

Ist betriebliche Gesundheitsförderung männlich?



**Werden geschlechtsspezifische arbeitsbedingte
Gesundheitsgefahren adäquat beachtet?**

**Zur Notwendigkeit einer geschlechtergerechten
Gesundheitsförderung im Betrieb**

Jutta Ulmer & Ferdinand Gröben

Impressum

Projektleitung: Dr. Ferdinand Gröben

Projektbearbeitung: Dr. Jutta Ulmer

Projektdurchführung: GUG – GESUNDHEITSFORSCHUNG UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Projekträger: Hans Böckler Stiftung

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung.....	4
2	Untersuchung.....	7
2.1	Ziele und Fragestellungen	7
2.2	Literaturrecherche	7
2.3	ExpertInneninterviews	10
3	Ergebnisse	13
3.1	Geschlechtsspezifische arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Erkrankungen	13
3.1.1	Muskulo-skeletale Beschwerden	13
3.1.2	Arbeitsbedingter Stress	15
3.1.3	Sexuelle Belästigung	18
3.1.4	Mobbing.....	20
3.1.5	Reproduktive Gesundheit	22
3.1.6	Arbeitsbedingte Krebserkrankungen	24
3.1.7	Zusammenfassung	26
3.2	Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung im Betrieb	28
3.2.1	Ergebnisse der Literaturrecherche	28
3.2.2	Ergebnisse der ExpertInneninterviews	32
3.2.3	Zusammenfassung	37
4	Fazit und Perspektiven.....	41
	Literatur.....	49

1 Einführung

Seit den 1970er Jahren steigt in Deutschland die Erwerbsquote bei Frauen kontinuierlich an. Dennoch verteilt sich die Beschäftigung weiblicher Erwerbspersonen nicht gleichmäßig über alle wirtschaftlichen Sektoren, Berufe und hierarchischen Positionen. Während doppelt so viele Männer wie Frauen eine Führungsposition inne haben, ist jede dritte Frau und nur jeder vierte Mann auf der untersten Hierarchiestufe tätig. Dienstleistungsberufe, Teilzeitbeschäftigung sowie die Doppelbelastung durch Familien- und Erwerbsarbeit sind nach wie vor Frauendomänen. Es stellt sich die Frage, ob sich diese geschlechtsspezifischen Differenzen hinsichtlich der vorherrschenden Arbeitsbedingungen auch in der betrieblichen Gesundheitspolitik niederschlagen.

Gender Mainstreaming bezeichnet eine Strategie zur Durchsetzung des Gleichheitsgrundsatzes in Artikel 3 Absatz 2 des Grundgesetzes. Allen Bestrebungen des Gender Mainstreaming liegt die Erkenntnis zugrunde, dass es keine geschlechterneutrale Politik gibt. Gesetze, Regelungen, Institutionen, Unternehmen, Programme und Maßnahmen müssen den Belangen von Frauen und Männern gerecht werden und dazu beitragen, bisherige Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten zu beseitigen.

Folgt man der Strategie des Gender Mainstreaming, dann ist der Geschlechteraspekt (Gender) auch in die Gesundheitsförderung zu integrieren. Die Gesundheitsförderungspraxis der vergangenen Jahre hat gezeigt, dass gesundheitsbezogene Interventionen nur dann erfolgreich sind, wenn sie sich an spezifischen Zielgruppen ausrichten. Neben dem Alter, der sozialen Schicht und ethnischen Zugehörigkeit ist das Geschlecht ein Merkmal, das bei der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen bedacht werden muss. Um die Qualität und Passgenauigkeit von Projekten zu erhöhen, ist in allen Projektphasen zu prüfen, ob und welche Bedeutung der Kategorie Geschlecht zukommt (Kolip & Koppelin, 2002; Kolip, Jahn & Summermatter, 2003; Trojan, 2002).

Während in Deutschland der staatliche Arbeits- und Gesundheitsschutz auf eine nahezu 180-jährige Geschichte zurückblicken kann, wird betriebliche Gesundheitsförderung erst seit den 1980er Jahren verstärkt thematisiert. Ausgehend von dem Postulat der Ottawa-Charta (1986), dass Gesundheit in allen Lebensbereichen – so auch in der Arbeitswelt – der Förderung bedarf, wenn sie für alle Menschen verwirklicht werden soll, hat die Gesundheitsförderung im Jahr 1989 Eingang in die deutsche Sozialgesetzgebung gefunden. Zunächst waren die betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf Angebote der Verhaltensprävention (z.B. Bewegungs- und Entspannungsprogramme) beschränkt, deren begrenzte Reichweite aber bald deutlich wurde und dazu führte, dass Angebote der Verhältnisprävention (z.B. Arbeitsergonomie und -organisation) stärker einbezogen wurden. Es ist zu beobachten, dass heute in den Unternehmen immer seltener der Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie die betriebliche Gesundheitsförderung nebeneinander stehen, vielmehr kooperieren die Akteure zunehmend, um möglichst große Effekte für die Beschäftigten erzielen zu können (Bös, Gröben & Woll, 2002).

Bezogen auf die betriebliche Gesundheitspolitik wird Kritik immer wieder dahingehend laut, dass einerseits geschlechtsspezifische arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Erkrankungen nicht adäquat erfasst werden. Andererseits wird bemängelt, dass bei der Planung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen geschlechtsspezifische Differenzen hinsichtlich beruflicher Belastungen und Bewältigungsstrategien nicht bedacht (Geschlechterinsensibilität) bzw. männliche Verhaltensweisen und Lebensbedingungen als Norm gesetzt werden (Androzentrismus) (Bundesamt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2004; European Agency for Safety and Health at Work, 2003; Gesundheitsmanagement in Niedersachsen, o.J.; Kolip, Jahn & Summermatter, 2003).

Ausgehend von diesen Kritikpunkten ist es das Ziel des vorliegenden Projektes, (1) Studien, die sich mit geschlechtsspezifischen arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen befassen, zusammenzutragen sowie (2) zu ermitteln, ob in deutschen Betrieben bei der Entwicklung, Implementierung und

Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen der Geschlechteraspekt angemessen berücksichtigt wird.

Es wurden eine Literaturrecherche sowie 18 Interviews mit ExpertInnen aus den Bereichen Public Health und Arbeitsschutz durchgeführt.

Das folgende *Kapitel 2* zeigt die Konzeption der Untersuchung auf, wobei die Ziele und Fragestellungen beschrieben sowie die Vorgehensweisen bei der Literaturrecherche und den ExpertInneninterviews thematisiert werden.

Im *Kapitel 3* erfolgt die Ergebnisdarstellung. Das Interesse gilt

- geschlechtsspezifischen Differenzen hinsichtlich arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen sowie
- Maßnahmen einer geschlechtergerechten Gesundheitsförderung in deutschen Betrieben.

Wegen zeitlicher und finanzieller Beschränkungen kann das Projekt keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Vielmehr soll die kleine Forschungsarbeit einen ersten Überblick über die vorliegende Thematik sowie einen Anstoß zu weiterführenden Diskussionen geben.

Im *Kapitel 4* werden abschließend die Ergebnisse der Literaturrecherche und der ExpertInneninterviews zusammengefasst sowie Folgerungen für die betriebliche Gesundheitspolitik und Perspektiven für zukünftige Forschungsarbeiten aufgezeigt.

2 Untersuchung

2.1 Ziele und Fragestellungen

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, (1) Studien, die sich mit geschlechtsspezifischen arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen befassen, zusammenzutragen sowie (2) zu ermitteln, ob in deutschen Betrieben eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung realisiert wird.

Folgende Fragestellungen sollen beantwortet werden:

- Bestehen geschlechtsspezifische Differenzen hinsichtlich arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen? Wenn ja, welche?
- Wird in deutschen Betrieben eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung angeboten oder orientieren sich die Maßnahmen (nach wie vor) an den Belastungen des „Durchschnittsmannes“?

Zur Beantwortung der Fragen wurden eine umfassende Literaturrecherche sowie ExpertInneninterviews durchgeführt.

2.2 Literaturrecherche

Mit dem Anliegen, Veröffentlichungen zu geschlechtsspezifischen arbeitsbedingten Belastungen sowie zu einer geschlechtergerechten betrieblichen Gesundheitsförderung zusammenzutragen, wurde eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Recherchiert wurde in den in Tabelle 1 zusammengefassten Datenbanken aus den Fachbereichen Medizin, Psychologie, Soziologie und Pädagogik.

Tabelle 1: Literaturrecherche

Name	Institution
Einzeldatenbanken	
Forschungsdatenbank „Arbeitsschutz“	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund
Internetdatenbank „Frauengesundheit und GF“	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
MEDLINE	US National Library of Medicine, USA
SOMED	Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen, Bielefeld
PSYINDEX	Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation, Trier
PSYCINFO	American Psychological Association, USA
WISO-Net SOWI (Sozialwissenschaften, Psychologie, Politik)	
SOLIS	Sozialwissenschaftliche Literatur
FORIS	Forschungsprojekte Sozialwissenschaften
WAO	World Affairs Online
BLISS	Betriebswirtschaftliche Literatur
IHSLIT	Sozialwissenschaftliche Literatur des IHS, Wien
WISO-Net WIWI (Wirtschaftswissenschaften)	
BLISS	Betriebswirtschaftliche Literatur
ECONIS	Literaturinformation für Wirtschaft und Wissenschaft
HWWA	Wirtschaftsdatenbank für Wissenschaft und Praxis
IFOLIT	ifo Literaturdatenbank
IFOKAT	ifo Online Katalog
MIND	Management Info Wirtschaft
FINCON	Finanz- und Wirtschaftsinformation
KOELNKAT	Wirtschaftswissenschaftliche Literaturinformation
IWPROD	Literatur für Arbeitswissenschaft
IHSLIT	Sozialwissenschaftliche Literatur des IHS, Wien
Internet	
google	Internetrecherche

Eingeschränkt wurde die Recherche auf den Zeitraum 1990 bis 2004. Recherchiert wurde nach den Schlagworten betrieb*, arbeitsbedingt*, Arbeitsschutz, Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitsschutz, Gesundheitsgefahr*,

geschlechtsspezif*, frau* und gender. Die Kombination der Schlagworte ist in Abbildung 1 graphisch dargestellt.

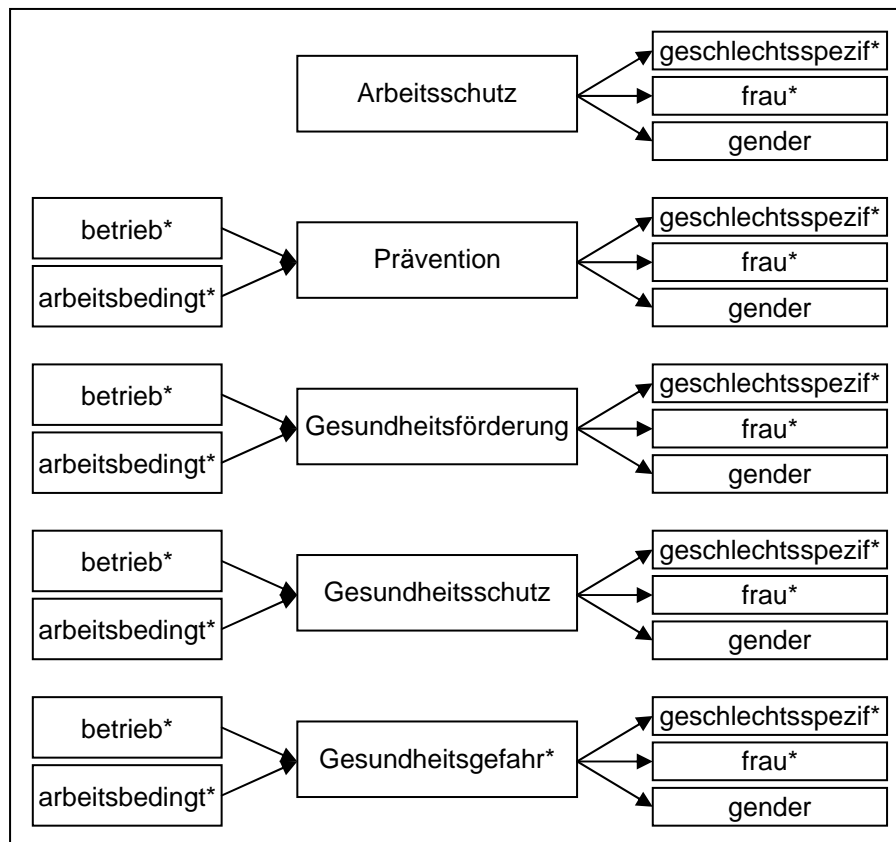


Abbildung 1: Kombination der Schlagworte bei der Literaturrecherche

Es wurden insgesamt 248 Literaturhinweise gefunden, die, sofern sie in einschlägigen Bibliotheken zugänglich waren, eingesehen wurden.

Nach der ersten Sichtung wurden 94 Quellen aussortiert. Bei diesen Veröffentlichungen handelt es sich vor allem um

- theoretische Abhandlungen zu spezifischen Themen (z.B. Nachtarbeitsverbot für Frauen, arbeitsmedizinische Berufskunde, Suchtprävention),
- empirische Studien zu spezifischen Themen (z.B. Ernährungszustand bzw. körperliche Leistungsfähigkeit von ArbeitnehmerInnen) sowie
- die Beschreibung von spezifischen Belastungen, die nur einzelne Berufsgruppen betreffen (z.B. Wirkung der Schwingungsexposition bei zahnärztlicher Tätigkeit).

Von den verbleibenden 154 Fundstellen befassen sich 22 mit der vorliegenden Thematik im Überblick, 125 mit geschlechtsspezifischen arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen sowie sieben mit geschlechtergerechter bzw. frauenspezifischer Gesundheitsförderung im Betrieb (Tabelle 2).

Tabelle 2: Ergebnis der Literaturrecherche

Überblicksarbeiten	22 Fundstellen
geschlechtsspezifische arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Erkrankungen	125 Fundstellen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeitsbedingter Stress (45) ▪ Muskulo-skeletale Beschwerden (29) ▪ Reproduktive Gesundheit (22) ▪ Arbeitsbedingte Krebserkrankungen (12) ▪ Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz (9) ▪ Mobbing (7) ▪ Atemwegserkrankungen (6) ▪ Doppelbelastung (4) ▪ Hauterkrankungen (3) 	
geschlechtergerechte bzw. frauenspezifische Gesundheitsförderung im Betrieb	7 Fundstellen

Im Bereich der arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen haben die meisten Veröffentlichungen, nämlich 45, den arbeitsbedingten Stress zum Inhalt, gefolgt von muskulo-skeletalen Beschwerden (29), der reproduktiven Gesundheit (22), arbeitsbedingten Krebserkrankungen (12), der sexuellen Belästigung am Arbeitsplatz (9), Mobbing (7), Atemwegserkrankungen (6), der Doppelbelastung (4) und Hauterkrankungen (3).

2.3 ExpertInneninterviews

Mit dem Anliegen, graue Literatur zur vorliegenden Thematik sowie geschlechtergerechte Projekte betrieblicher Gesundheitsförderung zu ermitteln, wurden insgesamt 18 ExpertInnen unterschiedlicher Organisationen und Institutionen interviewt. Tabelle 3 zeigt die 18 InterviewpartnerInnen im Überblick.

Tabelle 3: InterviewpartnerInnen

Organisation/Institution	InterviewpartnerIn
Arbeitskammer des Saarlandes, Arbeits- und Gesundheitsschutz	Herr Schuhmacher
Berufsgenossenschaftliches Forschungsinstitut für Arbeitsmedizin, Biomonitoring	Herr Dr. Korn
BKK Bundesverband, Betriebliche Gesundheitsförderung	Frau Jürgens
Bundesamt für Zivildienst, Betriebliche Gesundheitsförderung	Herr Peters
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen & Jugend, Gleichstellungsbeauftragte	Frau Rose-Möhring
Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Gesundheitsförderung	Herr Horst
Feministisches Frauengesundheitszentrum Frankfurt	Frau Gutmann
Gesundheitsmanagement in Niedersachsen, Beratungsservice	Frau Bindel
Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Gesundheitsförderung	Herr Bindzius
Hessisches Sozialministerium, Chancengleichheit in der Gesundheitspolitik	Frau Wimmer
IG Metall Verwaltungsstelle Frankfurt, Frauen und Gleichstellungspolitik	Frau Köster
IKK Hessen, Gesundheitsförderung und Marketing	Frau Graf-Weber
Institut für angewandte Arbeitswissenschaft	Frau Adenauer
Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW, Öffentlichkeitsarbeit und Fachberatung	Frau Lehmann
Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit	Frau Sonntag
mediConcept	Frau Müller
Universität Karlsruhe, Institut für Industriebetriebslehre und Industrielle Produktion	Frau Dr. Hornberger
Wissenschaftliches Institut der AOK	Frau Klein

Die drei Hauptfragen der ExpertInneninterviews lauteten wie folgt:

1. Sind Ihnen unveröffentlichte Studien bekannt, in denen bei der Erfassung arbeitsbedingter Belastungen das Geschlecht in angemessener Weise berücksichtigt wurde?
2. Sind Ihnen betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte bekannt, bei deren Entwicklung das Geschlecht in angemessener Weise berücksichtigt wurde bzw. die speziell die Zielgruppe „Frauen“ ansprechen?
3. Finden Sie es wichtig, dass eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung in Betrieben realisiert wird?

Da zu erwarten war, dass Maßnahmen einer geschlechtergerechten Gesundheitsförderung in deutschen Betrieben keine große Verbreitung haben, wurden bei Frage 2 sowohl geschlechtergerechte als auch frauenspezifische Angebote erfasst.

Die Auswertung der gesichteten Literatur sowie der ExpertInneninterviews erfolgt im Kapitel 3, wobei im Kapitel 3.1 zunächst die geschlechtsspezifischen Differenzen hinsichtlich arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen beschrieben werden, bevor im Kapitel 3.2 das Interesse der geschlechtergerechten Gesundheitsförderung im Betrieb gilt.

3 Ergebnisse

3.1 Geschlechtsspezifische arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Erkrankungen

In diesem Kapitel gilt das Interesse geschlechtsspezifischen arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen. Aufgrund des begrenzten Projektumfangs war es nicht möglich,

- allen Literaturhinweisen nachzugehen,
- alle denkbaren Belastungen am Arbeitsplatz und berufsbedingten Erkrankungen in die Analyse einzubeziehen¹ sowie
- die arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und -beeinträchtigungen, die im Folgenden näher beleuchtet werden, tiefgreifend zu behandeln.

Die vorliegende Untersuchung gibt einen ersten Überblick über geschlechtsspezifische Differenzen hinsichtlich arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen, wobei der Schwerpunkt auf

- muskulo-skeletalen Beschwerden,
- arbeitsbedingtem Stress (inkl. Doppelbelastung),
- sexueller Belästigung,
- Mobbing,
- der reproduktiven Gesundheit und
- arbeitsbedingten Krebserkrankungen liegt.

3.1.1 Muskulo-skeletale Beschwerden

Muskulo-skeletale Beschwerden gehören in Deutschland zu den häufigsten Ursachen für Berentungen aufgrund von verminderter Erwerbsfähigkeit. Weiterhin nimmt diese Krankheitsgruppe eine Spitzenposition bei den Arbeitsunfähigkeitstagen ein. Unter den arbeitsbedingten muskulo-skeletalen Erkrankungen treten

¹ Nicht beachtet in der Analyse wurden mangels empirischer Studien Infektions-, Haut- und Herzerkrankungen, Arbeitsunfälle und die Lärmschwerhörigkeit.

am häufigsten Rückenschmerzen sowie Beschwerden in den oberen Gliedmaßen (z.B. Nacken, Schultern, Ellenbogen, Arme) auf.

Verursacht werden muskulo-skeletale Beschwerden in der Arbeitswelt vor allem durch Zwangshaltungen, monotone Bewegungsabläufe, kontinuierliches Heben und Tragen schwerer Lasten, langes Sitzen und Stehen sowie Stress (Ariens et al., 2001; Dragano et al., 2003; European Agency for Safety and Health at Work, 2003; Hagberg et al., 1995).

Gerade Frauen führen häufig berufliche Tätigkeiten aus, die durch körperliche Be- und Überlastungen gekennzeichnet sind und damit zu muskulo-skeletalen Erkrankungen führen (Ertel et al., 1991; Lippmann, 1994; Teske, 1992). Genannt seien beispielsweise Zwangshaltungen und monotone Bewegungsabläufe bei Kassiererinnen im Supermarkt, körperliche Schwerarbeit durch Heben und Tragen in der Pflege und im Handel, langes Sitzen bei der Bildschirmarbeit im Büro oder langes Stehen bei Verkäuferinnen und Friseurinnen.

Verschiedene Veröffentlichungen und Studien belegen, dass muskulo-skeletale Beschwerden bei Frauen häufiger auftreten als bei Männern (z.B. Elsner, 1991; Ertel et al., 1991; Hadjieva, 1993):

- Nach einer Untersuchung der Kommission der Europäischen Gemeinschaft (1991) leiden 40% derjenigen, die regelmäßig am Bildschirm arbeiten, unter Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, wobei die Beschwerden mit der Länge der täglichen Arbeitszeit zunehmen und Frauen eher als Männer betroffen sind.
- Dragano et al. (2003) resümieren in ihrer Studie mit 316 Beschäftigten eines großstädtischen Verkehrsunternehmens, dass 36,5% der Befragten muskulo-skeletale Beschwerden haben, wobei ältere häufiger als jüngere Personen und Frauen häufiger als Männer unter Muskel-Skelett-Erkrankungen leiden.
- Die Ergebnisse eines europäischen Gesundheitssurveys zeigen, dass 30% aller Beschäftigter arbeitsbedingte muskulo-skeletale Erkrankungen aufweisen, wobei nach dieser Untersuchung weibliche eher als männliche Arbeit-

nehmerInnen von Beschwerden in den oberen Gliedmaßen betroffen sind (European Agency for Safety and Health at Work, 2003).

- Im Pflegebereich ist der Frauenanteil mit 85% sehr hoch. In verschiedenen Untersuchungen werden von den Angestellten mit Abstand am häufigsten Rückenschmerzen genannt, so dass muskulo-skeletale Beschwerden als das typische berufsbedingte Schädigungsrisiko bei Pflegepersonen bezeichnet werden kann (Kommission der Europäischen Gemeinschaft, 1994; Overgaard, 1991; Peretzki-Leid, 1992).

Neben der Art der beruflichen Tätigkeit sind weitere Gründe für das häufigere Auftreten von muskulo-skeletalen Beschwerden bei Frauen Mängel bei der Arbeitsplatzgestaltung. Vor allem in männerdominierten Berufen orientieren sich Arbeitsergonomie und Arbeitsmittel häufig am Modell des „Durchschnittsmannes“, woraus sich erhebliche Nachteile für Frauen, aber auch für kleinwüchsige Männer ergeben (Punnett & Herbert, 2000).

3.1.2 Arbeitsbedingter Stress

Die zweite Position unter den beruflichen Belastungen nimmt in Deutschland bei beiden Geschlechtern der arbeitsbedingte Stress ein. Nach Ulich (1985) tritt Stress dann auf, wenn eine Person ein Missverhältnis zwischen Anforderungen (z.B. im Beruf) und eigenen Ansprüchen einerseits sowie Handlungsmöglichkeiten andererseits erfährt und zugleich die Folgen dieses Missverhältnisses als bedrohlich wahrnimmt.

Stressquellen in der Arbeitswelt sind vor allem

- Monotonie,
- Über- bzw. Unterforderung,
- fehlende Gestaltungs- und Entscheidungsmöglichkeiten,
- geringe Aufstiegschancen und Bezahlung,
- Arbeitsplatzunsicherheit,
- Kommunikationsprobleme,
- Konkurrenz unter KollegInnen,

- Schichtarbeit und unflexible Arbeitszeiten sowie
- Doppelbelastung durch Familienarbeit und Berufsausübung (European Agency for Safety and Health at Work, 2003; Sturmfels & Satzer, 1995).

Zwar kommen die genannten Stressquellen sowohl in der männlich als auch in der weiblichen Arbeitswelt vor, dennoch sind Frauen von vielen psychischen Belastungen häufiger betroffen als Männer:

- Frauen üben öfter als Männer qualitativ niedriger angesiedelte und monotone Tätigkeiten aus. Sie haben nicht selten geringere Aufstiegschancen, weniger Kontrolle über ihre Arbeit und minimale Entscheidungsmöglichkeiten (European Agency for Safety and Health at Work, 2003; Fagan & Burchell, 2002; Harss & Maier, 1994; Paoli & Merdié, 2001).
- Frauen üben häufiger emotional belastende Tätigkeiten aus (z.B. Pflegepersonal), die durch lange Arbeitstage (neun bis zehn Stunden), Schicht- bzw. Nachtarbeit und Zwang zur Freundlichkeit gekennzeichnet sind (European Agency for Safety and Health at Work, 2003; Meggeneder, 1991).
- Sind Frauen mit ihrer Berufstätigkeit in der Betriebshierarchie (weiter) oben angesiedelt (z.B. Ärztinnen, Managerinnen), müssen sie sich einen Platz in der Männerwelt erobern. Sie stehen in der Regel unter höherem Druck als Männer, da sie nicht selten gegen organisatorische Strukturen, Diskriminierung und Vorurteile ankämpfen müssen (Davidson et al., 1995; Heim, 1992).
- Bei Berufstätigkeit beider Partner bleiben Hausarbeit und Kindererziehung zum größten Teil an der Frau hängen. Deshalb müssen in der Regel weibliche stärker als männliche ArbeitnehmerInnen Familien- und Erwerbsarbeit koordinieren und den zum Teil widersprüchlichen Werten in Beruf und Familien gerecht werden (Beck & Graef, 2003; European Agency for Safety and Health at Work, 2003; Harss & Maier, 1994).

Wie sich Stress auf den Gesundheitszustand auswirkt, hängt nach den Erkenntnissen der neueren Gesundheitsforschung von der Effizienz der Stressbewältigung ab (Antonovsky, 1987; Becker, 1993; Hurrelmann, 1994). Nach Antonovsky (1979) erzeugt Stress einen Spannungszustand im Organismus,

der krankmachende, neutrale und gesundheitsfördernde Auswirkungen haben kann: Eine gelingende Stressbewältigung führt zu Eustress und eher zu Gesundheit, eine misslingende Stressbewältigung hingegen mündet in Distress und eher in Krankheit. Das Spektrum körperlicher und psychischer Erkrankungen, zu denen Stress führen kann, ist sehr weit. Es reicht von Depressionen, Aggressionen und Schlafstörungen über Herzerkrankungen, muskulo-skeletale Beschwerden und erhöhten Drogenkonsum bis hin zu Selbstmord.

Verschiedene Studien zeigen, dass sich Frauen und Männer hinsichtlich ihrer Stressbewältigung unterscheiden. Während Frauen in Stresssituationen eher soziale Unterstützung suchen, sich mit dem Problem gedanklich auseinandersetzen, sich selbst beschuldigen und dazu neigen, sich der gegebenen Situation anzupassen (z.B. „dann muss ich halt noch mehr arbeiten“), bestätigen sich Männer eher selbst in ihrem Verhalten. Sie neigen dazu, Schuld abzuwehren, aggressiv zu reagieren und versuchen häufiger als Frauen, die stressauslösende Situation zu beseitigen (z.B. sich beim Chef beschweren) (Harss & Maier, 1994; Janke, Erdmann & Boucsein, 1984; v. Quast, 1991).

Auf Stress reagieren Frauen häufiger und schneller mit einer Reihe unangenehmer, aber im Grunde wenig lebensbedrohlicher psychosomatischer und emotionaler Symptome wie etwa Depressionen, Angstzustände, Selbstzweifel, gestörte Sexualfunktionen, Essstörungen sowie unspezifische Körperbeschwerden wie Kopf- und Rückenschmerzen. Bei Männern treten häufiger Hyperaktivität, Aggressionen, Drogenkonsum, antisoziales Verhalten und die koronare Herzkrankheit auf, wobei es bei Männern häufiger als bei Frauen unter Dauerstress zum totalen Zusammenbruch (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall) kommt (Harss & Maier, 1994; Sturmfels & Satzer, 1995).

Obwohl berufstätige Frauen durch die bezahlte Erwerbsarbeit und die anstehende Familienarbeit doppelbelastet sind, ist ihr körperlicher und psychischer Gesundheitszustand besser ausgeprägt als bei nichtberufstätigen Frauen. Gründe hierfür sind, dass eine Erwerbsarbeit, die zusätzlich zur Familienarbeit ausgeübt wird, alternative Identifikationsmöglichkeiten und ökonomische Unabhängigkeit schaffen, das Selbstwertgefühl stärken sowie die Lebenszufrieden-

heit und soziale Unterstützung durch KollegInnen erhöhen kann (Cramm, Blossfeld & Drobnic, 1998; European Agency for Safety and Health at Work, 2003; Frankenhäuser, 1991; Moen et al., 1995; Zapf, 1991). Moen (1992) betont allerdings, dass bezahlte Arbeit nicht per se das Wohlbefinden positiv beeinflusst, sondern dass hierfür auch die Arbeitsbedingungen ausschlaggebend sind. Sehr große psychische Belastungen können beispielsweise die Suche nach einem geeigneten Kinderbetreuungsplatz, große Entfernungen zwischen Kindergarten und Arbeitsstelle, mit der Erwerbsarbeit kaum zu vereinbarende Ladenöffnungszeiten und unflexible Arbeitszeiten sein. Vor allem Frauen in weniger qualifizierten Beschäftigungen und alleinerziehende Mütter sind durch Doppelbelastung stark gefährdet, da ihnen in der Regel der finanzielle Spielraum fehlt, um Hausarbeit und Kinderbetreuung an andere Personen (z.B. Kindermädchen, Haushaltshilfe) delegieren zu können (Cramm, Blossfeld & Drobnic, 1998; Moen, 1992).

3.1.3 Sexuelle Belästigung

Sexuelle Belästigung im Betrieb ist eine Form von Stress, von der vor allem Frauen betroffen sind. Unter sexueller Belästigung werden unerwünschte Annäherungen mit sexuellem Inhalt verstanden. Die Palette dieser Belästigungen reicht von Hinterherpfeifen und anzüglichen Bemerkungen über pornographische Bilder und Po-Kneifen bis hin zu aufgedrängten Küssen und der Aufforderung zum sexuellen Verkehr (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1997; European Agency for Safety and Health at Work, 2003; Müller & Holzbecher, 1992; Sturmfels & Satzer, 1995).

Nach den Ergebnissen einer großangelegten Studie der Dortmunder Sozialforschungsstelle haben 93% der berufstätigen Frauen in Deutschland irgendeine Art von sexueller Belästigung erlebt (Holzbecher et al., 1991). Aus eigener Erfahrung kennen die befragten Frauen folgende Belästigungen:

- 84% kennen Anstarren, Hinterherpfeifen oder taxierende Blicke,
- 81% registrierten anzügliche Bemerkungen,
- 70% erlebten scheinbar zufällige Körperberührungen,

- 35% erhielten Einladungen mit eindeutiger Absicht,
- 34% bekamen einen Klaps auf den Po,
- 33% haben einen Arbeitsplatz, an dem pornographische Bilder hängen,
- 22% haben erlebt, dass ihr Busen begripscht wurde,
- 15% ist ein Kuss aufgedrängt worden,
- 14% erhielten Telefonate oder Briefe mit sexuellen Anspielungen,
- 12% wurden zum Geschlechtsverkehr aufgefordert,
- 7% wurden berufliche Vorteile versprochen, wenn sie sich sexuell einließen,
- 3% erlebten exhibitionistische Handlungen,
- 3% wurden zu sexuellen Handlungen gezwungen.

Eine branchenübergreifende aktuellere Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1997) kommt zu ähnlichen Befunden:

- Über die Hälfte der Frauen wurde am Arbeitsplatz mit anzüglichen Bemerkungen konfrontiert.
- Jede dritte Frau kennt Po-Kneifen oder Klapsen.
- Jede dritte Frau ist pornographischen Bildern ausgesetzt.
- 3% sind bereits bedroht und zu sexuellen Handlungen gezwungen worden.

Sexuelle Belästigung findet in der Regel im normalen Arbeitsalltag statt. Als Belästiger werden vor allem Kollegen (38%), Vorgesetzte (21%) und Kunden, Klienten bzw. Patienten (14%) genannt. Bei den Tätern handelt es sich mehrheitlich um 30- bis 50-jährige verheiratete Männer, die schon mindestens zehn Jahre im Betrieb tätig sind. Bei den Opfern handelt es sich mehrheitlich um 20- bis 30-jährige unverheiratete Frauen, die eine geringe berufliche Qualifikation haben, in der Probezeit oder erst kurze Zeit im Betrieb sind und/oder in leicht austauschbaren Positionen arbeiten. Dies deutet darauf hin, dass den Täter vor allem das Machtgefälle zum Opfer reizt und es ihm in der Regel um Gewaltdeemonstration und -anwendung geht. Ebenfalls häufig betroffen von sexuellen Übergriffen sind außerdem aufstiegsorientierte und selbstbewusste Frauen der mittleren Hierarchieebene (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1997; Frick, 1994; Heiking, 1993; Müller & Holzbecher, 1992).

In der Regel gibt es in Betrieben keine AnsprechpartnerInnen für ein vertrauliches Gespräch nach sexueller Belästigung. Von den Frauen wird erwartet, dass sie sich selbst zur Wehr setzen. Damit werden belästigte Frauen doppelt zum Opfer, zuerst durch die sexuelle Belästigung und die damit einhergehende Herabwürdigung und, wenn sie sich wehren, zum zweiten Mal durch Schikanen und Verleumdungen. Während die Täter in den meisten Fällen davonkommen, leiden die Opfer nicht selten unter vielfältigen körperlichen und psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen. Die Symptome sind beispielsweise weniger Spaß am Beruf, Konzentrationsschwächen, Aggressivität, Depressionen, Angst, Scham, Ekel vor dem eigenen Körper und Selbstmordphantasien. Folgen von sexueller Belästigung können aber auch Arbeitsplatzverlust, Aufgabe des erlernten Berufs, „Karriereabbruch“ und Arbeitslosigkeit sein (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1997; Sturmfels & Satzer, 1995).

3.1.4 Mobbing

Die *European Agency for Safety and Health at Work* (2004) definiert Mobbing als wiederholtes, unangemessenes Verhalten gegenüber einem Beschäftigten oder einer Gruppe von Beschäftigten, das Gesundheits- und Sicherheitsrisiken hervorruft. Hierbei bedeutet „unangemessenes Verhalten“ jedes Verhalten, das von vernünftig reagierenden Menschen unter Beachtung aller Umstände als Unterdrückung, Demütigung oder Bedrohung verstanden wird. Mobbing vollzieht sich häufig in Verbindung mit einem Missbrauch von Macht, bei dem die Opfer Schwierigkeiten haben, sich zu wehren. Mobbing kann verbale und körperliche Angriffe, aber auch subtilere Formen wie soziale Ausgrenzung einschließen.

Nach einer telefonischen Mobbingbefragung aus dem Jahr 2000 werden in Deutschland 12,9% der berufstätigen Frauen und 9,6% der Männer gemobbt. Damit zeigt sich für Frauen ein um 34% höheres Gesamtrisiko (Meschkutat, Stackelbeck & Langenhoff, 2002). Gründe für die höhere Betroffenheitsquote bei Frauen ist die Tatsache, dass Frauen in der Betriebshierarchie oft weiter

unten stehen, sie eine weniger etablierte Stellung innehaben und in weniger abgesicherten Arbeitsverhältnissen tätig sind.

Mobbing erfolgt in hohem Maße durch KollegInnen (44%), Vorgesetzte (37%) sowie KollegInnen und Vorgesetzte zusammen (10%). Untergebene (10%) sind an Mobbinghandlungen weniger häufig beteiligt (Pirntke, 2004). Nach oben bereits zitierter telefonischer Mobbingbefragung treten Männer (59%) häufiger als Mobber in Erscheinung als Frauen (41%). Vor dem Hintergrund des hohen Anteils an Vorgesetzten unter den Mobbern und des hohen Anteils an Männern unter den Führungskräften bleibt allerdings die Frage offen, ob es sich hierbei um ein geschlechts- oder hierarchiespezifisches Problem handelt (Meschkutat, Stackelbeck & Langenhoff, 2002).

Nach Meschkutat, Stackelbeck & Langenhoff (2002) sind die „beliebtesten“ Mobbinghandlungen

- Gerüchte und Unwahrheiten verbreiten (61,8%),
- Änderungsversuche unterdrücken (59,6%),
- Arbeitsleistungen falsch bewerten (57,2%),
- Sticheleien und Hänseleien (55,9%),
- Verweigerung wichtiger Informationen (51,9%),
- Arbeit ungerechterweise kritisieren (48,1%),
- Ausgrenzung und Isolierung (39,7%),
- jemanden als unfähig darstellen (38,1%),
- Beleidigungen (36,0%),
- Arbeitsbehinderung (26,5%) und
- Arbeitsentzug (18,1%)

Die Folgen sind für Mobbingopfer häufig sehr gravierend, wobei sich Mobbing bei jeder zweiten Frau und „nur“ bei jedem dritten Mann in Krankheitssymptomen niederschlägt. Körperliche und psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen wie Depressionen, mangelndes Selbstwertgefühl, Angstzustände, Schlaf- und Verdauungsstörungen sowie muskulo-skeletale Beschwerden sind allgemein nachgewiesen. Weiterhin kann es auch zur sozialen Ausgrenzung, Problemen in der Familie und finanziellen Schwierigkeiten kommen, die sich aus Fehlzeiten

am Arbeitsplatz oder Kündigung ergeben (European Agency for Safety and Health at Work, 2003; 2004; Meschkutat, Stackelbeck & Langenhoff, 2002; Pirntke, 2004).

3.1.5 Reproduktive Gesundheit

Im Gegensatz zu anderen arbeitsbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen wurden Studien zur reproduktiven Gesundheit häufiger mit Frauen als mit Männern durchgeführt. Unter arbeitsbedingten reproduktiven Störungen versteht man Entwicklungsstörungen des Fötus, geringes Geburtsgewicht, Frühgeburten, Geburtsfehler, Fertilitätsstörungen, Impotenz und Menstruationsbeschwerden. Der Schwerpunkt der Forschung liegt auf Schwangeren und stillenden Müttern. Weniger Beachtung wurde bislang der Fertilität von Frauen und Männern sowie Menstruationsbeschwerden und früher Menopause geschenkt (European Agency for Safety and Health at Work, 2003).

Schwangere und stillende Mütter

Während ältere Arbeiten in der Berufstätigkeit von Frauen generell einen Risikofaktor für eine Frühgeburt sahen (Aresin, Krauß & Salgaonkar, 1971; Heiss, 1969; Krauß, 1971), widerlegen neuere Studien die Annahme, dass ein Unterschied hinsichtlich der Frühgeburtslichkeit zwischen Hausfrauen und berufstätigen Frauen besteht (Henrich et al., 2001; Henriksen et al., 1995; Klebanoff, Shiono & Carey, 1990; Savitz, Olshan & Gallagher, 1996; Schramm, Stockbauer & Hoffman, 1996). Vielmehr scheint das Frühgeburtsrisiko abhängig zu sein von der Präsenz außerberuflicher Risikofaktoren, dem Gesundheitszustand der Frau und der Art der beruflichen Tätigkeit. So geht beispielsweise eine Frühgeburtslichkeit eher einher mit stehenden oder körperlich anstrengenden Tätigkeiten (Henriksen et al., 1995; Klebanoff, Shiono & Carey, 1990; Launer, Villar & Kestler, 1990; Saurel-Cubizolles, Subtil & Kaminski, 1991; Teitelmann et al., 1990).

Verschiedene Studien weisen nach, dass chemische, physikalische und biologische Wirkstoffe den Schwangerschaftsverlauf und die Gesundheit des (ungeborenen) Kindes negativ beeinflussen können. So erhöht die tägliche Arbeit mit Lösungsmitteln (z.B. in der Mikrochip-Produktion, Schuhindustrie und an Tankstellen) und Pestiziden (z.B. in der Landwirtschaft und der Plantagenarbeit) das Risiko einer Fehlgeburt um das Doppelte. Weiterhin leiden Kinder von Frauen, die während der Schwangerschaft Lösungsmitteln und Pestiziden ausgesetzt waren, häufiger unter Herzfehlern und Wachstumsretardierungen (Gerhard, Eckrich & Runnebaum, 1993; ohne Autor, 1993). Rylander et al. (2002) belegen in ihrer Studie mit schwedischen Friseurinnen, dass ein Zusammenhang zwischen täglichem Kontakt mit Dauerwellchemikalien und Haarspray und geringem Geburtsgewicht besteht.

Eine frühere Annahme, dass bei Frauen, die an Bildschirmarbeitsplätzen tätig sind, häufiger Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburten und kindliche Missbildungen auftreten, konnte nicht bestätigt werden (Deutscher Bundestag, 1994; Fleischer, 1990).

Fertilitätsstörungen

Schätzungsweise bleiben in Deutschland 10% bis 15% aller Paare ungewollt kinderlos. Dennoch wurden arbeitsbedingte Fertilitätsstörungen in der Forschung bislang nur randständig behandelt, möglicherweise auch deshalb, weil Unfruchtbarkeit ein großes Tabu ist (European Agency for Safety and Health at Work, 2003).

Das *US-General Accounting Office* (1991) hat eine Liste mit 19 Substanzen zusammengestellt, bei denen der Verdacht besteht, dass sie die Fertilität beeinträchtigen (Tabelle 4). Es sind vor allem Pestizide und Lösungsmittel, die bei beiden Geschlechtern zu Fertilitätsstörungen führen können (Arnold, 1992; Gerhard, Eckrich & Runnebaum, 1993; Rüdiger, 1996).

Tabelle 4: Substanzen mit Verdacht auf Reproduktionstoxizität (US-General Accounting Office, 1991)

Substanz	Frauen	Männer
Äthylalkohol		+
Cadmium		+
Schwefelkohlenstoff	+	+
Chlordecon	+	+
Chloropren		+
DDT	+	
Dibromchlorprolan (DBCP)	+	+
Ethylendibromid	+	+
2-Ethoxyethanol	+	+
2-Methoxyethanol (EGME)	+	+
Ethylenoxid	+	+
Hexachlorbenzol	+	
Blei	+	+
Quecksilber	+	+
Bromierte Biphenyle (PBBs)	+	
Chlorierte Biphenyle (PCBs)	+	
TCDD	+	
Toluol	+	
Vinylchlorid	+	+

Neben den definierten Stoffen gibt es spezifische männerdominierte Berufsgruppen, bei denen bislang allerdings nicht bekannt ist, worauf die beobachteten Fertilitätsstörungen zurückzuführen sind, so zum Beispiel bei Schweißern, Hitzearbeitern und Berufskraftfahrern von LKWs (Rüdiger, 1996).

Nicht bestätigt werden konnten Berichte über Fertilitätsstörungen durch Magnetfelder oder Bildschirmarbeit (Deutscher Bundestag, 1994; Rüdiger, 1996).

3.1.6 Arbeitsbedingte Krebserkrankungen

In Deutschland sind Krebserkrankungen für ein Viertel aller Todesfälle verantwortlich. Eine einzelne Ursache für Krebs gibt es nicht, vielmehr sind zahlreiche Karzinogene bekannt, die allein oder in Kombination eine Zellentartung auslösen können. Zu den äußeren Risikofaktoren gehören vor allem chemische Substanzen wie Pestizide, Benzol, Asbest, Nitrosamine, Aflatoxine und Schwerme-

talle, übermäßige Sonnenbestrahlung, radioaktive Strahlung sowie Zigarettenrauch. Endogene Risikofaktoren sind beispielsweise erbliche Vorbelastungen und ein geschwächtes Immunsystem.

2% bis 5% aller Krebsfälle sind arbeitsbedingt, wobei arbeitsbedingter Krebs häufiger bei Männern als bei Frauen auftritt. Da erhebliche Forschungslücken hinsichtlich arbeitsbedingter Krebserkrankungen in frauendominierten Berufsfeldern bestehen, ist es allerdings auch denkbar, dass das Auftreten von arbeitsbedingtem Krebs bei Frauen bislang eher unterschätzt wird (European Agency for Safety and Health at Work, 2003).

Tabelle 5: Ausgewählte Industriezweige, Karzinogene und Krebsarten (Zahm, Ward & Silverman, 2000)

Industriezweig	Karzinogen	Krebsart
Landwirtschaft	Kraftstoffe, Pestizide, Sonnenlicht,	Eierstock, Gallenblase, Gebärmutter, Gehirn, Leber, Leukämie, Lymphknoten, Magen
Dienstleistungsgewerbe		
Haar & Schönheit	Formaldehyd, Haarfärbemittel, Haarspray	Blase, Eierstock, Gehirn, Leukämie, Lunge, Lymphknoten
Chemische Reinigung	Tetrachlorethylen, Tetrachlorkohlenstoff, Trichlorethylen, andere Lösungsmittel	Bauchspeicheldrüse, Blase, Eierstock, Gebärmutter, Leber, Lunge, Niere, Speiseröhre
Gastronomie	Kochdünste, Zigarettenrauch	Blase, Gebärmutter, Lunge, Speiseröhre
Gesundheitswesen	Anästhesiegase, Ionisierungsstrahlung, Viren	Blase, Brust, Gehirn, Lunge, Lymphknoten
Verarbeitendes Gewerbe		
Computer & Elektronik	Lösungsmittel, Metallgase	Gehirn
Möbelherstellung	Formaldehyd, Holzstaub, Klebstoff, Lösungsmittel	Bauchspeicheldrüse, Lunge
Automobilindustrie	Dünste, Farben, Lösungsmittel, Maschinenflüssigkeit	Lunge, Magen
Chemieindustrie	Benzol, Butatien, Vinylchlorid, andere Lösungsmittel	Blase, Brust, Eierstock, Gehirn, Leukämie, Lunge, Lymphknoten
Bekleidungsindustrie	Asbest, Färbemittel, Schmieröl	Blase, Gallenblase, Leukämie, Lunge, Lymphknoten

Tabelle 5 gibt einen Überblick über frauendominierte Industriezweige, karzino-gene Stoffe, die in diesen Industriezweigen vorkommen, und Krebsarten, deren Auftreten in Zusammenhang mit den genannten Karzinogenen steht.

Während Frauen im Gesundheitswesen häufig Anästhesiegasen, Ionisierungsstrahlung und Viren ausgesetzt sind, kommen Arbeiterinnen in der Kosmetikindustrie und Friseurinnen häufig mit Formaldehyd, Haarfärbemittel und Haarspray sowie Personen in chemischen Reinigungen mit Tetrachlorethylen, Tetrachlorkohlenstoff, Trichlorethylen und andere Lösungsmittel in Kontakt. Arbeiterinnen im verarbeitenden Gewerbe sind Lösungsmitteln, Asbest, Färbemitteln und Dämpfen und Arbeiterinnen in der Arzneimittelherstellung pharmazeutischen Substanzen ausgesetzt. Von übermäßigem Zigarettenrauch sind Frauen in der Gastronomie betroffen (Andersen et al., 1999; Blair, 1998; Zahm, 2000).

Verschiedene Studie konnten nachweisen, dass ein Zusammenhang zwischen spezifischen Krebserkrankungen und spezifischen Arbeitsmaterialien bzw. beruflichen Tätigkeiten besteht. So ist der Zusammenhang zwischen Mesotheliom und Asbest allgemein bekannt. Leukämie wurde häufiger bei Frauen beobachtet, die im Beruf Benzol, Vinyl, Chlorid und Strahlung ausgesetzt sind. Krebserkrankungen der Atmungsorgane haben ihre Ursache möglicherweise in Nickelverbindungen und Holzstaub. Lungenkrebs steht in Verbindung mit Asbest, spezifischen Metallen (z.B. Nickel) und Zigarettenrauch. Ein erhöhtes Brustkrebsrisiko haben Frauen, die mit Pestiziden und Lösungsmitteln arbeiten oder in der Pflege bzw. als Flugbegleiterinnen tätig sind (Blair, 1998; Bolm-Audorff et al., 1994; Elsner et al., 1999; Manz et al., 1991; West, 1990; Zahm, 2000).

3.1.7 Zusammenfassung

Am Beispiel ausgewählter arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen konnte aufgezeigt werden, dass Differenzen zwischen den Geschlechtern bestehen.

Frauen üben häufig solche Tätigkeiten aus, die durch Zwangshaltungen und monotone Bewegungsabläufe (z.B. Kassiererinnen), langes Sitzen (z.B. Büro-

kräfte) und Stehen (z.B. Friseurinnen, Verkäuferinnen) sowie körperliche Schwerarbeit (z.B. Pflegepersonal) gekennzeichnet sind. Das ist ein Grund dafür, dass muskulo-skeletale Beschwerden insbesondere der oberen Gliedmaßen eher bei weiblichen als bei männlichen Erwerbstätigen auftreten.

Frauen üben häufig emotional belastende (z.B. Pflegepersonal) oder niedriger angesiedelte, monotone (z.B. angelernte Arbeiterinnen) Tätigkeiten aus bzw. müssen in höheren Positionen (z.B. Managerinnen) gegen Diskriminierung und Vorurteile ankämpfen. Deshalb, aber auch wegen der Doppelbelastung durch Familien- und Erwerbsarbeit leiden weibliche eher als männliche Erwerbstätige unter arbeitsbedingtem Stress.

Frauen stehen häufig in der Betriebshierarchie unter Männern, sie haben häufig weniger etablierte Stellungen inne und sind in weniger abgesicherten Arbeitsverhältnissen tätig. Darum, aber auch allein wegen ihres „Frauseins“ werden weibliche eher als männliche Erwerbstätige Opfer von sexueller Belästigung und Mobbing.

Gesundheitsgefahren ergeben sich weiterhin aus dem regelmäßigen Gebrauch von gefährlichen Arbeitsstoffen. Industriezweige, in denen Erwerbstätige mit krebserzeugenden, fruchtschädigenden, erbgutverändernden oder fertilitätsstörenden Substanzen in Kontakt kommen, sind beispielsweise die Chemie- und Computerindustrie (z.B. Lösungsmittel), die Kosmetik- und Möbelindustrie (z.B. Formaldehyd) sowie die Landwirtschaft (z.B. Pestizide), wobei Krebserkrankungen eher bei männlichen als bei weiblichen Erwerbstätigen auftreten.

Eine Studie der *European Agency for Safety and Health at Work* (2003) bestätigt diese Ergebnisse und weist weiterhin darauf hin, dass neben den bereits genannten Erkrankungen berufstätige Frauen häufiger als berufstätige Männer unter Infektions- und Hauterkrankungen sowie Asthma und Allergien leiden. Bei Männern hingegen treten neben Krebserkrankungen häufiger als bei Frauen Unfälle, die Lärmschwerhörigkeit und koronare Herzkrankheit auf.

3.2 Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung im Betrieb

Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Belastungen lassen sich durch ein effektives Arbeitsschutzmanagement reduzieren und die Ressourcen der Beschäftigten können durch betriebliche Gesundheitsförderung gestärkt werden. Im Bereich der betrieblichen Gesundheitspolitik wird immer wieder kritisiert, dass sich die Arbeitsergonomie zu häufig am Modell des „Durchschnittsmannes“ und sich die Arbeitsorganisation überwiegend am männlichen Arbeitnehmer und dessen Erwerbsbiographie (z.B. zeitliche Verfügbarkeit, Kriterien für den Aufstieg) orientiert.

In diesem Kapitel gilt das Interesse der Frage, ob in deutschen Unternehmen bei der Planung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung geschlechtsspezifische Differenzen hinsichtlich arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen berücksichtigt bzw. (nach wie vor) männliche Verhaltensweisen und Lebensbedingungen als Norm gesetzt werden.

Da zu erwarten war, dass Maßnahmen einer geschlechtergerechten Gesundheitsförderung keine große Verbreitung haben, interessierten nicht nur geschlechtergerechte, sondern auch frauenspezifische Angebote.

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der Literaturrecherche dargestellt, bevor die ExpertInneninterviews ausgewertet und in einer Zusammenfassung mit den Befunden der Literaturrecherche verbunden werden.

3.2.1 Ergebnisse der Literaturrecherche

Im Rahmen der Literaturrecherche wurden nur sieben Hinweise auf frauenspezifische (nicht geschlechtergerechte) Gesundheitsförderung im Betrieb gefunden.

Zwei Fundstellen befassen sich mit dem Thema „Frauen in Stehberufen“. Bei diesen Quellen handelt es sich um Broschüren, die sich an Frauen wenden, die im Beruf überwiegend stehen müssen (z.B. Friseurinnen, Verkäuferinnen). Die Broschüren gehen in leicht verständlicher Form auf die Auswirkungen langen

Stehens auf den Körper, Entlastungs- und Präventionsmöglichkeiten ein (Sieben, 1992; 1998). Da es sich bei diesen Broschüren um Informationsmaterial handelt, wird auf sie im Folgenden nicht weiter eingegangen.

Fünf Fundstellen befassen sich mit dem Thema „Betriebliche Gesundheitsförderung für Frauen“. Vier dieser Quellen beziehen sich auf ein wissenschaftlich begleitetes Gesundheitsförderungsprojekt bei der Deutschen Telecom AG, an dem 33 Frauen teilnahmen. Eine Veröffentlichung hat ein ebenfalls wissenschaftlich begleitetes psychologisches Gesundheitsförderungsprojekt in einer industriellen Organisation zum Inhalt. An diesem Projekt partizipierten 55 Frauen. Auf beide frauenspezifischen Gesundheitsförderungsprojekte wird im Folgenden ausführlich eingegangen.

3.2.1.1 Gesundheitsförderung für Frauen bei der Deutschen Telekom

Berufstätige Frauen sind mehr Belastungen ausgesetzt als berufstätige Männer, weil sie häufig durch die Kombination von Familien- und Erwerbsarbeit doppelbelastet sind und weniger Möglichkeiten haben, im Beruf ihre Persönlichkeit und ihr Selbstvertrauen weiterzuentwickeln. Vor diesem Hintergrund wurde bei der Deutschen Telekom AG in der Niederlassung Köln/Bonn im Zeitraum von Juli 2000 bis Juli 2001 in Zusammenarbeit mit der Universität Köln das Gesundheitsförderungsprojekt „Telekom GeNet“ für Mitarbeiterinnen durchgeführt.

Das Anliegen des Pilotprojektes war es, die Frage zu klären, inwiefern die Teilnahme an einem einjährigen Gesundheitsförderungsprogramm die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Selbstwirksamkeit positiv beeinflussen kann. Folgende Einzelziele wurden mit dem Projekt verfolgt:

- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
- Aufbau von Fähigkeiten zum konstruktiven Umgang mit Problemen
- Erwerb von Kontrolle über belastende äußere Faktoren
- Abbau innerer Hemmnisse in der Wahrnehmung und im Denken
- Abstimmung des Ernährungsverhaltens auf die persönliche Konstitution
- Integration von Erholung und Entspannung in die Arbeitsgestaltung

Es wurden folgende drei Seminarmodule entwickelt, an denen die Studienteilnehmerinnen partizipierten:

- Das *Forum Netzwerk* verfolgte den Gedanken eines Netzwerkes am Arbeitsplatz. Soziale Netzwerke gelten als Schlüsselfaktoren für die Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung der Gesundheit. Die Seminare wurden über den gesamten Interventionszeitraum von einem Jahr vierzehntägig jeweils zwei Stunden durchgeführt.
- Das *Ernährungsseminar* hatte das Ziel, das persönliche Essverhalten zu reflektieren und ein (Basis-)Ernährungskonzept zu vermitteln. Es wurde die ersten sechs Monate ein Mal im Monat jeweils eineinhalb Stunden durchgeführt.
- Im *Modul Entspannung* wurden die Ansätze Yoga und Stilles Qi Gong vorgestellt. Die beiden Seminare wurden im Wechsel für drei Monate zwei Mal pro Monat für jeweils eine Stunde durchgeführt.

Der Untersuchungsgruppe gehörten 33 Mitarbeiterinnen im Alter zwischen 26 und 53 Jahren an, wobei 18 Frauen an den Seminarmodulen teilnahmen und 15 Frauen die Kontrollgruppe bildeten.

Die Frauen, die an den Seminarmodulen teilnahmen, konnten im Interventionszeitraum ihre subjektive Gesundheit tendenziell und ihre subjektiven Kompetenzerwartung (Selbstwirksamkeit) signifikant verbessern. Die AutorInnen weisen darauf, dass es sich bei Telekom GeNet um ein Pilotprojekt mit einer kleinen Stichprobe handelt und damit keine allgemein gültigen Aussagen zur Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen gemacht werden können (Danz et al., 2003; Danz, 2002; Danz, Klauß & Breull, 2002; 2003).

3.2.1.2 Psychologische Gesundheitsförderung für berufstätige Frauen in einer industriellen Organisation

Arbeiterinnen in der Fertigung und im Versand leiden häufig unter Stressquellen wie Monotonie, Arbeitsunterbrechungen, Leistungsdruck, ungerechte Arbeitsverteilung, Lärm, Geruch, Schichtarbeit sowie Doppelbelastung durch Familien-

und Erwerbsarbeit. Deshalb wurde ein psychologisches Gesundheitsförderungsprojekt bei einem Hersteller hochwertiger Schreib- und Zeichengeräte mit globalem Vertrieb für Frauen aus der Fertigung und dem Versand durchgeführt.

Das Ziel des Organisations- und klinisch-psychologischen Projektes war es,

- gesundheitsschädigende Einflüsse durch die Verbesserung situativer Kontrolle, die Minderung persönlicher Beanspruchung unter Belastung und durch einen besseren Umgang mit Belastungen zu reduzieren sowie
- gesundheitsfördernde Einflüsse zu begünstigen und zu stärken.

Es wurde ein psychologisches Training in Gruppen mit jeweils sieben Teilnehmerinnen zur Gesundheitsvorsorge angeboten. Das Gruppentraining bestand aus neun wöchentlichen Sitzungen zu jeweils drei Stunden und enthielt einzelne Komponenten wie Gespräche, verhaltenstherapeutische Interventionen und Entspannungsprogramme. In Einzelsitzungen, die von den TrainerInnen angeleitet oder von einzelnen Teilnehmerinnen gewünscht werden konnten, wurden zusätzliche Gespräche und Interventionen durchgeführt.

Die Teilnehmerinnen waren ungelernete Arbeiterinnen aus der Fertigung und dem Versand. Der Untersuchungsgruppe gehörten 55 Mitarbeiterinnen an, wobei 20 Frauen am Training teilnahmen und 35 Frauen die Kontrollgruppe bildeten.

Die wichtigsten Änderungen, die von den Frauen, die am Training teilnahmen, erzielt wurden, sind folgende:

- Verringerung von Beanspruchung und körperlichen Beschwerden
- Abnahme der Cortisolausschüttung
- Zunahme an Zuversicht, positiver Lebenseinstellung, Gelassenheit und Selbstvertrauen
- Verbesserung der Abwehrlage
- Verbesserung des Kontrollerlebens in der Arbeit und in der eigenen Partnerschaft

Nach Auffassung der AutorInnen rechtfertigen die Ergebnisse der Untersuchung die reguläre Einführung einer Organisations- und klinisch-

psychologischen Gesundheitsförderung im Betrieb, wobei sie darauf hinweisen, dass die verwendeten Komponenten in weiteren Untersuchungen auf ihre spezifischen Wirkungen und Wechselwirkungen hin geprüft werden sollten (Berbalk & Kempkensteffen, 1995).

3.2.2 Ergebnisse der ExpertInneninterviews

Im Rahmen der Interviews wurden die ExpertInnen zum einen gefragt, ob ihnen geschlechtergerechte bzw. frauenspezifische betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte bekannt sind. Zum anderen wurde ermittelt, ob es die GesprächspartnerInnen wichtig finden, dass es eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung in Betrieben gibt.

3.2.2.1 Geschlechtergerechte bzw. frauenspezifische Gesundheitsförderung im Betrieb

Von den 18 InterviewpartnerInnen der ExpertInneninterviews gaben zehn an, dass ihnen geschlechtergerechte bzw. frauenspezifische betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte nicht bekannt sind. Acht GesprächspartnerInnen haben von Maßnahmen geschlechtergerechter bzw. frauenspezifischer Gesundheitsförderung im Betrieb gehört bzw. kennen solche Programme aus eigener Erfahrung. Die genannten Angebote lassen sich grob in

- frauenspezifische allgemeine Gesundheitsförderung,
- frauenspezifische arbeitsbezogene Gesundheitsförderung und
- geschlechtergerechte betriebliche Gesundheitsförderung

unterscheiden (Tabelle 6).

Tabelle 6: *Frauenspezifische bzw. geschlechtergerechte Gesundheitsförderungsprogramme im Betrieb – Ergebnisse der ExpertInneninterviews*

Maßnahme	Träger
frauenspezifische allgemeine Gesundheitsförderung	
Brustselbstuntersuchung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bundesamt für Zivildienst (abgeschlossen) ▪ Hessisches Sozialministerium in Kooperation mit dem Landfrauenverband (abgeschlossen)
Gesundheitstage für Frauen zu Themen wie Stress, Ernährung, Naturheilkunde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ämter und Behörden in Nordrhein-Westfalen (abgeschlossen)
frauenspezifische arbeitsbezogene Gesundheitsförderung	
Gesundheitsförderung für Friseurinnen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Innungskrankenkassen (abgeschlossen)
Gesundheitsförderung für weibliche Reinigungskräfte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gemeindeunfallversicherungsverband Hannover (abgeschlossen)
Gesundheitsförderung in Branchen mit hohem Frauenanteil (Krankenhäuser, Kindergärten, Handel)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betriebskrankenkassen (laufend)
geschlechtergerechte betriebliche Gesundheitsförderung	
Gesundheitsmanagement in den Dienststellen des Landes Niedersachsen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Landesverwaltung Niedersachsen (laufend)

Frauenspezifische allgemeine Gesundheitsförderung

Unter frauenspezifischer allgemeiner Gesundheitsförderung werden solche Maßnahmen zusammengefasst, die sich mit allgemeinen Gesundheitsthemen befassen und sich in Betrieben an die Zielgruppe Frauen wenden. Hierzu zählen Seminare zur Brustselbstuntersuchung, wie sie in der Vergangenheit vom Bundesamt für Zivildienst oder dem Hessischen Sozialministerium in Kooperation mit dem Landfrauenverband angeboten wurden, sowie Gesundheitstage zu Themen wie Stress, Ernährung und Naturheilkunde für weibliche Beschäftigte der Ämter und Behörden in Nordrhein-Westfalen.

Frauenspezifische arbeitsbezogene Gesundheitsförderung

Mit frauenspezifischer arbeitsbezogener Gesundheitsförderung sind solche Maßnahmen gemeint, die es insbesondere in frauendominierten Branchen zum Ziel haben, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Erkrankungen zu reduzieren sowie die Ressourcen der (weiblichen) Beschäftigten zu stärken. Im Rahmen der Interviews kamen Hinweise auf

- Maßnahmen der Innungskrankenkassen für Friseurinnen,
- Gesundheitsförderungsprogramme der Betriebskrankenkassen für (weibliche) Beschäftigte in Krankenhäusern, Kindergärten und im Handel sowie
- ein Projekt des Gemeindeunfallversicherungsverbandes Hannover für weibliche Reinigungskräfte.

Richten sich Gesundheitsförderungsprojekte in frauendominierten Branchen nur an Frauen, stellt sich die Frage nach der Gesundheit und ihrer Förderung bei männlichen Beschäftigten (z.B. Friseure, Krankenpfleger). Richten sich die Maßnahmen an beide Geschlechter, stellt sich die Frage, ob bei ihrer Entwicklung geschlechtsspezifische Differenzen beachtet wurden oder ob sich die Angebote an den Gesundheitsgefahren und Erkrankungen der „Durchschnittsfrau“ orientieren. Im Rahmen der ExpertInneninterviews wurden diese Fragen zwar andiskutiert, sie konnten aber mangels persönlicher Erfahrungen bzw. empirischen Datenmaterials nicht beantwortet werden.

Geschlechtergerechte betriebliche Gesundheitsförderung

Unter geschlechtergerechter betrieblicher Gesundheitsförderung werden solche Maßnahmen zusammengefasst, bei deren Entwicklung geschlechtsspezifische Differenzen hinsichtlich arbeitsbedingter Belastungen und Bewältigungsstrategien adäquat beachtet wurden, wobei es sich (je nach Ziel) um geschlechtsspezifische oder geschlechterübergreifende Projekte handeln kann. Die ExpertInneninterviews gaben nur einen Hinweis auf ein Projekt, bei dem Gender Mainstreaming ein Qualitätskriterium ist. Es handelt sich um eine Initiative der Landesregierung Niedersachsen, in den Dienststellen der Landesverwaltung

ein umfassendes und systematisches Gesundheitsmanagement einzuführen. Auf diese Initiative wird im Folgenden näher eingegangen.

Gesundheitsmanagement in den Dienststellen des Landes Niedersachsen

Ausgehend von der Erkenntnis, dass gesunde, motivierte und gut ausgebildete MitarbeiterInnen in sozialer und ökonomischer Hinsicht die Voraussetzung für eine erfolgreiche Landesverwaltung sind, ist Gesundheitsmanagement darauf ausgerichtet, gesundheitlichen Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz vorzubeugen, Gesundheitspotenziale zu stärken sowie das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern. Seit 2003 wurden in 27 Dienststellen der niedersächsischen Landesverwaltung Modellprojekte eingerichtet. In jeder Dienststelle gibt es eine Steuerungsgruppe „Gesundheit“, die das Gesundheitsmanagement plant, lenkt und evaluiert, wobei sich der Umsetzungsprozess in die Phasen Bedarfsanalyse, Planung, Umsetzung von Maßnahmen und Erfolgskontrolle unterteilen lässt. Neben der Ganzheitlichkeit, Partizipation, Integration und Projektorganisation ist ein wichtiges Qualitätskriterium des Gesundheitsmanagements Gender Mainstreaming (Gesundheitsmanagement in Niedersachsen, o.J.).

Da Frauen eher als Männer in personenbezogenen Dienstleistungsberufen tätig, teilzeitbeschäftigt sowie durch Familie und Beruf doppelbelastet sind und sie häufig an Arbeitsplätzen mit geringeren Handlungs-, Entscheidungs- und Aufstiegschancen arbeiten, muss das Gesundheitsmanagement geschlechtsspezifische Belastungen identifizieren und abbauen.

Ein Ziel ist es, geschlechtstypische Unterschiede hinsichtlich arbeitsbedingter Belastungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen zu erfassen. Dabei wird unter anderem darauf geachtet, dass

- Belastungen und Ressourcen, die sich aus der Verknüpfung von Familien- und Erwerbsarbeit ergeben, identifiziert werden und
- bei Befragungen nicht implizit von Arbeitsbedingungen ausgegangen wird, wie sie für die männliche Erwerbsbiographie typisch sind.

Ein zweites Ziel des Gesundheitsmanagements ist es, Prozesse zu unterstützen, die darauf abzielen, die geschlechtliche Arbeitsteilung aufzuheben und damit Belastungen zu reduzieren. Folgende Forderungen werden gestellt:

- Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist zu erleichtern.
- Die Voraussetzungen für einen gleichberechtigten Zugang zu allen Tätigkeiten – ohne geschlechterstereotype Einordnung – sind zu schaffen.
- Der Unterbewertung von Tätigkeiten in eher frauendominierten Arbeitsbereichen ist entgegenzuwirken.
- Frauen müssen Zugang zu Aufstiegsmöglichkeiten erhalten und in ihrer Karriere aktiv unterstützt werden.

Erste Erfahrungen aus den 27 Dienststellen, in denen Modellprojekte eingerichtet wurden, zeigen, dass sich die Dienststellen schwer tun, unter anderem wegen mangelnder Kompetenzen im Projektmanagement, Gesundheitsmanagement einzuführen. Weiterhin fehlt häufig theoretisches Wissen über Gender Mainstreaming. Insofern richteten sich die Anstrengungen des Beratungsservice für Gesundheitsförderung in Niedersachsen im ersten Jahr des Umsetzungsprozesses auf die Vermittlung von projektmanagement- und gesundheitsförderungsbezogenen Fähigkeiten. Die Sensibilisierung für Gender Mainstreaming soll erst in zukünftigen Projektphasen verstärkt vorangetrieben werden.

3.2.2.2 Subjektive Wertschätzung

Die InterviewpartnerInnen wurden gefragt, welche Bedeutung sie einer geschlechtergerechten Gesundheitsförderung im Betrieb beimessen.

Von den 18 InterviewpartnerInnen finden es elf wichtig, dass in Betrieben eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung realisiert wird. Diese ExpertInnen benennen hierfür folgende Gründe:

- Die arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Belastungen von Frauen und Männern unterscheiden sich (8 Nennungen).
- Berufstätige Frauen sind durch die zusätzliche Familienarbeit doppelbelastet (3 Nennungen).

- Frauen und Männern unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Krankheitssymptome (2 Nennungen).
- Die Stressbewältigung und das Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern unterscheiden sich (je 1 Nennung).
- Betriebliche Gesundheitsförderung orientiert sich in der Regel an Männern, Frauen sind deshalb benachteiligt (1 Nennung).

Fünf GesprächspartnerInnen finden es zwar wichtig, dass es eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung in Betrieben gibt, sie äußerten aber gleichzeitig folgende Bedenken:

- Es ist prinzipiell schwer, Gesundheitsförderung v.a. in Kleinbetrieben zu implementieren. Wird Gender Mainstreaming als Qualitätskriterium eingeführt, ist zu befürchten, dass sich dies kontraproduktiv auswirkt (3 Nennungen).
- Bislang werden in deutschen Betrieben nicht alle Arbeitsschutzbestimmungen umgesetzt. Es ist zunächst wichtig, dieses zu tun, dann kann eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung realisiert werden (1 Nennung).
- Häufig stellen in der betrieblichen Gesundheitsförderungspraxis die Hierarchiestufen und nicht das Geschlecht Hürden dar. Da Frauen gerne etwas gemeinsam mit Männern machen, sollte keine frauenspezifische, auf jeden Fall aber eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung angeboten werden (1 Nennung).

Zwei Interviewpartner halten einen geschlechtergerechten Ansatz in der betrieblichen Gesundheitsförderung für unnötig und unsinnig, da sich Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung schon immer an der Person und ihren spezifischen Belastungen orientieren.

3.2.3 Zusammenfassung

Die Literaturrecherche und die ExpertInneninterviews weisen darauf hin, dass Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderungspraxis stiefmütterlich behandelt wird.

Es wurde nur ein Hinweis auf einen geschlechtergerechten Ansatz in der betrieblichen Gesundheitsförderung gefunden. Die Landesregierung Niedersachsen hat bislang in 27 Dienststellen der Landesverwaltung modellhaft Gesundheitsmanagement eingeführt, bei dem unter anderem Gender Mainstreaming ein Qualitätskriterium darstellt. Das Ziel ist es, in den seit 2003 laufenden Modellprojekten den Geschlechteraspekt sowohl bei der Bedarfsanalyse als auch bei der Entwicklung und Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen angemessen zu berücksichtigen (Gesundheitsmanagement in Niedersachsen, o.J.).

Weiterhin ergab die Literaturrecherche Hinweise auf zwei wissenschaftlich begleitete betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte, die sich ausgehend von der spezifischen Belastungssituation von berufstätigen Frauen (z.B. Doppelbelastung, geringe Handlungs- und Aufstiegsmöglichkeiten) an Mitarbeiterinnen der Deutschen Telekom AG bzw. einer industriellen Organisation richteten. In beiden Modellprojekten war es das Ziel, durch Netzwerk-, Ernährungs- und Entspannungsseminare (Deutsche Telekom AG) bzw. ein psychologisches Training (industrielle Organisation) die situative Kontrolle über Belastungen zu verbessern, Fähigkeiten zum konstruktiven Umgang mit Problemen aufzubauen sowie gesundheitsfördernde Einflüsse zu stärken. Nach Interventionsende konnten beide Studien nachweisen, dass sich bei den Teilnehmerinnen an den Maßnahmen das Kontrollerleben in der Arbeit und die subjektive Gesundheit verbessert haben (Berbalk & Kempkensteffen, 1995; Danz et al., 2003; Danz, 2002; Danz, Klauß & Breull, 2002; 2003). Wenngleich die Ergebnisse beider Untersuchungen aufgrund des geringen Stichprobenumfangs von 33 bzw. 55 Frauen nicht überbewertet werden dürfen, zeigen beide Modellprojekte, dass durch frauenspezifische Interventionsmaßnahmen in Betrieben frauenspezifische psychische arbeitsbedingte Belastungen reduziert und Gesundheitsressourcen (z.B. Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen und positive Lebenseinstellung) aufgebaut werden können.

Einige InterviewpartnerInnen waren sich sicher und hatten schon davon gehört, dass es in frauendominierten Branchen Gesundheitsförderungsmaßnahmen speziell für Frauen gibt. Hingewiesen wurde auf gesundheitsbezogene Angebote für Friseurinnen (IKK) und weibliche Reinigungskräfte (GUV Hannover) sowie Beschäftigte in Krankenhäusern, Kindergärten und im Handel (BKK). Eine Dokumentation und Evaluation der genannten Maßnahmen liegt nach Angaben der befragten ExpertInnen nicht vor. Es ist zu vermuten, dass auch bei der Entwicklung von Gesundheitsförderungsprojekten in frauendominierten Berufszweigen

- der Geschlechteraspekt nicht angemessen berücksichtigt wird, so dass männliche Beschäftigte möglicherweise benachteiligt sind und
- Belastungen, die sich aus der Kombination von Familien- und Erwerbsarbeit ergeben, keine Beachtung finden.

Um diese Thesen zu stützen, müssten einzelne Gesundheitsförderungsmaßnahmen in frauendominierten Branchen näher betrachtet und ggf. wissenschaftlich begleitet durchgeführt werden. Dies konnte im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht geleistet werden.

In den ExpertInneninterviews kamen weiterhin Hinweise auf allgemeine Maßnahmen, die in der Vergangenheit insbesondere von Ämtern und Behörden im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für weibliche Beschäftigte angeboten wurden. Mit allgemeinen Maßnahmen sind solche gesundheitsbezogenen Angebote gemeint, die nicht die Reduktion arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen zum Ziel, sondern (frauen-)relevante Gesundheitsthemen wie Brustselbstuntersuchung, gesunde Ernährung und Naturheilkunde zum Inhalt haben.

Abschließend muss festgestellt werden, dass in Deutschland Gender Mainstreaming bislang nicht in der betrieblichen Gesundheitsförderung verankert ist. Frauenspezifische Gesundheitsförderungsmaßnahmen werden aber durchaus v.a. in frauendominierten Branchen oder einzelnen Institutionen angeboten.

Es sei nochmals betont, dass die vorliegende Arbeit keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Es wird davon ausgegangen, dass es deutschlandweit einige undokumentierte Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Branchen mit hohem Frauenanteil gibt, die von einzelnen Unternehmen, Betriebs- und gesetzlichen Krankenkassen sowie regional tätigen Organisationen realisiert werden. Eine umfassende Dokumentation solcher frauenspezifischer (wohl aber nicht *genderter*) betrieblicher Angebote bedürfte eines weitaus größeren Projektumfangs.

Gefragt nach der Wichtigkeit einer geschlechtergerechten betrieblichen Gesundheitsförderung antwortete die Mehrzahl der ExpertInnen, dass sie es (sehr) wichtig finden, dass bei der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Projekten der Geschlechteraspekt adäquat beachtet wird. Diese Einschätzung verwundert deshalb nicht, weil von den 18 GesprächspartnerInnen 13 Frauen waren und sich sechs im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit mit Themen wie Frauengesundheit, Chancengleichheit und Gleichstellung befassen.

Drei ExpertInnen äußerten in ihren Interviews die Befürchtung, dass sich die Implementierung betrieblicher Gesundheitsförderung erschwert, wenn Gender Mainstreaming als Qualitätskriterium eingeführt wird. Die Praxis zeigt schon heute, dass v.a. in Kleinunternehmen erhebliche Defizite hinsichtlich betrieblicher Gesundheitsförderung bestehen (Gröben & Bös, 1999; Ulmer & Gröben, 2004). Die Erfahrungen des Beratungsservice für Gesundheitsförderung in Niedersachsen bestätigen, dass es auch in den Dienststellen einer Landesverwaltung schwer ist, Gesundheitsmanagement zu implementieren und zuerst management- und präventionsgezogene Fähigkeiten und Wissensbestände zu vermitteln sind, bevor eine Sensibilisierung für Gender Mainstreaming stattfinden kann.

4 Fazit und Perspektiven

Die vorliegende Arbeit beschäftigte sich mit geschlechtsspezifischen arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und geschlechtergerechten Ansätzen betrieblicher Gesundheitsförderung in deutschen Unternehmen.

Das Ziel war es, (1) Studien, die sich mit geschlechtsspezifischen arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen befassen, zusammenzutragen sowie (2) zu ermitteln, ob in deutschen Betrieben eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung realisiert wird.

Es wurden eine Literaturrecherche sowie 18 Interviews mit ExpertInnen aus den Bereichen Public Health und Arbeitsschutz durchgeführt.

Geschlechtsspezifische Gesundheitsgefahren und Erkrankungen

Die erste forschungsleitende Fragestellung, ob geschlechtsspezifische Differenzen hinsichtlich arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen bestehen, muss mit „JA“ beantwortet werden.

Zum einen wurde deutlich, dass Frauen häufiger als Männer teilzeitbeschäftigt, durch die Kombination von Familien- und Erwerbsarbeit doppelbelastet sowie an Arbeitsplätzen mit geringeren Handlungs-, Entscheidungs- und Aufstiegschancen tätig sind. Zum anderen weisen verschiedene Studien darauf hin, dass weibliche eher als männliche Erwerbstätige unter muskulo-skeletalen Beschwerden insbesondere in den oberen Gliedmaßen, arbeitsbedingtem Stress, sexueller Belästigung, Mobbing, Infektions- und Hauterkrankungen sowie Asthma und Allergien leiden. Bei berufstätigen Männern hingegen treten häufiger als bei berufstätigen Frauen Krebserkrankungen, Unfälle, die Lärmschwerhörigkeit und die koronare Herzkrankheit auf.

Wenngleich sich verschiedene Untersuchungen mit geschlechtsspezifischen Differenzen hinsichtlich arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen befassen, bestehen erhebliche Lücken in diesem Forschungsfeld:

- So wurden in Untersuchungen zu muskulo-skeletalen Beschwerden bisher eher Männer als Frauen einbezogen. Es gibt wesentlich mehr Studien zu den gesundheitlichen Folgen von körperlicher Schwerarbeit, wie sie für männliche Erwerbstätige typisch ist, als zu den Folgen von ständigem Stehen oder auch langem Sitzen in frauendominierten Branchen.
- Die meisten Studien zu arbeitsbedingtem Stress gehen von Arbeitsbedingungen aus, wie sie für die männliche Erwerbsbiographie typisch sind. Psychische Belastungen, die sich insbesondere aus der Verknüpfung von Familien- und Erwerbsarbeit ergeben, werden bislang nicht in adäquater Weise erfasst.
- Untersuchungen zu arbeitsbedingten Krebserkrankungen wurden vorrangig in männerdominierten Branchen durchgeführt.
- In Studien zur reproduktiven Gesundheit wurden seither hauptsächlich Schwangere und stillende Mütter einbezogen. Untersuchungen zu anderen Bereichen der reproduktiven Gesundheit (z.B. Menstruation, Menopause und Fertilität) sowie Studien mit Männern sind rar.

Werden Frauen und Männer nicht gleichermaßen in Untersuchungen berücksichtigt bzw. wird ein geschlechterneutraler Ansatz bei der Erfassung arbeitsbedingter Belastungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen gewählt, besteht das Risiko, dass geschlechtsspezifische Gesundheitsgefahren unterschätzt oder überhaupt nicht wahrgenommen werden.

Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung im Betrieb

Die zweite forschungsleitende Fragestellung, ob in deutschen Betrieben eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung realisiert wird, muss mit „NEIN“ beantwortet werden.

Die vorliegende Untersuchung ergab nur einen Hinweis auf ein betriebliches Gesundheitsförderungsprojekt der Landesregierung Niedersachsen, die seit 2003 Gesundheitsmanagement in Dienststellen der Landesverwaltung einführt, bei dem Gender Mainstreaming ein Qualitätskriterium darstellt. Weiterhin wur-

den zwei wissenschaftlich begleitete frauenspezifische Gesundheitsförderungsprojekte ermittelt, die ausgehend von der spezifischen Belastungssituation berufstätiger Frauen (z.B. Doppelbelastung, geringe Handlungs- und Aufstiegsmöglichkeiten) das Ziel hatten, durch ein entsprechendes Seminarangebot (Deutsche Telekom AG) bzw. psychologisches Training (industrielle Organisation) Fähigkeiten zum konstruktiven Umgang mit Problemen aufzubauen sowie gesundheitsfördernde Einflüsse zu stärken.

Von Krankenkassen, Unfallversicherungsverbänden oder einzelnen Unternehmen werden durchaus frauenspezifische (nicht geschlechtergerechte) Gesundheitsförderungsmaßnahmen für einzelne Berufsgruppen mit hohem Frauenanteil (z.B. Friseurinnen, Pflegepersonal und Reinigungskräfte) angeboten. Allerdings ist auch bei diesen frauenspezifischen Maßnahmen zu vermuten, dass der Geschlechteraspekt nicht angemessen berücksichtigt wird (Benachteiligung des Mannes) und Belastungen, die sich aus der Kombination von Familien- und Erwerbsarbeit ergeben, keine Beachtung finden.

Wenngleich das vorliegende Projekt aufgrund des geringen Umfangs keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, kann resümiert werden, dass Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung stiefmütterlich behandelt wird. Unterschiede zwischen Frauen und Männern hinsichtlich ihrer Belastungen am Arbeitsplatz werden bei der Bedarfsanalyse, Projektentwicklung und -evaluation nicht adäquat bedacht.

Folgerungen für die betriebliche Gesundheitspolitik

Die Gesundheitsförderungspraxis der vergangenen Jahre hat gezeigt, dass gesundheitsbezogene Interventionen nur dann erfolgreich sind, wenn sie sich an spezifischen Zielgruppen ausrichten. Neben dem Alter, der sozialen Schicht und ethnischen Zugehörigkeit ist das Geschlecht ein Merkmal, das bei der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen bedacht werden muss. Voraussetzung für eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung ist eine positive Einstellung aller Beteiligten zur Ge-

schlechterthematik sowie die Partizipation von Frauen und Männern in allen Projektphasen.

Bereits bei der *Bedarfsanalyse* sind geschlechtsspezifische Unterschiede zu berücksichtigen, wobei darauf zu achten ist, dass

- in Befragungen nicht implizit von Arbeitsbedingungen ausgegangen wird, wie sie für die männliche Erwerbsbiographie typisch sind.
- vorgefasste Annahmen darüber, welche Gesundheitsgefahren bestehen und wer gefährdet ist, vermieden werden.
- Frauen ermutigt werden, Aspekte anzusprechen, von denen sie glauben, dass sie ihre Gesundheit gefährden.
- Belastungen und Ressourcen, die sich aus der Verknüpfung von Familien- und Erwerbsarbeit ergeben, identifiziert werden.
- auch Teilzeitkräfte befragt werden.

Das Problem bei Bedarfsanalysen und wissenschaftlichen Untersuchungen ist es immer wieder, dass offensichtliche Gesundheitsgefahren in männerdominierten Berufen (z.B. körperliche Schwerarbeit auf dem Bau) überbewertet werden und weniger offensichtliche Gesundheitsgefahren in frauendominierten Berufen wie ständiges Stehen im Friseurhandwerk, emotionale Belastungen in Pflegeberufen oder auch die Doppelbelastung durch Erwerbs- und Familienarbeit keine oder nur geringe Beachtung finden.

Deshalb sind beispielsweise beim Thema „muskulo-skeletale Beschwerden“ auch leichte Tätigkeiten sowie die Auswirkungen langen Stehens und Sitzens kritisch zu betrachten. Beim Thema „arbeitsbedingter Stress“ muss die Schnittstelle Arbeit/Privatleben, aber auch die berufliche Laufbahn und sexuelle Belästigung angemessen berücksichtigt werden. Das Thema „reproduktive Gesundheit“ sollte sich nicht nur auf die Schwangerschaft beschränken, sondern andere Bereiche und die Gesundheit von Männern einbeziehen.

Auch bei der *Projektentwicklung und -evaluation* müssen geschlechtsspezifische Unterschiede bedacht werden. Es ist zu prüfen, ob

- geschlechtsspezifische Interventionen notwendig oder geschlechterübergreifende Gesundheitsförderungsmaßnahmen sinnvoller sind.

- Frauen und Männer vom Projekt unterschiedlich profitieren.
- sich sicherheits- und gesundheitsrelevante Veränderungen am Arbeitsplatz bei Frauen und Männern unterschiedlich auswirken.
- die Geschlechter an den Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung gleichwertig beteiligt sind.
- die eingesetzten Arbeitsmittel und Schutzausrüstungen auch für Frauen und „Nicht-Durchschnittsmänner“ geeignet sind.
- für die Evaluation Instrumente benutzt werden, die geschlechtersensibel entwickelt wurden.

Nicht verwechselt werden darf die Forderung nach einer geschlechtergerechten Gesundheitsförderung mit der Forderung nach einer frauenspezifischen Gesundheitsförderung, die möglicherweise das Denken fehl in Richtung des Vorliegens einer besonderen Schutzbedürftigkeit von Frauen am Arbeitsplatz lenkt. Die beschriebenen geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen bestehen nicht wegen der biologischen Differenzen zwischen den Geschlechtern [engl.: sex (biologisches Geschlecht)]. Sie liegen vielmehr in den unterschiedlichen kulturell vermittelten Lebens- und Arbeitsbedingungen von Frauen und Männern begründet [engl.: gender (soziales Geschlecht)]. Das Anliegen einer geschlechtergerechten Gesundheitsförderung im Betrieb kann es deshalb nicht nur sein, geschlechtsspezifische Differenzen in allen Phasen der Projektplanung zu beachten. Sie muss auch darauf abzielen, Frauen und Männern die gleichen Optionen und Chancen in der Arbeitswelt zu geben. Beispielsweise

- ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu erleichtern.
- sollten beide Geschlechter Zugang zu allen beruflichen Tätigkeiten haben.
- dürfen Tätigkeiten in frauendominierten Branchen nicht minder bewertet werden.
- müssen Frauen mehr Karrierechancen eröffnet werden.

Dass (zukünftig) eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung in deutschen Betrieben realisiert wird, findet die Mehrzahl der 18 befragten ExpertInnen wichtig. Drei InterviewpartnerInnen äußerten in ihren Interviews aber auch die Be-

fürchtung, dass sich die Implementierung betrieblicher Gesundheitsförderung erschwert, wenn Gender Mainstreaming als Qualitätskriterium eingeführt wird. Die Praxis zeigt schon heute, dass v.a. in Kleinunternehmen erhebliche Defizite hinsichtlich betrieblicher Gesundheitsförderung bestehen. Anstrengungen sind dahingehend zu unternehmen, dass Gender Mainstreaming nicht als Hürde, sondern als Chance in der betrieblichen Gesundheitspolitik verstanden wird. Will man nämlich die Qualität von Projekten erhöhen und einen Beitrag zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit zwischen den Geschlechtern leisten, dann führt kein Weg an einer geschlechtergerechten betrieblichen Gesundheitsförderungspraxis vorbei.

Perspektiven für zukünftige Forschungsarbeiten

Im Rahmen des vorliegenden Projektes wurde nicht nur aufgezeigt, dass Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung stiefmütterlich behandelt wird, es wurde auch deutlich, dass Forschungslücken bestehen:

Studien zu arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen werden eher mit Männern als mit Frauen bzw. eher in männer- als in frauendominierten Branchen durchgeführt. Deshalb ist es wünschenswert, dass in zukünftigen Forschungsarbeiten Frauen und Männer gleichermaßen berücksichtigt werden und Themen wie ständiges Stehen und Sitzen, arbeitsbedingte emotionale Beanspruchungen sowie die Doppelbelastung durch Familien- und Erwerbsarbeit größere Beachtung finden.

Krankenkassen, Unfallversicherungsverbände und einzelne Unternehmen realisieren in frauendominierten Branchen frauenspezifische und geschlechterübergreifende Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Es wäre sinnvoll, Gesundheitsförderungsprojekte für Berufsgruppen mit hohem Frauenanteil deutschlandweit zusammenzutragen und zu dokumentieren. Es ist zu vermuten, dass auch bei diesen Projekten der Geschlechteraspekt nicht angemessen beachtet wird. Deshalb sollte überprüft werden, ob die Verknüpfung von Familien- und Erwerbsarbeit bedacht sowie der erwerbstätige Mann in frauendominierten Branchen benachteiligt wird.

Vor allem aber ist es erstrebenswert, ein größer angelegtes Projekt in unterschiedlichen Branchen (z.B. Metallverarbeitung, Chemieindustrie, Handel und Dienstleistungen) durchzuführen, mit dem Ziel, eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung zu implementieren.

- Bei der Bedarfsanalyse sollte der Geschlechteraspekt adäquat bedacht werden. Neben berufsgruppenspezifischen Gesundheitsgefahren sollten auch branchenübergreifende Belastungen, die sich aus der Verknüpfung von Familien- und Erwerbsarbeit sowie geringen Aufstiegs-, Entscheidungs- und Handlungsspielräumen ergeben, erfasst werden.
- Bezugnehmend auf die Bedarfsanalyse sollten geschlechtergerechte gesundheitsbezogene Interventionen (z.B. Stressbewältigungsseminare, Entspannungs- und Bewegungsprogramme) entwickelt und in Modellbetrieben angeboten werden. Je nach Projektziel wären hier frauen- und männer-spezifische sowie geschlechterübergreifende Maßnahmen denkbar.
- Während und am Ende der Interventionen sollte der Nutzen der eingeführten Maßnahmen für beide Geschlechter sowie Einstiegs-, Dabeibleiber- und Ausstiegsmotive ermittelt werden.

Das Anliegen des Projektes müsste es sein, Checklisten, Analyseinstrumente und ein Handbuch mit konkreten Praxistipps zur Einführung von geschlechtergerechter Gesundheitsförderung im Betrieb zu erstellen. Zielgruppe der Materialien sollten GeschäftsführerInnen, BetriebsrätInnen, Gleichstellungsbeauftragte, BetriebsärztInnen und Fachkräfte für Arbeitssicherheit sein.

Die Forderungen an Politik, betriebliche Gesundheitsförderungspraxis und Wissenschaft lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist zu erleichtern.
2. Beide Geschlechter sollten Zugang zu allen beruflichen Tätigkeiten haben.
3. Tätigkeiten in frauendominierten Branchen dürfen nicht minder bewertet werden.
4. Frauen müssen mehr Karrierechancen eröffnet werden.
5. In Bedarfsanalysen und wissenschaftlichen Untersuchungen sind auch Belastungen, die sich aus der Verknüpfung von Familie und Beruf ergeben, sowie weniger offensichtliche Gesundheitsgefahren in frauendominierten Branchen zu erfassen.
6. Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich arbeitsbedingter Belastungen, Bewältigungsstrategien und Erkrankungen sind bei der Entwicklung betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte adäquat zu beachten.
7. Arbeitsmittel und Schutzausrüstungen müssen auch für Frauen und „Nicht-Durchschnittsmänner“ geeignet sein.
8. Es ist zu überprüfen, ob Frauen und Männer von gesundheitsbezogenen Interventionen unterschiedlich profitieren.
9. Checklisten, Analyseinstrumente und Broschüren sollten erarbeitet werden, um die Akteure betrieblicher Gesundheitsförderung von der Notwendigkeit einer geschlechtergerechten Gesundheitsförderung im Betrieb zu überzeugen und ihre Einführung zu erleichtern.

Literatur

- Andersen, A. et al. (1999). Work-related cancer in the Nordic countries. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 25, S. 1-116.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.
- Aresin, N., Krauß, A. & Salgaonkar, V. (1971). Fehlgeburten, Frühgeburten und perinatal verstorbene Kinder bei berufstätigen und nichtberufstätigen Frauen. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 93, S. 441-444.
- Ariens, G.M. et al. (2001). Are neck flexion, neck rotation and sitting at work risk factors for neck pain? Results of a prospective cohort study in an occupational setting. *Occupational and Environment Medicine*, 56, S. 200-207.
- Arnold, M. (1992). Unfruchtbarkeit. Ein großes Tabu. *ÖKO TEST*, 11, S. 87-90.
- Beck, D. & Graef, A. (2003). *ChancenGleich. Handbuch für eine gute betriebliche Praxis*. Frankfurt am Main: Bund.
- Becker, P. (1993). Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit. In P. Paulus (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis*. (S. 91-107). Köln: Maternus.
- Berbalk, H. & Kempkensteffen, J. (1995). Psychologische Gesundheitsförderung in einer industriellen Organisation: Darstellung und Evaluation eines Programms zur Selbstveränderung und Persönlichkeitsentwicklung für berufstätige Frauen. *Verhaltenstherapie*, 5, S. 5-20.
- Blair, A. (1998). Occupational cancer among women, an overview. *Women's health, occupation, cancer and reproduction*, 14 to 16 May, Reykjavik, Iceland.
- Bolm-Audorff, U. et al. (1994). *Bösartige Tumoren der ableitenden Harnwege und Risiken am Arbeitsplatz*. Bremerhaven: Wissenschaftsverlag.
- Bös, K., Gröben, F. & Woll, A. (2002). Gesundheitsförderung im Betrieb – Was kann die Sportwissenschaft beitragen? *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 2, S. 144-163.

- Bundesamt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2004). Die Europäische Arbeitsschutzagentur informiert: Bericht deckt geschlechtsspezifische Unterschiede im Arbeits- und Gesundheitsschutz auf. *Pressemitteilungen 13/04*. Zugriff unter http://www.baua.de/news/pm13_04.htm
- Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1997). *Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Cramm, C., Blossfeld, H.-P. & Drobnic, S. (1998). *Die Auswirkungen der Doppelbelastung von Familie und Beruf auf das Krankheitsrisiko von Frauen*. Unveröff. Projektbericht, Universität Bremen.
- Danz, A. (2002). Gesundheitsförderung im Betrieb auf neuen Wegen. In dem Projekt „Telekom GeNet“ hat die Deutsche Telekom AG neue Wege der Gesundheitsförderung für Frauen erprobt. *Personalführung*, 1, S. 66-73.
- Danz, A. et al. (2003). Gesundheitsförderung für Frauen bei der Deutschen Telekom AG – Telekom GeNet. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 3, S. 208-220.
- Danz, A., Klauß, B. & Breull, W.-R. (2002). Ein Gesundheitsförderungsprojekt für Frauen bei der Deutschen Telekom AG. *Prävention*, 1, S. 18-21.
- Danz, A., Klauß, B. & Breull, W.-R. (2003). Telekom GeNet – ein Gesundheitsförderungsprojekt für Frauen bei der Deutschen Telekom AG. Ergebnisse des Projektes. *Prävention*, 3, S. 77-79.
- Davidson, M.J. et al. (1995). Occupational stress in female and male graduate managers – A comparative study. *Stress Medicine*, 11, S. 157-175.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (1994). Bildschirmarbeit: Fruchtbarkeitsstörungen und Gesundheitsschutz. *Verhandlungen des Deutschen Bundestages. 12. Wahlperiode*. Bonn: Drucksachen 12/6781 – 12/6860.
- Dragano, N. et al. (2003). Psychosoziale Arbeitsbelastungen und muskuloskeletale Beschwerden: Bedeutung für die Prävention. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 3, S. 196-207.
- Elsner, G. (1991). Nachtschichtarbeiterinnen stärker belastet als Männer. *Arbeit & Ökologie-Briefe*, 3, S. 3-4.
- Elsner, G. et al. (1999). Arbeits- und umweltbedingte Faktoren und Brustkrebsrisiko. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 10, S. 373-379.
- Ertel, M. et al. (1991). „... es wird einen ja nicht gleich treffen!“ Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

- European Agency for Safety and Health at Work (Hrsg.) (2003). *Gender issues in safety and health at work. A review*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Agency for Safety and Health at Work (Hrsg.) (2004). *Mobbing. FACTS*, 23, S. 1-2.
- Fagan, C. & Burchell, B. (2002). *Gender, jobs and working conditions in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Fleischer, A.G. (1990). Problemfeld Bildschirmarbeit. *Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz*, 2, S. 6-9.
- Frankenhäuser, M. (1991). The psychophysiology of sex differences as related to occupational status. In M. Frankenhäuser, U. Lundberg & M. Chesney (Hrsg.), *Women, work and health. Stress and opportunities*. (S. 39-61). New York, London: Plenum Press.
- Frick, I. (1994). Betriebsklima: Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz. *Industrie Anzeiger*, 32, S. 8-11.
- Gerhard, I., Eckrich, W. & Runnebaum, B. (1993). Schadstoffe und Fertilitätsstörungen. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 53, S. 147-156.
- Gesundheitsmanagement in Niedersachsen (Hrsg.) (o.J.). *Leitfaden zur Umsetzung von Gesundheitsmanagement in den Dienststellen des Landes Niedersachsen*. Zugriff unter http://w2.wa.uni-hannover.de/gesundheitsmanagement/downloads/Leitfaden_%20GM.pdf
- Gröben, F. & Bös, K. (1999). *Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung. Maßnahmen, und Erfahrungen – ein Querschnitt*. Berlin: edition sigma.
- Hadjieva, J. (1993). Morbidität bei Arbeitern in der Seidenindustrie. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 1, S. 2-4.
- Hagberg, M. et al. (1995). *Work-related musculoskeletal disorders (WMSDs): A reference book for prevention*. London: Tyler and Francis.
- Harss, C. & Maier, K. (1994). Stress und Stressbewältigung bei erwerbstätigen Frauen. In M. Kastner (Hrsg.), *Personalpflege. Der gesunde Mitarbeiter in einer gesunden Organisation*. (S. 179-186). Berlin, München: Quintessenz.
- Heiking, A. (1993). Sexuelle Belästigung in Betrieben und Büros – ein Alltagsproblem für Frauen und was dagegen zu tun ist. *Arbeit & Ökologie-Briefe*, 21, S. 11-14.

- Heim, E. (1992). Stressoren der Heilberufe. Tragen Frauen die größeren Gesundheitsrisiken? *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 3, S. 207-226.
- Heiss, H. (1969). Referat 1b – Sozialmedizin und Frauenheilkunde (II). *Archiv für Gynäkologie*, 207, S. 9-22.
- Henrich, W. et al. (2001). Der Einfluss der Berufstätigkeit auf die Frühgeburtlichkeit. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 11, S. 474-478.
- Henriksen, T.B. et al. (1995). Standing at work and preterm delivery. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 102, S. 198-206.
- Holzbecher, M. et al. (1991). *Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hurrelmann, K. (1994). *Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf*. Weinheim, München: Juventa.
- Janke, W., Erdmann, G. & Boucsein, W. (1984). *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)*. Göttingen: Hogrefe.
- Klebanoff, M.A., Shiono, P.H. & Carey, J.C. (1990). The effect of physical activity during pregnancy on preterm delivery and birth weight. *American journal of obstetrics and gynaecology*, 163, S. 1450-1456.
- Kolip, P. & Koppelin, F. (2002). Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Prävention und Krankheitsfrüherkennung. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. (S. 491-504). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Kolip, P., Jahn, I. & Summermatter, D. (2003). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderungspraxis. Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. *Prävention*, 4, S. 107-110.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaft (Hrsg.) (1991). Bildschirmarbeit – Je länger die Tätigkeitsdauer, je größer die Beschwerden. *Janus*, 6, S. 8-9.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaft (Hrsg.) (1994). Rückenbeschwerden bei der Krankenpflegeausbildung. *Janus*, 17, S. 13.
- Krauß, A. (1971). Geburtsgewicht der Neugeborenen bezogen auf die Berufstätigkeit der Mutter. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 93, S. 1422-1425.

- Launer, L.J., Villar, J. & Kestler, E. (1990). The effect of maternal work on fetal growth and duration of pregnancy: a prospective study. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 97, S. 62-70.
- Lippmann, C. (1994). Macht Arbeit krank – macht Arbeit Spaß? Frauen in der Arbeitswelt. In K. Höchstetter et al. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Betrieb*. (S. 117-133). München: Fachhochschul-Schriften Sandmann.
- Manz, A. et al. (1991). *Bösartige Tumoren des Verdauungstraktes bei Beschäftigten der Gasindustrie*. Bremerhaven: Wissenschaftsverlag.
- Meggeneder, O. (1991). Arbeitsbedingungen und Berufsperspektiven in den Pflegediensten. *AFA informationen*, 4, S. 17-31.
- Meschkat, B., Stackelbeck, M. & Langenhoff, G. (2002). *Der Mobbing-Report. Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag.
- Moen, P. (1992). *Women's two roles. A contemporary dilemma*. Auburn House.
- Moen, P. et al. (1995). Caregiving and women's well-being. A Life Course Approach. *Journal of health and social behaviour*, 36, S. 259-273.
- Müller, U. & Holzbecher, M. (1992). Sexuelle Belästigung – eine unsichtbare Dimension von Belastung am Arbeitsplatz. *Arbeit. Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik*, 1, S. 25-44.
- ohne Autor (1993). Schwangere in der Mikrochip-Produktion haben höhere Fehlgeburtenraten. *Arbeit & Ökologie-Briefe*, 9, S. 13-14.
- Overgaard, N. (1991). Belastungen bei Arbeit rund um die Uhr. *Janus*, 5, S. 17-18.
- Paoli, P. & Merdié, D. (2001). *Third European survey on working conditions 2000*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Peretzki-Leid, U. (1992). Belastungen und Erkrankungen in der Pflege. In ÖTV (Hrsg.), *Arbeitsplatz Krankenhaus*. (S. 29-81). Stuttgart: ÖTV.
- Pirntke, G. (2004). *Mobbing und sexuelle Belästigung. Die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers und die Rechte der Betroffenen*. Renningen: expert.
- Punnett, L. & Herbert, R. (2000). Work-related musculoskeletal disorders: Is there a gender differential and, if so, what does it mean? In M. Goldman & M. Hatch (Hrsg.), *Women and health*. San Diego, San Fransisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo: Academic Press.

- Rüdiger, H.W. (1996). Probleme der Auswirkungen von gefährlichen Arbeitsstoffen auf die Fertilität. *Sichere Arbeit*, 3, S. 38-40.
- Rylander, L. et al. (2002). Reproductive outcome among female hairdressers. *Occupational and Environmental Medicine*, 59, S. 517-522.
- Saurel-Cubizolles, M.J., Subtil, D. & Kaminski, M. (1991). Is preterm still related to physical working conditions in pregnancy? *Journal of epidemiology and community health*, 45, S. 29-34.
- Savitz, D.A., Olshan, A.F. & Gallagher, K. (1996). Maternal occupation and pregnancy outcome. *American Journal of Epidemiology*, 7, S. 269-274.
- Schramm, W.F., Stockbauer, J.W. & Hoffman, H.J. (1996). Exercise, employment, other daily activities, and adverse pregnancy outcomes. *American Journal of Epidemiology*, 143, S. 211-218.
- Sieben, G. (1992). *Von früh bis spät Stehen: Frauen in Stehberufen*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz.
- Sieben, G. (1998). *Von früh bis spät Stehen: Frauen in Stehberufen*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Sturmfels, A. & Satzer, R. (1995). *Mit Mann und Maus. Frauen im Büro. Belastungen und Gesundheit*. Frankfurt: Fachhochschulverlag.
- Teitelmann, A.M. et al. (1990). Effect of maternal work activity on preterm birth and a low birth weight. *American Journal of Epidemiology*, 131, S. 104-113.
- Teske, U. (1992). Arbeitsbedingungen und Gesundheitsschutz im Handel. *sicher ist sicher*, 5, S. 242-246.
- Trojan, A. (2002). Prävention und Gesundheitsförderung. In P. Kolip (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung*. (S. 195-228). Weinheim, München: Juventa.
- Ulich, D. (1985). *Psychologie der Krisenbewältigung*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Ulmer, J. & Gröben, F. (2004). *Gesundheitsförderung im Betrieb: Postulat und Realität. 15 Jahre nach Ottawa – Umsetzung des Settingansatzes*. Unveröff. Institutsbericht, Institut für Sport und Sportwissenschaft der Universität Karlsruhe.
- US-General Accounting Office (Hrsg.) (1991). *Reproductive and developmental toxicants*. Washington: Eigenverlag.
- v. Quast, C. (1991). Zeitmanagement bei Ärzten. *Deutsches Ärzteblatt*, 37, S. 13.

- West, J. (1990). Krebs durch Dioxin. *bild der wissenschaft*, 9, S. 150-152.
- Zahm, S.H. (2000). Women at work. In M. Goldman & M. Hatch (Hrsg.), *Women and health*. San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo: Academic Press.
- Zahm, S.H., Ward, M.H. & Silverman, D.T. (2000). Occupational cancer. In M. Goldman & M. Hatch (Hrsg.), *Women and health*. San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo: Academic Press.
- Zapf, D. (1991). Arbeit und Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik*. (S. 227-244). Weinheim, München: Juventa.