch in bemerkenswerter Weise unterschiedlich:

Bei dem **2006er „Frauenbericht“** ist der Fokus auf Geschlechterunterschiede bei den Krankheitsdaten zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) gelegt und die präventionsorientierten Schlussfolgerungen zielen allein auf Aspekte des „Lebensstils“ (z.B. Rauchen als Risikofaktor).

Die Frage nach etwaigen in der Arbeitswelt liegenden Risikofaktoren wird an keiner Stelle gestellt. Entsprechend werden auch keine Schlussfolgerungen für im Betrieb ansetzende, ggfs. geschlechtersensibel zu gestaltende Prävention und BGF gezogen.

Bei dem **2008er „Männerbericht“** dagegen wird explizit auch den Risiken in der Arbeitswelt nachgegangen (z.B. überdurchschnittliche Fehlzeiten für Männer in bestimmten Branchen, Verletzungsrisiken). Die Notwendigkeit männerspezifischer Präventionsangebote wird unterstrichen. Der Lebensstil-Ansatz wird dabei zwar angesprochen, aber besonders wird betont (S. 96):

*Es gilt, „die arbeitsplatzbezogenen gesundheitsbelastenden und –fördernden Faktoren auf Seiten der Männer ... im Rahmen einer geschlechtersensiblen betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung stärker zu berücksichtigen.“*

Entsprechend lautet der erste Punkt der Empfehlungen (S. 101/102): *„Betriebliche Gesundheitsförderung bietet vor allem durch den Abbau von Belastungen und die Stärkung von Ressourcen ... große Potentiale zur Verbesserung der Gesundheit von Männern. Dazu gehört neben der Erweiterung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen der Abbau von Unfall- und Verletzungsgefahren sowie Stressbelastungen, eine ergonomische Arbeitsplatz-*

*gestaltung und Suchtprävention am Arbeitsplatz. .... Auch sollten sich die Angebote mehr an geschlechtsspezifischen Bedürfnissen und Lebenslagen, z.B. durch eine Integration in den Arbeits- und Betriebsalltag, orientieren. Dies könnte ihre Nachhaltigkeit für mehr Männergesundheit erhöhen.“*

Nicht nachvollziehbar ist, warum diese Zielsetzungen und Handlungserfordernisse explizit und exklusiv für Männer zur Leitlinie gemacht werden, aber nicht gleichermaßen für Frauen.

Ein weiteres Beispiel:

Bei einer im Juni 2011 vom *Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK)* veranstalteten Fachtagung „*Das Produkt Gesundheitsförderung - Marketing für eine unfassbare Zielgruppe*“ setzten sich Gesundheitsförderungs- und Marketingexpertinnen und -experten mit dem Thema der zielgruppenspezifischen Ansprache auseinander. Die zentral dabei betrachtete „unfassbare“ Zielgruppe waren die Männer und die über 50-jährigen - eine explizit eingeschränkte Genderperspektive.

### ***Festlegung definierter Präventionsziele bei den gesetzlichen Krankenkassen***

2007 wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die BGF zu einer Pflichtleistung der Krankenkassen aufgewertet und gewinnt seitdem einen höheren Stellenwert.

Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen hat im GKV-Präventionsbericht 2008 erstmals Präventionsziele mit quantitativen Zielvorgaben für die Jahre 2008 und 2009 festgelegt. Dabei wurden auch zwei genderrelevante Ziele gesetzt, die grundsätzlich besonders gute Ansatzpunkte bieten, BGF geschlechtergerecht zu gestalten:

- Vereinbarkeit von Familie und Erwerbsleben,
- Präventionsmaßnahmen zur Reduktion psychischer Belastungen.

Für das in Bezug auf die psychischen Belastungen formulierte Ziel stellt der GKV-Spitzenverband allerdings als Zielgruppe die über 50-jährigen heraus und knüpfte nicht an die doch bekannte und ausgeprägte geschlechterspezifische Betroffenheit (Frauen stärker als Männer) an.

Die Ziele sind mit dem GKV-Präventionsbericht 2010 für die Folgejahre bis 2012 fortgeschrieben worden. Als Erfolg für das Teilziel „Vereinbarkeit von Familie und Erwerbsleben“ kann verbucht werden, dass von einem Niveau teilnehmender Betriebe, das 2007/2008 bei rund 180 lag, im Jahr 2009 eine Zahl von fast 300 Betrieben erreicht wurde.

Bemerkenswert ist außerdem, dass im GKV-Präventionsbericht 2008 (S. 23-26) geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung und Prävention als Schwerpunktthema in einem eigenen Kapitel reflektiert wurden, und zwar mit einem Fokus auf Geschlechterrollen und Geschlechtsrollenstereotypen als Erklärungsansatz, wenngleich dies in den Ausführungen zur BGF nur männerzentriert aufgenommen wird.

Jedoch ergeben sich hier Ansatzpunkte, die genutzt werden können, um BGF mit der Geschlechterperspektive *für beide Geschlechter* weiterzuentwickeln.

### **3.1.2. Gender in der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung als Thema bei den Unfallversicherungsträgern**

Ausgehend von ihrem gesetzlichen Präventionsauftrag und ihren Präventionszielen, die schwerpunktmäßig auf die Arbeitssicherheit - Prävention von Arbeits- und Wegeunfällen sowie von Berufskrankheiten - gerichtet sind, wirken die Unfallversicherungsträger (UVT) in allen relevanten BGF-Netzwerken maßgeblich mit. Erst seit einigen Jahren positionieren sich Berufsgenossenschaften und Unfallkassen verstärkt auch im Handlungsfeld der betrieblichen Gesundheitsförderung und geben diesem für die Zukunft ein höheres Gewicht<sup>28</sup>. Für den künftigen Stellenwert müssen die konkrete Auslegung und das Grundverständnis dieses Handlungsfeldes noch geklärt und zu einer einheitlichen Position hingeführt werden.

Die Reflexion expliziter, spezifischer oder generell verbesserter Zielgruppenorientierungen der Prävention gewinnt an Bedeutung. Gesellschaftlichen und psychosozialen Aspekten wird wachsende Aufmerksamkeit entgegengebracht<sup>29</sup>.

BGF-Pilotprojekte, die von UVT initiiert oder mitgestaltet werden, beziehen sich vor allem auf Zielgruppen unter den Kriterien Demographie/Alter, Jugend oder Migrationshintergrund, so z.B. ein 2008 von der *iga* entwickeltes *Interkulturelles Betriebliches Gesundheitsmanagement*, das unter Beteiligung von Krankenkassen und Berufsgenossenschaften in einer Reihe von Betrieben erprobt wurde für Beschäftigte aus anderen Nationalitäten/Ethnien/Sprachkreisen. Weitere Beispiele sind demographisch orientierte Zielgruppenmaßnahmen und Projekte, so z.B. für die Zielgruppe junger BerufsschülerInnen die jährliche Kampagne „Jugend will sich-er-leben“.

Das *Dresdner Gespräch Gesundheit und Arbeit*, eine große jährliche Fach- und Fortbildungstagung der DGUV, hatte 2011 unter dem Titel „*Wurm sucht Fisch - Prävention und*

<sup>28</sup> DGUV Jahrbuch Prävention 2010/2011, S. 34

<sup>29</sup> Ebenda, S. 31 ff.

*Betriebliche Gesundheitsförderung, bei der die Zielgruppe anbeißt*“ die Frage der richtigen Ansprache der Zielgruppen und die entsprechende Gestaltung von Angeboten zum Gegenstand. Unter 8 Workshops gab es einen mit ausdrücklichem Geschlechterbezug: „*An den MANN gebracht - Welche Angebote der Betrieblichen Gesundheitsförderung motivieren Männer, etwas für sich zu tun?*“ Die zahlreichen weiteren Beiträge wie z.B. „*Sensibel, positiv und zielgruppenorientiert - erfolgreiche Kommunikation zu Gesundheitsthemen*“ hätten viele Ansatzpunkte für die Geschlechterperspektive im Hinblick auf Frauen und Männer geboten, ohne dass diese allerdings entsprechend thematisiert wurden.

Zahlreiche weitere Illustrationsbeispiele von männerorientierter Zielgruppenansprache finden sich in UVT-Kampagnen und Informationsmaterialien zur Gesundheitsförderung ebenso wie bei den Themen Arbeitssicherheit und Unfallprävention. Von Interesse wären Wirkungsanalysen zu der Frage, ob sie mit ihrem rollenspezifischen Ansatz nicht nur die Aufmerksamkeit von Männern erreichen, sondern auch wirksam zum Abbau riskanter rollengeprägter Verhaltensweisen beitragen.

### ***3.1.3. Die Öffnung für die Geschlechterperspektive hat begonnen, entwickelt sich jedoch tendenziell als Schwerpunktsetzung für eins der Geschlechter***

In Kap. 2 und im Abschnitt 3.1 konnte gezeigt werden, dass von den klassischen Trägern der Prävention seit Mitte der 2000er Jahre geschlechterdifferenzierte Daten, die relevant sind als Grundlagen für BGF, verstärkt ausgewertet und dokumentiert werden. Geschlechterfragen der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention werden zunehmend auch generell thematisiert. Der Fokus der BGF bleibt dabei vorrangig auf männliche Beschäftigte gerichtet, etwa bei der Frage, in welchen Branchen die Prioritäten gesetzt werden. Nahezu die einzigen Ausnahmen sind der Gesundheits- und Pflegebereich sowie der Bildungs- und Erziehungsbereich.

Nicht allein bei einzelnen Krankenkassen, sondern im allgemeinen Trend der Debatten zur gesundheitlichen Prävention ist zu beobachten,

- dass die Geschlechterperspektive zwar aufgrund der Anstöße der Fraueninitiativen und der Gleichstellungspolitik im Hinblick auf die Situation der Frauen initiiert wurde,
- seit Mitte der 2000er Jahre jedoch die Aufmerksamkeit für „Männergesundheit“ rasant wächst.

Wenn also heute die Geschlechterperspektive zum Tragen kommt, dann meistens im Hinblick auf die Männer und die Problematiken der Männergesundheit. „Männer haben hier

Nachholbedarf und brauchen mehr Unterstützung“ ist die Schlussfolgerung aus den betrachteten Daten und der Ausgangspunkt für verstärkte und gezielte Initiativen.

Angesichts der festgestellten, unbezweifelbaren Problematiken der Männergesundheit wird die Tatsache, dass Frauen gesundheitsbewusster sind und allgemeine Gesundheitsförderungsangebote stärker in Anspruch nehmen als Männer, in den herrschenden übergeordneten Leitvorstellungen und Zielen zur BGF paradoxerweise *gegen* die Frauen gewendet: Die geschlechterbezogene Sichtweise lenkt so im Ergebnis die Priorisierung auf eins der Geschlechter: das *männliche*. Die Geschlechterperspektive auf die Frauen wird anders fokussiert und damit eingeschränkt; von hier aus wird die Begründung dafür abgeleitet, dass für Männer der Präventionsansatz am Arbeitsplatz - also die BGF - besonders notwendig sei. So wird - trotz Einstieg in die Geschlechterperspektive - die Männerzentriertheit der BGF legitimiert und weiter verfestigt.

Positionierungen zugunsten der Männer als Haupt-Zielgruppe werden auch in die Praxis hineingetragen und dominieren in Zielgruppen-Projekten, Kampagnen, Informations- und Öffentlichkeitsmaterialien sowie in Fachtagungen und –debatten.

### ***3.1.4. Geschlechtersensible Projekte und Netzwerke: erste Schritte und weitere Perspektiven***

Exemplarisch sind gendersensible Pilotprojekte als Beispiele guter Praxis für BGF im ersten GFMK-Bericht im Kap. 4 (Abschnitt 4.2 und 4.3) dargestellt. Sie gehen überwiegend auf Initiativen der Gewerkschaften (ver.di, IG BCE, Hans-Böckler-Stiftung) zurück, oder sie werden von öffentlichen Arbeitgebern durchgeführt, die in ihrem Leitbild und Zielkatalog Gleichstellung und Gender Mainstreaming verankert haben. Verschiedene Konzeptionen enthalten sowohl Elemente der Verhaltensprävention als auch der Verhältnisprävention und zeigen die Verbindungen zwischen beiden auf. Die Darstellung soll hier nicht nochmals wiederholt werden.

Über diese Projekte hinaus können ein Jahr später trotz weiterer Recherchen keine zusätzlichen Beispiele guter Gender-Praxis der BGF dargestellt werden.

Im Fokus der Entwicklungen stehen Demographieprojekte für die Zielgruppe der Beschäftigten ab 50. Stellvertretend für eine Reihe von Beispielen soll ein Projekt des BKK-Landesverbandes Nord-West<sup>30</sup> genannt werden: „Betriebliche Gesundheitsförderung für Beschäftigte ab 50 Jahren“.

<sup>30</sup> [www.bkk-nordwest.de/versorgungsprogramme/extras-in-nrw/betriebliche\\_gesundheitsfoerderung/](http://www.bkk-nordwest.de/versorgungsprogramme/extras-in-nrw/betriebliche_gesundheitsfoerderung/)



Eine Dokumentation betrieblicher Beschäftigungsinitiativen für ältere Beschäftigte in 20 Ländern der EU im Rahmen des Europäischen Forschungsprojekts „*Employment Initiatives for an Aging Workforce*“ (2005 – 2007) mit den Bausteinen Rekrutierung, Betriebliche Gesundheitsförderung, Qualifikations- und Kompetenzentwicklung<sup>31</sup> zeigt das Spektrum der Projekte auch als vorherrschend in den anderen europäischen Ländern auf. Jedoch ist die Zahl der pilothaften Ansätze selbst beim Nr-1-Thema Demographie noch sehr überschaubar.

Auch Projekte mit einem interkulturellen Zielgruppenansatz gibt es erst in geringer Zahl. Hervorzuheben ist die Entwicklung eines *Interkulturellen Betrieblichen Gesundheitsmanagements (IBGM)* durch die *iga*<sup>32</sup>. Es besteht aus Bausteinen, die flexibel an den Bedarf des Unternehmens angepasst werden können.

In diesen Pilotprojekten für Zielgruppen nach dem Kriterium Alter oder Migrationshintergrund ist derzeit nicht festzustellen, dass der gewählte Fokus auch auf Gender-Aspekte hinterfragt und ggfs. entsprechend angereichert wird. Sie können trotzdem die Entwicklung hin zu gendersensiblen Konzepten mit voran bringen, wenn in der Diskussion dieser Projekte und ihrer Umsetzungsergebnisse „*Genderfragen*“ gestellt werden wie zum Beispiel:

- Wer wurde durch das für ältere Beschäftigte oder für Beschäftigte mit Migrationshintergrund konzipierte Projekt in der Praxis erreicht? Wer informierte sich, wer beteiligte sich?
- Gab es dabei geschlechterspezifische Unterschiede zu den Relationen in der Grundgesamtheit der älteren Beschäftigten im Betrieb?
- War festzustellen, dass ein Geschlecht - Männer oder Frauen - besonders angesprochen wurde, auch wenn dies nicht explizit im Projektdesign vorgesehen war?
- Zeigten sich bei der Umsetzung besondere Aspekte, die nicht allein mit dem Alter und der Tätigkeit, sondern auch mit den familiären und sozialen Umständen und den Geschlechterrollen zusammenhängen? Waren Maßnahmeschritte entsprechend anzupassen?
- Können Bausteine des Konzeptes flexibel angepasst werden an *geschlechterspezifische* soziokulturelle und sprachliche Besonderheiten?

---

<sup>31</sup> Sporket, M., Altersmanagement in der betrieblichen Personalpolitik (2011), in Badura, B., Schröder, H. Klose, J., Macco, K. (Hrsg.), Fehlzeitenreport 2010, Springer Medizin Verlag Heidelberg

<sup>32</sup> Bericht der Bundesregierung „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2009“, S. 41f.

Mit solchen Fragen und Diskussionen sollte die Aufmerksamkeit für Gender-Aspekte angeregt und auf die weitere Entwicklung und Förderung von Pilotprojekten und Modellkonzepten Einfluss genommen werden.

Ein neuer Anstoß ist auch von gewerkschaftlicher Seite gegeben:

Der Beschluss des DGB-Bundeskongresses 2011 zur Gleichstellung von Frauen in der Wirtschaft enthält als Beschlusspunkt zu Maßnahmen und Programmen die „**Etablierung eines ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsmanagements unter Gender-Perspektive**“<sup>33</sup>.

Gefordert wird eine geschlechterdifferenzierte Herangehensweise und Berücksichtigung von Frauen und Männern gleichermaßen. Auf die Methode des Gender Mainstreaming wird verwiesen. BGM soll verhaltens- und verhältnispräventiv und beteiligungsorientiert gestaltet werden.

Im bundesweiten Netzwerk **Gender in Arbeit und Gesundheit** arbeiten seit 2003 inzwischen rund 50 Personen zusammen, die in unterschiedlichen Berufsfeldern und Funktionen im Arbeits- und Gesundheitsschutz tätig sind. Ziel ist es, über fachliche und betriebspraktische Fragestellungen den Ansatz der Chancengleichheit von Frauen und Männern in Bezug auf Arbeit und Gesundheit weiterzuentwickeln. Aktivitäten des Netzwerkes sind Projekte, Veranstaltungen und Veröffentlichungen z.B. im Hinblick auf Risikofaktoren (z.B. psychische Belastungen), besondere Zielgruppen (Frauen im Reinigungsgewerbe, Männer im IT-Bereich, jugendliche Beschäftigte) und geschlechtergerecht angereicherte Instrumentarien (Gefährdungsbeurteilung). Sie wurden bereits im ersten GFMK-Bericht beschrieben und werden in der laufenden Zusammenarbeit weiter vorangetrieben. Ein wichtiges Anliegen ist es auch, die Präsenz des Gender-Themas durch Beteiligung an den zentralen Fachkongressen der Akteure des Arbeitsschutzes, z.B. am Kongress „*Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin*“ zu erreichen<sup>34</sup>.

### **3.2. Geschlechtergerechte BGF auf den Weg bringen**

---

<sup>33</sup> „Der DGB-Bundesvorstand wird aufgefordert, sich bei möglichen Kooperationspartnern, wie zum Beispiel Berufsgenossenschaften und Krankenkassen, für die erfolgreiche Etablierung eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements einzusetzen, das die Unterschiede von Frauen und Männern ausdrücklich berücksichtigt (Gender Mainstreaming). Darüber hinaus müssen diese Konzepte die Verhaltens- und Verhältnisprävention gleichermaßen berücksichtigen. Wichtig ist es, ein ganzheitliches Gesundheitsmanagement in den Betrieben und Verwaltungen zu etablieren, das die Arbeitsplätze von Frauen und Männern differenziert betrachtet und Maßnahmen entwickelt, um den unterschiedlichen Anforderungen gerecht zu werden. Eine Investition in ein ganzheitliches betriebliches und gendersensibles Gesundheitsmanagement bringt langfristig eine geringere gesundheitliche Belastung für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, einen ökonomischen Nutzen für Betriebe und wird außerdem älter werdenden Belegschaften gerecht. Auf betrieblicher Ebene sollen beteiligungsorientierte Gesundheitsförderungsprojekte installiert werden.“

<sup>34</sup> Z.B. auf dem Kongress „*Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2011*“ (AplusA 2011) am 19. bis 21. Oktober 2011 in Düsseldorf mit dem workshop „*Arbeitsschutz - zielgruppengerecht für Frauen und Männer!*“

Auch wenn weitere Verbesserungen der Datenlage und der Erkenntnisse - vor allem zu Gender, über das biologische Geschlechtskriterium hinaus - notwendig sind, reichen die vorhandenen Daten völlig aus, um einen Anfang zu machen mit der Zielbestimmung, Konzeptionsentwicklung und Umsetzung geschlechtergerechter BGF.

Die Informationen aus Kap. 2 sowie die in Abschnitt 3.1. zusammengetragenen Positionierungen verdeutlichen notwendige Zielrichtungen (Abschnitt 3.2.1).

Die Einleitung des Gesamtberichtes liefert mit den Ausführungen zur Methode des Gender Mainstreaming Grundlagen für die Herangehensweise in den nachfolgenden Abschnitten zu den Gender-Ansatzpunkten und Vorgehensweisen in den Handlungsbereichen der Betriebe und der institutionellen Akteure, Träger und Netzwerke der Prävention und BGF.

Hierauf basieren die nachfolgenden Überlegungen und Vorschläge.

### ***3.2.1. Übergreifende Vorschläge für Ziele und Strategien***

Die folgenden Themen werden zur generellen Diskussion über eine geschlechtergerechte Zielorientierung und Weiterentwicklung der BGF vorgeschlagen:

#### ***Integrierter Gender-Ansatz statt Trennung und isolierte Bearbeitung von „männerspezifischen“ und „frauenspezifischen“ Schwerpunkten***

Soweit bei den institutionellen Trägern der BGF mit Berichterstattungen und Untersuchungen die Grundlagen für übergreifende Zielsetzungen und strategische Leitlinien der BGF geschaffen werden, sollte keine Trennung in „Frauengesundheitsberichte“ und „Männergesundheitsberichte“ erfolgen. Ein integrierter Berichtsansatz mit gleichwertiger Darstellung beider Geschlechter ist zu verfolgen, denn alle bisherigen Erfahrungen zeigen, dass mit geschlechtergetrennten Berichtsschwerpunkten die Prioritätensetzung zugunsten der Männer und die Ausblendung von Frauen erhalten bleibt und die Fokussierung auf Männer eher noch stärker legitimiert wird.

#### ***BGF für das gesamte Branchen- und Beschäftigungsspektrum***

Dies ist nicht allein unter dem Ziel der Geschlechtergerechtigkeit als generelle Leitlinie unabdingbar, sondern allein schon deshalb, weil die Verbreiterung und Verstärkung der BGF grundsätzlich für alle Branchen, Tätigkeiten, Betriebsgrößen und Beschäftigtengruppen betriebswirtschaftlich und gesamtwirtschaftlich vernünftig und von Nutzen ist. Voraussetzung ist der vollständige Blick auf die Beschäftigten aller Branchen und Betriebe unter besonderer Beachtung der geschlechtersegregierten Beschäftigungsstruktur. Nur dann ist zu erreichen,

dass die in den frauentypischen Branchen und Arbeitsverhältnissen beschäftigten Frauen systematisch mit in den Auftrag der BGF einbezogen werden.

### ***BGF-Defizitbereiche identifizieren - auch für Männer***

Indem auch dort hingesehen wird, wo BGF bislang kein Thema ist, wird zugleich auch der Bedarf von Männern an BGF in solchen Branchen und Beschäftigungsverhältnissen die erforderliche Aufmerksamkeit erhalten, die als „weniger belastend/weniger gefahrgeneigt“ nicht im Fokus des klassischen Arbeitsschutzes und damit auch nicht der BGF stehen. Das Gleiche gilt im Hinblick auf solche Belastungsfaktoren und -konstellationen, denen allgemein eher wenig Beachtung zuteil wird (z.B. psychische Belastungen in Form von Rollen- druck) und die nur auf den ersten Blick hauptsächlich Frauen betreffen, tatsächlich aber bei Männern ebenfalls relevant sind und bei ihnen noch weniger ernstgenommen werden.

### ***Reflexion und Weiterentwicklung der aktuellen Ansätze für demographieorientierte BGF und BGF zur Stärkung der psychischen Gesundheit***

Gerade für diese beiden Schwerpunkte in der aktuellen Debatte um zukunftsrelevante BGF sind eine besondere Notwendigkeit und ein besonderer Mehrwert der Anreicherung um die Gender-Perspektive anzunehmen. Bereits vorliegende Pilotprojekte sollten auch unter diesem Aspekt evaluiert werden, um Hinweise für Verbesserungen zu gewinnen.

### ***Gendersensible Gestaltung von verhaltensorientierter BGF***

Notwendig ist eine geschlechtersensible Gestaltung von BGF für gemischte Zielgruppen wie auch bei geschlechtshomogenen Angeboten, damit die Maßnahmen sowohl für Frauen als auch für Männer attraktiv, passgenau und wirksam sind. Dabei geht es um eine auf das soziale Geschlecht - also Gender - gerichtete Betrachtung, die je nach der konkreten Beschäftigtengruppe mit anderen sozialen Kriterien, insbesondere Alter, aber auch kultureller (Migrations-) Hintergrund, zu verbinden ist.

### ***Gendersensible Gestaltung von verhältnisorientierter Prävention und BGF***

*Verhaltensorientierte BGF wirkt nachhaltig nur bei gleichzeitiger Herangehensweise auf der Ebene der Verhältnisse. D.h. Arbeitsorganisation, Arbeitszeitstrukturen, Führungsstil, betriebliche Arbeitsteilung und Hierarchie, Partizipation an Information, Kommunikation und Entscheidungsprozessen müssen gesundheitsförderlich gestaltet werden, und hierzu gehört maßgeblich auch die geschlechtergerechte Gestaltung. Aspekte hierbei sind: Abbau geschlechterspezifischer Hierarchien, Einschluss- und Ausschlussstrukturen, Vermeidung belastender Rollenzuweisungen oder -unterstellungen, Berücksichtigung von Geschlechterspe-*

*zifika des Lebenszusammenhangs (Familienaufgaben, Sorgearbeit) bei der Belastungsanalyse und Gefährdungsbeurteilung.*

### **3.2.2. Betriebliche Ebene**

Zur Planung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung sind unabhängig von der Betriebsgröße folgende grundlegende Aspekte zu berücksichtigen:

- BGF muss an den gesundheitsbeeinträchtigenden Verhältnissen und Verhaltensweisen ansetzen. Sie ist komplementär und ergänzend zu den Strategien für Sicherheit und Gesundheit im Sinne des Arbeitsschutzgesetzes zu planen und durchzuführen.  
*Die Reichweite muss alle Beschäftigten unabhängig von Geschlecht, Alter, weitere soziale Merkmale sowie Tätigkeitsbereich und Status im Betrieb einschließen.*
- BGF ist ein Prozess aufeinander aufbauender Schritte und Maßnahmen auf der Grundlage einer systematischen Bestandsaufnahme der Belastungsbedingungen und der arbeitsbedingten Erkrankungen.  
*Die erforderliche Qualität ist nur zu erreichen, indem auch geschlechterspezifische Unterschiede durchgängig mit geprüft und berücksichtigt werden.*
- BGF muss von den tatsächlichen Gesundheitsproblemen sowie den Bedingungen der Krankheitsentstehung und der Gesundheitssicherung im Unternehmen ausgehen. Der konkrete betriebliche Bezug, die spezifischen Arbeitsbedingungen, Belastungskonstellationen und Krankheitsstrukturen sind zum Ausgangspunkt zu nehmen, um die in Betrieben oft beobachtete Praxis zu vermeiden, gesundheitsbezogene Maßnahmen arbeitsplatz- und belastungsneutral, wenig zielgruppenspezifisch und fast ausschließlich verhaltensorientiert durchzuführen.  
*Dafür ist die Gefährdungsbeurteilung - in hinreichender Konkretisierung und Differenzierung für die verschiedenen Beschäftigtengruppen im Hinblick auf Geschlecht, Alter, weitere soziale Merkmale sowie Tätigkeitsbereich und Status im Betrieb - das grundlegende Analyse-Instrument.*
- Um gesundheitliche Problemlagen (auch verdeckte) zu erkennen und die Arbeitsstrukturen gesundheitsförderlich zu verändern, müssen die Beschäftigten wirklich einbezogen werden: Partizipation und Transparenz sind zudem Grundvoraussetzungen, um zu gesundheitsförderlichem Verhalten zu motivieren. Beteiligungsorientierte Organisationsformen und Maßnahmen, wie z.B. Gesundheitszirkel, sind geeignete Formen, Gesundheitsfragen zielgruppenspezifisch zu thematisieren und eine aktive Beteiligung der Beschäftigten zu ermöglichen.

*Für alle Beschäftigtengruppen unabhängig von Geschlecht, Alter, weiteren sozialen Merkmalen sowie Tätigkeitsbereich und Status im Betrieb müssen in passender Weise für sie zugängliche "Orte" ihrer Teilhabe, Beteiligung und Mitentscheidung organisiert werden.*

**Zusammenfassung:**

Für geschlechtergerechte BGF muss im Betrieb die Genderperspektive durchgängig in allen Stufen des Prozesses von Anfang an angewandt werden. Zur Situationsanalyse, Zielbestimmung, Planung und praktischen Umsetzung gehören insbesondere die folgenden Themen und Schritte:

- Fehlzeitenanalyse und erkennbare besondere Krankheitsrisiken an den Arbeitsplätzen,
- Gefährdungsbeurteilung,
- Festlegung der Oberziele nach Art, Reichweite und Zeithorizont und Bestimmung der Zielgruppen,
- Schaffung von Beteiligungsstrukturen für alle im Betrieb, z.B. durch entsprechende Organisation von Gesundheitszirkeln,
- Entwicklung der konkreten Maßnahmen für ein Gesamtkonzept verhaltensorientierter und verhältnisorientierter Prävention und BGF,
- Beachtung der Zusammenhänge von Verhaltens- und Verhältnisprävention gerade für geschlechtergerechte Maßnahmen der BGF,
- Umsetzung und steuernde Begleitung des BGF-Prozesses; Evaluierung der Wirkungen.

Mit der Methode des Gender Mainstreaming und entlang der Leitfragen nach der Repräsentanz von Frauen und Männern, nach den für Frauen und Männer aufgewendeten Ressourcen sowie nach der Realisierung geschlechtergerechter Veränderungen können zu jedem dieser Themen die konkreten Prüfpunkte bestimmt werden, mit denen geschlechtergerechte BGF von der bloßen Absicht zur erfolgreichen Realität wird.

**3.2.3. Besondere Ansatzpunkte für den Bereich der KMU einschließlich  
Kleinst-Betriebe**

Die Bedeutung von BGF auch und gerade für den Bereich der KMU einschließlich der Kleinstbetriebe ist von den Trägern, überinstitutionellen Akteuren und Netzwerken der BGF längst erkannt. BGF in KMU ist europaweit und deutschlandweit ein Schwerpunkt von Netzwerkaktivitäten, was die übergeordneten Ziele und Leitlinien, allgemeine Initiativen zur Sen-

sibilisierung sowie Förderung von BGF in KMU durch Kriterienbildung, Konzeptentwicklung, Verbreitung von Beispielen guter Praxis sichtbar machen.

Anschaulich zeigt sich dies beim *Europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (ENBGF)*<sup>35</sup> und dem bereits im einleitenden Abschnitt des Kap. 3 unter den Akteuren und Adressaten erwähnten DNBGF.

Viele der von den Netzwerken gesetzten (Branchen)Schwerpunkte, Leitvorstellungen sowie Kriterien für gute BGF-Praxis eignen sich sehr gut für die Anreicherung mit genderrelevanten Aspekten und bedürfen dieser zur Qualitätsverbesserung. Sie können so zur Bewusstseinsbildung und zur Verbesserung der Praxis beitragen. Dazu ist nicht mehr erforderlich, als bei dem gerade betrachteten Bereich oder Thema, Leitsatz oder Kriterium die Frage nach der Relevanz und Konsequenz für Frauen und für Männer ausdrücklich zu stellen, sie mit zu prüfen, anschließend die Genderrelevanz zu bewerten und über zu ziehende Schlussfolgerungen bei Zielen und Maßnahmen zu entscheiden.

Die Krankenkassen und Unfallversicherungsträger mit besonders hohen Anteilen an kleinbetrieblichen Strukturen bei ihren Versicherten sind maßgebliche Promotoren von BGF in KMU: Sie geben nicht nur Informationen zur BGF, sondern initiieren und begleiten auch direkte Maßnahmen in Betrieben dieser Größenklassen bei der Umsetzung von BGF. Gemessen an der außerordentlich großen Zahlen von Klein- und Kleinstbetrieben in den unterschiedlichsten Branchen besteht verständlicherweise eine große Diskrepanz zwischen Leitvorstellungen und dem Umfang der Praxis, d.h. zwischen Worten und Taten in punkto BGF in KMU.

Bei der Sensibilisierung und Unterstützung für BGF in KMU ist von Anfang an deutlich zu machen, dass mit der Geschlechterperspektive die Bedarfsermittlung und die Maßnahmengestaltung einfach besser werden: problem- und bedarfsgerecht, zielgruppenentsprechend und effizient, und dass dies gerade angesichts der überschaubaren Zahl von Beschäftigten keineswegs einen großen Zusatzaufwand bedeutet. Die in den Betrieben eingesetzten Beraterinnen und Berater müssen entsprechend zu Genderfragen informiert und praxisbezogen qualifiziert werden.

Um BGF auch bei KMU mit ihren geringeren Beschäftigtenzahlen und geringeren Ressourcen breiter und nachhaltiger zu implementieren, sind entsprechende Aktivitäten von Kammern, Innungen und Fachverbänden wesentlich. Maßnahmen, mit denen für BGF sensibilisiert und Kompetenz aufgebaut wird, sind Bereitstellung von Informationen, Fortbildung der Unternehmensinhaber und der Meisterebene zum Thema Gesundheitsförderung im Betrieb.

---

<sup>35</sup> Gemeinschaftsinitiative von Mitgliedern aus 21 EU-Staaten (gestartet 1999) mit den Arbeitsschwerpunkten: Situationsanalyse des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie der BGF in KMU; Entwicklung von Kriterien für eine gute Praxis von BGF in KMU; Dokumentation und Publikation von Beispielen guter Praxis.

Außerdem kann BGF bei der direkten einzelbetrieblichen Beratung ein Thema sein, und die Betriebsberatung kann zusammen mit der zuständigen Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft die Entwicklung praktischer Umsetzungsmaßnahmen fördern.

*Dabei müssen die genannten Verbände und Organisationen die Geschlechterperspektive selbst im Blick haben und in ihre Aktivitäten gegenüber den Betrieben integrieren. Die Betriebsberaterinnen und -berater brauchen eine entsprechende Qualifizierung für das Genderthema, und zwar nicht abstrakt, sondern in der konkreten Relevanz für die eigenen Aufgaben- und Wirkungsbereiche und die dazu gehörenden Betriebe und Beschäftigten.*

In den Diskussionen über Konzeptionen zu BGF im Bereich der KMU besteht Konsens, dass **betriebsübergreifende Strukturen und Strategien** bei den kleinen Betriebsgrößen unverzichtbar sind, vor allem, wenn man passgenaue, stufenweise aufgebaute und nachhaltig wirkende BGF für KMU mit nur wenigen Beschäftigten realisieren will.

Die konkreten Möglichkeiten eines regionalen BGF-Netzwerkes für KMU, in welchem ein überbetrieblicher Träger oder mehrere Träger (z.B. auch aus dem Bereich der allgemeinen Gesundheitsförderung in der Region) die erforderlichen Maßnahmen betriebsübergreifend anbieten, können nicht generalisierend, sondern nur direkt in der Region geklärt werden. Ziel sollten KMU-angemessene BGF-Angebote in einem regionalen Trägerverbund mit dauerhaften Infrastrukturen sein, die kontinuierlich von KMU für BGF ihrer Beschäftigten in Anspruch genommen werden können.

Zwei in 2005 /2007 initiierte INQA-Projekte liefern Informationen zum Aufbau und zu den Umsetzungserfahrungen: das *Netzwerk KMU-Kompetenz*, das von INQA gemeinsam mit der AOK Niedersachsen sowie engagierten Unternehmen gegründet und inzwischen auch auf Mecklenburg-Vorpommern ausgeweitet wurde, sowie die im Verbundprojekt *Gesunde Arbeit* eingerichteten 5 regionalen *Netzwerkstellen „Gesunde Arbeit“*, die für KMU Beratungsdienstleistungen insbesondere auch zu BGF koordinieren und Lotsenfunktion übernehmen<sup>36</sup>.

Wie für die oben genannten externen Akteure, die den KMU Beratung für BGF, Unterstützung und Hilfestellung zur Umsetzung bieten, gilt auch für alle in einem Netzwerkverbund Aktiven, dass sie die Geschlechterperspektive selbst im Blick haben und in ihre Aktivitäten integrieren müssen. Die Entscheidungsträger oder Netzwerkgruppen sowie die praktisch Handelnden brauchen ein entsprechendes Commitment sowie eine Qualifizierung für das Genderthema - nicht abstrakt, sondern konkret veranschaulicht hinsichtlich der Relevanz für die Situation der Betriebe und Beschäftigten.

---

<sup>36</sup> Bericht der Bundesregierung „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2009“, S. 33f.



Bei betriebsübergreifenden Ansätzen und Netzwerken stellen sich zusätzlich folgende „Genderfragen“:

- Beteiligen sich im Querschnitt in der Region alle KMU-Branchen, insbesondere auch die mit hoher Frauenbeschäftigung und atypischer Beschäftigung (z.B. Minijobs)?
- Wie werden Prioritäten gebildet, notwendige Basis-Informationen zusammengestellt, Angebotsschwerpunkte gesetzt und Ressourcen differenziert eingesetzt - spiegeln sie in angemessener Weise die Strukturen der Frauenbeschäftigung und der Männerbeschäftigung in den KMU der Region?
- Sind die Anbieter im Netzwerk genderkompetent und können sie mit ihren praktischen Angeboten gegenüber den Betrieben und gegenüber Beschäftigten diese Kompetenz verdeutlichen und umsetzen?
- Bei Arbeitsgruppen und Netzwerken ist auch die Frage nach der personellen Geschlechterrepräsentanz zu stellen.

#### **3.2.4. Ebene der übergreifenden Organisationen und Institutionen:**

##### ***Krankenkassen, Unfallversicherungsträger, staatlicher Arbeitsschutz auf Bundes- und Länderebene***

In den großen Trägerinstitutionen die Gender-Perspektive für die BGF zu implementieren, erfordert eine umfassende, systematische Herangehensweise bezogen auf alle relevanten Positionsbestimmungen und Aktivitäten, insbesondere bezogen auf

- übergreifende Leitbilder und Ziele der Prävention und BGF;
- Kampagnen, Öffentlichkeitsarbeit, Fachtagungen;
- Fortbildung zur Sensibilisierung und Qualifizierung der Fachkräfte, die in der Überwachung und Beratung der Betriebe tätig sind sowie Schwerpunktaktionen und Projekte planen und durchführen;
- Fachkonzepte und Leitlinien der Beratungstätigkeit;
- Überprüfung der Ist-Situation der Aktivitäten für BGF-Programme und Pilotprojekte, gesundheitsorientierte Präventionskampagnen, Entwicklung von Konzepten des betrieblichen Gesundheitsmanagements, Arbeitshilfen und Informationsmaterialien zu BGF für die betriebliche Ebene;
- generell auf der Ressourcen- und Budgetebene: Überprüfung der Ist-Situation der Ressourcenverteilung, Konkretisierung von Zielvorgaben und Ressourcensteuerung; zu allen Punkten: Evaluierungen und Berichterstattungen.

Dabei ist in jeweils angepasster Weise die in der Einleitung dargestellte Methodik und Vorgehensweise des Gender Mainstreaming (GeM) in Prüfpunkten zu konkretisieren im Hinblick auf

- Repräsentanz und Teilhabe von Frauen und Männern,
- für Frauen und Männer aufgewendete finanzielle und personelle Ressourcen,
- Rahmenbedingungen und Realisierung geschlechtergerechter Veränderungen.

Dies führt zum Beispiel zu folgenden „Gender-Fragen“:

- Greift die eigene Berichterstattung das Genderthema auf, wenn ja: mit welchen Schwerpunktsetzungen? Enthalten die Berichte repräsentative Daten sowie auch qualitative oder exemplarische Informationen zur Umsetzung der BGF-Aktivitäten im Hinblick auf Zielgruppen und Geschlechterrelationen sowie zur Frage der geschlechtersensiblen Gestaltung der Aktivitäten und Angebote?
- Werden Leitvorstellungen und übergreifende Aktivitäten zu den Schwerpunkten „Demographischer Wandel“ und „Diversity“ im Hinblick darauf, ob Gender-Aspekte in ihnen den der Realität angemessenen Stellenwert haben, entwickelt und überprüft?
- Welchen Anteil haben die Maßnahmen zur gesundheitsorientierten (nicht primär sicherheitsorientierten) Prävention und BGF bei Unfallversicherungsträgern an den Gesamtaufwendungen für Prävention im Rahmen von betrieblicher Überwachung und Beratung sowie beim Einsatz der arbeitsmedizinischen Dienste? Welche Versicherungengruppen (nach Einzelbranche, Betriebsgröße, Tätigkeitsfeldern) werden dabei erreicht - werden hierzu Informationen systematisch evaluiert und mit der Versicherungsstruktur verglichen? Lassen sich Schwerpunkte nach Geschlecht erkennen?
- Lassen sich bei den Ausbildungsangeboten für Prävention Zielgruppenangebote erkennen; wenn ja, welche Versicherungengruppen stehen im Fokus? Wie ist in diesen Gruppen die Geschlechterrelation?
- Werden in Fachkonferenzen zu BGF die Zielgruppenaspekte umfassend dargestellt und diskutiert, d.h. einschließlich einer geschlechterorientierten Herangehensweise bei den Themen?
- Geben die Aufsichtskräfte der staatlichen Arbeitsschutzbehörden den Betrieben im Rahmen ihrer Überwachungs- und Beratungstätigkeit Unterstützung, die Gefährdungsbeurteilung einschließlich genderrelevanter Aspekte durchzuführen? Sind sie durch Fortbildung und fachliche Handlungshilfen informiert und qualifiziert, diese Fragestellungen in ihre Tätigkeit mit einzubeziehen?
- Werden bei der Vergabe von Mitteln der staatlichen Forschungs- und Projektförderprogramme, die relevant für BGF sind, die Kriterien des Gender Mainstreaming nicht

nur bei der Antragstellung anhand der Konzeptionen mit geprüft, sondern wird auch die Realisierung durch Controlling und Evaluierung festgestellt?

- Werden Leitlinien und Vorschriften, die für BGF relevant sind, daraufhin geprüft, inwiefern sie Gender-Aspekte explizit und klar benennen oder ob hier Ergänzungsbedarf besteht?

Gerade in großen Institutionen sind geeignete Arbeitshilfen für die Herangehensweise gemäß der Methodik des Gender Mainstreaming eine notwendige Grundlage. Solche Arbeitshilfen gibt es für den Bereich der Bundesministerien in fundierter und erprobter Form für das Berichtswesen, für die Vorbereitung von Rechtsvorschriften (anwendbar auch für Vorschriften und Leitlinien ohne rechtsverbindlichen Charakter), für die Gestaltung von Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sowie für die Vergabe von Fördermitteln für Forschungsvorhaben und ESF-Projekte<sup>37</sup>. Für die Prüfung und Bewertung der Genderrelevanz von Budgetplanungen und –verausgabungen - Gender Budgeting - gibt es ebenfalls beispielhafte Arbeitshilfen und Checklisten; eine Erläuterung findet sich ebenfalls bei den Arbeitshilfen der Bundesregierung.

Diese Arbeitshilfen können auch in anderen Organisationen für den Start dienen und dann in der Praxis den eigenen Themen und Bedürfnissen entsprechend angepasst und weiterentwickelt werden.

---

<sup>37</sup> [www.gender-mainstreaming.net/gm/arbeitshilfen.html](http://www.gender-mainstreaming.net/gm/arbeitshilfen.html)

## Teil II: Geschlechteraspekte des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in atypischen Beschäftigungsverhältnissen

### 1. Zur Relevanz des Themas und zum Berichtsziel

Der **Wandel der Arbeitswelt** im Hinblick auf Branchenstrukturen, Unternehmensformen und betriebliche Restrukturierungsprozesse schließt vielfältige Veränderungen bei den Beschäftigungsformen sowie Veränderungen bei den Beschäftigtengruppen mit ein. Diese Strukturwandlungen lassen einen veränderten sowie vor allem auch neuen, zusätzlichen Handlungsbedarf für den Arbeits- und Gesundheitsschutz entstehen. Neue Problemlagen und Anforderungen sind zu verzeichnen - für beide Geschlechter.

Bei der Gesamtsituation ist von Interesse, ob Frauen und Männer dabei unterschiedlich betroffen sind, inwiefern die Geschlechterrollen die Entwicklungen mit bestimmen und ob Anhaltspunkte zu entdecken sind, die dafür sprechen, dass besondere Problemschwerpunkte für das eine oder andere Geschlecht vorliegen. Dies würde weitere neue Herausforderungen für die Konzepte und Maßnahmen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes bedeuten.

Veränderungen in den Beschäftigungsverhältnissen sind im Hinblick auf die Erwerbsbiographien von Frauen auch ein zentrales Thema im Gutachten<sup>38</sup> der *Sachverständigenkommission zum Ersten Gleichstellungsbericht* der Bundesregierung.

Seit Mitte der 1990er Jahre sind die Erwerbstätigenzahlen in **atypischen Beschäftigungsverhältnissen** stark angestiegen, und zwar mit erheblichen geschlechterspezifischen Ausprägungen bei der Gesamtentwicklung, den Relationen und der Qualität der Arbeitsverhältnisse.

In dem ersten Bericht an die 21. GFMK<sup>39</sup> ist die Frage, inwieweit für Frauen und Männer in atypischen Beschäftigungsverhältnissen geschlechterspezifische Unterschiede im Arbeits- und Gesundheitsschutz festzustellen sind, nicht thematisiert worden. Einige Anhaltspunkte enthält der Bericht in Bezug auf Teilzeitbeschäftigte. Diese können bei Beachtung der Ein-

---

<sup>38</sup> „*Neue Wege - gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen im Lebensverlauf*“, Gutachten der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für den Ersten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung, Essen/München 2011, Kap. 5 Erwerbsleben. [www.gleichstellungsbericht.de](http://www.gleichstellungsbericht.de)

<sup>39</sup> „Geschlechtergerechte Praxis im Arbeitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung“ [http://www.hsm.hessen.de/irj/HSM\\_Internet?cid=adf7527ee30312ab396097cbfc568d5a](http://www.hsm.hessen.de/irj/HSM_Internet?cid=adf7527ee30312ab396097cbfc568d5a)

schränkung<sup>40</sup>, dass Teilzeitarbeit nicht pauschal als „atypisch“ angesehen werden sollte, dennoch interessant und weiterführend sein:

- Die Daten des *Berichtes der Bundesregierung zu Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2008* zu Arbeitsanforderungen, Arbeitsbedingungen und Belastungen - differenziert nach Geschlecht und Vollzeit/Teilzeit - indizieren, dass nicht pauschal unterstellt werden darf, Teilzeitarbeit sei grundsätzlich weniger belastend als Vollzeitarbeit<sup>41</sup>. Die Sachlage ist wesentlich differenzierter.
- Bei den Einzelfaktoren und Konstellationen von Belastungen und Beanspruchungen sind Unterschiede zwischen teilzeitbeschäftigten Frauen und teilzeitbeschäftigten Männern erkennbar: Teilzeitbeschäftigte Frauen sind von der Mehrzahl der Belastungsfaktoren stärker betroffen, insbesondere deutlich häufiger als teilzeitbeschäftigte Männer durch die Stressfaktoren vorgegebener Leistungsmengen/ -zeiten sowie Termindruck und Störungen/Unterbrechungen bei der Arbeit. Aber auch ergonomische Aspekte der Arbeitsgestaltung sowie Faktoren wie Lärm, Beleuchtung, Umgang mit Gefahrstoffen und Strahlung belasten (anders man u.U. annehmen würde) teilzeitbeschäftigte Frauen auf den für sie typischen Arbeitsplätzen überwiegend stärker als teilzeitbeschäftigte Männer auf den für sie typischen Arbeitsplätzen.

Wenn im Querschnitt der Teilzeitarbeit solche Befunde festzustellen sind - also unter Einschluss auch von vollzeitnaher, unbefristeter, in die Betriebsorganisation integrierter Teilzeitarbeit, kann die Schlussfolgerung nur lauten, dass eine Betrachtung derjenigen Teilzeitbeschäftigung, die durch eine Reihe von nachteiligen Merkmalen geprägt ist, eher noch stärkere Belastungen und Beanspruchungen sowie auch Geschlechterunterschiede zeigen würde.

Der erste Bericht an die GFMK und auch Teil I dieses Folgeberichtes weisen auf unterproportionale Angebote von BGF in Branchen (vor allem des Dienstleistungssektors) mit überdurchschnittlichen Anteilen von Teilzeitarbeit und Minijobs sowie wechselnden Arbeitszeiten hin. Gleiches gilt für Klein- und Kleinstbetriebe.

In diesen Branchen und Betriebsgrößen sind überproportional Frauen beschäftigt.

Zugleich haben atypische Beschäftigungsverhältnisse in vielen dieser Frauenbranchen sowie in Kleinbetrieben einen besonders großen Anteil an der Gesamtbeschäftigung. Unter den hiermit beschriebenen strukturellen Rahmenbedingungen haben überwiegend weibliche

<sup>40</sup> Subsumiert ist hier gemäß den statistischen Grundlagen des SUGA-Berichtes (siehe Fn. 4) auch die Teilzeitarbeit, die zwischen halbtags und vollzeitnah in einem vorrangig selbstbestimmten Arbeitszeitmodell ausgeübt wird und regulär in die Arbeitsorganisation eingebunden ist. Die amtliche Statistik der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten rechnet als Teilzeit die Beschäftigung unter 35 Wochenstunden.

<sup>41</sup> Vgl. Bericht der Bundesregierung „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2008 – Unfallverhütungsbericht Arbeit (SUGA-Bericht 2008), Tabellen 30 und 31.

atypisch Beschäftigte geringere Chancen als Männer auf gesundheitsförderliche betriebliche Maßnahmen.

Ziel der nachfolgenden Auseinandersetzung mit der realen Sachlage in der Arbeitswelt und mit dem Informations- und Erkenntnisstand zu den Geschlechteraspekten beim Arbeits- und Gesundheitsschutz atypisch Beschäftigter ist es:

- relevante Entwicklungen aufzuzeigen und Besonderheiten oder Problematiken zu veranschaulichen;
- auf den Handlungsbedarf sowohl in der Praxis als auch bei der Daten- und Erkenntnislage aufmerksam zu machen;
- konkrete Themen und Ansatzpunkte aufzuzeigen, die weiterverfolgt werden sollten;
- Vorschläge für Schritte hin zu Verbesserungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in atypischen Beschäftigungsverhältnissen zu machen, die durch einen geschlechtergerechten Ansatz für Frauen *und* Männer von Nutzen sind.

## **2. Der *Gender-Blick* auf die Entwicklung der atypischen Beschäftigung und die Relevanz für den Arbeits- und Gesundheitsschutz**

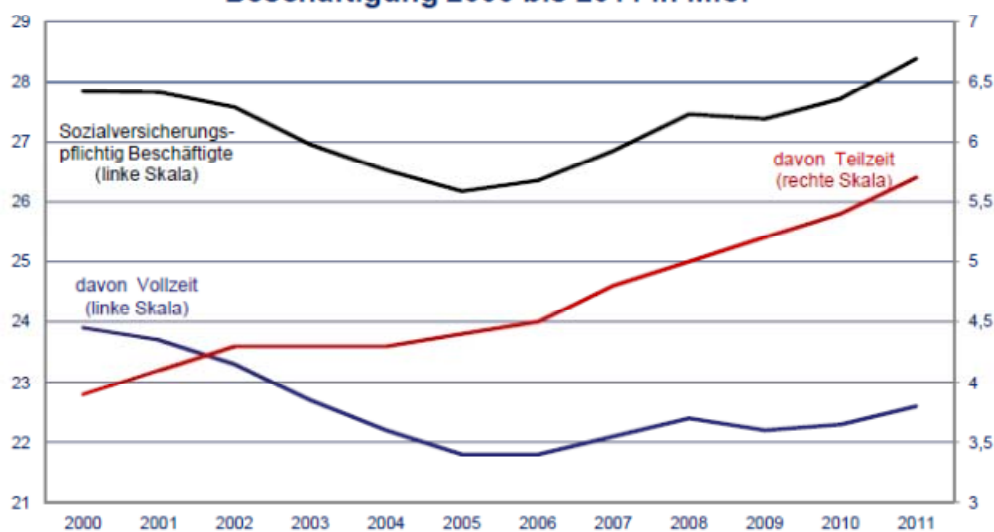
Die Strukturwandlungen der Arbeitswelt sind seit Mitte der 1990er Jahre von der starken Zunahme der atypischen Beschäftigungsverhältnisse geprägt.

Zunächst ist festzustellen, dass die insgesamt positive Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nahezu ausschließlich aus der starken absoluten und relativen Zunahme der Teilzeitarbeit<sup>42</sup> resultiert.

---

<sup>42</sup> Quelle der nachfolgenden drei Grafiken: Vortrag von Prof. Dr. Werner Sesselmeier, Universität Koblenz-Landau „Hartz-Reformen und Beschäftigungswunder?“ im Rahmen der Tagung „10 Jahre Riester - 9 Jahre Hartz - Ein Blick zurück nach vorn“ am 2. Februar 2012, Universität Duisburg-Essen. Für die Verwendung im Rahmen dieses Berichtes vom Autor zur Verfügung gestellt.

### Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung 2000 bis 2011 in Mio.



Quelle: eigene Darstellung nach Zahlen der BA

### => Dynamik in den Teilzeitstellen

Bereits durch diesen Anstieg der Teilzeitarbeit ist eine neue Ausgangslage für den Arbeits- und Gesundheitsschutz entstanden, die zu beachten ist:

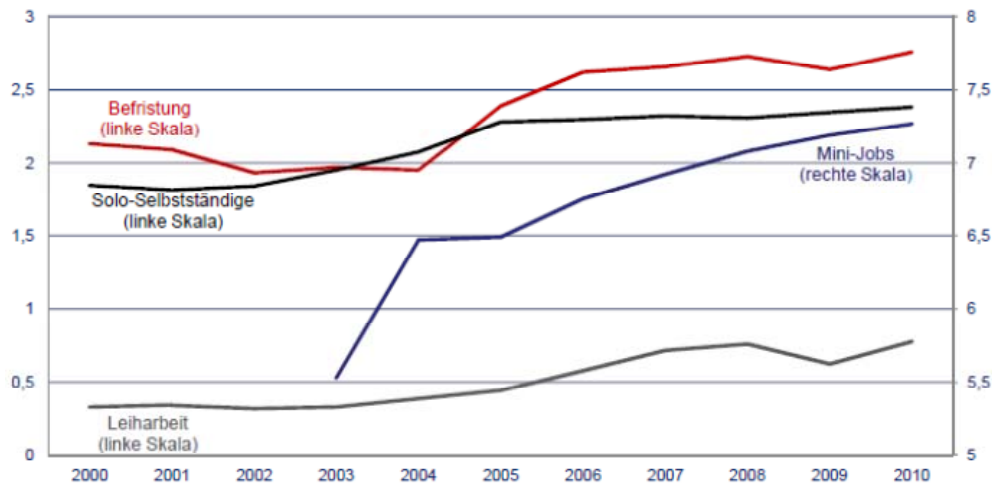
Zum einen zeigten bereits die Befunde aus dem für den ersten Bericht an die GFMK ausgewerteten *SUGA-Bericht 2008*, dass sich Belastungen, Beanspruchungen und Gefährdungen nicht automatisch proportional zur Verringerung der Arbeitszeit reduzieren.

Zum anderen verbindet sich der Anstieg der Teilzeitarbeit mit dem Branchenstrukturwandel und wird besonders angetrieben von dem absoluten und relativen Anwachsen der Dienstleistungsbranchen und –berufe, also vor allem der frauentypischen Beschäftigungsfelder, außerdem jedoch auch von im Umfeld von Produktion und Handel entstehenden Dienstleistungstätigkeiten, die auch oder vorrangig Männer betreffen (Service, Montage, Versand und Logistik, ein Teil der haushaltsnahen Dienstleistungen, z.B. Hausmeister- und Reparaturservice).

Die nachfolgenden Grafiken<sup>43</sup> verdeutlichen den im gesamten letzten Jahrzehnt zu verzeichnenden Anstieg der atypischen Beschäftigung in den quantitativ besonders bedeutsamen Formen der Teilzeitarbeit, der Minijobs und der Zeitarbeit sowie die geschlechterspezifischen Strukturen und Entwicklungstrends.

<sup>43</sup> Quelle siehe Fußnote 5.

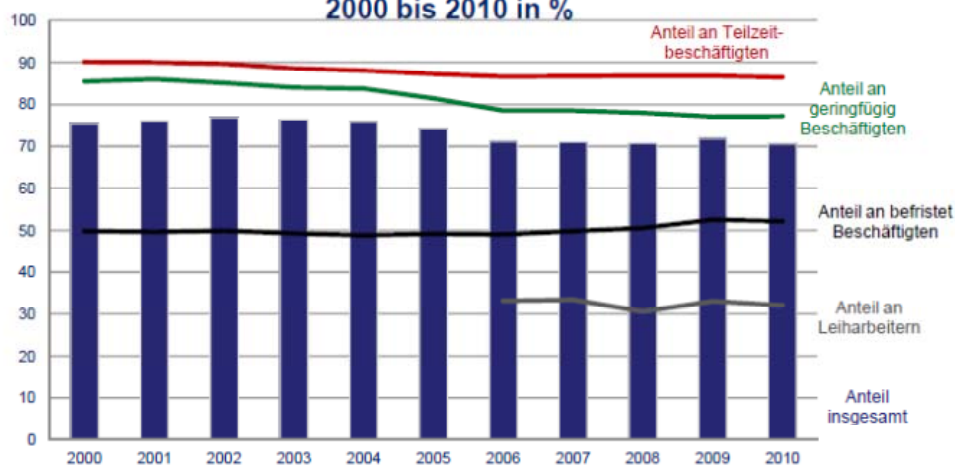
### Entwicklung der atypischen Beschäftigung 2000 bis 2010 in Mio.



Quelle: eigene Darstellung nach Zahlen der BA

=> Dynamik in der atypischen Beschäftigung

### Anteil der Frauen in atypischer Beschäftigung 2000 bis 2010 in %



Quelle: eigene Darstellung nach Zahlen des Statist. Bundesamtes

=> weiterhin überproportionale Beschäftigung von Frauen in atypischer Beschäftigung

Zusammenfassend sind unter der Geschlechterperspektive folgende Punkte hervorzuheben:

Alle Formen atypischer Beschäftigung nehmen im Zeitraum 2000 – 2010 mit mehr oder minder starker Dynamik zu. Am stärksten ist der Trend bei den Minijobs.



Frauen sind in der Gesamtheit der atypischen Beschäftigung - bei genereller Einrechnung der Teilzeitarbeit - mit rund 70 % überproportional vertreten. Bei der Teilzeitarbeit liegt der Frauenanteil bei rund 88 %, bei den Minijobs bei rund 78 %.

Allerdings ist der Männeranteil zum Beispiel bei den Minijobs in den letzten Jahren um rund 5 Prozentpunkte gestiegen. Wesentlich hierfür ist, dass im Zuge der starken absoluten Ausbreitung der Minijobs nicht ausschließlich Frauen, sondern auch Männer zunehmend solche Jobs übernehmen (müssen), obwohl diese sicherlich mit dem männlichen Erwerbsrollenmodell konfliktieren. Bei der Einschätzung dieser Entwicklung ist zu beachten, dass für Männer der Minijob weit überwiegend als Zusatz-/Nebenerwerbstätigkeit vorkommt, die zu einem anderen (Vollzeit)Beschäftigungsverhältnis hinzu tritt. Bei Frauen dagegen ist der Minijob meist die einzige entlohnte Tätigkeit. Für beide Geschlechter spielen Minijobs auch als Zusatzverdienst zur Rente oder bei Arbeitslosigkeit eine Rolle.

Für die Gesamtsituation der stark wachsenden, heterogenen Bereiche der atypischen Beschäftigungsverhältnisse können folgende Entwicklungstendenzen festgestellt werden:

- **Die Bedeutung nimmt zu - am meisten in gering entlohnten Tätigkeitsfeldern**

Atypische Beschäftigungsformen nehmen generell zu und breiten sich auch neu in Branchen und Tätigkeitsbereichen aus, in denen bislang die geregelte Vollzeitbeschäftigung, vielfach mit flexibilisierten Arbeitszeitmodellen, sowie sozialversicherte Teilzeitarbeit das Normalbild bestimmt haben. Vorrangig findet sich atypische Beschäftigung im Niedriglohnsektor und im Bereich von Hilfstätigkeiten. Damit kontrastiert, dass z.B. bei den Minijobs 65 % der Frauen und 55,5 % der Männer eine Berufs- oder Hochschulausbildung haben.

Beide Geschlechter sind betroffen, Frauen jedoch mehr: Teilzeit ist der ausschlaggebende Faktor der steigenden Frauen-Erwerbsquote.

- **In der Regel nicht frei gewählt**

Eher im Ausnahmefall wird die atypische Beschäftigungsform dem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis vorgezogen. Beispiele gibt es vor allem im hochqualifizierten Bereich oder vorübergehend in besonderen Lebensphasen (Kindererziehung bei Frauen, berufliche Weiterqualifizierung bei Männern), in denen höhere Zeitspielräume gewünscht sind, besonders wenn ein Rückkehrrecht in das reguläre Beschäftigungsverhältnis gegeben ist.

Mehrheitlich wünschen sich Teilzeitbeschäftigte und in einem Minijob Beschäftigte ein

höheres Arbeitszeitvolumen<sup>44</sup>. Besonders Frauen artikulieren den Wunsch nach einem höheren Umfang ihrer entlohnten Arbeitszeit.

- ***Auch in qualifizierten und hochqualifizierten Berufsbereichen***

Das Spektrum der Berufsfelder und der Formen ist breit: qualifizierte Zeitarbeit im Gesundheitssektor (z.B. qualifizierte Pflege- und Assistenzberufe), stunden-, tage- oder wochenweise ärztliche Honorarvertragsverhältnisse, Werkvertrags- und Projektverträge in Forschung und Lehre, im IT- und Medienbereich sowie in der Kreativwirtschaft und bei den „neuen Dienstleistungen“. Teils ist die atypische Beschäftigungsform selbst gewünscht. Sehr oft findet sich aber auch die nicht freiwillig gewählte Teilzeitarbeit und Minijobs, z.B. im Sozialsektor und im Bildungs- und Weiterbildungsbereich<sup>45</sup>. Befristete und Teilzeitbeschäftigung findet in niedrigqualifizierten ebenso wie in qualifizierten Berufsbereichen statt. Die geschlechterspezifisch unterschiedlichen Anteile erklären sich primär aus den Relationen in den Ausbildungs- und Studiengängen, aber auch Einflüsse der Geschlechterrollenbilder sind erkennbar. Es stellt sich die Frage nach etwaigen Geschlechterunterschieden bei der mittelfristigen Gestaltung des Berufsverlaufs; hierzu fehlen allerdings belastbare Informationen.

- ***Neue Formen differenzieren sich aus***

Die atypischen Beschäftigungsverhältnisse entwickeln sich und werden weiter ausdifferenziert: Zeitarbeit, Minijobs und Teilzeitarbeit unter spezifischen eher nachteiligen bzw. belastenden Rahmenbedingungen (gering entlohnt, befristet, hoch flexibel, z.B. auch auf Abruf ohne festes Stundenkontingent) befristete Beschäftigung, Werkvertragsarbeit, Solo-Selbstständigkeit, Projekt-Beschäftigung, Langfrist-„Praktika“ usw.

Für die verschiedenen Formen sind unterschiedliche, „geschlechertypische“ Beschäftigungsanteile festzustellen, jedoch wachsen die Absolutzahlen und Anteile von Männern in Teilzeit und Minijobs sowie von Frauen in der Zeitarbeit.

- ***Übergreifender Trend: Zunahme der mobilen (nichtstationären) Arbeitsformen***

Das betrifft auch reguläre (Vollzeit)Beschäftigung (z.B. alternierende Telearbeit), kommt aber bei den atypischen Beschäftigungen häufiger vor (branchenspezifisch: z.B. Minijobs in der ambulanten Pflege) oder ist ein prägendes Merkmal (z.B. Zeitarbeit und Werkverträge mit Kurzeiteinsätzen in wechselnden Betrieben - etwa im Baugewerbe und in den Bereichen Handel und Logistik).

---

<sup>44</sup> Ergebnis aus dem Sozio-ökonomischen Panel 2008: Minijobberinnen haben im Durchschnitt einen vereinbarten Arbeitszeitumfang von 12 Stunden, wünschen sich dagegen eine Arbeitszeit von 21 Stunden. Ausgewertet in: Claudia Weinkopf, Minijobs - politisch-strategische Handlungsoptionen, Expertise im Rahmen des Projektes „Gesellschaftliche Wertschätzung von Dienstleistungen steigern! Dienstleistungsqualität - Arbeitsqualität - Zeitinnovationen, Berlin 2011; siehe auch DIW-Wochenbericht Nr. 42/2011: Teilzeitarbeit ist vielfach nur eine „Notlösung“ mangels eines Vollzeitbeschäftigungsangebotes (S.3).

<sup>45</sup> Vgl. Stolz-Willig, B., Christoforidis, C., Hauptsache billig? Prekarisierung der Arbeit in den Sozialen Berufen, Münster 2011

Je nach Branche und Tätigkeitsfeld zeigt sich eine Zunahme frauentypischer oder männertypischer Schwerpunkte. Alternierende Telearbeit nimmt auch für Männer zu.

- ***Verschiebungstendenzen zwischen atypischen Formen***

Zu beobachten sind auch Verschiebungstendenzen von der einen zur anderen Form: von Zeitarbeit zu Werkvertragsarbeit und Solo-Selbstständigkeit (z.B. Baugewerbe, Montage und Instandhaltung); von Minijobs zu Zeitarbeit (beginnend in der Pflegebranche) oder Werkverträgen (Waren kontrollieren und einräumen in Supermärkten).

***Exkurs: Geschlechterperspektive in der arbeitsmarkt- und sozialpolitischen Diskussion der atypischen Beschäftigung***

Der Arbeits- und Gesundheitsschutz von Beschäftigten ist nicht unabhängig von den Fragen ihrer arbeitsmarktpolitischen Situation und ihres arbeits- und sozialrechtlichen Schutzes zu sehen: Das Schutzniveau in den Fragen der arbeitsvertraglichen und tariflichen Absicherung, des Einbezugs in die Sozialversicherung *und* der Gewährleistung des betrieblichen Arbeitsschutzes tendiert in gleichlaufende Richtungen.

Seit langem und aktuell verstärkt werden die politischen und wissenschaftlichen Debatten<sup>46</sup> um Pro und Kontra verschiedener Formen der atypischen Beschäftigungsverhältnisse - vor allem geringfügiger Beschäftigung und Zeitarbeit - geführt. Zum Bereich der Minijobs liefert z.B. die Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage ausführliches und auch unter der Gender-Perspektive aufschlussreiches Material<sup>47</sup>.

Die arbeits(markt)- und sozialpolitische Debatte und die Forschung werden bestimmt von den Fragen:

- Existenzsichernde Entlohnung oder „Niedriglohnfalle“?
- Brückenfunktion in reguläre (existenzsichernde, kontinuierliche) Beschäftigung? Oder Patchwork-Berufsbiographien mit vielen Brüchen?
- Arbeits- und sozialrechtliche Absicherung: Schutzniveau für die Betroffenen? Konsequenz Altersarmut? Folgen für die sozialen Sicherungssysteme?

Diese Fragen werden durchweg auch unter der Geschlechterperspektive diskutiert, vor allem beim Thema Minijobs. Die gesellschaftlichen Auswirkungen atypischer, vor allem nicht existenzsichernder, instabiler Beschäftigung auf die berufliche Gleichstellung von Frauen und den Fortbestand des tradierten Familienernährermodells sind zumindest mit im Blick.

<sup>46</sup> Z.B. Gutachten der Sachverständigenkommission zum Ersten Gleichstellungsbericht (zit. in FN. 1); WSI-Mitteilungen 01/2012 Schwerpunktheft „Minijobs“; *Datenreports und Publikationen der Bundesagentur für Arbeit und des Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)*; verschiedene Forschungsprojekte des *Instituts Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen*.

<sup>47</sup> Deutscher Bundestag, BT-Drs. 17/6986 Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage „Entwicklung der geringfügigen Beschäftigung in Deutschland“.

Auch die Betroffenheit von Männern, vor allem die Umwandlung von Normalbeschäftigung in Zeitarbeit, Werkvertragsbeschäftigung oder Solo-Selbstständigkeit oder Nebenbeschäftigung in Minijobs als existenznotwendiger Zuverdienst, wird thematisiert, und die Folgen, auch für das eigene Rollenbild, werden mit untersucht.

Dass sich bei den verschiedenen Formen atypischer Beschäftigung die Angst um den Arbeitsplatz, Angst vor Armut bzw. tatsächliche Armut trotz Arbeit negativ auf die Gesundheit auswirkt und dass hier sowohl krankmachende Faktoren als auch Hindernisse für eigenes gesundheitsförderliches Verhalten erkennbar sind, wird im Gesamtkontext mit angesprochen, jedoch kaum untersucht. Allenfalls werden das allgemeine gesundheitliche Befinden und allgemeine Erkrankungsrisiken mit thematisiert, nicht aber die Gefährdungen und Belastungen durch die Tätigkeit und die Art der Einbindung in den Betrieb.

### **2.1. *Bedeutung vermehrter atypischer Beschäftigung für den Arbeits- und Gesundheitsschutz***

Wenn die neuen oder mit neuem Schwergewicht auftretenden atypischen Beschäftigungsformen insgesamt genauer und gezielt im Hinblick auf den Arbeits- und Gesundheitsschutz unter die Lupe genommen werden, dann stellen sich vielfältige neue Fragen und Anforderungen. Neuorientierungen der Sichtweisen und Handlungskonzepte werden erforderlich.

Um für die Gruppen der atypisch Beschäftigten in den verschiedenen Beschäftigungsformen ein Bild ihres Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu gewinnen, sind differenzierte Fragen zu stellen nach

- Einbindung in die betriebliche Organisation und Qualität der Arbeitsgestaltung,
- Arbeitssicherheit und Schutz vor gesundheitlichen Belastungen und Gefährdungen,
- Einbezug in die betriebliche Arbeitsschutzorganisation und in ein betriebliches Gesundheitsmanagement.

Geschlechteraspekte müssen angemessen mit geprüft werden, ehe sie u.U. als weniger relevant für die Aufgaben und Pflichten der für den Arbeits- und Gesundheitsschutz Verantwortlichen bewertet werden können.

## **2.2. Datenlage und Erkenntnisse zu den Arbeitsbedingungen sowie zum Arbeits- und Gesundheitsschutz bei atypischer Beschäftigung**

Erstaunlich ist angesichts der breiten arbeitsmarkt- und sozialpolitischen Debatte und Forschungslandschaft zu atypischer Beschäftigung, wie gering dagegen der Umfang<sup>48</sup> an arbeitswissenschaftlichen und arbeitsmedizinischen Untersuchungen zur Arbeitsgestaltung und den gesundheitsrelevanten Arbeitsbedingungen sowie zur Einhaltung des gesetzlich normierten Arbeits- und Gesundheitsschutz für die Gruppen der atypisch Beschäftigten ist. In Erwerbstätigenbefragungen und Umfragen zu konkreten Themen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie des eigenen gesundheitsbezogenen Verhaltens kommen sie als Gruppen mit spezifischen Situationsmerkmalen nicht vor.

Zahlreiche Forschungsarbeiten liegen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz in der (Vollzeit)Schichtarbeit vor, auch mit geschlechterspezifischen Ansätzen<sup>49</sup>. Ihre Erkenntnisse hinsichtlich schichtarbeitsassoziierter Symptombereiche wie z.B. Schlafstörungen, Erschöpfung, Magenbeschwerden sind wegen des Vollzeitbezuges nicht direkt übertragbar. Sie liefern aber dennoch für solche Bereiche atypischer Beschäftigung, die von stark wechselnden Arbeitszeiten sowie Arbeit außerhalb der betriebsüblichen (Tages)Arbeitszeit oder in der Nacht geprägt sind, Anhaltspunkte für eine genauere Betrachtung.

### **Exkurs: Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Zeitarbeit unter Geschlechteraspekten**

Für die atypische Beschäftigung in Form der Zeitarbeit gibt es auch eine Reihe von Untersuchungen - durchweg für Bereiche, die überwiegend oder ausschließlich Männer betreffen.

Viele dieser Zeitarbeitstypischen Tätigkeitsfelder gehören ganz generell zu den besonders belasteten und risikoträchtigen Bereichen der Arbeitswelt. Empirische Untersuchungen<sup>50</sup> weisen darauf hin, dass eine im Vergleich zu Stammbeschäftigten festzustellende höhere Belastung und ein geringeres Schutzniveau der Zeitarbeitnehmer und Zeitarbeitnehmerinnen vor allem mit den typischen Zeitarbeitsmerkmalen zusammenhängt:

<sup>48</sup> Tatjana Fuchs./Ralph Conrads, Flexible Arbeitsformen, Arbeitsbedingungen, -belastungen und Beschwerden, BAuA-Forschungsbericht 2003; U. Pröll, D. Gude, Gesundheitliche Auswirkungen flexibler Arbeitsformen. BAuA-Forschungsbericht 986, 2003; Brigitte Stolz-Willig, Prekarisierung und Frauenarbeit – (k)ein Thema im Arbeits- und Gesundheitsschutz? In: Bosch, G. u.a. (Hrsg.) Sozialstaat und Sozialpolitik, Festschrift für Gerhard Bäcker, Wiesbaden 2012.

<sup>49</sup> Z.B. Beate Beermann, Frauen in Schichtarbeit (eine Auswertung von Daten der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2005/2006, DGUV-Forum, Fachzeitschrift für Prävention, Rehabilitation und Entschädigung, Ausgabe 4 2011, S. 24ff, S. 27.

<sup>50</sup> Heidi Wunenburger, Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Zeitarbeit - Analyse und Bewertung der Umsetzung europäischer Rechtsgrundlagen in den Mitgliedstaaten und empirische Ergebnisse zur Arbeitssituation der Zeitarbeit in Deutschland; Wuppertal 2010. <http://d-nb.info/1007284986/34>

- häufiger Arbeitsplatzwechsel und oft unzureichende Einarbeitung, Zeitdruck bei der Arbeitsplatzbesetzung, als strukturelles Dilemma die Zuständigkeit zweier Arbeitgeber - des Zeitarbeits-Unternehmens und des entleihenden Unternehmens<sup>51</sup>,
- erhöhte psychosoziale Belastungen durch mangelnde Möglichkeiten, die Arbeit selbst zu planen und einzuteilen oder Einfluss auf die Arbeitsmenge zu nehmen, außerdem durch geringe Anerkennung und Wertschätzung der geleisteten Arbeit.
- Bezogen auf die Belastung durch Gefahrstoffe zeigt eine Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin<sup>52</sup> für die in aller Regel männlichen Beschäftigten von Servicefirmen im Bereich der Reinigungs- und Instandhaltungsarbeiten eine erhöhte Belastung im Vergleich zu den Beschäftigten im Normalbetrieb, außerdem erschwerte Arbeitsbedingungen und unzureichende Schutzmaßnahmen. Bei Reinigungstätigkeiten für verschiedene Auftraggeber waren außerdem ständig wechselnde Stoffbelastungen festzustellen.

Zum Thema Zeitarbeit gibt es seit einigen Jahren einen verstärkten Fokus in der Arbeitsschutzdebatte und –praxis durch einen Programmschwerpunkt „Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Zeitarbeit“ der *Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie*.

Ein wichtiges Signal ist außerdem, dass in den gemeinsam vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, den obersten Arbeitsschutzbehörden der Länder und den Unfallversicherungsträgern aufgestellten *Leitlinien zur Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation* sowie den *Leitlinien zur Arbeitsschutzorganisation* Zeitarbeitsbeschäftigte sowie im Praktikum Beschäftigte als mit einzubeziehende Beschäftigtengruppen ausdrücklich genannt werden.

In der Pflege- und Gesundheitsbranche ist Zeitarbeit seit einigen Jahren im Entstehen, derzeit noch in geringem Ausmaß<sup>53</sup>. Mit Zuwächsen ist zu rechnen, denn ihre Funktion ist die flexible Bewältigung der wachsenden Anforderungen. Beobachtete Einsatzzeiten reichen von Tageseinsätzen bis zu mehreren Jahren.

Gerade in diesem sensiblen, sozial relevanten Beschäftigungsbereich, der bereits von Teilzeitarbeit und Minijobs stark geprägt ist, muss mit besonderer Aufmerksamkeit die Entstehung weiterer atypischer Beschäftigungsformen wie der Zeitarbeit beobachtet werden. Diese Entwicklungen machen es um so notwendiger, die Arbeitsbedingungen und den Gesundheitsschutz aller Beschäftigten - bei rückläufiger Vollzeitbeschäftigung und starker Zunahme der verschiedenen Formen atypischer Beschäftigung - angemessen zu untersuchen.

---

<sup>51</sup> ebenda, S. 152 und S. 135-137.

<sup>52</sup> Gerhard Kuhlmann, Frank Elbeshausen, Ralph Hebisch, Torsten Wolf, Stoffbelastungen der Mitarbeiter von Reinigungsfirmen bei Reinigungs-, Wartungs- und Reparaturarbeiten. Forschungsbericht 2044 der BAuA Dortmund 2011

<sup>53</sup> Christoph Bräutigam, Elke Dahlbeck, Peter Enste, Michaela Evans, Josef Hilbert: Flexibilisierung und Zeitarbeit in der Pflege. Hans-Böckler-Stiftung, Arbeitspapier 215, Düsseldorf 2010.

Dabei genügt es nicht, eine Checkliste der im Arbeitsschutz bekannten und anerkannten Belastungs- und Gefährdungsfaktoren tätigkeitsbezogen abzuarbeiten. Vielmehr müssen die Merkmale der atypischen Beschäftigung und die Aspekte der Lebenslage solcher Beschäftigtengruppen im Gesamtkontext mit betrachtet werden

### ***Mangel an Informationen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz in Minijobs und Teilzeitarbeit im Niedriglohnbereich***

Zum Arbeits- und Gesundheitsschutz in Minijobs und in prekärer Teilzeitarbeit im Niedriglohnsektor, mit hohen Belastungen und oftmals mit zeitlicher, räumlicher und organisatorischer Entgrenzung der Arbeit, mangelt es an Daten und Informationsquellen. Auch gibt es keine Informationen zur praktischen Umsetzung des gesetzlich normierten Arbeits- und Gesundheitsschutzes von Erwerbstätigen, die mehrere Teilzeit- oder Mini-Jobs ausüben, um so an ein existenzsicherndes Einkommen heranzukommen.

Der Mangel an Daten zu atypischen Beschäftigten in der Arbeitsschutzberichterstattung und in Erwerbstätigenumfragen sowie der Mangel an fundierten Forschungserkenntnissen sind große Hemmnisse für die Entwicklung eines angemessenen Arbeits- und Gesundheitsschutzes für diese Gruppen. Aus der Praxiserfahrung abgeleitete qualitative Einschätzungen, Bewertungen und Schlussfolgerungen sind zwar wichtig, sie können aber keine breiten, fundierte Informationsgrundlage liefern.

Daher gehört die Forderung nach Herstellung einer zureichenden Daten- und Informationslage einschließlich *geschlechterspezifischer* und *geschlechtersensibler* Informationen zu den dringendsten Vorschlägen für Verbesserungen.

## **3. Themenfelder und Ansatzpunkte für geschlechtergerechten Arbeits- und Gesundheitsschutz für atypisch Beschäftigte**

Bei den nachfolgenden Informationen und exemplarischen Veranschaulichungen der Sachlage sowie bei den anschließenden Überlegungen zu relevanten Themen und Ansatzpunkten liegt der Schwerpunkt auf Teilzeitarbeit und Minijobs. Dabei ist primär die Teilzeitarbeit gemeint, bei der ein erhöhter Problemstand anzunehmen ist: Umfang knapp über der Sozialversicherungspflichtgrenze, geringes Einkommen, geringer Arbeitszeitumfang verbunden mit hohen Belastungen sowie ggfs. mit zusätzlichen hohen Flexibilitätsanforderungen (z.B. zeitlich: Schichtarbeit, räumlich: nichtstationäre Arbeitsplätze).

### **3.1. Zur Notwendigkeit einer ganzheitlichen Herangehensweise**

Bei den Diskussionen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie zur work-life-balance besteht nach allgemeinem Konsens der neue und für wirksame Modelle grundlegende Ansatz darin, die Menschen mit ihren Lebensbereichen insgesamt in den Blick zu nehmen. Einzubeziehen sind;

- der Lebensbereich der Erwerbsarbeit mit den Anforderungen des Berufes und der Tätigkeit sowie mit der als Rahmen vorgegebenen Arbeits(zeit)organisation und den konkreten Arbeitsbedingungen *und*
- der Lebensbereich der Familie mit den dort vorliegenden Anforderungen und Bedürfnisse, dem familiären Kontext und den vielfältigen Rahmenbedingungen, die für diesen Lebensbereich gelten.

Von hier ausgehend können betriebliche, gesellschaftliche und individuelle Veränderungen gestaltet werden, die es Frauen und Männern ermöglichen, Beruf und Familie besser unter einen Hut zu bekommen und eine Balance zwischen den Anforderungen und Ressourcen in dem einen wie dem anderen Lebensbereich zu realisieren.

In vergleichbarer Weise müssen auch für Verbesserungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes atypisch beschäftigter Frauen und Männer beide Lebensbereiche in den Blick genommen und ganzheitlich betrachtet werden:

- die Situation am Arbeitsplatz - genauer: der Gesamtbereich der ausgeübten Erwerbstätigkeit(en)
- *und* die Situation im privaten, familiären Lebensbereich.

Das gilt auch dann, wenn der Erwerbsarbeitsbereich vom Arbeitszeitvolumen her vorübergehend oder längerfristig einen geringen Stellenwert hat oder zu haben scheint.

Bei einer solchen ganzheitlichen Sichtweise geht es nicht nur darum, Belastungskumulationen zu erkennen, sondern auch um die Frage, inwieweit und unter welchen Bedingungen die Situation auch positive Aspekte und Ressourcen enthält. Für beide Fragen muss auch die Bedeutung der Geschlechterrollen mit in den Fokus genommen werden.

Weiter wird sich die Frage stellen, welches Gesamtbild sich im Hinblick auf gesundheitliche Belastungen und Gefährdungen bei dem Teil der atypisch Beschäftigten ergibt, die nebeneinander mehrere Erwerbstätigkeiten, z.B. verschiedene Minijobs oder Teilzeitarbeit plus Werkvertrag, ausüben.



Solche Konstellationen werden Frauen und Männer betreffen, vermutlich nicht in identischer Weise, aber auch hierzu müssen erst Informationen gewonnen werden.

Darüber hinaus erscheint es als notwendig, die Belastungs-Ressourcen-Bilanz des atypischen Beschäftigungsverhältnisses nicht nur für die aktuelle Situation zu betrachten, sondern vorausschauend nach den gesundheitlichen Konsequenzen im Laufe einer gesamten Erwerbsbiographie zu fragen.

Mit dieser Sichtweise wird das Lebensverlaufskonzept der Sachverständigenkommission zum Ersten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung auch auf die Aspekte der Qualität der Arbeitsbedingungen angewendet. In diesem Konzept sind die Rahmenbedingungen, Phasen und Brüche im Erwerbslebensverlauf maßgeblich für die Möglichkeiten gleicher Chancen von Frauen und Männern. Neu ist der Blickwinkel, inwiefern auch die Bedingungen von Gesundheitsbelastung bzw. -förderlichkeit bei der Erwerbsarbeit für die Lebensverläufe von Frauen und Männern prägend wirken.

Diese Bedeutung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes wird ganz allgemein noch nicht hinreichend gesehen. Bei den atypischen Beschäftigungen mangelt es aber fast vollständig an der notwendigen Beachtung.

Eine solche ganzheitliche Sicht und Herangehensweise müsste bei jedem der in Kap. 3.2 dargestellten Themenbereiche zu den dort formulierten, direkt Bezug nehmenden Überlegungen und Fragen hinzu kommen.

### **3.2. *Kernthemen für geschlechtergerechte Gefährdungsbeurteilungen und Maßnahmen***

Die Kernfragen, wie es um den Arbeits- und Gesundheitsschutz atypisch Beschäftigter bei ihrer Arbeit in der gegenwärtigen Situation sowie auch im Erwerbslebensverlauf steht, werden im Folgenden für zentrale Themenbereiche dargestellt und exemplarisch veranschaulicht. Geschlechter(rollen)spezifika werden dabei einbezogen.

Es schließen sich jeweils eigene Überlegungen und Fragen an, die zu einer gezielten Aufmerksamkeit und weiteren Klärung anregen sollen.

#### ***Atypische Beschäftigung und klassische Risikofaktoren am Arbeitsplatz***

Atypische Beschäftigungen - vor allem Minijobs und Teilzeitarbeit - finden sich überwiegend in Niedriglohnbereichen. Es ist anzunehmen, dass die in diesen Bereichen besonders hervortretenden Belastungen und Risiken auch für die dort zu findenden atypischen Beschäftigungsformen grundsätzlich relevant sind:

z.B. Monotonie, einseitige Belastungen, körperliche Schwere der Arbeit und belastende Arbeitsumgebungsfaktoren (Lärm, Hitze/Kälte ...), Gefahrstoffexposition, sowie fehlende eigene Entscheidungs- und Handlungsspielräume<sup>54</sup>.

Zu den allgemeinen Konsequenzen solcher Belastungskonstellationen wird festgestellt, dass die *„Interaktion von hohen Anforderungen verbunden mit niedrigen Kontroll- und Einflusschancen im Erwerbsleben das gesundheitliche Risiko erhöht.“*<sup>55</sup>

Frauentypische Minijobs und Teilzeitarbeit mit diesen Merkmalen sind z.B. im Reinigungsgewerbe, in der Textilreinigung und Wäscherei, Konfektionierung im Versandhandel, in Großküchen und in Hauswirtschaftsbereichen zu finden.

Männertypische Beispiele gibt es häufiger in Form von Zeitarbeit, Arbeit mit Werkvertrag oder als Solo-Selbstständiger im Baugewerbe, in der industriellen Reinigung, Montage und Reparatur.

### Anschließende Überlegungen

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass es eine Belastungsminderung bedeutet, wenn eine Tätigkeit nur in zeitlich geringem Umfang oder kurzzeitig befristet ausgeübt wird und somit eine geringere Expositionsdauer vorliegt.

Dies muss jedoch überprüft und nicht von vorneherein als selbstverständlich unterstellt werden. Zu fragen ist z.B.:

- Liegt quasi „im Gegenzug“ bei der Teilzeitarbeit oder beim Minijob eine besonders hohe oder kontinuierlich gesteigerte Arbeitsintensität vor, sind die Leistungsanforderungen entgrenzt und der Zeitdruck besonders hoch?
- Werden entlastende, unterstützende Hilfsmittel in geringerem Umfang bereitgestellt? Sind sie auch praktisch verfügbar, z.B. Hebehilfen in der Pflege?
- Ist die Exposition z.B. gegenüber Gefahrstoffen durch die besonderen Umstände der Tätigkeitsausübung höher?

Sofern diese Fragen nicht von vornherein eindeutig zu verneinen sind, muss auch bei den atypisch Beschäftigten das Augenmerk auf alle diese Aspekte des betrieblichen Arbeitsschutzes gerichtet werden. Die Bewertung kann erst nach der genauen Ist-Analyse im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung erfolgen.

<sup>54</sup> Vgl. Pröll, U., Gude, D., Auswirkungen flexibler Arbeitsformen. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, FB 986, Dortmund 2003.

<sup>55</sup> Martin Brussig, Andreas Jansen, Matthias Knuth, Differenzierte Altersgrenzen in der Rentenversicherung aufgrund beruflicher Belastungen? WISO-Diskurs, Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn 2011, S. 47.

Aus Daten zur Teilzeitarbeit ergeben sich Hinweise darauf, dass vorhandene (messbare) Belastungen aufgrund der Tatsache, dass man ihnen nur in geringem Zeitumfang oder kurzzeitig-vorübergehend ausgesetzt ist, in *unterproportionalem* Ausmaß zu Beanspruchungen führen, d.h. unterproportionale gesundheitliche Folgen haben. Allerdings dürfen die in der Einleitung zu Kap. 3 genannten Fragen nach gesundheitlichen Risiken der Teilzeitbeschäftigten durch eine insgesamt kumulierte Gesamtbelastung nicht außer Betracht bleiben.

### ***Psychosoziale Belastungen aufgrund der Tätigkeit und Situation in der Betriebsorganisation sowie im Hinblick auf die Berufsperspektive***

Psychische Belastungen können entstehen

- in konkretem Bezug zur Tätigkeit: exemplarisch vor allem bei personenbezogenen Dienstleistungen (von den Pflegeberufen über die Arbeit als Friseurin/Friseur bis hin zur Tätigkeit im Call-Center);
- durch Flexibilisierung in Form der Entgrenzung der Arbeit in zeitlicher und räumlicher oder auch inhaltlicher Sicht;
- durch mangelnde Anerkennung, geringen Status und mangelnde Einbindung in die Betriebsorganisation - dies verbunden mit mangelnden beruflichen Perspektiven. Nicht qualifikationsentsprechende Tätigkeiten, mangelnde Entwicklungschancen und Anerkennungsdefizite wirken als Stress, vor allem, wenn sie dauerhaft sind.

Negative gesundheitliche Folgen entwickeln sich aus Gesamt-Belastungskonstellationen, wie sie bei atypischer Beschäftigung häufig zu beobachten sind: *„Wenn sich psychosoziale Belastungen, z.B. Zeitdruck, Mangel an Arbeitsgestaltungsmöglichkeiten und an Wertschätzung, dauerhaft im Erwerbsverlauf verbinden mit fehlenden Berufsperspektiven, geringem Einkommen, unsicherem Status, dann erhöht sich das Risiko chronischer Erkrankungen.“*<sup>56</sup> Exemplarisch ist auch auf den in einer DIW-Studie festgestellten Zusammenhang zwischen als „unfair“ bewerteten Löhnen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen<sup>57</sup> hinzuweisen.

Zu psychosozialen Belastungen kommen durchweg körperliche Belastungen hinzu.

Die Gesamtbelastung kann eine Situation schaffen, in der gerade Frauen aus der Vollzeitarbeit in die Teilzeitarbeit oder den Minijob wechseln (müssen):

<sup>56</sup> Richard Peter, Psychosoziale Belastungen im Erwachsenenalter: Ein Ansatz zur Erklärung sozialer Ungleichheit? Zitiert nach: Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hg.), Gesundheitliche Ungleichheit, VS-Verlag für Sozialwissenschaften 2006, S. 106 ff. Zitiert in Martin Brussig, Andreas Jansen, Matthias Knuth, Differenzierte Altersgrenzen in der Rentenversicherung aufgrund beruflicher Belastungen? Vorüberlegungen für ein empirisches Konzept. Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung, WISO Diskurs, Bonn 2011.

<sup>57</sup> Armin Falk, Ingo Menrath, Pablo Emilio Verde, Cardiovascular Consequences of Unfair Pay, DIW SOEPPapers, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin, Mai 2011

In der Altenpflege wird dies z.B. illustriert durch Äußerungen von Pflegekräften „*Das hält kein Mensch in Vollzeit aus.*“

Psychische Belastungen durch Gewalt und Übergriffe sind nicht nur für Frauen ein Risiko, sondern auch für Männer, und hier auch in Bereichen atypischer Beschäftigung, z.B. Zeitarbeit von Sicherheitskräften und Ordnungsdiensten.

### Anschließende Überlegungen

Personenbezogene Dienstleistungen sind ein weites Feld für alle Formen atypischer Beschäftigungsverhältnisse. Neben der konkreten Tätigkeit wird ein Verhalten und Tun vorausgesetzt, das zum einen als Sorgearbeit, zum anderen als Emotionsarbeit beschrieben werden kann; oft sind auch beide Elemente verknüpft.

Als zusätzliche Belastung kommt oft die mangelnde Anerkennung der Tätigkeit und Nichtwahrnehmung der Emotionsarbeit als Arbeitsleistung hinzu. Diese Aspekte betreffen vor allem Frauen und haben viel mit der ihnen zugeordneten Geschlechterrolle zu tun.

Als gemeinsames Situationsmerkmal entgrenzter Arbeit wird der Konflikt zwischen Arbeitsanforderungen und -belastungen und außerberuflichen Belastungen und Ressourcen beschrieben. Die positiven Aspekte flexibler Arbeit lassen sich nur unter bestimmten Bedingungen realisieren: Es muss genügend Zeit zur Einarbeitung und für die Aufgabenerledigung geben; die Aufgaben müssen in ihrer Zeitstruktur aufeinander abgestimmt werden können, und der Einsatz für die Arbeit darf nicht laufend mit den familiären Anforderungen in Konflikt geraten<sup>58</sup>.

Die Flexibilität kann für atypische Beschäftigung in Teilzeitarbeit und Minijobs unter dem Aspekt des geringen Umfangs der zeitlichen Bindung zutreffen und damit als positiv erfahren werden. Möglicherweise fällt auch die Abgrenzung von den psychischen Belastungen der Tätigkeit leichter als bei Vollzeitbeschäftigung.

Beide Aspekte können aber nicht generell als zutreffend unterstellt werden: Wenn Pflegekräfte in Teilzeit die Arbeitsintensität und Hetze noch stärker erleben als in Vollzeit, wird die mit der Sorge- und Emotionsarbeit verbundene psychische Belastung nochmals verschärft.

Die eingeschränkten oder mangelnden beruflichen Perspektiven bei atypischen Beschäftigungen sind nicht zu übersehen.

Das ist für die Frage gesunder Arbeitsbedingungen von Bedeutung, denn „*Berufe stellen nicht nur Belastungsbündel dar, sondern halten auch Normalitätserwartungen und Identifika-*

<sup>58</sup> Vgl. Pröll U., Gude, D., Gesundheitliche Auswirkungen flexibler Arbeitsformen, a.a.O.; Janssen, D., Nachreiner, F., Flexible Arbeitszeiten, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, FB 1025, Dortmund / Berlin / Dresden 2004

*tionsangebote bereit, die die Transformation von Belastungen in Beanspruchungen beeinflussen.*<sup>59</sup>

In atypischen Beschäftigungen ist dies ein sehr kritisch zu sehender Zusammenhang, sowohl für Frauen als auch für Männer. Dabei muss aber neben der Form des Beschäftigungsverhältnisses auch die Relevanz von Geschlechterrollenzuschreibungen und eigenen Geschlechterrollenprägungen mit im Blick sein.

Psychosoziale Belastungen in atypischen Beschäftigungsverhältnissen sind vergleichbar komplex zu identifizieren wie auch bei unbefristet Vollzeitbeschäftigten. Spezifische Fragen kommen hinzu:

Wirken die insgesamt nachteilige Lage und mangelnde Perspektive als Verstärkungsfaktoren?

Oder gelingt die Distanzierung besser, weil die Erwerbsarbeit „nur das halbe Leben“, im Minijob noch weniger als das, ausmacht?

### ***Fehlzeiten, arbeitsbedingte Erkrankungen, Unfallrisiken, Berufskrankheiten***

Bei atypischen Beschäftigungsverhältnissen, besonders in Formen mit reduziertem Arbeitszeitvolumen, könnten zunächst geringere Fehlzeiten erwartet werden:

- sofern entsprechend dem geringeren Arbeitszeitvolumen die Gesamtbelastung der Beschäftigten geringer ist;
- sowie dann, wenn eigene Spielräume zur Einteilung der Arbeitszeit bestehen und genutzt werden, indem z.B. bei Krankheit oder gesundheitlicher Beeinträchtigung die Teilzeitarbeit oder der Minijob auf einen anderen Tag verschoben werden kann;
- möglicherweise auch aufgrund von Präsentismus: einerseits Angst um den Minijob, in dem Mann/Frau jederzeit leicht austauschbar ist, andererseits eine Verhaltensweise und Einstellung „Die drei Stunden schaffe ich doch!“

Die vorliegenden Informationen zu den Fehlzeiten und arbeitsbedingten Erkrankungen von Teilzeitbeschäftigten sind nicht genügend differenziert, um Einschätzungen für die hier im Fokus stehenden „prekären“ Teilzeitbeschäftigungen und Minijobs abzuleiten.

Für den Bereich der Zeitarbeits-Beschäftigten sind im Vergleich zu allen übrigen Beschäftigten deutlich überproportionale Fehlzeiten festzustellen. Exemplarisch zeigen die Versicherten-Daten der Techniker Krankenkasse für 2009<sup>60</sup>

<sup>59</sup> Vgl. Pröll/Gude, siehe Fußnote 20.

<sup>60</sup> Techniker Krankenkasse, Gesundheitsreport 2009, Schwerpunkt: Gesundheit von Beschäftigten in der Zeitarbeit, S. 34, 37-38.

- bei Männern aus der Zeitarbeitsbranche Krankenstände von rund 4,2 % gegenüber knapp 2,5 % bei den übrigen männlichen Beschäftigten;
- bei Frauen rund 3,8 % gegenüber 3,3 % bei den übrigen weiblichen Beschäftigten.

Bei den Krankheitsdiagnosen sind vor allem bei männlichen Zeitarbeits-Beschäftigten die Muskel- und Skeletterkrankungen sowie die psychischen Erkrankungen erheblich höher als bei den übrigen männlichen Beschäftigten. Für Schlussfolgerungen müsste allerdings zunächst geprüft werden, inwiefern sich dieses erhöhte Krankheitsrisiko aus den spezifischen Berufsfeldern und Tätigkeiten der Zeitarbeits-Beschäftigten im Unterschied zu denjenigen der übrigen Beschäftigten erklärt. Hierzu liegen keine Daten vor.

Allgemein wird von einem höheren Unfallrisiko atypisch Beschäftigter im Vergleich zu Stammbeschäftigten im gleichen Berufsfeld ausgegangen. Für die *Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie* waren die vorliegenden empirischen Anhaltspunkte der Anlass, den bereits erwähnten Programmschwerpunkt zur Zeitarbeit einzurichten.

### Anschließende Überlegungen

Es liegt auf der Hand, dass atypische Beschäftigung, wenn sie geringfügig ist, lange anhaltend die Erwerbstätigkeit prägt oder im berufsbiographischen Verlauf stark wechselt, die Zurechnung von Gesundheitsschäden und Erkrankungen zur Tätigkeit und damit insbesondere auch für die Feststellung einer arbeitsbedingten Krankheitsursache und Anerkennung als Berufskrankheit erschwert oder sogar unmöglich macht.

Als Illustrationsbeispiel kann die Bewertung beim Karpaltunnelsyndrom als Berufskrankheit dienen, bei der sich für Frauen eine deutlich geringere Anerkennungsrate als für Männer ergibt. Hier umfasst die erforderliche Prüfung, ob andere Faktoren als die konkreten Tätigkeiten in der Erwerbsarbeit ursächlich für die Erkrankung sein können, explizit außer hormonellen und genetischen Faktoren auch die Frage, inwiefern die Belastungen durch Hausarbeit ausschlaggebend sein können<sup>61</sup>. Das Hausarbeitskriterium würde zweifellos bei Frauen mit Teilzeitarbeit oder Minijob-Beschäftigten noch schwerer wiegen.

Die Frage ist zu stellen:

Wie könnte ein angemessenes und anerkanntes „Gefährdungssprint“ für betroffene atypisch Beschäftigte entstehen und dokumentiert werden, vor allem auf längere Erwerbsphasen bezogen, oder auch, wenn gleichzeitig verschiedene atypische Beschäftigungsverhältnisse ausgeübt werden?

---

<sup>61</sup> Klaus Giersiepen, Michael Spallek, Karpaltunnelsyndrom als Berufskrankheit, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, H. 14 vom 8. April 2011, S. 240. Es fällt auf, dass von etwaigen Heimwerker- oder Hobbybastlertätigkeiten von Männern nicht die Rede ist.

### ***Einbezug in die betriebliche Arbeitsschutzorganisation und in Maßnahmen zur gesundheitsförderlichen und sicheren Arbeitsgestaltung***

Für den Arbeits- und Gesundheitsschutz der im Minijob Beschäftigten oder der Zeitarbeits-Beschäftigten, der hoch variabel eingesetzten Teilzeitbeschäftigten oder kurzzeitig mit Werkvertrag Arbeitenden ist die Kernfrage, ob und inwieweit sie einbezogen sind

- in die Erstellung und Fortschreibung der betrieblichen Gefährdungsbeurteilung,
- in die Informationen und Unterweisungen zum Arbeitsschutz,
- generell in die betriebliche Arbeitsschutzorganisation und betriebliche Gesundheitsförderung.

Dies ist nicht die Frage nach der Reichweite der gesetzlichen Arbeitsschutzvorschriften. Diese gelten als Arbeitgeberverantwortung im Hinblick auf alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Es ist eine Frage der betrieblichen Praxis.

Die vorliegenden Informationen zu der Frage, inwieweit Betriebe die gesetzlich vorgeschriebene Gefährdungsbeurteilung durchführen, sprechen dafür, dass in weiten Teilen gerade der Branchen mit Niedriglohnbeschäftigung, kleinbetrieblicher Struktur und starker Ausprägung atypischer Beschäftigungsverhältnisse generell die Gefährdungsbeurteilung nicht oder nur mangelhaft durchgeführt wird.

Zu der über den Schutz vor Risiken hinausgehenden Frage nach Einbezug in das betriebliche Gesundheitsmanagement zeigt die bereits erwähnte Auswertung der BiBB/BAuA – Erwerbstätigenbefragung zu geschlechtsspezifischen Differenzierungen von BGF Konzepten<sup>62</sup> neben dem Betriebsgrößeneffekt sehr deutlich die Unterrepräsentanz von Teilzeit- oder geringfügig Beschäftigten, befristet sowie in Zeitarbeit Beschäftigten.

#### Anschließende Überlegungen:

Eine ganze Reihe von Fragen sind für Verbesserungen von Interesse, z.B.:

- Sind die Arbeitshilfen und Checklisten zur Gefährdungsbeurteilung, die den Betrieben als Unterstützung an die Hand gegeben werden, so gestaltet, dass sie darauf hinwirken, dass die Gefährdungsbeurteilung auch für die atypisch Beschäftigten und nicht allein für die Stammbesetzung durchgeführt wird und dass geschlechterspezifische Aspekte einbezogen werden?
- Inwieweit sind die flexibel und mit geringem Stundenkontingent eingesetzten Teilzeitkräfte und Minijobberinnen, die mit Werkvertrag Beschäftigten oder die Zeitarbeiter der Fachkraft für Arbeitssicherheit, dem Betriebsarzt oder der Betriebsärztin

<sup>62</sup> Vgl. Birgit Köper, Anke Siefer und Beate Beermann, Geschlechtsspezifische Differenzierung von BGF-Konzepten, in: Fehlzeiten-Report 2010, Heidelberg 2010, S. 217.

oder dem externen Präventionsdienstleister bekannt, und zwar mit ihren Arbeits- und Einsatzzeiten und der konkreten Tätigkeit?

- Werden die Teilzeitkräfte, Minijobberinnen, Zeitarbeitskräfte oder Werkvertrügler von diesen für den Arbeitsschutz im Betrieb Zuständigen überhaupt erreicht, z.B. wenn sie durchweg außerhalb des normalen Zeitrahmens arbeiten, also frühmorgens vor Geschäftsöffnung, abends, nachts, außerhalb der Betriebs- und Produktionszeiten z.B. am Samstag?  
Oder allein schon dann, wenn sie innerhalb des regulären Arbeitszeitrahmens flexibel zu stark wechselnden Zeiten eingesetzt werden?
- Welche organisatorischen Möglichkeiten gibt es überhaupt, Minijobberinnen, Teilzeitbeschäftigten oder Werkvertrags-Beschäftigten grundsätzlich gleichermaßen wie den Stamm-Beschäftigten im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements Angebote zu machen? Kann ein betrieblicher Nutzen und ein betriebliches Interesse vorausgesetzt werden?

Diese Thematiken und die gestellten Fragen sind auch relevant für die Überwachungs- und Beratungstätigkeiten der staatlichen Arbeitsschutzbehörden sowie der Unfallversicherungsträger.



#### **4. Schlussfolgerungen und Vorschläge zur geschlechtergerechten Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes für Frauen und Männer in atypischen Beschäftigungsverhältnissen**

Wenn ernst genommen wird, dass Gesundheit das höchste Gut und ohne Gesundheit alles nichts ist, dann steht außer Frage, dass die Qualität, Sicherheit und Gesundheitsverträglichkeit der Arbeit für Minijobberinnen und Minijobber oder in Teilzeitarbeit oder Zeitarbeit Beschäftigte gleichwertig geprüft und gewährleistet werden muss wie für Normalbeschäftigte.

Die Arbeitgeberverantwortung und die Verantwortung des staatlichen Arbeitsschutzes sowie der Unfallversicherungsträger für die Einhaltung des gesetzlich geregelten Arbeitsschutzes sind ohnehin für alle Beschäftigten gegeben. Die bestehenden Ausnahmen bei der atypischen Beschäftigung in Form der Werkverträge und der Solo-Selbstständigkeit können dies nicht relativieren, sondern zeigen, dass der Strukturwandel der Beschäftigungsverhältnisse es u.U. notwendig macht, den Rechtsrahmen des Arbeitsschutzes anzupassen. Bei den anderen Systemen der sozialen Sicherung (Arbeitslosenversicherung, Krankenversicherung, Rentenversicherung) wird dies längst mit diskutiert.

Die in den vorangegangenen Kapiteln unter der Geschlechterperspektive vorgenommene Betrachtung führte zur Feststellung von allgemeinem und geschlechterspezifischem Handlungsbedarf. Mit den nachfolgenden Diskussionsanstößen und Vorschlägen sollen geschlechtergerechte Verbesserungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in atypischen Beschäftigungsverhältnissen angeregt werden - im Interesse von Frauen und von Männern.

##### ***Erstens:***

***Die Frage gesundheitsförderlicher oder krankmachender Arbeitsbedingungen sollte mit Priorität auf die Agenda gesetzt werden.***

Beim Fachkräftemangel und der Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit, bei der Integration vor allem älterer Langzeitarbeitsloser und erwerbsloser Frauen mit Patchwork-Erwerbsbiographien sowie beim Risiko der Altersarmut wird immer deutlicher, welchen Anteil an den Problemlagen eine mangelnde Beachtung der Belange sicherer und gesunder Arbeitsbedingungen gerade bei Frauen und Männern in atypischer Beschäftigung hat.

Für die Gruppen atypisch Beschäftigter bestehen erkennbar Zusammenhänge zwischen ihrem arbeitsrechtlichen Status, vielfach nicht existenzsicherndem Einkommen, geringem Niveau des Sozialversicherungsschutzes *und* geringem Niveau des Arbeits- und Gesundheitsschutzes.

Frauen sind besonders betroffen, Männer jedoch auch in relevantem und zunehmendem Umfang.

**Zweitens:**

***Mehr Wissen ist eine notwendige Voraussetzung für wirksamen und geschlechtergerechten Arbeits- und Gesundheitsschutz***

Die Herstellung einer zureichenden Daten- und Informationslage zu Arbeitsbelastungen und -risiken sowie zum Arbeits- und Gesundheitsschutz von Beschäftigten in den verschiedenen Formen atypischer Beschäftigung gehört zu den dringendsten Vorschlägen für Verbesserungen. Dabei sind geschlechterspezifische und geschlechtersensible Informationen unverzichtbar.

Auch Erwerbstätigenbefragungen und –reports zur Sichtweise der Betroffenen auf ihre Arbeitsbedingungen und zu ihrem Gesundheitsverhalten sollten ihren Ansatz entsprechend erweitern bzw. differenzieren und mit zu einer verbesserten Informationsgrundlage beitragen.

Gerade für die atypischen Beschäftigungsverhältnisse wären wegen ihrer wachsenden Bedeutung sowie wegen der aktuell oft nachrangig betrachteten gesundheitlichen Belastungen *Frühwarnindikatoren* im Hinblick auf längerfristig erwartbare Risiken für die Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit von großer Bedeutung. Konzepte für solche Indikatoren müssten auch mit Gender-Kriterien versehen werden.

Die in Kap. 3 illustrierten und als wichtige Fragen charakterisierten Themen sollten in Problemanalysen überprüft und auf der Grundlage gewonnener Erkenntnisse für präventive Konzepte beachtet werden. Staatliche Förderprogramme der Gesundheitsforschung und Prävention sowie Förderprogramme in den Bereichen von Arbeitsschutz, Arbeitsmedizin und Arbeitsbedingungen sollten entsprechende Fragestellungen und Schwerpunkte im Hinblick auf die atypisch Beschäftigten fördern. Auch die Forschungseinrichtungen der großen Organisationen und Verbände sollten zu einer verbesserten Erkenntnislage beitragen.

**Drittens:**

***Arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken müssen im Lebenszusammenhang und in der Lebensverlaufsperspektive betrachtet und bewertet werden***

Für eine zutreffende Einschätzung von Belastungen und Ressourcen ist eine ganzheitliche Sicht auf den erwerbsbezogenen und den familiären, persönlichen Lebensbereich auch und gerade bei den Gruppen der atypisch Beschäftigten notwendig.

Darüber hinaus muss vorausschauend nach den gesundheitlichen Konsequenzen der belastenden Aspekte atypischer Beschäftigung für den Gesamtverlauf der Erwerbsbiographie gefragt werden.

Voraussetzung für gleiche Chancen von Frauen und Männern im Lebensverlauf sind neben den anderen Bedingungen (wie insbesondere Qualifikation und Vereinbarkeit von Familie und Beruf) auch die Beachtung und Minderung arbeitsbedingter Gesundheitsbelastungen und die Prävention durch menschengerechte, gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung. Dieser Stellenwert des Arbeits- und Gesundheitsschutzes muss gerade für atypisch Beschäftigte verstärkt in die Debatte aufgenommen werden - im Interesse von Frauen z.B. in Minijobs und unsicherer Teilzeitarbeit, und gleichermaßen auch für Männer in Zeitarbeit oder Solo-Selbstständigkeit.

***Viertens:***

***Die Praxis des Arbeits- und Gesundheitsschutzes muss gezielt auf Verbesserungen hinwirken***

Für atypisch Beschäftigte ist durch effektive Einbindung in die Arbeitsschutzorganisation ein gleichwertiges Schutzniveau im Arbeits- und Gesundheitsschutz zu gewährleisten. Eine zentrale Voraussetzung ist, dass die Gefährdungsbeurteilung generell die Themen der psychosozialen Belastungen und der Flexibilisierung und dabei vor allem auch die besonderen Aspekte der verschiedenen Beschäftigtengruppen angemessen erfasst.

Entsprechend sind die Arbeitshilfen für Arbeitgeber weiterzuentwickeln, ebenso die Leitlinien und Konzepte für die Überwachungs- und Beratungstätigkeit der Arbeitsschutzbehörden und der Unfallversicherungsträger. Bei Schwerpunktaktionen und Projekten der Aufsichtsinstitutionen sollte im Vorfeld mit geprüft werden, ob das geplante Thema, die Branchen- oder Betriebsauswahl auch atypisch Beschäftigte betrifft; wenn ja, sollte deren Situation ausdrücklich mit im Fokus sein.