



Masterarbeit

**GESCHLECHTERGERECHTE
GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM BETRIEB
Wie kann die Gesundheit von berufstätigen Frauen und
Männern nachhaltig gefördert werden?**

eingereicht von

Lisa-Maria Magler, BSc

Mat.Nr.: 0303727

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Augenheilkunde

unter der Anleitung von

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Marion Habersack, MPH

Ort, Datum

Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Danksagung

Ich möchte mich bei meiner Betreuerin **Fr. Mag.^a Dr.ⁱⁿ Marion Habersack, MPH** bedanken, die mich mit ihrer wissenschaftlichen Kompetenz und ihrer fachlichen Expertise unterstützt hat und mir ebenfalls bei der Bewältigung formaler „Startschwierigkeiten“ tatkräftig zur Seite gestanden ist.

Mein Dank geht auch an **Fr. Ao.Univ.-Prof. Dr.med.univ. Andrea Langmann** und den **Studienkoordinator Hrn. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Ammer**, die mir mit ihrem Interesse an dieser Arbeit als Zweitbetreuung den Rücken stärken.

Weiters möchte ich **Fr. Mag.^a Ines Krenn, MPH, Fr. Mag.^a Margit Bauer** und **Hrn. Christoph Pammer, DSA, MPH** für ihre Anregungen und Hilfestellung in Form von persönlichen Gesprächen und der Weitergabe von Literaturquellen und Empfehlungen meinen Dank aussprechen.

Dank gebührt auch **Fr. Mag.^a Eva Ferrigato**, nicht nur für die Korrektur der Arbeit und für die englische Version der Zusammenfassung, sondern vor allem für ihre jahrelange, unerschütterliche und emotionsgeladene Freundschaft.

An dieser Stelle ist es auch Zeit, meiner Studienkollegin und Freundin **Fr. Sandra Koschier, BSc** und meinem Studienkollegen **Hrn. Christoph Schachner, BSc, MSc** für den intensiven Zusammenhalt, ihre Motivation und ihr Vertrauen über fünf lange Jahre zu danken.

Diese Arbeit wäre nicht möglich gewesen, ohne den Rückhalt meiner Eltern, **Erika** und **Peter Magler**, die immer an mich geglaubt haben, DANKE!

Zusammenfassung

Frauen und Männer sind in ihrem Alltag den unterschiedlichsten gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt, die einerseits aus ihren Lebens- und Arbeitswelten und andererseits aus der Vereinbarkeitsproblematik von Beruf und Privatsphäre resultieren.

Daher diskutiert die vorliegende Arbeit die Kategorie „Geschlecht“ im Setting der Betrieblichen Gesundheitsförderung als mögliches Innovationspotential, um die Gesundheit von berufstätigen Frauen und Männern nachhaltig zu fördern.

Mittels einer Literaturrecherche mit phänomenologisch deskriptivem Zugang werden die drei Kernthemen Kategorie „Geschlecht“, „Betriebliche Gesundheitsförderung“ und „Nachhaltigkeit“ miteinander in Beziehung gesetzt.

Mit der Gliederung in vier Teilbereiche liefert die vorliegende Arbeit einleitend einen theoretischen Input zu den Kernthemen, untermauert diesen anhand von zwei „Good Practice“ Beispielen, leitet folglich Empfehlungen für eine gesundheitsfördernde Praxis ab und stellt abschließend die Ergebnisse dar.

Um die Gesundheit von berufstätigen Frauen und Männern bedarfsgerecht zu fördern, ist im Setting Betrieb ein kontext- und zielgruppenspezifisches Verständnis von Gesundheit und Nachhaltigkeit, das einvernehmlich zur Geltung kommt, Voraussetzung. Darauf aufbauend kann die Kategorie „Geschlecht“ in jeder Phase der BGF- Praxis systematisch berücksichtigt und reflektiert werden. Dies erfordert die Anwendung von Gender-Kompetenz, die Entwicklung und Nutzung von geschlechtersensiblen Strategien und Instrumenten und die Verbindlichkeit von settingübergreifenden Qualitätsparametern.

Die Methode des Gender Mainstreamings und der Gesundheitszirkel als Instrument erzielen zwar bewährte Erfolge, sind jedoch keine allgemeingültigen „Rezepte“, da ebenso der jeweilige Kontext und die jeweilige Zielgruppe maßgebend sind.

Der Diskurs rund um eine geschlechtergerechte Betriebliche Gesundheitsförderung muss interdisziplinär geführt werden und seinen Fokus explizit auf beide Geschlechter richten, um ihren spezifischen Bedürfnisse in Arbeits- und Lebenswelt bedarfsgerecht nachzukommen.

Abstract

During their every-day life, women and men are exposed to various health impacts which, on the one hand, result from their living and working environments and are, on the other hand, caused by the difficulty of combining their career and their private lives.

In this paper I will discuss the category “gender” as a possible innovation potential in the setting of the workplace health promotion to sustainably further the healthiness of employed women and men.

By means of a literature research with a phenomenological descriptive approach the three key topics category “gender”, “workplace health promotion” and “sustainability” are correlated.

This paper is divided into four parts which provide an introductory theoretical input to the key topics. Furthermore, this input is confirmed by two “good practice” examples and recommendations concerning the constitutional praxis are being deduced. Finally, the achieved results are presented.

To promote the employee’s health according to their needs it is important to create a context and target group specific understanding in the operation setting which should be emphasized amicably. Based on this understanding the category “gender“ can be considered and reflected systematically in every phase of the workplace health promotion praxis. This process requires the exercise of gender competence, the development and use of gender sensitive strategies and instruments as well as the commitment of setting overlapping quality parameters.

The method of gender mainstreaming and the health circle as operative instrument have been achieving proven success but they are, however, no universal and overall solutions due to the fact that the conditions that should be focused on are the given context as well as the target group.

The discourse around gender equality in a workplace health promotion has to be conducted interdisciplinary and its focus ought to be on both sexes in order to meet their specific demands in their living and working environments adequately.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung.....	2
Danksagung.....	3
Zusammenfassung.....	4
Abstract.....	5
Gender Glossar.....	8
Abbildungsverzeichnis.....	12
Tabellenverzeichnis.....	13
Einleitung.....	14
Teil A - Theoretischer Rahmen.....	17
1 Die Kategorie „Geschlecht“.....	17
1.1 Begriffsbestimmung.....	17
1.1.1 Der Mensch ist zwei.....	17
1.1.2 Doing Gender.....	19
1.1.3 Das Geschlecht als mehrdimensionale Kategorie.....	20
1.2 Das Geschlecht in den Gesundheitswissenschaften.....	22
1.2.1 Vom „Gender trouble“.....	22
1.2.2 Die Relevanz der Kategorie „Geschlecht“.....	22
1.3 Das „Geschlecht“ in der Gesundheitsforschung.....	23
1.3.1 Eine Standortbestimmung.....	23
1.3.2 Formen und Ursachen von Gender Bias.....	25
1.3.2.1 Androzentrismus bzw. Gynozentrismus.....	25
1.3.2.2 Geschlechterinsensibilität.....	26
1.3.2.3 Doppelter Bewertungsmaßstab.....	26
1.3.3 Methoden zur stärkeren Berücksichtigung der Kategorie „Geschlecht“ in der gesundheitsfördernden Projektpraxis.....	27
2 Aspekte der Gesundheitsförderung.....	31
2.1 Arbeit, Geschlecht und Gesundheit.....	35
2.2 Gesundheitsförderung.....	40
2.3 Gesundheitsförderung in Settings: Gesundheitsförderung im Betrieb (BGF).....	45
2.3.1 Was ist BGF?.....	45
2.3.2 Leitprinzipien von BGF.....	46
2.3.3 Nutzen von BGF.....	47
2.3.4 Das Prozedere der BGF- Tun wir das Richtige?.....	48
2.4 Die Geschlechterperspektive in der BGF.....	53
2.4.1 „Gender Mainstreaming“ (GM).....	54
3 Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung.....	57
Teil B - Von der Theorie zur Praxis.....	62
1 „Good Practice“ Beispiele.....	62
1.1 Projekt: „Spagat – innovative Gesundheitsförderung berufstätiger Frauen“.....	62
1.1.1 Ziele und Praxis des Projektes.....	63
1.1.2 Häufige Belastungen von Frauen.....	63
1.1.3 Belastungen und Ressourcen als Teil der Gesundheitszirkelarbeit.....	65
1.2 Von „Spagat“ zum „Gender Mainstreaming“ in der BGF.....	66

1.3	Projekt: „Gesundheitsmanagement in öffentlichen Verwaltungen geschlechtergerecht gestalten“ - ein Beispiel aus Niedersachsen	67
1.3.1	GM – Prinzipien eines geschlechtergerechten Gesundheitsmanagements..	68
1.3.2	Ergebnisse der Evaluation der zweijährigen Projektphase.....	70
1.3.3	Fazit	73
Teil C - Empfehlungen für eine geschlechtergerechte Praxis in der BGF		74
Teil D - Diskussion und Ausblick		79
Literaturverzeichnis		87
Anhang		99
Lebenslauf		108

Gender Glossar

Nach Döge (2002, S.58f.), Jahn, Kolip (2002, S.20), Jahn (2003), Langenecker, Andraschko (2006), Spicker, Schopf (2007, S.144f.), Universität Innsbruck- Arbeitskreis für Gleichbehandlung (2008):

- **Chancengleichheit von Frauen und Männern...***Wird oft synonym mit dem Wort Gleichstellung verwendet, was bedeutet, dass Frauen und Männer die gleichen Chancen im Zugang zu Ressourcen, Beteiligung und Entscheidungsmacht, ohne Einschränkung durch gesellschaftliche bedingte Geschlechtsrollenmuster haben. Dabei werden die unterschiedlichen Zielvorstellungen, Verhaltensweisen, Bedürfnisse und Werte von Frauen und Männern gleichermaßen anerkannt, berücksichtigt und gefördert. Chancengleichheit ist sozusagen jener Zustand in dem die Gleichstellung bereits verwirklicht ist.*
- **Doing Gender...***meint den Prozess, in dem gender, das heißt die Geschlechteridentitäten, Geschlechterrollen usw. in den alltäglichen Interaktionen hergestellt, bestätigt und verfestigt werden. Zugleich werden diese durch das „typisch Männliche“ und „typisch Weibliche“ strukturiert.*
- **Gender...***(engl.) „soziales Geschlecht“*
- **Gender Bias...***(engl.) kann mit „geschlechterbezogene Verzerrungseffekte“ übersetzt werden. Diese kommen dadurch zustande, dass Geschlechterunterschiede nicht angemessen berücksichtigt werden.*
- **Gender- Kompetenz...***setzt sich aus drei Elementen zusammen: **Sensibilisierung**, d.h., dass ein gewisses Maß an Sensibilität für Geschlechterverhältnisse und (potenzielle)Diskriminierungsstrukturen vorhanden ist; **Wissen um Strategien und Methoden**, das heißt, dass z.B. Instrumente und Methoden bekannt sind und daher in der Praxis angewendet werden können; **Gender- Wissen**, das heißt, dass die Komplexität der Kategorie „Geschlecht“ verstanden wird, dass Informationen im jeweiligen Sachgebiet, sowie Daten zu den Geschlechterverhältnissen vorhanden sind oder erarbeitet werden.*
- **Gender Mainstreaming (GM)...***als Konzept wurde zuerst im Zusammenhang mit der Entwicklungspolitik ausgearbeitet und verwendet. Als wichtige Meilensteine in der Geschichte von GM gelten die Frauenkonferenzen in Nairobi und Peking. Mit*

der Pekingener Aktionsplattform haben 189 Staaten die Verpflichtung angenommen, die Dimension Chancengleichheit in alle Politikbereiche und Maßnahmen zu integrieren und sicherzustellen, dass alle politischen Entscheidungen und deren Auswirkungen bezogen auf Frauen und Männer analysiert werden. GM bezieht sich also auf die Integration „Gender“ in alle Politikbereiche mit dem Ziel Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern abzubauen. „Mainstreaming“ bedeutet Etwas, das bisher häufig nur am Rande betrachtet wurde, ins Zentrum der Aufmerksamkeit zurück zu bringen bzw. in den Hauptstrom einfließen zu lassen. Nach dem Amsterdamer Vertrag von 1997 sind alle Mitglieder der EU verpflichtet, dieses Konzept in ihre Politik aufzunehmen. Der Begriff GM wird inzwischen nicht mehr nur explizit im politischen Raum benutzt, sondern in allen Bereichen, in denen Gleichstellung, Gleichberechtigung und die angemessene Berücksichtigung der Geschlechter von Bedeutung sind. GM ist also gesetzlich verankert und als Querschnittsmaterie zu begreifen.

- **Gender Training...**(engl.) ist ein Instrument zur Sensibilisierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Organisation in Hinblick auf die Geschlechterperspektive und zur Vermittlung von Gender- Kompetenz. Dieses beinhaltet Veranstaltungen bzw. Workshops zur Information, Weiterbildung und strukturierten Selbsterfahrung in Sachen „Geschlecht“. Im Rahmen der Umsetzung von Gender Mainstreaming gelten Gender Trainings als Maßnahmen zum Kennenlernen des Konzepts.
- **Geschlechterangemessen bzw. geschlechtergerecht...**meint eine Forschung, Praxis und Politik, die den geschlechterbezogenen Aspekten eines Themas umfassend gerecht wird und diese angemessen bearbeitet.
- **Geschlechterblind...**ist das Gegenteil von geschlechtersensibel.
- **Geschlechterperspektive...**die Geschlechterperspektive einnehmen bedeutet, einen Sachverhalt nach seiner Bedeutung für Frauen und Männer zu hinterfragen.
- **Geschlechterrolle...**(engl. gender role) bezeichnet die Summe der von einem Individuum erwarteten Verhaltensweisen als Frau bzw. als Mann (sogenannte geschlechtsspezifische Verhaltensmuster). Geschlechterrollen werden im Prozess der Sozialisation erlernt und stehen im engen Zusammenhang mit dem biologischen Geschlecht, sind jedoch variabel und veränderbar.

- **Geschlechtersensibel...***meint eine Bewusstseinsbildung dahingehend, welche biologischen und sozialen Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen von Frauen und Männern eine Rolle spielen, ob und in welcher Weise Ungleichheiten/Ungerechtigkeiten zwischen den Geschlechtern bestehen und wie diese gegebenenfalls abzubauen sind.*
- **Geschlechtersozialisation...***versteht das Lernen von Geschlechterrollen und Finden von Geschlechteridentitäten im Laufe der Sozialisation.*
- **Geschlechterstereotype...***(griech. stereos: starr, unbeweglich; griech. typos: Muster, Modell) sind schematische, auf bestimmte Normvorstellungen fixierte Zuschreibungen von Tätigkeiten und Eigenschaften für Frauen und Männer. Diese werden durch die Verhaltensmöglichkeiten je nach Geschlechtszugehörigkeit abgesteckt.*
- **Geschlechterverhältnisse...***skizzieren die Beziehung zwischen den Geschlechtern, die durch Ungleichheit, Macht und Hierarchie gekennzeichnet sind.*
- **Geschlechtsidentität...***(engl. gender identity) versteht die Kategorien „Weiblichkeit“ und „Männlichkeit“. Geschlechtsidentität wird nicht als angeboren oder biologisch determiniert betrachtet, sondern wird als historisch, kulturell und gesellschaftlich konstruiert angesehen.*
- **Geschlechtsneutral...***(engl. gender neutral) meint Etwas, was tatsächlich oder vermeintlich keine Implikationen bezüglich der Kategorie „Geschlecht“ aufweist.*
- **Geschlechtsspezifisch/geschlechterspezifisch...***inkludiert geschlechterbezogene Aspekte, z.B. ausschließlich bei Frauen bzw. Männern Vorkommendes (z.B. Reproduktionsorgane), geschlechterbezogene Unterschiede in der Ausprägung (z.B. von Krankheiten, Verhalten) bzw. auf Frauen und Männer ausgerichtete Projekte oder Herangehensweisen.*
- **Geschlechtsspezifische Arbeitsteilung...***darunter wird die Aufteilung bezahlter und unbezahlter Arbeit im privaten und im öffentlichen Bereich nach Geschlechtszugehörigkeit verstanden. Die sogenannte Reproduktionsarbeit (wie Haus-, Familien- und Betreuungsarbeit) leisten überwiegend Frauen, unabhängig davon, ob sie berufstätig sind oder nicht.*
- **Geschlechtsspezifisches Verhalten...***meint ein Verhalten, das für ein Geschlecht spezifisch ist/scheint. Die Bewertung eines Verhaltens als geschlechtsspezifisch*

basiert oft auf Vorstellungen von Weiblichkeit und Männlichkeit und sollte im Kontext von Geschlechterstereotypen immer kritisch hinterfragt werden.

- **Gleichbehandlung von Frauen und Männern...***meint die Gewährleistung, dass Frauen und Männer weder mittelbar noch unmittelbare diskriminiert werden. Da Frauen und Männer aber auf vielfältige Weise ungleich sind, gewährleistet Gleichbehandlung (von Ungleichen) nicht Gleichstellung von Männern und Frauen. Der zu eng gefasste Begriff Gleichbehandlung wurde deshalb mehr und mehr durch den weiteren Begriff Gleichstellung von Frauen und Männern ersetzt.*
- **Feminismus...***ist ein Wertesystem von Frauen, das sich für soziale, politische und ökonomische Gleichheit von Frauen und Männern engagiert und zwar mit dem Ziel der Befreiung von Frauen und Männern aus Rollenzwängen und Stereotypen. Feminismus hinterfragt und analysiert patriarchalische Werte und Strukturen, die die Dominanz von Männern und die Unterordnung von Frauen behaupten.*
- **Frauenpolitik...***ist ein Politikbereich, der die Förderung der Gleichstellung von Frauen in allen Lebensbereichen zum Ziel hat.*
- **Kategorie Geschlecht berücksichtigen...***meint das biologische und das soziokulturell und historisch bedingte System von Unterschieden und Gemeinsamkeiten von Frauen und Männern zu berücksichtigen.*
- **Sex...***(engl.) „biologisches Geschlecht“*

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einflussfaktoren auf die Gesundheit	33
Abbildung 2: Bedingungsfaktoren des Gesundheits- und Krankheitszustands der Bevölkerung	34
Abbildung 3: Die verschiedenen gegenwärtig eingesetzten Vorbeugungskonzepte in ihrem Verhältnis zueinander und zu Krankheit und Gesundheit.....	41
Abbildung 4: Ansätze der Betrieblichen Gesundheitsförderung.....	46
Abbildung 5: Kernprozesse des Lernzyklus.....	49
Abbildung 6: Gegenüberstellung von Frauenförderung und Gender Mainsteaming	56
Abbildung 7: Prozessmodell.....	70

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fünf Ebenen, auf denen Geschlecht zu berücksichtigen ist	30
Tabelle 2: Grundsätzliche Rahmenbedingungen für ein erfolgreiches BGM	50
Tabelle 3: Geschlechtergerechte Operationalisierung von Qualitätsparametern	76

Einleitung

(...), „Menschen sind keine geschlechtsneutralen Wesen“ (...)

(...), „gendergerecht - so muss die Zukunft gestaltet werden“ (...)

(...), „unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind unser Kapital, deshalb ist es uns ein Anliegen, ihre Gesundheit zu fördern“ (...)

(...), „unser Unternehmen setzt stark auf Nachhaltigkeit“ (...)

Egal, welches Medium tagtäglich herangezogen wird, einer jeden/einem jeden von uns sind mit Sicherheit schon solche Floskeln in irgendeiner Form untergekommen.

Seien Sie nun ehrlich, überlesen Sie derartige Aussagen oder drehen Sie etwa schon die Augen über, weil Sie damit nichts anfangen können oder weil Sie von diesen Worten schon übersättigt sind? Oder gehören Sie zu den Menschen, die sich aufrichtig Gedanken über so exemplarisch genannte Zeilen machen? Wenn ja, was sind Ihre Gedanken dazu?

Sind das bloß leere Worte, die immer wieder in die Menge gestreut werden, weil sie sich wichtig anhören oder haben diese Parolen doch mehr Potenzial, wenn letztendlich präzisiert wird, was auch wirklich gemeint wird und der richtige Bezug zur Realität hergestellt wird?

Stellen Sie sich vor, „leere“ bzw. „schwammige“ Wörter wie *gender* werden mit einem konkreten Bedeutungsinhalt gefüllt, der bei Ihnen Vorstellungen mit Sinngehalt und Nachvollziehbarkeit auslöst, ein Begriff also, der durchaus in die soziale Praxis Eingang finden könnte... Würden Sie dann wieder die Augen überdrehen?

Die vorliegende Arbeit soll Sie auf einen Exkurs mitnehmen, der mit den oben genannten Aussagen, schon einen guten Einstieg gefunden hat.

Frauen und Männer sind in ihrem Alltag den unterschiedlichsten gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt, die nicht nur aus ihren Lebens- und Arbeitswelten, sondern auch aus der Vereinbarkeitsproblematik von Beruf und Privatsphäre resultieren.

Daher manifestieren sich Gesundheit und Krankheit, vor allem am Arbeitsplatz als Topthemen, mit denen sich jedes Unternehmen, nicht nur aufgrund des eigenen „Selbsterhaltes“, sondern letztendlich auch aufgrund des Wohlergehens seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auseinandersetzen **sollte**. Leider ist es Tatsache, dass ein Unternehmen eher die ökonomischen Aspekte der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) fokussiert, das heißt z.B. darauf schaut, Krankenstände bzw. Arbeitsfehlzeiten zu

reduzieren, um die Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit zu steigern, anstatt auf die Bedürfnisse seiner Beschäftigten in ihren Arbeits- und Lebenswelten bedarfsgerecht einzugehen. Aber genau hier sollte ein Unternehmen die BGF ansetzen, nämlich durch die Schaffung gesundheitsfördernder Verhältnisse den berufstätigen Frauen und Männern zu helfen, ihre Ressourcen adäquat zu stärken und zu erhalten und in weiterer Folge gesundheitsfördernde Maßnahmen so zu konzipieren, dass diese auch in das persönliche Lebenskonzept integrierbar sind.

Die Aufgabe dieser Arbeit wird es daher sein, mittels einer Literaturrecherche mit phänomenologisch deskriptivem Zugang den „*state of the art*“ der Themenkomplexe Geschlecht, BGF und Nachhaltigkeit aufzuzeigen und die drei Begriffe folglich so zu vernetzen, dass diese am Ende nicht mehr isoliert voneinander betrachtet werden können.

Bevor mit der theoretischen Aufbereitung der drei genannten Kernbereiche begonnen wird, muss vorweg ein Ausgangspunkt bestimmt werden, damit nicht, wie bereits verdeutlicht, mit „leeren“ Worten losgestartet wird.

Um die recherchierte und gelesene Literatur auf den Punkt zu bringen, sollen die Begriffe „Geschlecht“, „BGF“ und „Nachhaltigkeit“ wie folgt definiert werden:

1. **Geschlecht** inkludiert nach Burgstaller, Bauer und Krenn (2006):
 - Identität
 - Bedürfnis und
 - Wissen

2. **BGF** bezieht sich nach Schnabel (2007) auf:
 - das Setting
 - die Zielgruppe(n)
 - und die Verhältnisse

3. **Nachhaltigkeit** sollte an den jeweiligen Kontext gebunden sein, der letztendlich für:
 - den Inhalt,

- die Aussagekraft
- und für die Umsetzung dieses Konzeptes maßgeblich ist.

Diese drei Begrifflichkeiten bilden die Grundpfeiler der vorliegenden Arbeit, deren Beziehung anhand folgender Hypothese hergestellt und überprüft wird:

Die systematische Integration der Kategorie „Geschlecht“ in das Setting „Betrieb“ fördert die Gesundheit von berufstätigen Frauen und Männern nachhaltig.

Um diese Tatsache auf den Prüfstand zu stellen, sollen folgende, von der Hypothese abgeleitete, Fragestellungen richtungsführend sein:

- 1. Was ist unter einer systematischen Integration der Kategorie „Geschlecht“ in die BGF zu verstehen?***
- 2. Welche Belastungen resultieren für berufstätige Frauen und Männer aus dem Zusammenhang von Arbeit, Geschlecht und Gesundheit?***
- 3. Was ist unter dem Begriff der Nachhaltigkeit zu verstehen?***
- 4. Kann Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting für Frauen und Männer bedarfsgerecht implementiert werden? Wenn ja, wie?***

Diese Arbeit gliedert sich in vier Teilbereiche:

- **Teil A** umfasst die theoretische Aufbereitung der drei Kernthemen Kategorie „Geschlecht“, BGF und Nachhaltigkeit.
- **Teil B** stellt zwei „Good Practice“ Beispiele vor und zeigt zugleich ihre Erfolgsindikatoren und Defizite auf.
- **Teil C** stellt Empfehlungen für eine erfolgreiche geschlechtergerechte Projektpraxis in der BGF auf.
- **Teil D** reflektiert die Arbeit bzw. diskutiert die Hypothese in Hinblick auf die eingangs genannten Fragestellungen und skizziert einen Ausblick in die Zukunft einer geschlechtergerechten betrieblichen Gesundheitsförderung.

Teil A - Theoretischer Rahmen

1 Die Kategorie „Geschlecht“

1.1 Begriffsbestimmung

Generell kann die Kategorie „Geschlecht“ als Ordnungskriterium bezeichnet werden, das die Menschen einem „Sortierungsprozess“ unterzieht. Das Geschlecht bezeichnet laut unseres Alltagswissens in der Regel die Differenzierung von Menschen aufgrund körperlicher Eigenschaften in die Geschlechtergruppen „Frau“ und „Mann“ (vgl. Döge 2001, S.15). Diese Einteilung ist aber nicht ausreichend, um eine Frau als Frau und einen Mann als Mann bezeichnen zu können. Klassifizierte Frauen und Männer werden zusätzlich mit spezifischen sozialen Erwartungshaltungen bezüglich ihres Verhaltens, ihrer Tätigkeiten und ihres Aussehens besetzt, die für sie in der jeweiligen Geschlechtergruppe als „angemessenen“ erscheinen (vgl. Döge 2002, S.13).

So ist der Mensch also „mindestens“ zweigeteilt und das im doppelten Sinn. Diese Dualität ist explizit zu benennen, um die Bedeutung des „Frauseins“ und des „Mannseins“ in ihrer/seiner Vielschichtigkeit erfassen zu können.

1.1.1 Der Mensch ist zwei

Entgegengesetzt zum deutschen Begriff Geschlecht, der nicht ganz den Nagel auf den Kopf trifft, unterscheidet die englische Sprache seit den 1970er Jahren zwischen (vgl. Merz 2001a, S.51)

- *sex*, dem biologischen Geschlecht und
- *gender*, dem sozialen Geschlecht (vgl. Jahn, Kolip 2002, S.20).

Das biologische und das soziale Geschlecht sind zwar eng miteinander verbunden, jedoch keineswegs identisch (vgl. Jahn, Kolip 2002, S.8).

Während im Deutschen dem Wort Geschlecht vorerst ein rein biologischer Sachverhalt unterstellt wird, erweitert im Englischen der Begriff *gender* die biologische Perspektive um die soziokulturelle Dimension (vgl. Merz 2001a, S.13).

Das Geschlecht im Sinne von *sex* wird uns also aufgrund von biologischen Merkmalen bzw. Unterschieden (vgl. Merz 2001a, S.51f.), genauer gesagt, aufgrund der Chromosomen, der Reproduktionsorgane und deren Funktion (vgl. Rieder, Lohff 2004, S.1; Voß 2007, S.11 und Kolip, Lademann 2008, S.237) zugewiesen. Diesem Begriff wird das Geschlecht im Sinne von *gender* gegenübergestellt, das die Geschlechtsidentität oder die Geschlechtszuschreibungen, die jeder Mensch im Laufe der Sozialisation erwirbt, bezeichnet (vgl. Merz 2001a, S.51f.).

Dies bedeutet, dass die Unterteilung in biologisches und soziales Geschlecht dazu dient, die Unterschiede von Frauen und Männern nicht nur hinsichtlich ihrer Biologie festzumachen, sondern auch aufgrund ihrer spezifischen Verhaltensweisen und ihrer Lebens- und Arbeitsbedingungen (vgl. Hurrelmann, Kolip 2002, S.14f.). Darüber hinaus wirken sich *sex* und *gender* nicht unabhängig von einander auf die Gesundheit von Frauen und Männern aus (vgl. Kolip, Lademann 2008, S.237).

Was kann folglich durch *gender* sichtbar gemacht werden?

- **Kollektive Geschlechterstrukturen**

Es zeigt sich, dass kollektive Geschlechterstrukturen, die gesellschaftlich konstruiert und etabliert werden, individuell verinnerlicht und weitergegeben werden (vgl. Merz 2001b, S.107).

- **Prozesshaftigkeit**

Das soziale Geschlecht ist gekennzeichnet durch ihre Prozesshaftigkeit (vgl. Jahn, Kolip 2002, S.11) und ist somit eine veränderbare Konstante, während das biologische Geschlecht vorgegeben ist und in der Regel ein Leben lang Gültigkeit besitzt (vgl. Merz 2001b, S.107).

- **Doing gender**

Darunter wird die tägliche Herstellung von Geschlecht verstanden, die dazu beiträgt, dass gezielt in Frauen und Männern differenziert wird (vgl. Merz 2001b, S.107). West und Zimmerman (1987) sprechen daher von einem Prozess, der Unterschiede zwischen Frauen und Männern kreiert, die nicht natürlich, grundlegend und biologisch sind (vgl. West, Zimmerman 1987, S.137). Dies geschieht im gegenseitigen Miteinander, sprich in sozialen Interaktionen, die Differenzen zwischen Frauen und Männern produzieren, reproduzieren und verfestigen. In diesem Verhandlungsprozess von sozialen Geschlechterrollen und Zuständigkeiten spielen gesellschaftliche Institutionen, wie z.

B. Arbeitsplatz auch eine wesentliche Rolle (vgl. Jahn, Kolip 2002, S.11 und Jahn 2004, S.23).

- **Machverhältnisse**

Das soziale Geschlecht ist vorrangig das Ergebnis einer historisch gewachsenen und interessenbezogenen Aufteilung von Machtverhältnissen zwischen den Geschlechtern (vgl. Merz 2001b, S.107).

Gender bezieht sich demnach auf das soziale Geschlecht und verweist im Zuge dessen auf die Geschlechterverhältnisse und das Denken in „mindestens“ zwei Geschlechtern, das unsere Gesellschaftsstrukturen, unsere Vorstellungen und unsere Sprache beeinflusst (vgl. Merz 2001b, S.107). Hierbei schwingt immer der Unterton mit, dass die Ausformung und Gestaltung von sozialen Rollen variabel ist und dass Rollenzuschreibungen, nämlich das, was als typisch „weiblich“ und als typisch „männlich“ gilt, aufgebrochen und verändert werden können (vgl. Jahn, Kolip 2002, S.8).

Geschlecht bedeutet also weit mehr als nur Geschlecht. Es bezeichnet auch das, was wir tun und was mit uns getan wird. Geschlecht wird gemacht, daher sprechen wir von dem Begriff *doing gender* (vgl. Merz 2001a, S.53).

1.1.2 Doing Gender

Unter *doing gender* wird sowohl die aktive als auch die passive Beteiligung an der Herstellung von Geschlecht verstanden und zwar (vgl. Merz 2001a, S.53):

- als Menschen oder Gruppen, wie z. B. Eltern, Freunde, man selbst...
- als Angehörige von verschiedenen Institutionen, wie z.B. Betrieb, Familie, Schule...
- als Teil des gesellschaftlichen Gesamtsystems inklusive seiner politisch-rechtlichen Strukturen, wie z. B. den allgemein gültigen Gesetzen...
- über Sprache, Bilder und Medien...usw.

Doing gender meint einen Prozess, Geschlechterrollen und -zuständigkeiten zu konstruieren (vgl. Jahn, Kolip 2002, S.11), zu verändern, aufzubrechen oder zu erfüllen, Dieser Prozess setzt sowohl die Geschlechtzugehörigkeit der eigenen Personen (engl. *sex category* nach West und Zimmermann 1987), als auch die Zuordnung der

Interaktionspartnerinnen und -partner zu einem Geschlecht voraus (vgl. Ridgeway 2001, S.253). In unserer Gesellschaft sind wir ständig dem Drang ausgesetzt, uns als Frauen oder Männer darzustellen und zu identifizieren. Gleichzeitig sind wir aber auch Persönlichkeiten mit individuellen Fähigkeiten, Kenntnissen, Eigenschaften und Bedürfnissen, die sich nicht trivial als „weiblich“ oder „männlich“ kategorisieren lassen. Hier tut sich also ein Spannungsfeld auf, in dem Sozialisation und das Denken in „mindestens“ zwei Geschlechter täglich, lebenslang und überall geschieht (vgl. Merz 2001a, S.54). So wird deutlich, dass für jeden Lebensabschnitt, jede Situation und auch für gesellschaftspolitische Entscheidungsfindung ein gewisses Maß an Gender- Kompetenz gefragt ist. Denn Gender- Kompetenz, sprich die instrumentelle Unterscheidung zwischen *sex* und *gender*, dient als Schlüsselqualifikation, um die Realität in all ihren Ausprägungen angemessen analysieren und verstehen zu können. Sie erweitert nicht nur die soziale Kompetenz eines Individuums, sondern trägt im Sinne der Selbstbildung zu einem Leben mit mehr Selbstbestimmung bei (vgl. Merz 2001a, S.54f.). Diese Fähigkeit findet auch immer mehr ihren Einzug in die Gesundheitswissenschaften, eine fachlich heterogene Disziplin, die versucht, die Kategorie Geschlecht in ihren Facetten multidisziplinär über die Fachgrenzen hinaus zu erfassen (vgl. Kuhlmann, Kolip 2002, S.18).

1.1.3 Das Geschlecht als mehrdimensionale Kategorie

Mit der Unterscheidung in *sex* und *gender* entstand eine Vielschichtigkeit, die zum Ziel hatte, die Stabilität und Homogenität der Kategorie „Geschlecht“ zu erschüttern um ihr somit mehr Flexibilität einzuräumen. Dies hat zur Folge, dass frauen-, männer- und geschlechterspezifische Forderungen situations- und kontextspezifisch definiert werden müssen. So geschieht es, dass Machtverhältnisse neu verhandelt und Interessenslagen explizit formuliert werden müssen. Wird dieser Prozess unter dieser neuen Definitionsmacht durchgeführt, besteht die Chance, adäquate Versorgungsangebote für beide Geschlechter abzuleiten (vgl. Kuhlmann, Kolip 2002, S.57ff.).

Knapp (2002) zeigt in ihrem Analysemodell, dass in die Kategorie „Geschlecht“ unterschiedliche soziale Dimensionen einfließen. Sie unterscheidet vier Dimensionen (vgl. Knapp, 2002, S.22):

- **Die „Geschlechterdifferenz“**

Diese Dimension akzentuiert die Selbst- und Fremdbestimmung von Weiblichkeit und Männlichkeit und fragt nach Geschlechtsidentität, Geschlechtszugehörigkeit und Sozialisationsprozessen.

- **Die „Geschlechtsbeziehungen“**

Diese Dimension skizziert die Charakteristika der Beziehung zwischen Frauen und Männern und fragt, in welcher Hinsicht diese egalitär, hierarchisch und widersprüchlich sind.

- **Die „Geschlechterordnung“**

Diese Dimension untersucht normative Konfigurationen, kulturelle Konventionen und ritualisierte Interaktionen die darauf hinweisen, wie sich Frauen und Männer zu verhalten haben und wo ihre Zuständigkeiten liegen.

- **Das „Geschlechterverhältnis“**

Diese Dimension hebt sowohl Strukturmerkmale als auch gesellschaftliche Organisationsformen des Geschlechterverhältnisses hervor. Gefragt wird danach, wie die Geschlechterverhältnisse in die Gesellschaft eingebettet und durch sie geprägt sind.

Solche Konzeptionsvorschläge der Kategorie „Geschlecht“ zeigen Möglichkeiten auf, das Geschlecht als „geronnene Struktur“ zu sehen, ohne von irgendeiner Stabilität auszugehen. Vor allem die geschlechtersensible Gesundheitsforschung sieht in dieser „gewonnenen“ Flexibilität von Geschlecht einen Anknüpfungspunkt, um soziale Positionierungen sowohl von Individuen als auch Gruppen mehrdimensional erfassen und um schließlich Frauen und Männer auf dieser Basis vergleichen zu können. Die Hoffnung in der Mehrdimensionalität der Kategorie „Geschlecht“ beruht darauf, Versorgungsdefizite sichtbar und empirisch nachweisbar zu machen und zwar unter der Voraussetzung, dass das Zusammenspiel der verschiedenen Ebenen in den Geschlechterverhältnissen konkret erhoben und die spezifischen Effekte innerhalb der jeweiligen Geschlechtergruppe überprüft sind. Demzufolge müssen betriebswirtschaftliche Parameter wie Qualität und Effizienz mit Bedarfsgerechtigkeitsfragen abgestimmt werden. So wird die Angst davor genommen, dass frauenspezifische Forderungen untergehen, da lediglich der Blickwinkel erweitert wird und somit frauen-, männer- und geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung einander bedingen (vgl. Kuhlmann, Kolip 2002, S.62f.).

1.2 Das Geschlecht in den Gesundheitswissenschaften

1.2.1 Vom „Gender trouble“

Gender ist ein geläufiges Schlagwort in der heutigen Zeit. Es ist zu einem fixen Bestandteil unseres Sprachrepertoires geworden und wird mit einer scheinbaren Selbstverständlichkeit von der Gesellschaft aufgegriffen und verwendet. Trotz der nicht so bescheidenen Präsenz dieses Wortes kommt es aufgrund von mangelndem Wissens oder unklarer Bedeutung immer wieder zu falschen Vorstellungen, sprachlichen Missverständnissen und sogar zu Verklärungen des Wortbegriffes. Abgesehen von der Tatsache, dass dieses Wort von vielen oft fern vom jeweiligen Kontext betrachtet wird, tragen auch neue Sprachkreationen zu einer allgemeinen Verwirrung bei. Da das Wort *gender* mittlerweile auch Symbiosen mit diversen Hauptwörtern, Verben und Adjektiven eingegangen ist, sorgt das sogenannte „Gendervokabular“ auch bei einschlägigen Fachleuten für Konfusion (vgl. Kuhlmann, Kolip 2005, S.11).

Um sich daher nicht vom „*Gender trouble*“ (nicht im Sinne von Judith Butler 1990), also von der Verwirrung um die Kategorie „Geschlecht“ erfassen zu lassen, besteht die Notwendigkeit, die gängigen Begriffe richtig zu definieren, um letztendlich die Anforderungen, die sich aus der Geschlechterperspektive ergeben, für eine adäquate Gesundheitspolitik und Gesundheitsforschung und für eine aktuelle Versorgungspraxis richtig zu erkennen. Folglich soll nun im Feld der Gesundheitswissenschaft die Kategorie „Geschlecht“ als mögliches Innovationspotential in den Blickwinkel gerückt und diskutiert werden. Die Fragen rund um die Gesundheitsvorsorge bzw. Gesundheitsförderung sollen mit der Kategorie „Geschlecht“ in Beziehung gesetzt werden, um den zentralen Forderungen und Zielen, wie Qualität und Bedarfsgerechtigkeit nachzukommen (vgl. Kuhlmann, Kolip 2005, S.11).

1.2.2 Die Relevanz der Kategorie „Geschlecht“

Die Kategorie „Geschlecht“ wird immer öfter zum einem zentralen Fokus von wissenschaftlichen Forschungs- und Praxisprojekten und sollte daher auch eine ausschlaggebende Konstante für die Finanzierungen dieser darstellen. So gesehen gewinnt die Kategorie „Geschlecht“ auf der theoretischen Ebene sichtlich an Bedeutung und an Notwendigkeit, während sich jedoch auf der Umsetzungsebene noch immer einige Hindernisse und Barrieren auftun. Die vermeintlich größte Hürde liegt wohl darin, dass das

Verständnis rund um eine Integration bzw. Berücksichtigung der Kategorie „Geschlecht“ Unklarheiten aufwirft. Obwohl die Anforderung einer Umsetzung explizit ist, zeichnet sich die Umsetzung durch eine herausfordernde Komplexität aus. Unklar ist, was es bedeutet, die biologischen und sozialen Ausprägungen des Geschlechts zu berücksichtigen und welche Aspekte des biologischen und/oder des sozialen Geschlechts für die Gesundheitsvorsorge bzw. Gesundheitsförderung ausschlaggebend sind. Fraglich wird dabei auch, ob und wenn ja, wie sich diese Dimensionen auseinander halten lassen. Dies führt schlussendlich zur Diskussion, ob die Geschlechterperspektive überhaupt zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgungsmaßnahmen beitragen kann (vgl. Kuhlmann, Kolip 2005, S.11ff.).

Die Kategorie „Geschlecht“ hat viele teils noch unergründete Gesichter, die offensichtlich zu starke Unsicherheiten in uns auslösen und viele unbeantwortete Fragen hervorrufen. Vielleicht sollte daher nicht grundsätzlich und langatmig über die Relevanz der Kategorie „Geschlecht“ debattiert werden, sondern vielmehr dafür gesorgt werden, dass diese, trotz all ihrer vermeintlichen Unklarheiten und Widersprüche, überhaupt in Forschung und Praxis integriert wird. Denn nur so können erst Chancen und auch Grenzen ausgelotet werden.

1.3 Das „Geschlecht“ in der Gesundheitsforschung

1.3.1 Eine Standortbestimmung

Da die alleinige Erfassung des biologischen Geschlechts in empirischen Untersuchungen je nach Forschungsgegenstand nicht mehr ausreichend war (vgl. Eichler, Fuchs, Maschewsky-Schneider 2000, S.294), wurden seit den 1970er Jahren von der Frauengesundheitsforschung erstmals geschlechtsspezifische Aspekte in der Gesundheitsforschung und -praxis thematisiert (vgl. Maschewsky-Schneider et al. 2001, S.89). Die theoretischen Debatten und Entwicklungslinien der Frauenforschung prägten das Verständnis von „Geschlecht“ mit der Gegenüberstellung von *sex* und *gender* (vgl. Babitsch 2005, S.14). So wurde die Kategorie „Geschlecht“ von der Frauenforschung in den wissenschaftlichen Diskurs als soziale Kategorie eingeführt (vgl. Behnke, Meuser 1999 zit.n. Babitsch 2005, S.13), um den von der Geschlechtsneutralität geprägten Ansätzen und Begrifflichkeiten Kritik entgegenzubringen. Da diese Ansätze und Begrifflichkeiten eine Gültigkeit beanspruchten, die überwiegend männliche Lebensweisen

und Erfahrungen repräsentierten (vgl. Babitsch 2005, S.13), wurde auf der Grundlage eines sozialwissenschaftlichen Ansatzes sowohl mit der Untersuchung von sozialen Bedingungen, die zur Gesundheitsförderung von Frauen beitragen, als auch von Bedürfnissen von Frauen in Hinblick auf Gesundheitsförderung, Prävention, medizinische Versorgung und Rehabilitation begonnen (vgl. Maschewsky-Schneider et al. 2001, S.89). Zuerst wurden von der Frauengesundheitsforschung Themen aufgegriffen, die in der bisherigen gesundheitlichen Versorgung und Forschung von Frauen vernachlässigt oder aufgrund einer zu männlichen determinierten Perspektive heraus zu einseitig behandelt wurden. Bereiche, in denen Benachteiligung und Ungleichheiten besonders deutlich wurden, sind nach Maschewsky-Schneider et al. (2001, S.90) die folgenden:

- Der Einfluss von Lebens- und Arbeitsbedingungen von Frauen in Familie und Beruf auf ihre körperliche und psychosoziale Gesundheit
- Gewalt gegen Frauen
- Forschung und Modellentwicklung zur Gesundheitsförderung von Frauen

Um also Forschungs- und Versorgungsdefizite zu eruieren und zu beheben, mussten zunächst von der Frauengesundheit solche Themenbereiche aufgegriffen werden, die für die Frauengesundheit von Bedeutung waren bzw. sind. Perspektivisch sollte es jedoch grundsätzlich darum gehen, Forschungs- und Versorgungsbereiche unter der Fragestellung zu beleuchten, welche Ungleichheiten und Fehlversorgungen von Frauen und Männern bestehen können. Somit verstärkt sich der Blickwinkel auf den Vergleich und die Differenz zwischen beiden Geschlechtern und die damit verbundene Beantwortung der Fragen nach den Gemeinsamkeiten und Unterschieden in der Gesundheit von Frauen und Männern (vgl. Maschewsky-Schneider et al. 2001, S.92). Anders formuliert: Es ist notwendig, das Verhältnis von Frauen und Männer **zueinander** zu analysieren, da das jeweilige Geschlecht nicht unabhängig von einander repräsentiert wird. Dies ist deshalb wichtig, da das gesellschaftliche Verhältnis zwischen den Geschlechtern die Ausprägung von *gender* beeinflusst und somit auch auf die gesundheitliche Lage von Frauen und Männern wirkt (vgl. Kolip, Lademann 2008, S. 238). Ziel ist es, den jeweiligen Bedarf an angemessener Versorgung und die Vermeidung von Fehlversorgung **beider** Geschlechter anzustreben (vgl. Maschewsky-Schneider et al. 2001, S.92). Wird in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung und Praxis die Geschlechterperspektive nicht berücksichtigt, kann dies zu

verzerrten Interpretationen und Einschätzungen in jeder Phase des Forschungs- oder Projektprozesses führen.

Der Begriff „gender bias“ wurde für derartige geschlechtsspezifische Verzerrungseffekte eingeführt und verwendet (vgl. Eichler, Fuchs, Maschewsky-Schneider 2000, S.294).

1.3.2 Formen und Ursachen von Gender Bias

Gender bias entsteht, wenn die Belange von Frauen und Männern in der Forschung und in der Praxis keine angemessene Berücksichtigung finden. Folgende Fehlannahmen spielen nach Ruiz und Verbrugge (1997 zit.n. Fuchs, Maschewsky-Schneider 2002, S.286) hier eine Rolle:

- Frauen und Männer sind gleich
- Frauen und Männer sind unterschiedlich
- Symptome werden bei Frauen und Männern unterschiedlich bewertet (vgl. Ruiz, Verbrugge 1997 zit.n. Eichler, Fuchs, Maschewsky-Schneider 2000, S.294)

So lassen sich vor diesem Hintergrund nach Eichler (1991 und 1997 zit.n. Fuchs, Maschewsky-Schneider 2002, S.286) verschiedene Formen von *gender bias* ableiten:

1.3.2.1 Androzentrismus bzw. Gynozentrismus

Es wird eine ausschließlich männliche (androgyn) Sichtweise eingenommen, sodass die Forschung, die Projektpraxis und die gesundheitliche Versorgung aus einem männlich bestimmten Blickwinkel heraus passieren. Männer stehen als Norm im Vordergrund. Studien- bzw. Projektergebnisse, -zugänge, und -methoden, die für Männer gewonnen werden und passend sind, werden unreflektiert auf Frauen übertragen (vgl. Eichler 1991, 1997 zit.n. Fuchs, Maschewsky-Schneider 2002, S.286). Dieser Art von *gender bias* wird oft der „Gynozentrismus“ (eine ausschließlich weibliche Sichtweise) entgegengesetzt. Eichler (1991) lehnt allerdings dessen Betonung ab, obwohl dieser im Vergleich zum Androzentrismus in der Forschung ein deutlich geringeres Problem darstellt, dennoch genauso wenig wie der Androzentrismus zu akzeptieren ist (vgl. Eichler 1991 zit.n. Babitsch 2005, S.22).

Aufgrund einer derartigen Geschlechtsblindheit werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oft als geschlechtsneutrale Wesen wahrgenommen, was dazu führt, dass unterschiedliche Belastungen und Ressourcen, welche ein Produkt aus dem Zusammenspiel von *sex* und *gender* sind, übersehen werden.

Merke für die BGF:

Um daher zu vermeiden, dass sich BGF- Projekte auf männlich dominierte Branchen beziehen, darf beispielsweise „schwere“ Arbeit nicht mit „männlicher“ Arbeit gleichgesetzt werden (vgl. Pirolt, Schauer 2007, S.11).

1.3.2.2 Geschlechterinsensibilität

Geschlechterinsensibilität herrscht vor, wenn das biologische und soziale Geschlecht als bedeutsame Faktoren im jeweiligen Untersuchungs- und Projektzusammenhang ignoriert werden. Für eine geschlechterdifferenzierte Forschung und Praxis fehlt somit jegliches Bewusstsein (vgl. Eichler 1991, 1997 zit.n. Fuchs, Maschewsky-Schneider 2002, S.286).

Aus BGF- Projekten bzgl. Frauenarbeitsplätze wurde ebenso deutlich, dass typische Belastungen oft nicht als solche erkannt werden, wie z.B. emotionale und psychische Belastungen, Vereinbarkeit von Beruf und Privatem, Gewalt und sexuelle Belästigung. Dazu muss aber zusätzlich erwähnt werden, dass es auch an Konzepten und Methoden zur Lösung von männerspezifischen Problemstellungen, wie Risikoverhalten, Väterkarenz, Belastung als „Hauptverdiener“, usw. fehlt (vgl. Pirolt, Schauer 2007, S.11).

Merke für die BGF:

So sollte beispielsweise ein Gesundheitsförderungsprogramm, das am Bewegungsmangel ansetzt, stärker darauf fokussieren, welche Bewegungsgewohnheiten Frauen und Männer haben, aus welchen Motiven heraus sie sich bewegen und welche geschlechtsspezifischen Rahmenbedingung für Bewegung vorherrschen (vgl. Jahn, Kolip 2002, S.14).

1.3.2.3 Doppelter Bewertungsmaßstab

Darunter wird die Anwendung unterschiedlicher Maßstäbe wie Behandlung oder Evaluierung für die gleichen Geschehnisse, Charakteristika und Situationen auf der Basis der Geschlechter verstanden (vgl. Eichler 1991,1997 zit.n. Fuchs, Maschewsky-Schneider 2002, S.286 und Eichler 1998 zit.n. Babitsch 2005, S.22).

Hierbei besteht die Gefahr, dass Geschlechterstereotype reproduziert und verfestigt werden. Dies geschieht z.B. dadurch, dass gewisse Charakteristika schon vorweg als typisch „weiblich“ oder als typisch „männlich“ geltend gemacht werden, was im Zuge dessen zu einer Diskriminierung und zu unangemessenen Betrachtungen beider Geschlechter führen kann (vgl. Jahn, Kolip 2002, S.15).

Ebenfalls liegt ein doppelter Bewertungsmaßstab vor, wenn Gleiches oder Gleichartiges bei Frauen und Männern unterschiedlich bewertet wird. Während beispielsweise die eigene Körperwahrnehmung bzw. Achtsamkeit gegenüber dem Körper bei Frauen als positive Eigenschaft deklariert wird, wird diese bei Männern mit Eitelkeit und Weinerlichkeit assoziiert (vgl. Jahn, Kolip 2002, S.15).

Während in der Männergesundheitsforschung vermehrt dem Einfluss von beruflichen Belastungen auf die Gesundheit nachgegangen wird, werden in der Frauengesundheitsforschung vorwiegend familiäre Belastungen konkretisiert.

Merke für die BGF:

Generell ist für beide Geschlechter die Berücksichtigung beider Bereiche (Beruf und Familie) von wichtiger Bedeutung (vgl. Maschewsky-Schneider 2000, S.17).

Nun stellt sich die Frage, wie eine geschlechtergerechte (Projekt-) Praxis vor allem im Bereich der BGF aussehen soll und an welchen Kriterien diese festgemacht werden kann.

1.3.3 Methoden zur stärkeren Berücksichtigung der Kategorie „Geschlecht“ in der gesundheitsfördernden Projektpraxis

Vorweg soll nochmals festgehalten werden, dass in allen Phasen der Projektplanung, -durchführung, -evaluation und -berichterstattung geschlechterbezogene Verzerrungseffekte auftreten können (vgl. Jahn, Kolip 2002, S.16). Folglich geht es nicht nur darum, den ganzen Prozess zu überprüfen (vgl. Jahn, Kolip 2002, S.16), sondern auch darum, leicht anwendbare Methoden zu entwickeln, welche für eine konkrete Umsetzung **settingübergreifender** Qualitätskriterien unerlässlich sind (vgl. Kolip, Altgeld 2006, S.21). Kolip, Jahn und Summermatter schlagen demnach eine Leitfragenliste vor, die zur Sicherstellung einer geschlechtergerechten Projektkonzeption dient, in dem die Kategorie „Geschlecht“ auf folgenden fünf Ebenen berücksichtigt wird (vgl. Kolip, Jahn, Summermatter 2003 zit.n. Kolip, Altgeld 2006, S.21):

1. Politik/Abbau von Ungleichheiten

Der Abbau von geschlechterbezogener Ungleichheit als Ziel bedarf exakten Kenntnissen und Analysemethoden, um geschlechterbezogene Ungleichheit im jeweiligen Setting, für das Projekte geplant sind, aufzudecken.

2. Partizipation

Auf dieser Ebene stellt sich die Frage nach der genauen Geschlechterbeteiligung im durchzuführenden Projekt. Dies inkludiert die Geschlechterverteilung in der Projektleitung, bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und ebenso für die Zielgruppe des Projekts.

3. Sex/Gender

Es ist notwendig, die für das Projekt relevanten Aspekte des biologischen und/oder sozialen Geschlechts zu überprüfen.

4. Methoden

Weiters müssen die verwendeten Methoden beispielsweise auf einen zielgruppenspezifischen Zugang hin kritisch reflektiert werden.

5. Theorien und Konzepte

Auch die herangezogenen Theorien und Konzepte sind kritisch unter die Lupe zunehmen, z.B. im Bezug auf Bedeutung der Sozialisation.

Vor diesem Hintergrund verstehen Jahn und Kolip (2002, S.17) unter einer qualitativ guten Gesundheitsförderungspraxis eine Projektpraxis, die geschlechterangemessen und durch verschiedene Zielsetzungen geprägt ist.

Eine geschlechterangemessene Projektpraxis nach Jahn und Kolip (2002, S.17) ...

(...)“leistet einen Beitrag zum Abbau von Ungleichheit im Geschlechterverhältnis(...)

(...)achtet darauf, dass die Geschlechter an allen Projektschritten angemessen beteiligt sind(...)

(...) ist sich bewusst, dass ‚Geschlecht‘ keine fest gefügte Kategorie ist, die sich durch eindeutige biologische Merkmale identifizieren lässt, sondern zu ganz erheblichen Teilen sozial und kulturell geprägt und tagtäglich durch alle Beteiligten gelebt und verändert wird und bezieht die jeweils betroffenen Aspekte angemessen ein(...)

(...) ist sich bewusst, dass auch die verwendeten – vermeintlich neutralen – Methoden geschlechtlich geprägt sind und arbeitet daran, diese Methoden so weiterzuentwickeln, dass sie zu den Lebenssituationen beider Geschlechter passen(...)

(...) ist sensibel, dass eine konsequente Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht in die Projektpraxis auch bedeuten kann, dass liebgewordene Konzepte sich als nicht mehr tauglich erweisen (z.B. Konstruktion von Arbeit als Erwerbsarbeit ohne Berücksichtigung von Hausarbeit oder Betrachtung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf ausschließlich in der Frauenperspektive). Sie ist zugleich bereit zur Entwicklung neuer Konzepte“(...)

Um diesen Zielsetzungen auch einen effektiven Eingang in die Praxis zu gewähren, wurden, wie eingangs erwähnt, für alle fünf Ebenen passende Leitfragen entwickelt und ausformuliert, um als Orientierungshilfe für Projektinitiatorinnen und Projektinitiatoren im Rahmen der Gesundheitsförderung zu dienen. Hier nun ein exemplarischer Auszug aus dem umfangreichen Fragenkatalog (vgl. Kolip, Altgeld 2006, S.21 und Jahn, Kolip 2002, S.18f.):

Politik/Abbau von Ungleichheit	Partizipation	Sex/Gender	Methode	Theorien und Konzepte
Welchen Beitrag leistet das Projekt zum Abbau geschlechterbezogener Ungleichheit?	Wie ist die Geschlechterverteilung in der Projektleitung bzw. im Projektteam?	Gibt es für den Themenbereich Hinweise auf Geschlechterunterschiede?	Werden Frauen und Männer gleichermaßen von dem Angebot erreicht oder müssen geschlechtsspezifische Zugangswege gewählt werden?	Welche Hinweise finden sich in der theoretischen Literatur zu den Unterschieden zwischen den Geschlechtern und werden diese angemessen in die Konzeptentwicklung einbezogen?
Welche Zielgruppen müssen unter dem Aspekt des Abbaus von Ungleichheit besonders berücksichtigt werden?	Welche Bedeutung wird dieser Verteilung für den Erfolg des Projektes beigemessen?	Welches sind die Gründe für diese Unterschiede und welche Rolle spielen biologische und soziale Faktoren (Lebenswelten)?	Ist das Informationsmaterial für beide Geschlechter gleichermaßen ansprechend?	
Müssen die Ziele des Projektes möglicherweise für Frauen und Männer unterschiedlich formuliert werden?	Wie wird bei der Diskussion der Projektidee und der Projektziele sowie bei der Durchführung des Projektes gewährleistet, dass die Geschlechter gleichwertig beteiligt wurden?	Welches sind die Gründe für unterschiedliche Zugangschancen?	Berücksichtigen die verwendeten Methoden die Unterschiede zwischen den Geschlechtern und zwischen den Lebenswelten von Frauen und Männern?	
Profitieren Frauen und Männer unterschiedlich von dem Projekt?	Gibt es partizipative Elemente bei der Qualitätssicherung und Evaluation und werden hier die Geschlechter angemessen berücksichtigt?	Gibt es Geschlechterunterschiede bei den zu fördernden Ressourcen?	Können die gleichen Methoden verwendet werden?	
Sind evtl. geschlechtsspezifische Projekte notwendig? Oder müssen beide Geschlechter miteinbezogen werden? Warum?			Haben sich die verwendeten Methoden als für beide Geschlechter effektiv erwiesen?	
Wie kann der Erfolg des Projektes nach Geschlecht differenziert gesichert und überprüft werden?			Werden für die Evaluation Instrumente benutzt, die geschlechtersensibel entwickelt wurden?	

Tabelle 1: Fünf Ebenen, auf denen Geschlecht zu berücksichtigen ist
Eigene Darstellung in Anlehnung an Kolip, Altgeld 2006, S.21 und Jahn, Kolip 2002, S.18f.

Wie sich erkennen lässt, sind diese Fragestellungen sehr allgemein gehalten, da sie für viele verschiedene Projekte zutreffen sollen. Damit geht einher, dass für spezifische Projekte auch weitere **zielgruppen-** und **settinggerechte** Fragen gestellt werden müssen, um die Projektkonzeption **geschlechterangemessen** gestalten zu können (vgl. Jahn, Kolip 2002, S.18f.).

Eben hier liegt die Herausforderung, den richtigen Weg zwischen Komplexität, die in Unüberschaubarkeit gipfelt und Laissez-faire, das zur Ignoranz verführt, einzuschlagen.

Nach dem postfeministischen Ansatz ist mittlerweile die Trennung in *sex* und *gender* kritisch zu betrachten, da das biologische Geschlecht ebenfalls als gesellschaftlich-kulturelles Konstrukt „aufgedeckt“ wurde. Dennoch kann die Unterscheidung in *sex* und *gender* im Rahmen der Gesundheitsforschung als hilfreiches Instrument fungieren, muss aber durch kritische Reflexion und weiterführende Erkenntnisse regelmäßig aktualisiert werden (vgl. Kolip, Lademann 2008, S. 238). Für die Gesundheitswissenschaften sind vor allem die psychosozialen Unterschiede, also die Unterschiede in Lebensweisen, Verhalten und Lebenswelten, im Gegensatz zu den biologischen Komponenten von zentraler Bedeutung (vgl. Kolip 2003, S.652f.).

2 Aspekte der Gesundheitsförderung

Für den Begriff Gesundheit existiert eine Bandbreite an Definitionen, die unterschiedliche Auffassungen von Gesundheit darstellen und über die sich diskutieren lässt.

Nach Naidoo und Willis (2003, S.24) gibt es keine richtigen und falschen Sichtweisen von Gesundheit, da es wesentlich ist, herauszufinden, welches Verständnis von Gesundheit kontext- und zielgruppenspezifisch einvernehmlich zur Geltung kommt. Für Hurrelmann und Franzkowiak (2003, S.52) ist ein in sich stimmiges Konzept von Gesundheit sowie die Verhältnisbestimmung zu Krankheit sowohl in den Gesundheitswissenschaften als auch in der Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung gefordert. Dieses sollte für ein konsequentes wissenschaftliches Arbeiten eine adäquate Basis bzw. Voraussetzung bilden.

Hurrelmann (2006) sieht eine mögliche konsensfähige Definition von Gesundheit und Krankheit in folgender Variante:

„Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen), als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“ (Hurrelmann 2006, S.146)

„Krankheit ist das Stadium des Ungleichgewichtes von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen), als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen nicht gelingt. Krankheit ist ein Stadium, das einem Menschen eine Beeinträchtigung seines Wohlbefindens und seiner Lebensfreude vermittelt.“ (Hurrelmann 2006, S.146)

Wenn es darum geht, Gesundheit kurz und treffend zu beschreiben, wird am häufigsten der „Definitionsversuch“ der WHO von 1946 herangezogen (vgl. Schnabel 2007, S.19).

Dieser lautet übersetzt:

„Gesundheit ist der Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen.“ (WHO 1946)

Diese Definition ist in den letzten Jahrzehnten einem Wandel unterlegen. Nach dem modernen Verständnis von Gesundheit wird diese als ein „dynamischer Prozess“ oder besser als ein „Fließgleichgewicht“ verstanden, das ein Individuum im ständigen Austausch mit ihrer/seiner Umwelt immer wieder herzustellen versucht. In diesem Fließgleichgewicht nehmen vier Determinanten auf den Gesundheitszustand Einfluss, nämlich biologisch-genetische Gegebenheiten, medizinisch-technische Möglichkeiten, Umweltfaktoren und (vgl. Gutzwiller, Jeanneret 1999, S.23) das individuelle Lebenskonzept (vgl. Faltermaier, Kühnlein, Burda-Viering 1998, S.193), siehe Abb.1.

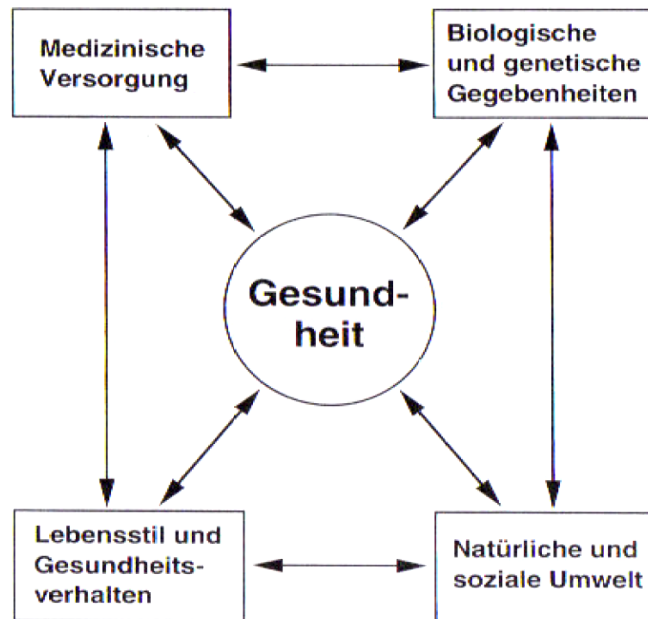


Abbildung 1: Einflussfaktoren auf die Gesundheit
 Quelle: Gutzwiller, Jeanneret 1999, S. 24

Die Einflussnahme von Determinanten auf die Gesundheit ist ein Grundgedanke in den Gesundheitswissenschaften und somit auch in der Gesundheitsförderung. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung kann durch die Beeinflussung der Gesundheitsdeterminanten verbessert werden. Folglich können Gesundheitspotenziale gestärkt und Krankheitsrisiken gemildert werden. Die Determinanten von Gesundheit können, wie aus Abb.2 zu entnehmen ist, in drei übergeordnete Bereiche eingeteilt werden, nämlich in:

- Personale Faktoren
- Soziale Faktoren und
- Strukturen des gesundheitlichen Versorgungssystems (vgl. Hurrelmann 2003, S.26).



Abbildung 2: Bedingungsfaktoren des Gesundheits- und Krankheitszustands der Bevölkerung

Quelle: Hurrelmann 2003, S.27

Von dieser Sichtweise ausgehend, kann ein modernes Verständnis von Gesundheitsförderung abgeleitet werden, das unter dem Blickwinkel der „Salutogenese“ (Antonovsky, 1987) nach den Entstehungsfaktoren von Gesundheit fragt (vgl. Gutzwiller, Jeanneret 1999, S.23).

Dieses Verständnis kommt in der Ottawa Charta von 1986 zum tragen:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“ (...) (Ottawa Charta 1986 zit.n. WHO 2006)

Das Modell der Salutogenese positioniert sich gegen die einseitige Sichtweise der „Pathogenese“ (vgl. Franzkowiak 2003, S.198), die den Kern, die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten thematisiert (vgl. Schnabel 2007, S.74), ist aber nicht ausschließlich als die andere Seite der Medaille zu betrachten (vgl. Antonovsky 1997, S.30), sondern bildet gemeinsam mit der Sichtweise der Pathogenese ein komplementäres Ganzes (vgl. Franzkowiak 2003, S.198).

Die salutogenetische Sichtweise lokalisiert Frauen und Männer auf einem multidimensionalen Kontinuum von Gesundheit und Krankheit und fragt danach, welche Faktoren ausschlaggebend dafür sind, dass Frauen und Männer ihre Position auf dem Kontinuum beibehalten oder dass sie sich in Richtung Gesundheit bewegen (vgl. Antonovsky 1997, S.29f.).

Eine salutogenetisch orientierte Gesundheitsförderung fokussiert demnach neben der Bewältigung von gesundheitlichen Belastungen und Risiken besonders die Förderung gesundheitserhaltender Kräfte und Ressourcen. Um Gesundheitsförderung ganzheitlich und salutogenetisch fundiert zu gestalten, bedarf es eines Balanceaktes zwischen Subjekt- und Strukturorientierung. Diese Ausgleichshandlung zwischen Gesundheit und den jeweiligen Lebens- und Handlungsbereichen muss in „settings“ auf einer partizipativen Ebene (zwischen Laien und Expertinnen und Experten) stattfinden. Demnach muss sich eine salutogenetisch orientierte Betriebliche Gesundheitsförderung als interdisziplinäre Aufgabe auszeichnen, die unter Einbindung der entsprechenden Lebens- und Arbeitsbedingungen die Individuen (also Frauen und Männer) befähigt, ihre Selbsthilfe- und Gestaltungskompetenzen zu stärken („Empowerment“). Gleichzeitig soll anhand unterschiedlicher Handlungsstrategien versucht werden, die Lebens- und Arbeitswelten gesundheitsfördernder zu konzipieren (vgl. Faltermaier, Kühnlein, Burda-Viering 1998, S.198ff.).

Der salutogenetische Ansatz führt zwar zu einem tiefgehenderen Wissen und Verständnis und bildet somit die Voraussetzung dafür, den gesunden Pol des Kontinuums anzusteuern, gibt aber schlussendlich nicht die Garantie für einen komplexen Problemlösungsprozess (vgl. Antonovsky 1997, S.24).

Folglich kann, basierend auf dem skizzierten Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung, die Bedeutung der Erwerbsarbeit und die aus der Beziehung zum Geschlecht resultierende Wirkung auf die Gesundheit näher erläutert werden.

2.1 Arbeit, Geschlecht und Gesundheit

Für die Einzelne/den Einzelnen ist die Erwerbsarbeit oder präziser ausgedrückt die Chance, einer geregelten Arbeit nachgehen zu können sowie die Möglichkeit, auf einen Arbeitsplatz mit angemessener Qualität, von grundlegender Bedeutung. Diese fußt auf den zentralen Funktionen der Erwerbsarbeit in der modernen Gesellschaft (vgl. Bertelsmann Stiftung und Hans Böckler Stiftung 2003, S.6f.).

Die Erwerbsarbeit:

- bildet als wichtigstes Ziel des Sozialisationsprozesses (vgl. Siegrist, Möller-Leimkühler 2003, S.126) die Grundlage für eine kontinuierliche Erwerbschance und die damit gegebene wirtschaftliche Unabhängigkeit (vgl. Bertelsmann Stiftung und Hans Böckler Stiftung 2003, S.7)
- legt die Höhe des Einkommens fest (vgl. Naidoo, Willis 2003, S.35)
- weist den gesellschaftlichen Status zu, der die wichtigste Bestimmungsgröße sozialer Ungleichheit darstellt und jedes Individuum anhand der Kriterien Einkommen, Bildung und beruflicher Status einstuft (vgl. Siegrist, Möller-Leimkühler 2003, S.126f.),
- beeinflusst das Selbstwertgefühl (vgl. Naidoo, Willis 2003, S.35) positiv durch Erfolgserlebnisse, Anerkennung, usw. (vgl. Bertelsmann Stiftung und Hans Böckler Stiftung 2003, S.7) und steigert dadurch das Anerkennungs- bzw. Zugehörigkeitsgefühl (vgl. Siegrist, Möller-Leimkühler 2003, S.126)
- ermöglicht neue soziale Kontakte und Beziehungen (vgl. Bertelsmann Stiftung und Hans Böckler Stiftung 2003, S.7)
- bietet die Möglichkeit zur Sinnfindung und Kompetenzentwicklung (vgl. Ducki 1999, S.9)

Die soziale Organisation der Erwerbsarbeit, der Führungsstil (vgl. Marmot, Wilkinson 2004, S.21) und die Qualität der Arbeitstätigkeit bilden die entscheidenden Größen für die Gesundheit und das Wohlergehen erwerbstätiger Frauen und Männer (vgl. Bertelsmann Stiftung und Hans Böckler Stiftung 2003, S.6). Eine Arbeit zu haben wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus, während Arbeitslosigkeit mit einem schlechten Gesundheitszustand assoziiert wird (vgl. Naidoo, Willis 2003, S.264f.). Dauerhafte Arbeitslosigkeit kann zur „Schrumpfung des psychologischen Lebensraumes“ beitragen (z.B. Arbeitslose interessieren sich weniger für Politik, sind seltener Mitglieder in Vereinen, lesen weniger Bücher, nehmen weniger teil an weiterbildenden Kursen) (vgl. Noelle-Neumann, Gillies, 1987, S.52), folglich zur Entstehung von psychosozialen Belastungen führen (vgl. Elkels 2003, S.658) und weiters in tiefgreifende Lebenskrisen münden (vgl. Bertelsmann Stiftung und Hans Böckler Stiftung 2003, S.6). So kann es passieren, dass mit dem Wegfall der

Erwerbsarbeit die wichtigste Quelle der Selbstdefinition verloren geht (vgl. Hurrelmann, Kolip 2002, S.25).

Diese Fakten wurden bereits in der „Marienthal- Studie“ aus den 1930iger Jahren bestätigt. Diese zeigte, dass andauernde Arbeitslosigkeit zur Apathie (also zur totalen Resignation) bei den Betroffenen führt (vgl. Jahoda et al. 1982, S.83).

Der Zusammenhang von Erwerbsarbeit und Gesundheit ist durch Komplexität geprägt. Arbeit kann die Gesundheit auf unterschiedliche Weise beeinflussen und somit auch zur Gefährdung der Gesundheit beitragen (vgl. Naidoo, Willis 2003, S.263f.).

Ebenso stellt das Geschlecht für die Gesundheit eine zentrale Kategorie dar, da es als horizontale Dimension auf alle Lebensbereiche wirkt (vgl. Babitsch 2008, S.217).

Die Kategorie „Geschlecht“ begründet darüber hinaus die unterschiedlichen Gesundheitskonzepte und die daraus resultierenden Gesundheitsvorstellungen von Frauen und Männern (vgl. Hahn, Maschewsky-Schneider 2003, S.49). Die Befunde bezüglich geschlechtsspezifischer Gesundheitsvorstellungen sind widersprüchlich. Generell scheinen Männer ihre Gesundheit anhand körperlicher Aspekte zu definieren und messen ihr geringere Bedeutung bei, während Frauen ein umfassenderes Verständnis von Gesundheit haben, der Gesundheit demnach mehr Bedeutung schenken und sich somit eher für gesundheitsfördernde Maßnahmen zugänglich zeigen (vgl. Merbach, Brähler 2007, S.323). Diese Feststellungen sollten allerdings nicht ohne die Berücksichtigung sozialer Differenzierungsmerkmale, wie Alter, Ethnizität und sozioökonomischer Status übernommen werden (vgl. Babitsch 2008, S.217).

Es existieren mittlerweile eine Reihe von Forschungsergebnissen zur Thematik Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, die sowohl sozioökonomische als auch soziodemographische Faktoren berücksichtigen und eindeutige Belege für die Geschlechterdifferenz in Bezug auf Gesundheit und Krankheit erbringen (vgl. Hahn, Maschewsky-Schneider 2003, S.50).

Diese Unterschiede können entlang folgender Kriterien erklärt werden (vgl. Kolip 2003, S.649):

- Geschlechtsspezifische Gesundheitsberichterstattung
- Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen
- Gesundheits(riskantes) Verhalten
- **Lebens- und Arbeitsbedingungen**

Dass in „mindestens“ zwei Geschlechter differenziert wird, wirkt sich auf die unterschiedlichen Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen und Männern aus und wird u. a. durch das Phänomen des „*geschlechtsspezifischen Arbeitsmarktes*“ sichtbar (Beck-Gernsheim 1981). Dieses spricht explizit von Frauen- und Männerberufen (vgl. Heintz, Nadai 1998, S.80). Dementsprechend werden Frauen und Männer in unterschiedlichen Berufen und Tätigkeitsfeldern mit eindeutiger hierarchischer Positionierung eingegliedert und sind somit unterschiedlichen arbeitsbedingten Anforderungen und Belastungen ausgesetzt (vgl. Kolip 2003, S.651).

Konkret bedeutet dies, dass Frauen im Vergleich zu Männern in sehr wenigen Tätigkeitsfeldern vertreten sind. Rund 52% aller Frauen arbeiten in fünf Berufsgruppen, nämlich im Büro-, Verkaufs-, Gesundheits- und Reinigungsbereich. Ebenso ist es Realität, dass sich Frauen (im Vergleich zu Männern) bevorzugt in niedrigeren beruflichen Positionen wiederfinden, die häufig unter ihren Qualifikationen liegen, geringe Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten aufweisen, dafür allerdings mit höheren Beschäftigungsrisiken verbunden sind (vgl. Raehlmann 1997, S.297).

(...)“Frauenberufe sind konjunkturell ungeschütztere Berufe, sie bieten weniger Aufstiegsmöglichkeiten und sind praktisch durchgehend schlechter bezahlt als vergleichbare Männerberufe“(...) (Heintz, Nadai, 1998, S. 80).

Generell verbirgt sich in den Industrieländern hinter dem Wort „Frauenarbeit“ ein Synonym für hausarbeitsnahe, einfache und anspruchlose Arbeit (vgl. Resch 2002, S.414).

(...)„Die kulturelle Abwertung des Weiblichen ist vielfach darin verborgen, dass sie nicht direkt Frauen betrifft, sondern deren typische Tätigkeiten (zu denen sie sich scheinbar individuell entscheiden). Frauen leisten insbesondere Arbeit an Personen: Klient/innen, Kund/innen ... und diese Arbeit gilt als „leicht“. Die Belastungen dieser Arbeit werden weder gemessen noch ernst genommen. Lärm wird bei der Fabrikarbeit gemessen, nicht im Kindergarten; Stressfaktoren werden bei Frauenarbeitsplätzen nicht untersucht. (...) Berufskrankheiten wurden zuerst bei Männerberufen erfasst, kaum bei Frauenberufen(etwa die Chemiebelastung bei Friseurinnen; im Pflegebereich die Rückenerkrankungen durch schweres Heben). Es ist nicht etwa so, dass körperlich leichte Arbeit, weil sie leicht ist, den Frauen zugeteilt wird, sondern eher umgekehrt: Was auch immer Frauen tun – mancherorts Straßenbau oder Wassertragen – gilt als „leichte Arbeit“, weil sie Frauen leisten.“ (...) (Hagemann-White 2000, S.3).

Fakt ist, dass Frauenarbeitsplätze weniger gesundheitsfördernde Ressourcen, wie etwa Chancen zur Weiterbildung oder Kooperations- und Kommunikationsmöglichkeiten bieten und kaum abwechslungsreiche und interessante Aufgaben mit sich bringen.

Stattdessen sind viele Frauenberufe durch monotone Arbeitsgestaltung, fehlende Entscheidungsspielräume, geringem Einfluss auf die Arbeitsgestaltung, Zeitdruck (vgl. Bamberg, Ducki, Metz 1998, S.148) und durch hohe und komplexe Aufgaben- und Verantwortungsbereichen geprägt (vgl. Hans Böckler Stiftung 2007, S.4; Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, S.300). Zudem sind Frauen mit diskriminierenden und abwertenden Grundhaltungen konfrontiert, die sich beispielsweise in Form von Mobbing oder sexuellen Belästigungen äußern können (vgl. Ducki 1999, S.9; Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, S.300).

Darüber hinaus gilt die vermehrte Beschäftigung von Frauen in der Teilzeitarbeit und in geringfügigen Arbeitsverhältnissen als eine Besonderheit der Erwerbsarbeitssituation, die sich aus der geschlechtsspezifischen Segregation des Arbeitsmarktes ergeben hat (vgl. Ducki 1999, S.9). Die Zunahme der Teilzeitarbeit bei Frauen geht mit der Zunahme von Vollzeitarbeitsverhältnissen von Männern einher, wobei beide Phänomene belastende Faktoren mit sich bringen. Geringe soziale Absicherung und geringes Einkommen, höhere Arbeitsdichte, kurze oder auch teils fehlende Pausen, gesteigerter Zeit- und Leistungsdruck, vermehrte Anstrengung und zusätzliche Mobilisierung von Leistungsreserven enden im Teufelskreis einer andauernden Leistungssteigerung und gering gehaltenen Erholungsphasen und führen zu frühzeitigen Gesundheitsschäden (vgl. Pirolt, Schauer 2007, S.9).

Durch zunehmende Überstunden, gehäufte Nachtarbeit und die Arbeit an Samstagen und an Sonn- und Feiertagen betrifft die Entgrenzung der Arbeitszeit auch immer häufiger Frauen (vgl. Jansen, Müller 2000, S.258; Bamberg, Ducki, Metz 1998, S.149). Diese Überlängen und ungünstigen Arbeitszeiten stellen vor allem für Frauen (in Kombination mit der ungleich verteilten und unbezahlten Haus- und Betreuungsarbeit) ein spezifisches Problem dar (vgl. Pirolt, Schauer 2007, S.10; Resch 2002, S.415). Präzise gesagt, die Hauptlast und damit auch die Hauptverantwortung für die im privaten Bereich anfallenden Aufgaben und Pflichten tragen die Frauen, unabhängig davon ob sie erwerbstätig sind oder nicht (vgl. Raehlmann 1997, S.296). In der Studie von Frankenhaeuser (1991) wird aufgezeigt, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede in der Übernahme von Familienpflichten bzw. -tätigkeiten gibt (vgl. Frankenhaeuser 1991, S.50f.), die mit mehr oder weniger verbundenen Erholungsmöglichkeiten verbunden sind und in Folge dessen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden im Gesundheitszustand führen können (vgl. Frankenhaeuser 1991, S.56ff.). In diesem Zusammenhang werden auch die Pflege- und Sorgetätigkeiten, die einen Bereich der unbezahlten Haus- und Familienarbeit bilden und

die beträchtliche gesundheitliche Belastungen der pflegenden Angehörigen hervorrufen können, diskutiert. Auch in diesem Kontext steht hinter dem allgemein formulierten Begriff „Familie“ eine klar geschlechtsspezifische Aufteilung, die die Versorgungsarbeit der älteren Generation den weiblichen Familienmitgliedern zuschreibt.

Ferner sind Pflegeberufen vorherrschend Frauen aufzufinden (vgl. Beck-Gernsheim 2000, S.89f.). Dieses Tätigkeitsfeld kennzeichnet sich durch übermäßige Beanspruchung der Arbeitenden und zeigt z. B. Belastungen als Folge des Widerspruchs zwischen gesellschaftlichen Anforderungen (wie Pflege als „*Liebesdienst*“ oder „*Dienste am Nächsten*“ Zitat von Rieder 1999) und den Bedingungen ihrer praktischen Umsetzbarkeit auf (vgl. Ducki 1999, S.11). Um es einfach auszudrücken, Frauen leisten in helfenden Berufen scheinbar freiwillig kostenlose Arbeit und haben daher offensichtlich selbst Anteil an der Herstellungen von belastenden Konstellationen (vgl. Resch 2002, S.414).

Zusammenfassend bedeutet dies für Frauen ein Ausbalancieren von sich gegenseitig ausschließenden Anforderungen. Der täglich zu leistende „Spagat“ zwischen Beruflichem und Privatem führt zu Doppel- oder gar Mehrfachbelastungen, die wiederum mit gesundheitlichen Risiken verbunden sind. Beruf und Familie stellen nicht nur zwei verschiedene Lebens-, sondern auch zwei verschiedene Arbeitsbereiche dar, die widersprüchliche Anforderungen stellen, aber von einander abhängig sind und sich wechselseitig ergänzen (vgl. BMFSFJ 2001).

2.2 Gesundheitsförderung

Im Rahmen des gesundheitspolitischen Aktionsprogramms zur Erreichung der Ziele „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ wurde der Leitbegriff der „Gesundheitsförderung“ entwickelt (vgl. Kaba-Schönstein 2003, S.73).

Der Begriff der Gesundheitsförderung wird oft synonym mit dem der Prävention verwendet, obwohl diese auf unterschiedlichen Konzepten und Strategien basieren (vgl. Altgeld, Kolip 2007, S.41). Wesentlicher Unterschied ist jener, dass Gesundheitsförderung gesundheitsorientiert arbeitet, während Prävention die Verhinderung von Krankheiten fokussiert, siehe Abb.3 (vgl. Schnabel 2007, S.33). Im Gegensatz zur Prävention verfolgt Gesundheitsförderung das Ziel

(...), „über die Stärkung von Ressourcen die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Ansatzpunkte sind entweder Individuen, die befähigt werden sollen, durch selbstbestimmtes Handeln ihre Gesundheitschancen zu erhöhen oder die sozialen, ökologischen und ökonomischen Rahmenbedingungen. Gesundheitsförderung ist dann besonders wirkungsvoll, wenn verhaltensbezogene und verhältnisbezogene Interventionsmaßnahmen miteinander kombiniert werden“ (...) (Altgeld, Kolip 2007, S.42)

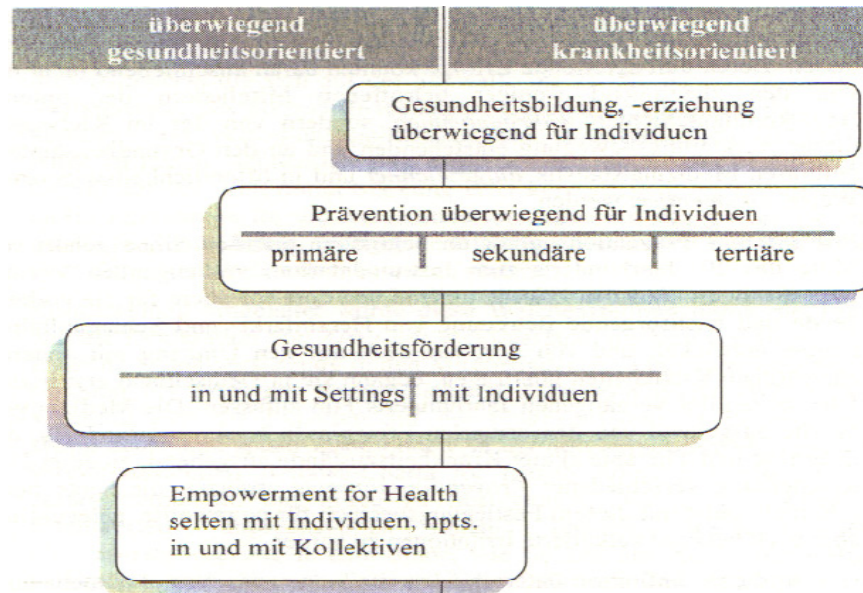


Abbildung 3: Die verschiedenen gegenwärtig eingesetzten Vorbeugungskonzepte in ihrem Verhältnis zueinander und zu Krankheit und Gesundheit
Quelle: Schnabel 2007, S.33

Die Ottawa Charta fasst die Ziele und Prinzipien der Gesundheitsförderung, die vom westlichen Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1986 entwickelt wurden, zusammen und spricht von drei grundsätzlichen Handlungsstrategien und fünf vorrangigen Handlungsfeldern zur Umsetzung von Gesundheitsförderung (vgl. Kaba-Schönstein 2003, S.74).

Die drei grundsätzlichen Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung sind:

a) Interessen vertreten („Advocacy“- Anwaltschaft)

Diese Strategie meint das aktive, anwaltschaftliche Eintreten für Gesundheit, indem politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren positiv beeinflusst und der Gesundheit zugänglich gemacht werden (vgl. Franzkowiak, Sabo 1998, S.97; WHO 2006).

b) Befähigen und ermöglichen („Empowerment“)

Gesundheitsförderung fokussiert die Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit. Gesundheitsförderndes Handeln meint, bestehende Unterschiede im Gesundheitszustand zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen gleichermaßen befähigt werden, ein größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen (vgl. ebd.).

c) Vermitteln und Vernetzen („Intersektoralität“)

Gesundheitsförderung verlangt ein koordiniertes Zusammenwirken und Vernetzen von allen verantwortlichen Akteurinnen und Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitssektors (vgl. ebd.).

Die fünf vorrangigen Handlungsfelder der Gesundheitsförderung sind:

a) Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik („build healthy public policy“)

Gesundheitsförderung muss auf allen Ebenen und in allen Politikbereichen auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Dabei sollen den politischen Akteurinnen und Akteuren die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre Verantwortung für Gesundheit veranschaulicht werden. Dazu wendet eine Politik der Gesundheitsförderung verschiedene, sich gegenseitig ergänzende Ansätze an, wie z.B. Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen, organisatorisch strukturelle Veränderungen usw. (vgl. Franzkowiak, Sabo 1998, S.97f.; WHO 2006).

b) Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen („create supportive environments“)

Die Beziehung zwischen Mensch und Umwelt bildet sozusagen die Grundlage für einen sozialökologischen Weg zur Gesundheit. Gesundheitsförderung soll in diesem Rahmen sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen schaffen und zum Schutz der natürlichen und sozialen Umwelt sowie zur Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen beitragen (vgl. Franzkowiak, Sabo 1998, S.98; WHO 2006).

c) Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen („strengthen community action“)

Zentrales Ziel ist die Realisierung der Unterstützung von Gemeinden und Nachbarschaften und zwar im Sinne einer vermehrten Autonomie und Kontrolle über die eigenen

Gesundheitsbelange. Dies soll durch konkrete und wirksame Aktivitäten sowie durch flexiblere Möglichkeiten der größeren, öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung für Gesundheitsbelange umgesetzt werden (vgl. Franzkowiak, Sabo 1998, S.98f.; WHO 2006).

d) Persönliche Kompetenz entwickeln („develop personal skills“)

Gesundheitsförderung dient als Unterstützung, um die Entwicklung von Persönlichkeit und von sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung und durch Verbesserung sozialer Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit zu forcieren. Sie soll Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und Lebenswelt auszuüben. Gleichzeitig soll sie die Menschen zu einem lebenslangen Lernen befähigen und ihnen helfen, die verschiedenen Lebensphasen angemessen zu bewältigen (vgl. Franzkowiak, Sabo 1998, S.99; WHO 2006).

e) Die Gesundheitsdienste neu orientieren („reorient health services“)

Das Gesundheitswesen muss darauf hinarbeiten, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist, weit über die medizinisch-therapeutischen Betreuungsleistungen hinausgeht und sensibel auf die unterschiedlichen kulturellen Bedürfnisse reagiert. Dabei sollen Möglichkeiten einer Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und anderen gesundheitsrelevanten sozialen, politischen und ökonomischen Institutionen eröffnet und verbessert werden (vgl. ebd.).

Mit der Formulierung des Setting- Ansatzes wurde vom WHO- Regionalbüro in Kopenhagen eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung entwickelt, die es allen Beteiligten erlaubt, die fünf Handlungsfelder miteinander zu verbinden (vgl. Kickbusch 2003, S.187).

Für Schnabel (2007, S.135) gelten als „settings“ (...), *alle sozialen Einheiten,*

- *die das Leben, z.B. als Familie, Schulen, Betriebe, Krankenhäuser, Kommunen auf ebenso grundlegende wie überschaubare Weise organisieren,*
- *denen die Menschen vor allem als Rollen- und Funktionsträger, niemals als ganzheitliche Persönlichkeiten angehören,*
- *die sich von anderen Settings dadurch abgrenzen und unterscheiden, dass die ihnen angehörenden Menschen auf besondere, nur den Mitgliedern geläufige Art miteinander kommunizieren und*
- *auf eine von Pädagogen oft übersehene, aber maßgebende Weise darüber mitbestimmen, wie sich Menschen ihr Leben einzurichten und wie sie sich mit Krankheit und Gesundheit umzugehen lernen.“(...)*

Der Setting- Ansatz richtet also im Rahmen seiner Interventionen sein Augenmerk auf Sozialräume bzw. Organisationen und Netzwerke von Organisationen. Dies erfordert viel

Verständnis für die Entwicklungsbedingungen dieser Institutionen, um eine genauere Bestimmung der Zielgruppe, eine Sicherstellung adäquater Zugänge und die Nutzung vorhandener Ressourcen zu ermöglichen (vgl. Altgeld, Kolip 2007, S.45 und Grossmann, Scala 2003, S.206).

Der Setting-Ansatz versteht einen langfristig angelegten Prozess, der vorwiegend durch Projektarbeit realisiert wird und nach Naidoo und Willis (2003, S.260) darauf gerichtet ist:

- durch systematisch angelegte Interventionen gesunde Arbeits- und Lebensbedingungen zu schaffen,
- eine auf das Setting abgestimmte Gesundheitspolitik zu entwickeln
- und die Integration der Gesundheit in das im jeweiligen Setting angewandte Qualitätsmanagement, Audit- und Evaluationsprozedere zu gewährleisten.

Entscheidend für den Erfolg des Setting- Ansatzes ist eine umfassende Integration aller wichtigen Entscheidungs- und Funktionsträgerinnen und -träger, die auf der Basis einer qualifizierten Organisationsanalyse stattfindet (vgl. Grossmann, Scala 2003, S.206). Darüber hinaus wurden für fast alle Setting- Ansätze Qualitätskriterien entwickelt, die vor allem auf Struktur- und Prozessqualität abzielen. Die Ergebnisqualität hingegen ist bis dato wenig erforscht (vgl. Altgeld, Kolip 2007, S.45).

Das Wachstum von Netzwerken (sprich von Interventionssystemen, die politische Entscheidungsträgerinnen und -träger, Interessensvertreterinnen und -vertreter, betroffene Bürgerinnen und Bürger und die notwendige, fachliche Ressourcen, usw. integrieren) zeigt eine hohe Akzeptanz des Setting- Ansatzes. Dennoch lassen sich unterschiedliche Erfolgsbilanzen abzeichnen, da die wachsenden Netzwerke noch keine befriedigenden Aussagen über die Kriterien und Messbarkeit, die ein Setting ausmachen, geben. In der BGF gelingen aber trotz dieser Schwierigkeiten annehmbare Erfolge (vgl. Grossmann, Scala 2003, S.206).

2.3 Gesundheitsförderung in Settings: Gesundheitsförderung im Betrieb (BGF)

2.3.1 Was ist BGF?

Das Setting Betrieb bietet aufgrund eines idealen Zugangs zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einen adäquaten Ausgangspunkt zur Gesundheitsförderung, denn hier

- verbringen Frauen und Männer einen großen Teil ihrer Zeit
- wird Gesundheit durch Arbeitsbedingungen gefährdet oder gefördert
- wird Verhalten geprägt (vgl. PPM Forschung und Beratung o. J.).

Unter BGF werden systemische Interventionen in privaten und öffentlichen Betrieben verstanden, die zur Senkung gesundheitsrelevanter Belastungen und zur Erhöhung von Ressourcen führen sollen. Durch gleichzeitig aufeinander bezogene Veränderungen in der Ergonomie, der Organisation, im Betriebsklima und im individuellen Verhalten werden gesundheitsfördernde Effekte erzielt. Alle gesundheitsfördernden Aktionen werden partizipativ initiiert und durchgeführt (vgl. Rosenbrock 2003, S.22).

Als moderne Unternehmensstrategie und als Strategie der Organisationsentwicklung zielt BGF gemäß der Luxemburger Deklaration von 1997 darauf ab, Gesundheitspotenziale zu stärken und das körperliche und seelische Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern (vgl. Netzwerk BGF o. J.). Dies erfolgt durch (vgl. Luxemburger Deklaration 1997, S.1):

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und -bedingungen
- Förderung der aktiven Teilnahme aller Beteiligten und
- Stärkung der persönlichen Kompetenzen.

BGF, im umfassenden Sinne, setzt sowohl auf der „Verhaltensebene“ der einzelnen Personen und ihrer individuellen Kompetenzen als auch auf der Ebene der „Verhältnisse“, in denen Menschen arbeiten, das heißt, an der Organisation als Gesamtkomplex, an (siehe Abb. 4). Es geht also darum, Arbeitsbedingung, Strukturen und Prozesse, kurz gesagt „Verhältnisse“ so zu gestalten, dass alle Beschäftigten zu gesundheitsfördernden Arbeits- und Lebensweisen befähigt werden (vgl. Badura, Hehlmann 2003, S.71).

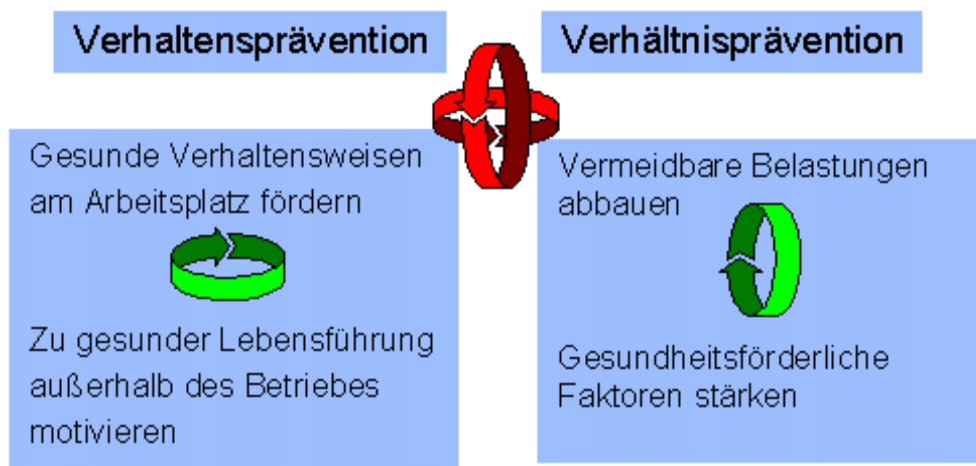


Abbildung 4: Ansätze der Betrieblichen Gesundheitsförderung
 Quelle: Hans Böckler Stiftung 2008, S. 4

2.3.2 Leitprinzipien von BGF

BGF beruht auf interdisziplinärer Zusammenarbeit und kann nur dann erfolgreich sein, wenn alle maßgeblichen Schlüsselpersonen (vgl. Netzwerk BGF o. J.), nämlich sowohl interne als auch externe Akteurinnen und Akteure daran beteiligt sind (vgl. Rosenbrock 2003, S.22). Da BGF einem ganzheitlichen Konzept folgt, muss sich die Qualitätssicherung an der Struktur, dem Prozess und dem Ergebnis orientieren (vgl. Netzwerk BGF o. J.). Die BGF kann ihrem Ziel „gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in gesunden Unternehmen“ nur unter Berücksichtigung folgender Prinzipien gerecht werden:

1) Partizipation

Die Einbeziehung und Kooperation aller Akteurinnen und Akteure disziplin- und hierarchieübergreifend ist eine maßgebliche Voraussetzung (vgl. Netzwerk BGF o. J.) und bedeutet letztendlich die Eigenverantwortung und die Akzeptanz der Beschäftigten zu fördern und zu erhöhen (vgl. Spicker, Schopf 2007, S.39).

2) Integration

BGF muss bei allen wichtigen Entscheidungen und auf allen Unternehmensebenen berücksichtigt werden (vgl. BKK Bundesverband 2008).

3) Projektmanagement

Der gesamte BGF-Prozess wird - nach dem Schema: Analyse, Planung, Umsetzung und Evaluation - systematisch durchgeführt und dokumentiert. Dies dient der

Zielreicherung, der Nachvollziehbarkeit und der Transparenz aller Projektaktivitäten nach innen und außen (vgl. Spicker, Schopf 2007, S.39).

4) Ganzheitlichkeit

Ganzheitlichkeit versteht sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen und verbindet den Ansatz der Risikoreduktion mit dem des Ausbaues von Schutzfaktoren und Gesundheitspotentialen (vgl. BKK Bundesverband 2008).

2.3.3 Nutzen von BGF

BGF ermöglicht eine „WIN- WIN- Situation“, aus der sowohl die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch das Unternehmen selbst ihren Nutzen ziehen können (vgl. Netzwerk BGF o. J.).

Nutzen der BGF für die **Mitarbeiterinnen** und **Mitarbeiter**:

- Reduktion individueller gesundheitlicher Risikofaktoren (vgl. Netzwerk BGF o. J.)
- Steigerung des individuellen Wohlbefindens (vgl. ebd.)
- Einstellungswandel in der Motivation und bessere Identifikation mit dem Betrieb (vgl. ebd.)
- Erweiterung und Verbesserung der Fähigkeiten im Umgang mit Belastungen und spezifischen Problemstellungen (vgl. ebd.)
- Kompetenz- und Bewusstseinsförderung in Gesundheitsangelegenheiten (vgl. ebd.; Universität Klagenfurt o. J.)
- Höhere Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmoral (vgl. Rosenbrock 2003, S.23)
- Erhöhung und Sicherung der persönlichen Lebensqualität (vgl. Netzwerk für BGF o. J.)
- Erhöhtes Selbstwertgefühl (vgl. ebd.)
- Work- Life- Balance (vgl. Universität Klagenfurt o. J.)

Nutzen der BGF für den **Betrieb**:

- Transparenz (vgl. Rosenbrock 2003, S.23), bessere Kommunikationsstrukturen und -prozesse (vgl. Netzwerk BGF o. J.) und gegenseitige Unterstützung (vgl. Rosenbrock 2003, S.23)
- Verbesserung des inneren Betriebsklimas und verbessertes Image (vgl. Hans Böckler Stiftung 2008, S.5).
- Weniger krankheitsbezogene Abwesenheiten (vgl. Rosenbrock 2003, S.23) bzw. Reduktion der Krankenstände und Verringerung der Fluktuationsrate (vgl. Netzwerk BGF o. J.)
- Verbesserungen verschiedenster Art, z.B. technische Änderungen zur Arbeitserleichterung, organisatorische Zuständigkeits- und Ablaufänderungen, usw. (vgl. ebd.)
- Gesteigerte Produktivität (vgl. Hans Böckler Stiftung 2008, S.5), größere Innovationsoffenheit (vgl. Rosenbrock 2003, S.23)
- Erhöhung der Marktchancen und der Wettbewerbsfähigkeit (vgl. Netzwerk BGF o. J.)

2.3.4 Das Prozedere der BGF- Tun wir das Richtige?

Die Gesundheit ist ein komplexes und soziales Konzept und bedarf daher einer systematischen und zielorientierten Planung (vgl. Naidoo, Willis 2003, S.362).

Welche Interventionsstrategien zur Umsetzung der BGF in der Praxis zur Anwendung kommen ist von zahlreichen Bedingungsfaktoren und Voraussetzungen, wie etwa von der Unternehmensgröße und Branchenzugehörigkeit, den bereits vorhandenen Strukturen und Organisationsabläufen, den technologischen Entwicklungsstandards, der Zielgruppe, den gegebenen gesundheitlichen Ressourcen und Risiken usw., abhängig (vgl. Bamberg, Ducki, Metz 1998, S.135).

In den letzten Jahren hat sich als Ergebnis zahlreich durchgeführter Projekte eine Systematik zum grundsätzlichen Ablauf einer ganzheitlich angelegten BGF entwickelt, die **vier Kernprozesse** kennt, nämlich **Diagnose, Planung von Interventionen, Durchführung bzw. Umsetzung der Intervention und Evaluation** (vgl. Spicker, Schopf 2007, S.37).

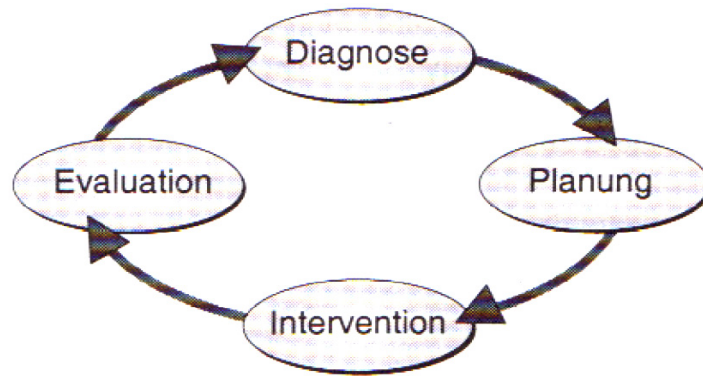


Abbildung 5: Kernprozesse des Lernzyklus

Quelle: Münch, Walter, Badura 2003, S.199

Dieser zyklische Ablauf bildet den Schwerpunkt in der BGF. Da dieser Vorgang aber als Führungsaufgabe installiert wird und kontinuierlich einer Verbesserung unterzogen ist, wird nicht mehr von BGF, sondern von einem „Betrieblichen Gesundheitsmanagement, kurz BGM, gesprochen. Somit stellt sich nun die Frage nach dem „richtigen Tun“ eher weniger als die Frage nach dem professionelleren Durchführen der Kernprozesse, was das Beherrschen der dafür notwendigen Instrumente und Vorgehensweisen versteht, damit das BGM zu einer dauerhaften Routine in ein Unternehmen verankert werden kann. Es geht hier also darum, den Betrieb zu einer systematischen Selbstbeobachtung im Sinne eines lernenden Systems und im Zuge dessen zur Verwirklichung von effektiven Maßnahmen zu befähigen. Es wird daher von der Anwendung von organisationsbezogenen Interventionsstrategien gesprochen (vgl. Badura, Hehlmann 2003, S.70ff.).

Zur langfristigen und erfolgreichen Implementierung von BGM in der Praxis bedarf es im Vorfeld der Formulierung von aufeinander aufbauenden Teilzielen und der Installierung von betriebspolitischen und strukturellen Voraussetzungen, siehe Tab.2 (vgl. Münch, Walter, Badura 2003, S.187ff.).

	Teil(-ziele)	Betriebspolitische Voraussetzungen	Strukturelle Voraussetzungen
✓	Entwicklung und dauerhafte Verankerung des Managementsystems	BGM als Führungsaufgabe wahrnehmen	Konkrete, inhaltlich überprüfbare und schriftlich festgelegte Ziele definieren
✓	Stärkung des Human- und Sozialkapitals	Investitionsbereitschaft	Zuständigkeiten festlegen
✓	Steigerung des Wohlbefindens und Verbesserung der Gesundheit	Schriftliche Rahmenbedingungen schaffen	Organisationseinheiten auswählen
✓	Forcierung der Produktivität und Qualität und der damit verbundenen Wirtschaftlichkeit	Installierung eines Steuerungsgremiums	Vernetzen mit anderen Managementansätzen
✓			Planen und steuern
✓			Internes Marketing

Tabelle 2: Grundsätzliche Rahmenbedingungen für ein erfolgreiches BGM
Eigene Darstellung nach Münch, Walter, Badura 2003, S.187 ff.

Erst wenn diese Voraussetzungen gegeben sind, kann das Kernprozedere des BGM eingeleitet werden, welches als Lernzyklus angelegt sein sollte, der vollständig und systematisch zu durchlaufen ist und somit einen Erkenntnisgewinn mit sich trägt (vgl. Walter 2003, S.87).

1. Diagnose

Dieser Begriff bezeichnet im BGM „die systematische Erfassung der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten und möglicher Einflussgrößen mit unterschiedlichen Methoden und Instrumenten.“ (Walter 2003, S.87)

Die Diagnose ist somit eine „Ist-Analyse“, die die wesentliche Voraussetzung für die weitem drei Schritte bildet. Die Phase der Diagnose gliedert sich in folgende Arbeitsschritte (vgl. Walter 2003, S.88):

- **Formulierung überprüfbarer und präziser Ziele**
- **Auswahl relevanter Fragestellungen**
- **Auswahl von Organisationseinheiten**
- **Auswahl der Zielgruppe**
- **Auswahl von Methoden und Instrumenten**
- **Erstellung eines Arbeits- und Zeitplan**

- **Festlegung von Zuständigkeiten**
- **Erhebung der Daten**
- **Datenauswertung**
- **Diskussion und Bewertung der Ergebnisse**
- **Rückmeldung der Ergebnisse**

2. Planung der Intervention

„Interventionsplanung bezeichnet im Betrieblichen Gesundheitsmanagement den Prozess der Festlegung von Zielen und Maßnahmen sowie die Erarbeitung einer Handlungsabfolge für die nachfolgende Intervention.“ (Walter 2003, S.91)

Im Rahmen der Interventionsplanung werden vom Steuerungsgremium bzw. vom Arbeitskreis der Handlungsbedarfs aus der Diagnose abgeleitet, die Zielgruppen und Interventionsbereiche ausgewählt, klare und präzise Soll-Werte formuliert, geeignete Maßnahmen ausgewählt, relevante Akteurinnen und Akteure miteingebunden, Verantwortlichkeiten festgelegt, konkrete Arbeits-, Zeit- und Kostenpläne erstellt, usw. (vgl. Münch, Walter, Badura 2003, S.202).

3. Durchführung der Intervention

„Die Intervention bezeichnet im Betrieblichen Gesundheitsmanagement die systematische Durchführung und Steuerung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen.“ (Walter 2003, S.93)

Interventionen werden nach einer inhaltlich und konzeptionell festgelegten Vorgehensweise durchgeführt und benötigen daher eine operative Infrastruktur, wie z.B. in Form von Teilprojekten und Arbeitsgruppen (vgl. Walter 2003, S.94).

Kurz dargestellt ergeben sich folgende Arbeitsschritte für die Intervention (vgl. Walter 2003, S.95):

- **Einrichten einer operativen Infrastruktur**
- **Durchführen der Interventionen**
- **Steuern von Interventionen**
- **Dokumentation aller Maßnahmen**
- **Feedback an den Steuerkreis, das Top-Management und an die Beschäftigten**

Wesentliche Instrumente des BGM, mit denen die Maßnahmen durchgeführt und gesteuert werden, sind (vgl. Münch, Walter, Badura 2003, S.203):

- a. Qualitäts- und **Gesundheitszirkel**
- b. Workshops und Fokusgruppen
- c. Trainings für Führungskräfte
- d. Qualifizierungsmaßnahmen hinsichtlich Fach-, Methoden-, Sozialkompetenzen, usw.

Zu a.) Der **Gesundheitszirkel** bildet eine Form der betrieblichen Kleingruppenarbeit, dessen Akteurinnen und Akteure sich für einen begrenzten Zeitraum und in regelmäßigen Abständen treffen. Inhalt dieser Zirkel ist die Diskussion über etwaige Belastungen am Arbeitsplatz und die daraus resultierenden gesundheitlichen Probleme, ihre Ursachenanalyse und die Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen. Der Grundgedanke dahinter ist jener, dass die Beschäftigten selbst die Expertinnen und Experten ihrer Arbeit sind und daher selbst am besten wissen, welche Aktivitäten belastend sind und somit gesundheitliche Schäden hervorrufen können. Die Partizipation im Gesundheitszirkel ist freiwillig und sollte mit jeder Teilnehmerin und mit jedem Teilnehmer einzeln abgesprochen werden. Grundsätzlich finden diese Zirkel während der regulären Arbeitszeit statt. Die teilnehmenden Personen kommen für gewöhnlich aus den unterschiedlichsten Berufsgruppen und Hierarchieebenen (vgl. Vogt- Akpetou 1999, S.159f.).

In der Zirkelarbeit sorgt eine erfahrene Moderation dafür, dass alle Teilnehmenden gut zu Wort kommen, dass Themen nicht unter den Tisch fallen und dass Gesprächsregeln eingehalten werden (vgl. Netzwerk BGF o. J.). Wichtig dabei ist, dass die Rolle der Moderation neutral ausgeübt wird und diese Person von allen Beschäftigten akzeptiert wird, egal ob diese aus dem Betrieb selbst stammt oder extern rekrutiert wurde. Die Aufgabe der Moderation ist es, die Zirkelsitzung vorzubereiten, zu leiten und nachzubereiten. Die Moderation hat die Expertise für das methodische Vorgehen inne, für die inhaltliche Arbeit und die Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen und Lösungsansätzen sind jedoch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gefordert (vgl. Vogt-Akpetou 1999, S.160f.). Im Laufe der Zirkelarbeit werden gesundheitsbelastende und -gefährdende Arbeitssituationen und Arbeitsabläufe eruiert, gesundheitliche Beschwerden, die die Beschäftigten in unmittelbarer Verbindung mit bestimmten Arbeitssituationen wahrnehmen, ermittelt und verhältnis- und verhaltensbezogene Verbesserungs- bzw.

Lösungsvorschläge erarbeitet, die schlussendlich im Betrieb präsentiert werden (vgl. Netzwerk BGF o. J.).

Der Gesundheitszirkel zählt durch die gleichzeitige Arbeit von Beschäftigten und Vorgesetzten, durch die kontinuierliche Abstimmung dem Arbeitskreis bzw. mit der Steuerungsgruppe und durch die konsequente Kontrolle der Umsetzung zu einer bewährten Maßnahme der Organisationsentwicklung (vgl. Bamberg, Ducki, Metz 1998, S.281).

4. Evaluation

„Der Begriff Evaluation bezeichnet im Betrieblichen Gesundheitsmanagement die systematische Bewertung der implementierten Strukturen und Prozesse sowie der erzielten Ergebnisse.“ (Walter 2003, S.96)

Die Evaluation reflektiert das Erreichen der Ziele und die Einhaltung der Standards. Für die Erfolgsbewertung empfiehlt es sich, auf die Methoden und Instrumente zurückzugreifen, die bereits in der Phase der Diagnose zum Einsatz gekommen sind (vgl. Münch, Walter, Badura 2003, S.204).

Die Evaluation konzentriert sich auf folgende relevante Erfolgsindikatoren (vgl. Walter 2003, S.97):

- **Formulieren einer präzisen Zielsetzung für die Evaluation**
- **Festlegen klarer Zuständigkeiten**
- **Auswählen und Einschätzen erprobter Methoden und Instrumente**
- **Gegenstände der Evaluation:**
 - BGM (Struktur- und Prozessevaluation)
 - Sozial- und Humankapital (Ergebnisevaluation)
 - Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten (Ergebnisevaluation)
 - Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit (Ergebnisevaluation)

2.4 Die Geschlechterperspektive in der BGF

Die Geschlechterperspektive einzunehmen bedeutet, Gender- Kompetenz anzuwenden. Dadurch wird die Geschlechtergebundenheit von Standpunkten reflektiert und der dominante Blick, der die Bedeutung vom „anderen“ Geschlecht negiert, abgelöst. Somit sind Gesundheit und Krankheit als ein mehrdimensionales Geschehen zu verstehen, das seine Dynamik in der Lebensgeschichte von Subjekten mit „einem“ Geschlecht entfaltet.

In der Praxis kann die Geschlechterperspektive in einer geschlechtspezifischen Gesundheitsförderung, die sich an geschlechtshomogene Gruppen richtet oder in geschlechtersensiblen Ansätzen, die sich unter dem Geschlechterblickpunkt an gemischte Gruppen richtet, umgesetzt werden. Generell ist bei diesen Ansätzen immer gefordert, die geschlechterbezogene Sichtweise in alle Maßnahmen und Projekte auf allen Ebenen und in allen Phasen einfließen zu lassen und die Auswirkungen der Maßnahmen für beide Geschlechter abzuschätzen und zu beobachten (vgl. Helfferich 2003, S.47).

Um es auf den Punkt zu bringen, die Berücksichtigung der Kategorie „Geschlecht“ ist neben anderen wichtigen Determinanten wie Alter, soziale Schicht oder ethnische Zugehörigkeit als erster Schritt zu sehen, um die Qualität und die Reichweite von gesundheitsfördernden Projekten zu optimieren (vgl. Pirolt, Schauer 2007, S.14) und um gesundheitsfördernde Maßnahmen bedürfnis- und bedarfsgerecht entsprechend der jeweiligen Zielgruppe ableiten zu können (vgl. Kuhlmann, Kolip 2005, S.80).

Die derzeit betriebene Praxis der BGF läuft Gefahr, die Belastungen und Bedürfnisse von Frauen und Männern zu übergehen, da es an bedarfsgerechten Methoden und Instrumenten mangelt (vgl. Pirolt, Schauer 2007, S.12).

2.4.1 „Gender Mainstreaming“ (GM)

1998 hat der Europarat folgende Definition von Gender Mainstreaming (GM) veröffentlicht (zit.n. Mitter 2007, S.4):

„Gender Mainstreaming ist die (Re-)Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung politischer Prozesse mit dem Ziel, eine geschlechterbezogene gleichstellungsorientierte) Sichtweise in alle politischen Konzepte, auf allen Ebenen und in allen Phasen, durch alle an politischen Entscheidungen beteiligten Akteure und Akteurinnen einzubeziehen.“

- „Gender“ meint das soziale Geschlecht und bezieht sich u. a. auf die Lebens- und Arbeitsbedingungen und die geschlechtspezifischen Rollenzuschreibungen von Frauen und Männern (vgl. Kolip, Lademann 2008, S.240).
- „Mainstreaming“ verdeutlicht Thematiken, die bisher nur am Rande betrachtet wurden und nun in das Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt werden, das heißt, in den Hauptstrom einfließen sollen (vgl. Kolip, Lademann 2008, S.240).

Zusammengefasst soll dieser Begriff auf soziale Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern aufmerksam machen, die in allen Bereichen und bei allen Planungs- und Entscheidungsschritten bewusst wahrzunehmen und zu berücksichtigen sind. So sollen alle Vorhaben auf ihre möglichen geschlechtsspezifischen Auswirkungen hin überprüft und so gestaltet, dass sie die Gleichstellung von Frauen als auch von Männern fördern (vgl. Mitter 2007, S.4)

Diese Strategie, die das Geschlecht in den „Mainstream“ bringt, setzt einen Beschluss auf der politischen Ebene voraus, damit GM anschließend in den Organisationen als Instrument eingeführt werden kann. GM folgt daher einem „Top- down- Prinzip“, nutzt politisch-administrative und betriebswirtschaftliche Methoden und Instrumente und verfolgt neben den unterschiedlichen Zielsetzungen, wie soziale Gerechtigkeit und Optimierung von Organisationsprozessen hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit, auch die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgungsqualität. Die Umsetzung von GM stellt einen komplexen sozialen Prozess dar, der an bestimmte Bedingungen geknüpft ist und nach definierten Regeln durchgeführt wird. Wesentliche Elemente des Implementierungsprozesses von GM sind die Sensibilisierung für Geschlechterfragen, neue Steuerungsgruppen und systematische Problemanalysen sowie Standards und Zieldefinitionen. Die Innovation des Konzepts liegt darin, dass die Einnahme des Geschlechterblickwinkels zu einer Selbstverständlichkeit wird und somit das Geschlecht auf allen Entscheidungsebenen miteinbezogen und reflektiert wird (vgl. Kuhlmann, Kolip 2005, S.74f.).

Dieses Konzept löst die Frau aus ihrer Rolle der ewig Benachteiligten und stellt stattdessen die Geschlechterverhältnisse und die sozialen Konstruktionsprozesse von Geschlecht in den Vordergrund (vgl. Doyal 2000, S.936f.).

Bedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung von GM sind strategische Zielvorgaben und die partizipative Einbindung des Managements. GM fokussiert das Unternehmen bzw. die Organisation ganzheitlich und prozessorientiert. So können im Laufe der betrieblichen Veränderungsprozesse alle Bereiche und Ebenen betrachtet und auf einen möglichen Veränderungsbedarf hin analysiert werden. Dazu zählen Fragen angefangen beim Unternehmensleitbild, über Fragen systematischer Personalentwicklung bis hin zu Fragen, die die Vereinbarkeit von Beruf und Familie betreffen (vgl. Jung, Küpper 2001, S.11f.), siehe Abb.6.

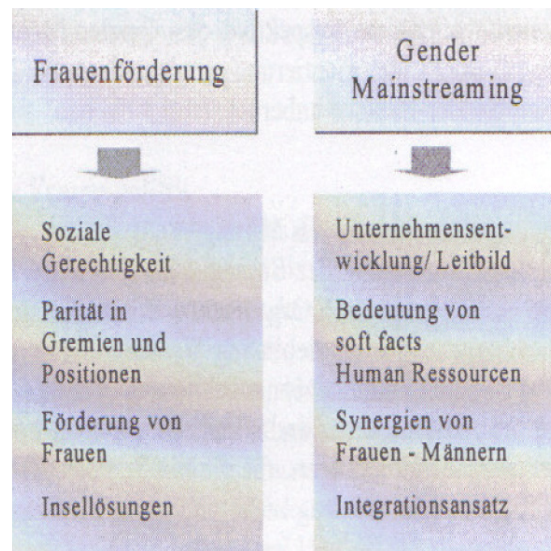


Abbildung 6: Gegenüberstellung von Frauenförderung und Gender Mainsteaming

Quelle: Jung, Küpper 2001, S.12

Die Einführung von GM verlangt vielschichtige strukturelle, soziale und kulturelle Veränderungen, da Organisationen implizit geschlechtlich organisiert sind (vgl. Kuhlmann, Kolip 2005, S.76). Um die betrieblichen Veränderungsprozesse mit den Zielen von GM zu verknüpfen, bedarf es der Klärung von Verantwortlichkeiten, der Etablierung eines Steuergremiums, dem entsprechenden Know-How (sprich Fortbildungsmaßnahmen, sogenannte Gender- Trainings) und einer bewussten Gestaltung (vgl. Jung, Küpper 2001, S.12 und Kuhlmann, Kolip 2005, S.77).

GM- Strategien und -aktivitäten richten sich demnach an die Potenziale der Frauen und Männer und berücksichtigen deren Bedürfnisse und deren Bedarf etwa in den Bereichen Flexibilisierung der Arbeitszeiten, Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Stärkung der Sozialkompetenzen. Darüber hinaus fokussiert GM die Bedürfnisse und den Bedarf des Unternehmens hinsichtlich Organisationsstrukturen, Führungskultur, Personalentwicklung, Kundenorientierung usw. (vgl. Jung, Küpper 2001, S.13f.).

GM als Strategie erweckt sowohl Hoffnung als auch Befürchtungen. Einerseits wird gehofft, die festgefahrenen Strukturen der Geschlechterverhältnisse aufbrechen zu können, andererseits wird befürchtet, dass sich die sozialen Unterschiede zwischen Männern und Frauen dadurch wieder neu verfestigen könnten (vgl. Meuser 2004, S.322).

Trotz aller vermeintlichen Risiken, der unterschiedlichen Definitionen und Implementierungsprozesse des politischen Konzepts steht jedoch nach wie vor eines fest

und zwar, dass sich die Selbstbeobachtung von Organisationen verändert, wenn GM implementiert wird. Um Handlungsprozesse zu verändern bzw. zu optimieren, ist es nicht nur wesentlich, *gender* als flächendeckende Kategorie einzuführen, sondern auch, darauf zu achten, welches Verständnis von *gender* integriert werden soll. Meuser meint, *gender* sollte als „Humanressource“ begriffen werden, um ungenutzte Rationalisierungspotenziale von Organisationen zu aktivieren (vgl. Meuser 2004, S.330f.).

Da GM nach den Ursachen von Unterschieden fragt, um geschlechtsspezifische Rollenzuschreibungen zu überwinden und strukturelle Ungleichheiten abzubauen, ist es wichtig, bei der Berücksichtigung von unterschiedlichen Bedürfnissen von Frauen und Männern die Unterschiede nicht als gegeben hinzunehmen (vgl. Mitter 2007, S.4), sondern folglich bedarfsgerechte und kontextspezifische Maßnahmen abzuleiten (vgl. Kuhlmann, Kolip 2005, S.76).

Präzise für das Themenfeld der Gesundheitsförderung bedeutet GM die Überprüfung aller Maßnahmen hinsichtlich ihrer angemessenen Berücksichtigung der Lebens- und Arbeitswelten von Frauen und Männern und die Bereitstellung bedarfsgerechter Zugänge und Methoden. Weiters geht es darum, die spezifischen gesundheitsfördernden Potenziale von Frauen und Männern auszuloten und dort gezielte Maßnahmen zu entwickeln, wo Defizite bestehen (vgl. Kolip, Altgeld 2006, S.16).

3 Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung

Der Begriff Nachhaltigkeit genießt eine allgemeine und gegenwärtige Akzeptanz, wird befürwortet und bildet in vielen Organisationen die Maxime in Leitbildern und Arbeitsphilosophien.

Mangels einer entsprechenden Definition wird Nachhaltigkeit auch oft durch Wörter wie Dauerhaftigkeit oder Langfristigkeit ersetzt, Wörter also, deren Bedeutung von der Allgemeinheit verstanden wird und zugleich Nachhaltigkeit implizieren, jedoch trotzdem nicht den gleichen Sinn wiedergeben.

Es ist anscheinend eine negative Vorliebe unserer Gesellschaft von Allem und gleichzeitig von Nichts zu reden. Dieses ungeschriebene Gesetz gilt auch für unsere Gesundheit, die uns alle angeht und an der uns allen eigentlich etwas liegen sollte...

Wird ein Blick in die Literatur geworfen, so lässt sich erkennen, dass auch die Definition von Nachhaltigkeit viele Gesichter hat. So wird unter diesen Begriff beispielsweise Folgendes verstanden:

(...)„Nachhaltigkeit ist Dauerhaftigkeit, allerdings nicht im Sinne starrer Ausgewogenheit, sondern Dauerhaftigkeit im ständigen Wandel.“(...) (Trojan, Legewie 2003, S.156).

Nachhaltigkeit wird oft mit einem Prozess gleichgesetzt, der eine Entwicklungsperspektive integriert und daher eher von „nachhaltiger Entwicklung“ als von Nachhaltigkeit selbst gesprochen wird:

(...)„Nachhaltige Entwicklung ist eine Entwicklung, die die Bedürfnisse der Gegenwart befriedigt, ohne zu riskieren, dass künftige Generationen ihre Bedürfnisse nicht befriedigen können.“ (...) (Brundtland-Bericht 1987)

Nachhaltige Entwicklung umfasst drei wesentliche Teilbereiche, nämlich ökonomische, ökologische und soziale Entwicklung. Ein Teilziel der sozialen Entwicklung ist es, geprägt durch einen gesellschaftlichen Diskurs über Ziele, Maßstäbe, Indikatoren und intersektorale Umsetzungsstrategien ein „hohes“ Gesundheitspotenzial zu erreichen. In diesem Zusammenhang formuliert die WHO in ihrem Maßnahmenprogramm „Gesundheit 21“ folgendes Grundsatzziel:

(...) durch Förderung einer gesunden Umwelt und durch Erleichterung gesundheitsbewusster Entscheidungen, die Möglichkeiten für nachhaltige Gesundheit zu schaffen“ (...) (WHO 1998).

Jedoch wird dieser mehrfach auftauchende Begriff „nachhaltige Gesundheit“ nirgends erläutert, beschrieben oder definiert und findet auch bisher keinen ernsthaften Eingang in den öffentlichen, wissenschaftlichen und politischen Diskurs. Das Leitbild der „nachhaltigen Gesundheitsförderung“, das analog zum Leitbild der nachhaltigen Entwicklung verstanden wird und auch der Einfachheit halber auf „Gesundheitsförderung“ verkürzt wurde, bildet hingegen die praktische und politische Grundlage in allen gesundheitsfördernden Setting- Projekten (vgl. Trojan, Legewie 2003, S.156f).

Zur Überprüfung der Realisierung dieses Leitbildes können vier Kriterien herangezogen werden (vgl. Trojan, Legewie 2003, S.157):

- Sind in allen Politikfeldern Routinen integriert, die die Gesundheitsverträglichkeit von Programmen und Maßnahmen vorausblickend einschätzen und zu einem Maßstab des Handelns machen?
- Gibt es dauerhafte Programme und Maßnahmen, die auf die Senkung von Gesundheitsbedrohungen und auf die Steigerung von Gesundheitsressourcen ausgerichtet sind?
- Existieren im Gegensatz zu zeitlich befristeten Projekten und Maßnahmen zukünftige Strukturen für Gesundheitsförderung?
- Liegen institutionalisierte Prozesse und Instrumente der Planung, Umsetzung und Qualitätssicherung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik vor?

Eine Praxis, die diesen umfangreichen Ansprüchen gerecht wird, existiert bis dato noch nicht (vgl. Trojan, Legewie 2003, S.157).

Damit Nachhaltigkeit zu einem nachhaltigen Schlagwort werden kann, muss nochmals die Erläuterung, die am Anfang der Arbeit dargelegt wurde, herangezogen werden, nämlich:

Nachhaltigkeit sollte ...

- ...an den jeweiligen Kontext gebunden sein, der letztendlich für den Inhalt, die Aussagekraft und die Umsetzung dieses Konzeptes maßgeblich ist.

Wenn wir nun den Bedeutungsgehalt von Nachhaltigkeit für die BGF festlegen wollen, sollten dabei zwei Ebenen beachtet werden, nämlich **die Organisation** und **das Individuum**.

Jeder Betrieb und jede Organisation, die Nachhaltigkeit zu ihrem Erfolgskriterium im Rahmen der Gesundheitsförderung machen, müssen für sich selbst definieren, was unter Nachhaltigkeit verstanden werden soll und wie diese folgend angestrebt bzw. erreicht werden kann. Dabei sind der betriebliche Kontext, die Verhältnisse und Ressourcen und die Zielgruppen entscheidend. Wie bereits erläutert zielt BGF darauf ab, Verhältnisse und in Folge dessen auch das Verhalten zu beeinflussen bzw. zu verändern. So kann in der BGF die Nachhaltigkeit als eine Zielgröße bezeichnet werden, die allen Beteiligten auch als solche bekannt sein sollte. Diese sollte ebenfalls zum Fokus haben, durch

entsprechende Projekte (Maßnahmen) die Strukturen und Prozesse in der Arbeitswelt gesundheitsfördernder für Frauen und Männer zu gestalten und zugleich einen positiven Einfluss auf das Gesundheitsverhalten beider Geschlechter in ihren Lebenswelten ausüben und dies nicht nur als vorübergehende Konstante, sondern auch als Variable, die sich flexibel dem Wandel der Umwelt anpasst.

Und wie wird eigentlich bestimmt, wann Nachhaltigkeit erreicht ist und vor allem, wie sie immer wieder erreicht werden kann?

Hier ist auf Schnabel (2007, S.160) zu verweisen, der Nachhaltigkeit als eine Messgröße für gesundheitsfördernde Maßnahmen definiert hat und damit die vorangegangene, eigentlich laienhaft herbeigeführte, Definition gut untermauert:

(...)„Nachhaltigkeit als Messgröße kann auf zweierlei Weise verwendet werden. Zum einen ist der durch Mehrfachmessungen zu aufeinanderfolgenden Zeitpunkten erbrachte Beleg für einen länger anhaltenden Einfluss einer Maßnahme selbst schon als ein Wirksamkeitsnachweis zu interpretieren. Darüber hinaus lässt sich Nachhaltigkeit als ein Indikator für Erfolg auch im Blick auf bestimmte infolge von Kampagnen, Programmen und Projekten ausgebildete Strukturen und zwar vor allem dann dokumentieren, messen und bewerten wenn sich zeigen lässt, dass sich diese Strukturen die ehemals mit Interventionen bedachten Menschen dazu befähigen, nach deren Beendigung ohne fremde Hilfe in Sachen Gesundheit aktiv zu bleiben und/oder zu werden.“(...)

Demnach kann Nachhaltigkeit als Messgröße in der Prozess-, Struktur-, und Ergebnisevaluation ihren Platz finden (vgl. Schnabel 2007, S.165):

- **Prozessevaluation**

Wie viele Aktionen waren auf die Bildung und die Pflege nachhaltiger Strukturen gerichtet?

- **Strukturevaluation**

Tragen die Strukturen dazu bei, die erreichten Effekte auf Dauer zu sicherzustellen?

- **Ergebnisevaluation**

Konnten/können die erzielten/anschließenden Ergebnisse auch ohne Fremdhilfe erreicht werden?

So lässt sich also, um die Verwirrung rund um den Begriff der Nachhaltigkeit zu mindern, folgendes Fazit für die BGF ziehen:

Nachhaltigkeit als Zielkriterium muss im jeweiligen Kontext, ihren Sinngehalt finden, um mit geeigneten Maßnahmen (**setting-, ressourcen- und zielgruppenorientiert**) angestrebt werden zu können. Zudem sollte diese als Messgröße installiert werden, um den Unternehmenserfolg hinsichtlich dieses Ziels festmachen zu können.

Teil B – Von der Theorie zur Praxis

Nach dem ausführlichen theoretischen Input werden im folgenden Teil zwei „Good Practice“ Beispiele, zu Deutsch Beispiele „guter“ Praxis, vorgestellt.

Der Begriff „Best Practice“ ist zwar geläufiger, dennoch soll er in dieser vorliegenden Arbeit ausgespart werden, da dieser einen Idealzustand suggeriert, zudem nicht wissenschaftlich fundiert ist und auch im Betriebsalltag nicht genutzt wird. Beispiele von geschlechtergerechter BGF hingegen sollten eine Vorbildfunktion innehaben, alltagstauglich sein und schlussendlich eine Orientierung bieten, wie die Zukunft der geschlechtergerechten BGF gestaltet werden kann (vgl. Jung, Küpper 2001, S.15).

1 „Good Practice“ Beispiele

1.1 Projekt: „Spagat – innovative Gesundheitsförderung berufstätiger Frauen“

Punkt 1.1. und 1.2 erfolgen nach Pirolt, Schauer 2001 und 2006 (S.233-243):

(...)„Der Morgen ist stressig. Die Familie ist zu versorgen, die Tochter ist im Kindergarten abzuliefern, der Große muss pünktlich zur Schule. Wenn ich morgens den Betrieb betrete, habe ich bereits ein hartes Stück Arbeit hinter mir.“(...)

(...)„Natürlich schleppt man die Probleme von der Arbeit mit nach Hause. Ich hab oft ein schlechtes Gewissen, weil ich dann den Kindern gegenüber ungeduldig bin.“(...)

(...)„Für mich selbst bleibt keine Zeit; wenn ich etwas für mich selbst tun will, geht das nur auf Kosten des Schlafes.“(...)

(...)„Oft macht Unvorhergesehenes meine ganze Planung zunichte.“(...)

(...)„Ich könnte mir es nicht vorstellen, ‚nur‘ zu Hause zu sein. Mir ist der Kontakt zu den Kolleginnen wichtig – zu Hause würde mir die Decke auf den Kopf fallen.“(...)

(...)„Ich bin finanziell unabhängig. Wenn ich etwas Schönes sehe oder etwas für die Wohnung haben möchte, kann ich es kaufen, ohne meinen Mann fragen zu müssen.“(...)

(...)„Die Arbeit gibt mir Selbstbestätigung. Ich weiß, dass ich meine Leistung bringe und bin stolz darauf.“(...)

Dies sind Aussagen berufstätiger Frauen im Rahmen des Projektes „Spagat“, die die Vor- und Nachteile ihrer Berufstätigkeit und die Bemühungen, Berufstätigkeit und private Verpflichtungen zu vereinbaren, beschreiben.

1.1.1 Ziele und Praxis des Projektes

Da der „Spagat“ zwischen Beruf und Privatleben ein tägliches „Kunststück“ und zugleich einen blinden Fleck in der BGF darstellt, hat dieses Projekt zum Ziel, übertragbare Modelle der BGF zu entwickeln, um die Belastungssituationen der Frauen zu erheben, zu dokumentieren und gemeinsam mit den Betroffenen Lösungen zur Reduzierung dieser zu erarbeiten. Der Projektauftrag beinhaltete die Durchführung von frauenspezifischen Gesundheitsförderungsprojekten in fünf verschiedenen Betrieben und Branchen in Oberösterreich (von Januar 2000 bis September 2001). Des Weiteren stand die Schulung von Gesundheitszirkelmoderatorinnen und -moderatoren sowie die Erstellung eines Handbuchs auf dem Projektplan. Beteiligte an diesem Projekt waren Reinigungsfrauen einer oberösterreichischen Gemeinde, Mitarbeiterinnen aus Reinigung, Pflege und Küche eines Wohn- und Pflegeheimes, Mitarbeiterinnen eines Call-Centers, Hilfspersonal einer Betriebsküche und Produktionsmitarbeiterinnen eines Lebensmittelherstellers. Im Rahmen dieses Projekts wurden in jedem Pilotbetrieb ein Steuerkreis und ein Gesundheitszirkel eingerichtet. Die Gesundheitszirkel setzten sich aus fünf bis zehn Personen einer hierarchischen Ebene zusammen und erhoben innerhalb von fünf bis sieben ca. zweistündigen Treffen mit Unterstützung der Projektmitarbeiterinnen als externe Moderatorinnen die gesundheitsbelastenden Arbeits- und Lebenssituationen. Anschließend wurden praxisnahe Lösungsansätze erarbeitet. Hier wurde speziell der Möglichkeit, Erfahrungen auszutauschen Raum gegeben. Die Ergebnisse wurden im Anschluss im Betrieb präsentiert. In den Steuerkreisen waren die Arbeitgeberinnen- bzw. Arbeitgeberseite und die Arbeitnehmerinnen- bzw. Arbeitnehmerseite sowie Personen, die mit der Gesundheit und Sicherheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter betraut waren, vertreten. Diese Steuerkreise hatten die Aufgabe, die Lösungsvorschläge der Zirkelarbeit zu prüfen, folglich den Implementierungsprozess vorzubereiten und betriebsinterne Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben.

1.1.2 Häufige Belastungen von Frauen

Im Zuge der Gesundheitszirkelarbeit mussten die Frauen ihr Gesundheitsbild beschreiben, weiters wurden Stolpersteine und Reibungspunkte entlang eines typischen Alltags definiert, anschließend in eine Problemsammlung aufgenommen und bearbeitet. Jedes Problem wurde einzeln analysiert und dazu Lösungsansätze formuliert.

Hier nun eine Anführung der Belastungen, die öfters genannt wurden:

- **Psychosoziale Probleme**

Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren und der wachsende Zeit- und Leistungsdruck gehörten zu den Belastungen, die die Arbeit erschwerten und die Gesundheit beeinflussten. Weiters litten die Mitarbeiterinnen unter dem Führungsverhalten ihrer Vorgesetzten und unter fehlender Mitsprachemöglichkeit. Ebenso standen starre Strukturen und geringe Handlungsspielräume dem Wunsch entgegen, Verbesserungsvorschläge oder das in Aus- und Fortbildung erworbene Wissen einbringen zu können.

- **Ergonomie und Umgebungsbelastung**

Einseitige körperliche Belastungen, fehlende unterstützende Arbeitsgeräte sowie Lärm, Nässe, Zugluft, Hitze usw., teils schlechte Einschulung und die Tatsache, dass viele Arbeiten alleine erledigt werden mussten, wurden als gesundheitsschädigend eruiert.

- **Arbeitszeit/ Diskriminierung von Teilzeitkräften**

Rigide Arbeitszeitvorgaben, kurzfristig angeordnete Überstunden erschwerten die Koordination und Vereinbarkeit der Lebensbereiche. So standen Arbeitszeiten oft im Widerspruch zu den Öffnungszeiten von Kinderbetreuungseinrichtungen, ebenso konnten Termine wie Elternsprechtage oder der Gang zu Behörden zu einem Problem werden. Dem Wunsch nach vielfältigen Teilzeitvarianten wurde nicht selten entgegnet, stattdessen standen Diskriminierung und Benachteiligung, in der Form von niedriger Entlohnung, geringen Aufstiegsmöglichkeiten, der verwehrter Zugang zu Weiterbildungsangeboten usw., auf der Tagesordnung.

- **Mangelnde Betreuungsangebote**

Fehlende Betreuungseinrichtungen, Mangel an privater Unterstützung und an sozialen Netzen führte sehr häufig zur Beendigung der Berufstätigkeit. Beide Lebensbereiche zu koordinieren verlangte einen Planungs- und Organisationsaufwand, der durch den Eintritt kleinster Hindernisse zunichte gemacht werden konnte (z.B. Ferienzeit, krankes Kind, keine öffentliche und private Unterstützung... führten zur Entstehung unlösbarer Probleme).

- **Schlechtes Gewissen gegenüber den Kindern**

Dieses stellte sich ein, wenn ein Kind krank oder oft als Letztes vom Kindergarten abgeholt wurde.

- **Überforderung durch die Fülle der Arbeit/keine Zeit für sich selbst**

Berufliche Probleme wurden häufig mit nachhause genommen oder umgekehrt. „Nicht abschalten können“, „ständig daran denken müssen“ und „sich verantwortlich fühlen“ und geringe Erholungsphasen erschwerten den Alltag. Persönliche Regeneration, Freizeitaktivitäten oder individuelle Freiräume waren oft nur auf Kosten des Schlafes möglich.

- **Aufteilung der Haus- und Familienarbeit**

Fehlende Unterstützung und das dauernde Einfordern der Hilfe des Partners oder der Kinder führte zur Frustration und zu Konflikten.

1.1.3 Belastungen und Ressourcen als Teil der Gesundheitszirkelarbeit

Ausgehend vom Projektlogo, das eine Frau im Spagat darstellt, wurde die Vorgehensweise in den Zirkeln definiert. So mussten die Teilnehmerinnen beschreiben, wie sie ihre Situation und zwar mit einem Bein im Familienleben und mit dem anderen im Beruf stehend empfinden. So konnten sowohl Belastungen als auch gesundheitsfördernde Ressourcen ermittelt werden. Weiters wurden Erfahrungen ausgetauscht, wie die Positionen geändert oder erleichtert werden könnten und folglich wurde noch erörtert, was der Betrieb zur Erleichterung des Spagats beitragen könnte (wobei nur dieser letzte Diskussionspunkt im Betrieb dargelegt wurde). Im Diskurs über persönliche Verhaltensweisen konnten typisch „weibliche“ Alltagskonzepte zum Vorschein gebracht werden, wie z.B. die Zurücknahme von Bedürfnissen. Als erprobte Veränderungsschritte im eigenen Verhalten wurden beispielsweise die Inanspruchnahme von Unterstützung von Freundinnen und Freunden oder Verwandten, das Zurückgreifen auf professionelle Hilfe, der Versuch die eigenen Ansprüche in Bezug auf Kinder und Haushalt usw. zu reduzieren und gegenüber den Ansprüchen dritter unabhängiger werden zu lassen, diskutiert.

An den Betrieb wurden folgende Anforderungen gestellt: Neue Arbeitszeitregelung, flexiblere Urlaubsregelungen, die Berücksichtigung von Betreuungspflichten beim Erstellen von Dienstplänen, die Möglichkeit einer betriebseigenen Kinderstätte (diese hätte den Vorteil räumlicher Nähe und würde somit Wegzeiten ersparen) oder familienfreundliche Ferienangebote oder die Möglichkeit aus der Betriebsküche Essen mit nachhause zu nehmen (um den Stress zu reduzieren, selbst eine Mahlzeit zubereiten zu müssen) usw..

Das Thema „Spagat“ wurde nicht in allen Gesundheitszirkeln vertiefend aufgegriffen, die Gründe dafür sind unterschiedlich. Für Fragen der Vereinbarkeit fühlte sich der Betrieb meist nicht zuständig, so wurden auch teilweise die Chancen auf Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen als gering eingestuft. Ein weiterer möglicher Hinderungsgrund kann jener sein, dass Frauen in „getrennten“ Welten leben, die nach unterschiedlichen Mustern funktionieren. Die Anforderungen eines Bereiches werden vom anderen Bereich „geheim“ gehalten und daher passiert es, dass Frauen wenig Unterstützung erfahren und eigenständig nach Lösungen suchen müssen. Manche Frauen nehmen dies lieber in Kauf, da sie eher Benachteiligung fürchten, wenn dem Betrieb Vereinbarkeitsprobleme bekannt werden. Ebenso zeigte die Zirkelarbeit, dass Frauen nicht nur auf strukturelle, also äußere Barrieren stoßen, sondern selbst auch innere Barrieren aufgebaut haben, wie z.B. die „perfekte“ Mutter/Hausfrau/Ehefrau sein zu wollen.

Die Hemmung zur Veränderung im privaten Bereich liegt auch in der Tatsache begraben, dass Frauen in der Bewältigung hoher Anforderungen auch Selbstbestätigung finden.

Im Diskurs um die Vereinbarkeit wurden aber auch die positive Seiten der Mühen und Anstrengungen sichtbar, es wurde vom „Stolz des Geleisteten“, von einer größeren Zufriedenheit mit sich selbst und mit anderen usw. gesprochen. Finanzielle Unabhängigkeit und die Möglichkeit den Blickwinkel zu wechseln, also den Abstand vom jeweils anderen Bereich zu bekommen, wurde ebenso unterstrichen.

1.2 Von „Spagat“ zum „Gender Mainstreaming“ in der BGF

Aus dem Projekt „Spagat“ geht hervor, dass es unabdingbar ist, innerhalb der BGF angelegten Projekte, die Geschlechterperspektive zu integrieren, denn ohne diesen Blickwinkel bleiben viele Belastungen berufstätiger Frauen, die eigentlich dem privaten Bereich zugeordnet werden, verkannt. Der Ergebnisse der Gesundheitszirkelarbeit belegen, dass in der Kombination und Koordination der Lebensbereiche einerseits Ressourcen liegen, die sich gesundheitsfördernd auf Frauen und deren persönlichen Entwicklung auswirken, andererseits jedoch Ambivalenzen hervorbringen. So wurde während des Projektablaufes immer deutlicher, dass die eine besagende „Gender- Brille“ wesentlich zur Analyse und Bearbeitung bestimmter Probleme ist. Dies zeigt sich vor allem in den Bereichen Reinigung und Küche, da Geschlechtsstereotype jeder Frau zuschreiben, dass sie putzen und kochen kann und daher auf die notwendigen Einschulungen und Aus- und Weiterbildungen gerne verzichtet wird, da diese überflüssig erscheinen.

In Österreich gibt es kaum geschlechtssensible Ansätze in der BGF, da diese meist von „Mitarbeitern als geschlechtsneutrale Wesen“ ausgeht. Um der Geschlechtsblindheit, die alle Phasen des BGF- Prozesses durchzieht, entgegenzuwirken, muss das Geschlecht als zentrale Kategorie eingeführt werden und sowohl in quantitativer Hinsicht als auch in qualitativer Hinsicht „ihre“ und „seine“ Berücksichtigung finden.

Um eine geschlechtsstereotypfreie und ganzheitliche Sichtweise zu ermöglichen, sind z.B. geschlechtsidentifizierende Fragebögen zu erstellen bzw. Ist-Standerhebungen zu tätigen und die Arbeitsweise und Zusammensetzung der Gesundheitszirkel hingehend zu prüfen, ob sie die Problemsicht fördern oder behindern. Weiters muss die Geschlechterdimension in der Evaluierung der BGF ihren Platz finden.

So wäre es notwendig, den aktuellen Stand der Praxis unter den Fokus des Gender Mainstreamings, sprich orientiert an den Bedürfnissen und am Bedarf von Frauen und Männern, zu analysieren um den Entwicklungsnotwendigkeit zu erheben, neue Modelle zu erarbeiten und um schlussendlich die Gender- Debatte voranzutreiben.

1.3 Projekt: „Gesundheitsmanagement in öffentlichen Verwaltungen geschlechtergerecht gestalten“ - ein Beispiel aus Niedersachsen

Im folgenden Beitrag soll nun (nach Pieck 2006, S.219ff.) anhand der Erfahrungen aus Beratung und Begleitung von 30 Modellprojekten und der Evaluation einzelner Projekte aufgezeigt werden, inwiefern GM umgesetzt und bzw. inwiefern BGM geschlechtergerecht gestaltet werden kann.

Ende 2002 wurde in der niedersächsischen Landesverwaltung der Grundstein für ein betriebliches Gesundheitsmanagement gelegt, in dem das Kabinett BGM flächendeckend auf der Grundlage eines Leitfadens eingeführt hat, der zuvor von einer interministeriellen Arbeitsgruppe entwickelt wurde. Eine zweijährige Aufbauphase wurde zur Etablierung des BGM angeordnet, in der eine aktive Begleitung und Beratung der Dienststellen sowie eine finanzielle Förderung von Modellprojekten sichergestellt wurde. Dieser Prozess wurde von einer landesweiten Steuerungsgruppe begleitet. 2002 schloss das Ministerium für Inneres und Sport eine Vereinbarung mit den Gewerkschaften, die den Leitfaden zur Grundlage des Gesundheitsmanagements erklärte und die ebenfalls die doppelte Zielsetzung „Förderung der Gesundheit“ und „Erhalt der Leistungsfähigkeit“ deklarierte. So erhielten insgesamt 30 Modellprojekte eine Förderung, in dem die einzelnen Dienststellen genau darlegen mussten, wie die im Leitfaden zu Grunde liegenden Prinzipien im Projekt

umgesetzt werden sollten. Förderungsschwerpunkt lag auf Projekten, die einen Einstieg in Organisationsentwicklungs- und Personalentwicklungsprozesse erkennbar machten.

1.3.1 GM – Prinzipien eines geschlechtergerechten Gesundheitsmanagements

Der wesentliche Kern des niedersächsischen Konzepts war der, die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten gesundheitsfördernd zu gestalten. Belastungen sollten abgebaut und Ressourcen gestärkt werden, um die Gesundheit langfristig zu erhalten. Der entwickelte Leitfaden orientierte sich inhaltlich an den Prinzipien der Luxemburger Deklaration und am Gesundheitsbegriff der WHO und ergänzte die dort erläuterten Prinzipien für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung um das Prinzip des Gender Mainstreaming. Unter den Begriff „geschlechtergerecht“ wurde im Rahmen dieses Projekts verstanden, dass Gesundheitsmanagement so angelegt werden muss, dass von den Zielen, Verfahrensweisen und Ergebnissen sowohl Frauen als auch Männer gleichermaßen profitieren. Um dies zu gewährleisten, müssen die Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen und Männern berücksichtigt werden, wobei ein Schutz bzw. eine Förderung der Gesundheit nicht mit der Benachteiligung von Frauen oder Männern einhergehen soll. Daher forderte der Leitfaden eine Anwendung von GM-Prinzipien, deren Ergebnis ein geschlechtergerechtes Gesundheitsmanagement sein sollte. Das Konzept des GM wurde hier als Strategie mit der Organisationsentwicklung verbunden, wobei der Gedanke im Zentrum stand, die Auswirkung der strukturellen Verknüpfung zwischen Erwerbs- und Familienarbeit auf Frauen und Männer als soziale Gruppen zu berücksichtigen. So wurde innerhalb des Projekts vom GM im Gesundheitsmanagement gesprochen, das zum Ziel hatte, Maßnahmen zu entwickeln, die Belastungen z.B. durch Vereinbarkeitsproblematiken zu reduzieren und gleichzeitig Gleichstellung zu fördern. Der Leitfaden verwies auf die Bedeutung von Mehrfachbelastungen von Frauen und Männer und den widersprüchlichen Anforderungen von Familie und Beruf sowie die Ausblendung und Bagatellisierung von Belastungen für typisch weiblich- und männlichdominierte Berufe. Im Leitfaden wurden folgende Ziele für die Umsetzung von GM im Gesundheitsmanagement angestrebt (vgl. Niedersächsisches Innenministerium 2002, S.10):

- Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist weiterhin zu erleichtern. Dabei sollen auch Männer unterstützt werden, ihre Erwerbstätigkeit zugunsten der Familienpflichten zu reduzieren oder zu unterbrechen. Ebenso sollen die

Belastungssituationen für Frauen abgepuffert werden und die Ressourcen, die in den verschiedenen Rollen der Frauen liegen, gestärkt werden.

- Es sollen Voraussetzungen für einen gleichberechtigten Zugang von allen Tätigkeiten, frei von jeglicher geschlechterstereotyper Zuordnung, getroffen werden.
- Frauen sollen Zugang zu Aufstiegsmöglichkeiten erhalten und aktiv in ihrer Karriere unterstützt werden
- Unterbewertungen von Tätigkeiten in frauendominierten Arbeitsbereichen soll entgegengewirkt werden.

Somit war die Aufgabe der verantwortlichen Dienststellen im Rahmen des Projekts belastende oder überfordernde Konstellationen von Arbeitsbedingungen in Beruf und Familie abzubauen und die gesundheitsfördernden Vereinbarkeitskonstellationen für beide Geschlechter zu fördern, darüber hinaus sollten bestehende Diskriminierungsmechanismen abgebaut werden. Folgend werden die Prinzipien, die das Kernstück des betrieblichen Gesundheitsmanagement in Niedersachsen erläutert, die im Prozessmodell gebündelt wurden.

- **Ganzheitlichkeit**

Das Gesundheitsmanagement zielt auf Verbesserungen des Verhaltens und der Verhältnisse ab, das bedeutet, die Förderung von individuellen und organisatorischen Ressourcen steht im Mittelpunkt und ist als solche eine Form der Personal- und Organisationsentwicklung, welche die Belastung der Beschäftigten und die gesundheitsfördernden Ressourcen der Arbeit zum Ausgangspunkt nimmt. Gesundheit ist im Verständnis des Leitfadens eine Managementaufgabe, die von allen Beteiligten gewollt und getragen werden muss.

- **Partizipation**

Die Beteiligung der Beschäftigten und der Führungsebene sind eine Bedingung für die Akzeptanz von Veränderungen und ihrer Realisierung und ist zudem methodisch notwendig, um Probleme zu eruieren und Lösungen zu erarbeiten.

- **Projektmanagement**

Dies ist das Handwerkzeug, um Gesundheitsmanagement umsetzen zu können. Der Leitfaden empfahl Gesundheitsmanagement in Form von Projekten einzuführen, damit die Organisation im Rahmen dieser zum selbstständigen Lernen erzogen wird.

- **Integration**

Integration versteht die dauerhafte Verankerung des Gesundheitsmanagements in der Organisation. Die Förderung von Gesundheit impliziert also nicht ein einmaliges Vorhaben, sondern versteht einen dauerhaften Prozess, der sich immer wieder vollzieht und einer ständigen Entwicklung unterzogen ist.

1.3.2 Ergebnisse der Evaluation der zweijährigen Projektphase

Die genannten Prinzipien der Luxemburger Deklaration wurden in der praktischen Umsetzung wechselseitig aufeinander bezogen und im Prozessmodell (siehe Abb.7) durch grobe Arbeitsschritte und Empfehlungen zur methodischen Vorgangsweise miteinander verknüpft.

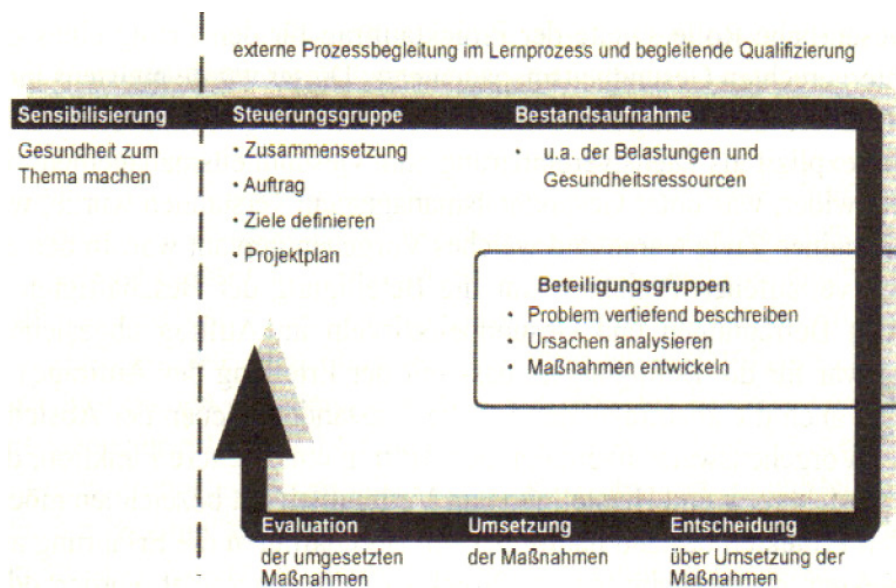


Abbildung 7: Prozessmodell

Quelle: Pieck 2006, S.225

Für die langfristige Förderung der Gesundheit durch die Entwicklung der Organisation waren eine klare Zielsetzung und eine Projektsteuerung wesentliche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung. So wurde mit der Besetzung der Steuerungsgruppe ein erster wichtiger Schritt in Richtung geschlechtergerechtes Gesundheitsmanagement getan, in

dem der Leitfaden empfahl diese je zur Hälfte mit Frauen und Männer zu besetzen, was in der Regel auch gelungen ist.

Bei der Definition der Ziele spielten Gender Mainstreaming oder der Aspekt der Gleichstellung keine Rolle.

Um die Bestandsaufnahme bzw. Ursachenanalyse geschlechtergerecht zu gestalten wurde auf drei Aspekte eingegangen, nämlich darauf, wonach in der Bestandsaufnahme gefragt wurde, wer befragt wurde und nach welchen Kriterien die Daten ausgewertet wurden. Zur Bestandsaufnahme wurde in Zusammenarbeit mit AOK Niedersachsen ein standardisierter Fragenbogen verwendet, der Fragen zum Betriebsklima, zu den gesundheitlichen Beschwerden, sowie zur Arbeitsaufgabe enthält. Dennoch konnte damit, trotz heftiger Kritik bzgl. *gender bias*, ein breites Spektrum an Beschwerden abgefragt werden, das weitreichend genug war, um in Kombination mit der passenden Auswertung und der Bearbeitung in Beteiligungsgruppen spezifische Belastungen von Frauen und Männer herauszuarbeiten. So wurden beispielsweise auch psychische Belastungen an „Männerarbeitsplätzen“ sichtbar, die bisher nur durch schweres Heben und Tragen gekennzeichnet waren. Der Fragebogen wurde in einigen Fällen um spezifische Fragen ergänzt, wie z.B. um Fragen hinsichtlich der Vereinbarkeit und der Gleichbehandlung oder Benachteiligung von Teilzeitkräften in Bereich Weiterbildung und Aufstieg. Da sich herausstellte, dass sich die Teilzeitkräfte verstärkt benachteiligt fühlten, wurde diese Diskriminierungsthematik explizit in die Gesundheitszirkelarbeit aufgenommen. Wesentlich für ein geschlechtergerechtes Gesundheitsmanagement war es ebenso, keine Bereiche oder Personengruppen auszuschließen. Weiters war die geeignete Auswahl der Daten ein Muss für ein geschlechtergerechtes Gesundheitsmanagement. Die Daten mussten so erhoben werden, dass die Tätigkeitsbereiche sichtbar gemacht wurden, da Frauen und Männer unterschiedliche Tätigkeiten verrichten, die unterschiedliche Belastungen und Ressourcen hervorrufen. Belastungen sind an konkrete Arbeitsbedingungen geknüpft, die sich ausschließlich in ihrem Kontext analysieren und beheben lassen. Erste Hinweise auf die Bereiche mit Handlungsbedarf sollten Befragungen von Frauen und Männer liefern, deren unterschiedliche Antworten in den Bezug zu den Tätigkeiten und Kontexten zu setzen sind.

So versteht ein Gesundheitsmanagement im Sinne der Geschlechtergerechtigkeit, Arbeitsbedingungen und strukturelle Rahmenbedingungen abzubauen, die zu einer unterschiedlichen Verteilung von Belastungen und Ressourcen von Frauen und Männern führen. Darin liegt die Verantwortung und Gestaltungsmöglichkeit der Organisation.

Ein entscheidender Erfolgsfaktor für die spürbare Reduktion von Belastungen war auch die Partizipation der Beteiligten an der Ursachenanalyse. Als effektives Instrument hat sich in diesem Rahmen der Gesundheitszirkel erwiesen. So konnte nicht nur die Zufriedenheit der betroffenen Personen, sondern auch ihre Produktivität in den jeweiligen Bereichen gesteigert werden.

Aus der Projektarbeit ging hervor, dass die Analyseschritte, wie Personalbefragung, Gesundheitszirkel zur Ursachenanalyse und die Maßnahmenentwicklung vom Ergebnis her, zu einem geschlechtergerechten Gesundheitsmanagement beigetragen haben, obwohl sich die Projekte nie explizit mit Gleichstellungsfragen oder mit Gender Mainstreaming auseinander gesetzt haben. Der Handlungsbedarf in typischen frauen- oder männerdominierten Arbeitsplätzen konnte ausgemacht werden, indem die Daten nach Geschlecht, Merkmals- und Tätigkeitsbereichen ausgewertet wurden.

Der Gesundheitszirkel äußerte seine Stärke darin, dass Belastungen konkretisiert und im jeweiligen Kontext analysiert wurden. Durch die gemeinsame Reflexion wird die Chance aufgetan, geschlechtstereotype Vorstellungen abzubauen. Dafür ist eine gute Moderation von Nöten, die auch die Belastungen thematisiert, die in der Kombination von Beruf und Familie ihren Ursprung haben. Dies konnte im Rahmen des Projektes von Niedersachsen gut umgesetzt werden.

Darüber hinaus konnten durch die Analyse des Kontextes Lösungsansätze erarbeitet werden, die die Konstellation von Anforderungen und die möglichen Belastungen aus Familie und Beruf berücksichtigten (es beispielsweise in der Küche, die größtenteils weiblich besetzt war, eine andere Schichtbesetzung entwickelt und zudem wurden diese neuen Arbeitszeiten so gestaltet, dass sie mit dem Familienleben vereinbar sind).

Aus der Arbeit im Gesundheitszirkel konnten ferner Anregungen für die Organisations- und Personalentwicklung gewonnen werden. So wurde z.B. ein Gesundheitszirkel für Teilzeitkräfte eingerichtet, da diese die geringe Wertschätzung ihrer Arbeit als belastend empfanden. Im Rahmen der Zirkelarbeit konnte aufgrund der genauen Auseinandersetzung mit den Arbeitsbedingungen der Teilzeitkräfte herausgefunden werden, dass die Art und der Umfang der Teilzeitarbeit nicht richtig eingeschätzt bzw. unterschätzt wurden. Demgemäß wurden Lösungsansätze (wie z.B. Neuregelungen der Teamarbeit, Vertretungsregelungen...) erarbeitet, die auch unbemerkte Diskriminierungsmechanismen aufdecken bzw. abbauen können.

1.3.3 Fazit

Aus den Erfahrungen mit BGM und GM in Niedersachsen war jene Tatsache bemerkenswert, dass sich unter dem Aspekt der Gesundheit Fragen der Gleichstellung leichter verhandeln lassen bzw. dass Fragen nach der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben legitimer scheinen, als wenn „nur“ die privilegierten Männern den benachteiligten Frauen gegenübergestellt werden.

Ein geschlechtergerechtes Gesundheitsmanagement nach dem Beispiel von Niedersachsen hatte also folgende Kriterien zu berücksichtigen, um einen maßgeblichen Erfolg nach sich ziehen zu können: GM war an eine Strategie der Organisationsentwicklung angeschlossen, deren Ziele von den Beteiligten ausführlich formuliert und getragen wurden. Außerdem lag der Verantwortungsbereich für den Abbau von Belastungen, die aus der Vereinbarkeitsproblematik entsprangen, bei der Organisation. Ebenso konnte durch die systematische Beteiligung der Betroffenen die adäquate Berücksichtigung der Geschlechterperspektive sichergestellt werden. Vor allem erwiesen sich die Gesundheitszirkel, die durch die Skizzierung lebensweltlicher Zusammenhänge und durch die ständige Fokussierung des Kontextes als ein effizientes Mittel um einer gesundheitsfördernden Gestaltung von Arbeit und Familie für Frauen und Männer gerecht zu werden.

Teil C – Empfehlungen für eine geschlechtergerechte Praxis in der BGF

Folgende Empfehlungen für eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderungspraxis betreffen Prozessabläufe, Strukturen und Rahmenbedingungen von BGF- Projekten:

- a. Die Geschlechterperspektive muss prozessorientiert (vgl. Jahn 2004, S.27) in alle Projekte und Maßnahmen auf allen Ebenen und Phasen des BGM eingeführt werden (vgl. Helfferich 2003, S.48), um (im Rahmen der Evaluation) die Auswirkungen für beide Geschlechter ableiten zu können (vgl. Jahn 2004, S.27).
- b. Um die Kategorie „Geschlecht“ in den Hauptstrom der BGF zu lenken, bedarf es einem expliziten politischen Auftrag, welcher von möglichst vielen Einrichtungen mitzutragen und umzusetzen ist (vgl. Pirolt, Schauer 2007, S.39).
- c. Gender- Kompetenz (folglich Gender- Sensibilisierung und Gender- Wissen) ist zukünftig als Teil eines einschlägigen Fachwissens zu verstehen und zu vermitteln und in Aus- und Weiterbildungen zu integrieren (vgl. Jahn 2004, S.27).
- d. Geschlechtersensible Instrumente (siehe Anhang) wie z.B. Fragebögen sind zu entwickeln, um einerseits geschlechtsspezifische Verzerrungen in Forschung und Praxis zu vermeiden (vgl. Maschewsky-Schneider 2000, S.14) und um andererseits die Bedürfnisse von Frauen und Männern in ihren Lebenswirklichkeiten zu erkennen und adäquat zu berücksichtigen (vgl. Pirolt, Schauer 2007, S.32). Dabei sind Dimensionen wie psychische und emotionale Belastungen, Chancengleichheit, Vereinbarkeit von Arbeits- und Lebenswelt, usw. zu beachten und zu erheben. So sind Daten nach Geschlecht differenziert zu erheben (z.B. Anzahl der Beschäftigten nach Geschlecht, Alter, Arbeitszeit, usw.)(vgl. Pirolt, Schauer 2007, S.35).
- e. Bei der geschlechtsspezifischen Auswertungen z.B. von Krankenstandsdaten kann eine Feststellung, wie „Frauen sind seltener und kürzer im Krankenstand als Männer“, folgende Fragen aufwerfen (vgl. Nitsch o. J.):
 - Sind Frauen gesünder?
 - Achten sie mehr auf ihre Gesundheit und betreiben mehr Vorsorge?
 - Arbeiten Frauen an weniger belastenden Arbeitsplätzen?

- Können Frauen es sich nicht leisten, krank zu werden, aus Angst, ihren Arbeitsplatz zu verlieren?
- Verfügen sie über bessere persönliche oder soziale Ressourcen?

Wichtig dabei ist es, etwaige Strukturdefizite und nicht geschlechtsspezifische Charakteristika zu fokussieren, um nicht erneut Geschlechterstereotype zu reproduzieren (vgl. Wetterer 2002, S.143ff.).

- f. Weiters sind Steuerungsgruppen, Gesundheitszirkel, Projektgruppen, usw. nach den betrieblichen Gegebenheiten und Erfordernissen, wenn möglich, paritätisch zu besetzen (vgl. Spicker, Schopf, 2007, S.66).
- g. Darüber hinaus ist es Ruckstuhl, Kolip und Gutzwiller (2001) zu verdanken, dass die 1966 von Donabedian entwickelte klassische Trias von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität um die Dimension der Assessmentqualität erweitert wurde. Diese integriert einerseits die Bedürfnisse und Bedarfe der anvisierten Zielgruppen und legitimiert andererseits die Maßnahmen, die dementsprechend abgeleitet werden. Folgend werden eine relevante Auswahl von Assessment-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorgestellt bzw. vorgeschlagen und um wichtige Fragen ergänzt werden, die für die Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht als zentral gesehen werden, siehe Tab.3 (vgl. Ruckstuhl, Kolip, Gutzwiller 2001 zit.n. Kolip, Altgeld 2006, S.23f.).

Assessmentqualität	Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Wurde eine Bedarfseinschätzung vorab durchgeführt, die die Bedarfe unterschiedlicher Zielgruppen (Frauen und Männer in unterschiedlichen sozialen Lagen) berücksichtigt?	Wie ist die Intervention organisiert?	Wurden klare Ziele formuliert?	Wurden die definierten Ziele erreicht?
Wurden die Bedürfnisse der anvisierten Zielgruppe(n) erfasst und einbezogen?	Wer führt sie mit welcher Qualifikation durch?	Wurden geeignete Zugangswege definiert?	Wurden die Zielgruppen erreicht? Haben sich die verwendeten Methoden als für beide Geschlechter effektiv erwiesen?
	Wie ist die Geschlechterverteilung in der Projektleitung bzw. im Projektteam organisiert?		Wurden Evaluationsinstrumente benutzt, die geschlechtersensibel entwickelt wurden?
	In welchen Kontexten wird die Intervention durchgeführt?		Welche Wirkungen wurden bei der Zielgruppe erzielt?
	Berücksichtigen die verwendeten Methoden die Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Lebenswelten von Frauen und Männern?		Weist die Intervention ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis auf?
			Sind die erzielten Effekte nachhaltig?
			Welchen Beitrag leistet das Projekt zum Abbau geschlechterbezogener Ungleichheit?

Tabelle 3: Geschlechtergerechte Operationalisierung von Qualitätsparametern
Eigene Darstellung in Anlehnung an Ruckstuhl, Kolip, Gutzwiller 2001 zit.n. Kolip, Altgeld 2006, S.23f.

Einer praxisnahen Weiterentwicklung der Qualitätsparameter wird ein Anregungscharakter zu geschrieben, der die Qualitätsdiskussion unter anderem im Setting „Betrieb“ vorantreiben und darauf aufmerksam machen soll, dass die **Verbindlichkeit settingübergreifender** Qualitätsparameter von einer Notwendigkeit ist, da die Bedürfnisse

von Frauen und Männern verkannt werden und daher der Bedarf nicht (geschlechter-)gerecht gedeckt werden kann (vgl. Kolip, Altgeld 2006, S.25).

Trotz der Anregungen, wie die Geschlechterperspektive in die Gesundheitswissenschaften ihren Eingang finden kann, ist die Kategorie „Geschlecht“ nicht so einfach in den Kanon aller Indikatoren der BGF zu integrieren und führt nicht ohne Umstände zur Zielgruppenorientierung und Bedarfsgerechtigkeit. Sowohl die Herausforderungen als auch die Risiken dieser Kategorie beruhen darauf, dass sie einerseits einen Bezug zum Körper herstellt und andererseits, dass sie sich auf das Handeln von Professionellen und Betroffenen bezieht und ebenso einen Einfluss auf die Strukturen, Prozesse und Normen der gesundheitsfördernden Praxis ausübt. Die Kategorie „Geschlecht“ versucht diese unterschiedlichen Dimensionen von biologischen und sozialen Einwirkungen von geschlechtlich unterschiedlich markierten Akteurinnen und Akteuren und durch die Geschlechterverhältnisse geprägten Versorgungsstrukturen zu erfassen und in Beziehung zu setzen. Es gibt jedoch noch keinen „Goldstandard“, wie dieser Zusammenhang empirisch analysiert werden kann. Weiters muss der in der Kategorie „Geschlecht“ eingelagerte Konflikt zwischen der Forderung nach Gleichheit und gleichzeitig nach Differenz immer wieder neu ausgetragen werden. Diese Tatsache führt wiederum zu Fragen wie „Sind Maßnahmen für Frauen und Männer angemessen?“ und „Werden Maßnahmen speziell für Frauen und Männer gebraucht?“ oder „Wer oder was gilt als Goldstandard?“, usw. Diese und weiterführende Einsichten können nur gewonnen werden, wenn die Mühen der differenzierten Analyse und der kritischen Reflexionen rund um die Kategorie „Geschlecht“ in Kauf genommen werden (vgl. Kuhlmann, Kolip 2005, S.218).

Zu kritisieren ist, dass die sich bietenden Empfehlungen in Hinblick auf den Geschlechterdiskurs an vielen Stellen des gesundheitlichen Versorgungssystems für Veränderungen nicht genutzt werden. Die Interessen der dominierenden Gruppen (wie der Ärzteschaft) stehen zum Großteil noch immer im Vordergrund und erschweren neuen Akteurinnen und Akteuren und auch neuen Forderungen, wie eben der Frage nach geschlechtsspezifischen Versorgungsangeboten, sich Gehör zu verschaffen. Dennoch lässt sich am Horizont eine Verschiebung der Macht tendenz sichtbar machen, da sich die gesundheitspolitische Besetzung flexibler arrangiert und sich somit neue Möglichkeiten in der gesundheitlichen Versorgung auftun. Mit der wachsenden Bedeutung der Geschlechterperspektive werden auch die unterschiedlichen Interessenslagen explizit. So liegt die Chance also darin, basierend auf dem immer größer werdenden Druck zur

Veränderung in Richtung geschlechtergerechte Versorgung, den Grundstein für einen konstruktiven Dialog für die sonst so hierarchisch angeordneten Interessen zu schaffen. Die Integration aller wesentlichen Beteiligten, die klare Zieldefinition und die Erkundung des „richtigen“ Weges sind Voraussetzung, um die Zukunft der Gesundheit geschlechtergerecht konzipieren zu können (vgl. Kuhlmann, Kolip 2005, S.227).

Teil D - Diskussion und Ausblick

Der kurze Exkurs in die BGF mit dem Blick durch die „Gender- Brille“ endet hier und spannt den Bogen zugleich zum Anfang zurück.

Die vorliegende Arbeit und ihre erbrachten Ergebnisse werden nun hinsichtlich der eingangs formulierten Hypothese reflektiert:

Die systematische Integration der Kategorie „Geschlecht“ in das Setting „Betrieb“ fördert die Gesundheit von berufstätigen Frauen und Männern nachhaltig.

Die Beantwortung der folgenden vier Fragestellungen soll nun zur Überprüfung dieser Hypothese dienen:

1. Was ist unter einer systematischen Integration der Kategorie „Geschlecht“ in die BGF zu verstehen?

Um die Kategorie „Geschlecht“ systematisch in die BGF integrieren zu können, wird ein Verständnis, und zwar jenes, dass der Mensch „mindestens“ zwei ist und die daraus resultierende Vollziehung der Unterscheidung von *sex*, dem biologischen Geschlecht und *gender*, dem sozialen Geschlecht, vorausgesetzt. Nur so zeigt sich, dass unter der Kategorie „Geschlecht“ mehr verstanden wird, als nur körperliche Merkmale und Unterschiede. Geschlecht im Sinne von *gender* beinhaltet nicht nur die Geschlechtsidentität oder die Geschlechtszuschreibungen, die jeder Mensch im Laufe der Sozialisation erwirbt, sondern verweist auch auf die Geschlechterverhältnisse und das Denken in „mindestens“ zwei Geschlechtern, das unsere Gesellschaftsstrukturen, unsere Vorstellungen und unsere Sprache beeinflusst. *Gender* gibt zu verstehen, dass die Gestaltung und Zuschreibung von sozialen Rollen variabel ist, das heißt, Etwas, das als typisch „weiblich“ oder als typisch „männlich“ gilt, kann aufgebrochen und verändert werden. Geschlecht bezeichnet etwas, was wir tun, was mit uns getan wird und wird demnach im Prozess des *doing gender* immer wieder hergestellt. Das Wissen um die Facetten der Kategorie „Geschlecht“ wird als Gender- Kompetenz bezeichnet, die als Schlüsselqualifikation dient, um unter anderem in den Gesundheitswissenschaften die Relevanz der Geschlechterperspektive zu untermauern.

Problematisch ist, dass, obwohl die Kategorie „Geschlecht“ auf der theoretischen Ebene sichtlich an Bedeutung und an Notwendigkeit gewonnen hat, sich auf der Umsetzungsebene noch immer einige Hindernisse und Barrieren auftun. Die Anforderung einer Umsetzung ist zwar explizit, dennoch scheint die größte Hürde darin zu liegen, dass das Verständnis rund um eine Integration bzw. Berücksichtigung der Kategorie „Geschlecht“ und deren Komplexität Unklarheiten und praktische Schwierigkeiten aufwirft. Trotz all dem zeichnen sich durch die aus der Unterscheidung zwischen *sex* und *gender* entstandenen Flexibilität der Kategorie „Geschlecht“ Chancen ab, den Blickwinkel verstärkt auf den Vergleich und zugleich auf die Differenz zwischen beiden Geschlechtern und die damit verbundene Beantwortung der Frage nach den Gemeinsamkeiten und Unterschieden in der Gesundheit von Frauen und Männern zu richten. Ziel dabei ist es, durch eine geschlechtergerechte Forschungs- und Projektpraxis, den jeweiligen Bedarf an angemessener Versorgung sicherzustellen und durch eine Vermeidung von *gender bias* einer Fehlversorgung beider Geschlechter entgegenzuwirken.

Da nun in allen Phasen von gesundheitsfördernden Projekten im Rahmen der BGF hinsichtlich der Kernprozesse Diagnose, Planung, Durchführung und Evaluation geschlechterbezogene Verzerrungseffekte auftreten können, geht es darum, im Vorfeld die angestrebten Ziel genau zu definieren sowie betriebspolitische und strukturelle Rahmenbedingungen zu klären. Wesentlich ist es darüber hinaus, den gesamten Prozess zu überprüfen und leicht anwendbare Methoden und Instrumente zu entwickeln, die für eine konkrete Umsetzung **settingübergreifender** Qualitätskriterien unerlässlich sind. Zur Vermeidung von *gender bias* kann in diesem Prozedere eine Leitfragenliste zur Anwendung kommen, die zur Sicherstellung einer geschlechtergerechten Projektkonzeption dient, indem die Kategorie „Geschlecht“ auf den Ebenen Politik, Partizipation, Sex/Gender, Methoden und Theorien und Konzepte berücksichtigt wird. Da diese Fragestellungen für viele verschiedene Projekte zutreffen sollen, sind sie sehr allgemein gehalten. Jedes Setting, so auch der Betrieb, ist daher angehalten, für die im jeweiligen Kontext spezifisch angelegten Projekte, weitere spezifische Fragen zielgruppengerecht zu erstellen, um die Projektkonzeption geschlechterangemessen gestalten zu können.

Gender Mainstreaming als Konzept bietet eine Möglichkeit, die Geschlechterperspektive in der BGF zur Selbstverständlichkeit zu machen, indem das Geschlecht in allen Phasen der betrieblichen Projektpraxis und auf allen Entscheidungsebenen miteinbezogen und reflektiert wird. Bedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung von GM sind strategische

Zielvorgaben und die partizipative Einbindung des Managements. GM fokussiert eine Organisation ganzheitlich und prozessorientiert, um so alle Bereiche und Ebenen auf einen möglichen Veränderungsbedarf hin analysieren zu können. GM-Aktivitäten richten sich an die Potenziale beider Geschlechter und berücksichtigen deren Bedürfnisse und deren Bedarf etwa in den Bereichen Flexibilisierung der Arbeitszeiten, Vereinbarkeit von Beruf und Familie und Stärkung der Sozialkompetenzen usw. Darüber hinaus werden die Bedürfnisse und der Bedarf des Unternehmens hinsichtlich Organisationsstrukturen, Führungskultur, Personalentwicklung, Kundenorientierung usw. in den Blick gerückt. So werden im Feld der BGF mittels GM alle Maßnahmen hinsichtlich ihrer angemessenen Berücksichtigung der Lebens- und Arbeitswelten von Frauen und Männern und die Bereitstellung geschlechtergerechter Zugänge und Methoden überprüft. Ebenso sollen durch diese Strategie die spezifischen gesundheitsfördernden Potenziale von Frauen und Männern ausgelotet werden und dort, wo Defizite bestehen, gezielte Maßnahmen entwickelt werden.

Im Rahmen des Projekts von Niedersachsen wurden die Leitprinzipien der Gesundheitsförderung um das Konzept des GM ergänzt, welches als Strategie mit der Organisationsentwicklung verbunden wurde. Dabei lag das Hauptaugenmerk darauf, die Auswirkung der strukturellen Verknüpfung zwischen Erwerbs- und Familienarbeit auf Frauen und Männer als soziale Gruppen zu berücksichtigen, um im Anschluss Maßnahmen abzuleiten bzw. zu entwickeln, die die Belastungen reduzieren. Aus den Erfahrungen in Niedersachsen muss eine erfolgreiche Umsetzung einer geschlechtergerechten Gesundheitsförderung GM als eine Strategie der Organisationsentwicklung wahrnehmen, deren Ziele von den Beteiligten ausführlich formuliert und getragen werden. Zudem soll der Verantwortungsbereich für den Abbau von Belastungen, die aus der Vereinbarkeitsproblematik entspringen, bei der Organisation liegen. Ebenso kann nur durch die systematische Beteiligung der Betroffenen die adäquate Berücksichtigung der Kategorie „Geschlecht“ sichergestellt werden. Weiters dienen Instrumente, wie der Gesundheitszirkel, die die lebensweltlichen Zusammenhänge skizzieren und den Kontext fokussieren, als ein effizientes Mittel, um einer gesundheitsfördernden Gestaltung von Beruf und Familie für beide Geschlechter gerecht zu werden..

Die Berücksichtigung des Geschlechts als zentrale Kategorie, sowohl in quantitativer Hinsicht als auch in qualitativer Hinsicht, ist als erster Schritt zu sehen, um die Qualität und die Reichweite von gesundheitsfördernden Projekten zu optimieren und um

gesundheitsfördernde Maßnahmen **bedürfnis- und bedarfsgerecht** entsprechend der jeweiligen **Zielgruppe** ableiten zu können.

2. Welche Belastungen ergeben sich für berufstätige Frauen und Männer aus dem Zusammenhang von Arbeit, Geschlecht und Gesundheit?

Die Chance auf einen Arbeitsplatz mit angemessener Qualität und geregelten Verhältnissen ist in der modernen Gesellschaft von grundlegender Bedeutung, da die Erwerbsarbeit u. a. die Höhe des Einkommens festlegt, den gesellschaftlichen Status zuweist, neue soziale Kontakte und Beziehungen ermöglicht und eine Option zur Sinnfindung und Kompetenzentwicklung bietet. Die soziale Organisation der Erwerbsarbeit, der Führungsstil und die Qualität der Arbeitstätigkeit bilden die entscheidenden Größen für die Gesundheit erwerbstätiger Frauen und Männer. Eine Arbeit zu haben wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus, während Arbeitslosigkeit mit einem schlechten Gesundheitszustand assoziiert wird. Die Erwerbsarbeit kann die Gesundheit auf unterschiedliche Weise beeinflussen und somit auch zur Gefährdung dieser beitragen. Ebenso stellt das Geschlecht für die Gesundheit eine zentrale Kategorie dar, da es als horizontale Dimension auf alle Lebensbereiche wirkt und darüber hinaus die unterschiedlichen Gesundheitskonzepte und die daraus resultierenden Gesundheitsvorstellungen von Frauen und Männern begründet.

Es existieren mittlerweile eine Reihe von Forschungsergebnissen zur Thematik Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, die sowohl sozioökonomische als auch soziodemographische Faktoren berücksichtigen und eindeutige Belege für die Geschlechterdifferenz in Bezug auf Gesundheit und Krankheit erbringen. Diese Unterschiede können u. a. entlang der **Lebens- und Arbeitsbedingungen** von Frauen und Männern erklärt werden.

Die Differenzierung in zwei Geschlechter wirkt sich auf die unterschiedlichen Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen und Männern aus und wird ferner durch das Phänomen des geschlechtsspezifischen Arbeitsmarktes sichtbar. Dementsprechend werden Frauen und Männer in unterschiedlichen Berufen und Tätigkeitsfeldern mit eindeutiger hierarchischer Positionierung eingegliedert und sind somit unterschiedlichen arbeitsbedingten Anforderungen und Belastungen ausgesetzt. Im Vergleich zu Männern sind Frauen in sehr wenigen Tätigkeitsfeldern vertreten. Realität ist ebenso, dass sich Frauen in niedrigeren beruflichen Positionen wiederfinden, die häufig unter ihren Qualifikationen liegen, geringe Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten aufweisen, dafür allerdings mit höheren Beschäftigungsrisiken verbunden sind. Neben fehlenden Entscheidungsspielräumen, dem geringen Einfluss auf Arbeitsgestaltung und den komplexen Aufgaben- und

Verantwortungsbereichen, sind Frauen zudem mit diskriminierenden und abwertenden Grundhaltungen konfrontiert. Darüber hinaus gilt die häufigere Beschäftigung von Frauen in der Teilzeitarbeit und in geringfügigen Arbeitsverhältnissen als eine Besonderheit der Erwerbsarbeitsituation, die mit der Zunahme von Vollzeitarbeitsverhältnissen von Männern einhergeht. Beide Phänomene bringen jedoch belastende Faktoren mit sich, die durch geringe soziale Absicherung, niedrigeres Einkommen, höhere Arbeitsdichte, gesteigerten Zeit- und Leistungsdruck, usw. in einem Teufelskreis andauernder Leistungssteigerung enden und schlussendlich zu frühzeitigen Gesundheitsschäden führen können. Auch die Entgrenzung der Arbeitszeit, die ungünstigen Konstellationen von Arbeitszeiten und die mangelnde Unterstützung (z.B. durch Kinderbetreuungsangebote oder durch soziale/familiäre Unterstützung...) stellen vor allem für Frauen (in Kombination mit der ungleich verteilten und unbezahlten Haus- und Betreuungsarbeit) ein spezifisches Problem dar. In diesem Zusammenhang werden die Pflege- und Sorgetätigkeiten, die einen Bereich der unbezahlten Haus- und Familienarbeit bilden und die beträchtliche gesundheitliche Belastungen der pflegenden Angehörigen hervorrufen können, diskutiert.

Zusammenfassend führt für Frauen der täglich zu leistende „Spagat“ zwischen Beruflichem und Privatem zu Doppel- oder gar Mehrfachbelastungen, die wiederum mit gesundheitlichen Risiken verbunden sind. **Beruf** und **Familie** stellen nicht nur **zwei verschiedene Lebens-**, sondern **auch zwei verschiedene Arbeitsbereiche** dar, die, obwohl sie von einander abhängig sind und sich wechselseitig ergänzen, widersprüchliche Anforderungen stellen.

3. Was ist unter dem Begriff der Nachhaltigkeit zu verstehen?

Nachhaltigkeit ist eher ein viel umschriebener als beschriebener Begriff. Ebenso gibt es für das im Rahmen der WHO definierte Leitbild der „nachhaltigen Gesundheitsförderung“ keine taugliche Projektpraxis, die den Ansprüchen der für sie festgelegten Kriterien gerecht werden kann.

Nachhaltigkeit scheint viele Facetten zu haben, dennoch kann gesagt werden, dass es für diesen Begriff keine allgemeingültige Definition gibt. Erst der jeweilige Kontext füllt die Nachhaltigkeit mit einem für ihn entsprechenden Bedeutungsgehalt, der folglich maßgebend für ihre Umsetzung ist. Im Kontext der BGF sind für die Festlegung der Nachhaltigkeit die Verhältnisse, die Ressourcen und die Zielgruppen entscheidend. So lässt sich erkennen, dass Nachhaltigkeit auf zwei Ebenen ansetzt und ihren Einfluss ausübt,

nämlich auf der der Organisation und auf der des Individuums. So geschieht es, dass sich Nachhaltigkeit in der BGF als definierte Zielgröße manifestiert sollte, die nicht nur dazu beiträgt durch angemessene Interventionen die Strukturen und Prozesse in der Arbeitswelt gesundheitsfördernder für Frauen und Männer zu gestalten, sondern auch zugleich einen positiven Einfluss auf das Gesundheitsverhalten beider Geschlechter in ihren Lebenswelten dauerhaft ausüben sollte. Zudem sollte die Nachhaltigkeit als Messgröße in der Prozess-, Struktur-, und Ergebnisevaluation installiert werden, um den von ihr abgeleiteten Unternehmenserfolg festmachen zu können.

4. Kann Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting für Frauen und Männer bedarfsgerecht implementiert werden? Wenn ja, wie?

Mit dem Wort KANN in dieser Fragestellung wird wohl der Nagel nicht ganz auf den Kopf getroffen. Denn das „Können“ setzt nämlich die grundsätzliche Bereitschaft voraus, „etwas“ auch in die Tat umsetzen zu wollen.

Um unsere Gesundheit zu fördern, sollte daher nicht langatmig über die Relevanz der Kategorie „Geschlecht“ debattiert werden, sondern vielmehr dafür gesorgt werden, dass diese, trotz all ihrer vermeintlichen Unklarheiten und Widersprüche, überhaupt „ihren“ und „seinen“ Platz in Forschung und Praxis findet. Denn nur so können erst Chancen und auch Grenzen ausfindig gemacht werden.

Dass wir „mindestens“ Frau oder Mann sind, können wir durch körperliche Merkmale kaum leugnen. Um aber erkennen zu können, dass wir weit aus **mehr** sind, muss der Blick auf *gender*, also auf das soziokulturell geformte Geschlecht, gelenkt werden. Dieses ist als Variable einem Wechselspiel von der Identitätsbildung und der Einbringung individueller Bedürfnisse und Kenntnisse ausgesetzt. Und genau in dieser Variabilität und ihrer Beziehung, die sie zum jeweiligen Kontext herstellt, liegt die Möglichkeit einer geschlechtergerechten Berücksichtigung auch im Bereich „Gesundheit am Arbeitsplatz“.

Um die Gesundheit von berufstätigen Frauen und Männern bedarfsgerecht zu fördern, das heißt, um die Kategorie „Geschlecht“ angemessen integrieren zu können, bedarf es im Setting Betrieb einer konkreten Definition der Ausgangslage, um im weiteren Schritt überhaupt erst Voraussetzungen für eine geschlechtergerechte Projektpraxis deklarieren zu können.

Um Gesundheit für seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu gewährleisten, muss ein Betrieb entsprechend seinem Leitbild und seiner Unternehmensphilosophie einen Gesundheitsbegriff definieren. Wesentlich dabei ist es festzulegen, welches Verständnis

von Gesundheit kontext- und zielgruppenspezifisch einvernehmlich zur Geltung kommt. Das Konzept, das dabei zum Tragen kommt, sollte ein in sich stimmiges Konzept von Gesundheit und seiner Verhältnisbestimmung zu Krankheit darstellen.

Damit die BGF sich nicht als Feuerwerksaktion für die Beschäftigten und für den Betrieb selbst äußert, sondern dauerhaft installiert wird, wird es notwendig sein, sich mit der Thematik der Nachhaltigkeit auseinanderzusetzen. Wird Nachhaltigkeit nach den gleichen Kriterien wie der Gesundheitsbegriff festgelegt und werden folglich beide Begriffe miteinander verknüpft, kann anschließend auf diesem Verständnis aufbauend eine geschlechtergerechte BGF vorbereitet und eingeführt werden und abschließend anhand dieses Verständnisses der Unternehmenserfolg hinsichtlich einer geschlechtergerechten BGF evaluiert werden.

Diese definierte Ausgangslage sollte klarerweise auf der Tatsache fußen, dass die Beschäftigten eines Betriebes keine geschlechtsneutralen Wesen sind, sondern ein Geschlecht im Sinne von *gender* besitzen, das als „Humanressource“ sowohl betriebliche als auch individuelle Verbesserungspotenziale mobilisieren kann.

Ist eine angemessene Basis geschaffen, können in den weiteren Schritten betriebspolitische und strukturelle Bedingungen abgeklärt und Ziele gesetzt werden, im Rahmen derer das Kernprozedere folglich einer gesundheitsfördernden Projektpraxis seinen Ablauf findet. Systematisch wird die Kategorie „Geschlecht“ dann integriert, wenn sie mit einer Selbstverständlichkeit in jeder Phase der BGF- Praxis berücksichtigt und reflektiert wird, also wenn auf die Bedürfnisse und auf den Bedarf beider Geschlechter in Lebens- und Arbeitswelt gerecht eingegangen wird. Dies erfordert die Anwendung von **Gender-Kompetenz** als spezifisches Fachwissen, die Entwicklung und Nutzung von geschlechtersensiblen Strategien und Instrumenten und die Verbindlichkeit von **settingübergreifenden** Qualitätsparametern.

Anhand der skizzierten „Good Practice“ Beispiele können zwar (mit der Methode des Gender Mainstreamings und dem Gesundheitszirkel als Instrument) bewährte Erfolge erzielt werden, diese sind jedoch keine allgemeingültigen „Heilmittel“, da sie nicht nach einer standardisierten „Rezeptur“ funktionieren. Darüber hinaus sind der Wille zur Veränderung bzw. zur Verbesserung sowie der Kontext und die Zielgruppe für die „Wirkung“ maßgebend.

Diese Arbeit zeigt auf, wo und wie die Kategorie „Geschlecht“ in der Betrieblichen Gesundheitsförderung beachtet werden kann, wobei hier nicht standardisiert wird, sondern

explizit **beide** Geschlechter ins Blickfeld gerückt werden. Der Diskurs, der von Frauen und Männern spricht, muss seinen Fokus auf **ihre Bedürfnisse** und **den daraus entstehenden Bedarf** lenken, um ihre Gesundheit in Lebens- und Arbeitswelt fernab von gesellschaftlich produzierten Geschlechterstereotypen zu fördern. Dies könnte dem in der Kategorie „Geschlecht“ eingelagerten Konflikt zwischen der Forderung nach Gleichheit und gleichzeitig nach Differenz abschwächen.

Geschlecht hat viele Facetten und eröffnet unterschiedliche Sichtweisen und Zugänge in den verschiedensten Disziplinen. Um diese kennen zu lernen und in Forschung, Praxis und Politik zu integrieren, wird nach einer **interdisziplinären** Zusammenarbeit verlangt. So kann der Dialog der breiten, hierarchischen Interessenlagen konstruktiver geführt werden, damit die sich bietenden Möglichkeiten im Hinblick auf die Geschlechterdebatte an vielen Stellen des gesundheitlichen Versorgungssystems für Veränderungen genutzt werden können. Dabei soll es nicht darum gehen, einen „Goldstandard“ für die systematische Integration der Kategorie „Geschlecht“ in die BGF zu entwickeln, sondern darum, das Innovationspotential dieser auszuschöpfen. So sind also auf dem richtigen Weg mit klar definierten Zielen die kreativen Ideen aller Beteiligten gefragt, solange diese „nachhaltig“ sind.

Aus diesen Ausführungen geht deutlich hervor, dass sich die eingangs formulierte Hypothese bestätigt, denn:

Geschlecht, Gesundheitsförderung und Nachhaltigkeit sind ein Gedanke, der auch so gedacht werden soll!

Literaturverzeichnis

Altgeld, T., Kolip, P. (2007): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelman, K., Klotz, T., Haisch, J. (2007): Lehrbuch für Prävention und Gesundheitsförderung. 2., überarbeitete u. erweiterte Auflage, Verlag Hans Huber: Bern. S.41-55.

Antonovsky, A. (1987): Unravelling the mystery of health. Jossey-Bass: San Francisco/Ca.

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit. Deutsche erweiterte Ausgabe von Franke Alexa. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie: Tübingen.

Babitsch, B.(2005): Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Babitsch, B. (2008): Die Kategorie Geschlecht – Implikationen für die Analyse gesundheitlicher Ungleichheit. In: Tiesmeyer, K. et al. (2008): Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Hans Huber Verlag: Bern. S.217-232.

Badura, B., Hehlmann, T. (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Springer Verlag: Heidelberg.

Bamberg, E., Ducki, A., Metz, A.M. (1998): Handbuch für betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Verlag für Angewandte Psychologie. Schriftenreihe Psychologie und innovatives Management: Göttingen.

Beck-Gernsheim, E. (1981): Der geschlechtsspezifische Arbeitsmarkt. Zur Ideologie und Realität von Frauenberufen. 2.Auflage, Campus Verlag: Frankfurt am Main.

Beck-Gernsheim, E. (2000): Was kommt nach der Familie? Einblicke in neue Lebensformen. 2. durchgesehene Auflage, Beck'sche Reihe: München.

Behnke, C., Meuser, M. (1999): Geschlechterforschung und qualitative Methoden. Opladen, Leske und Budrich.

Bertelsmann Stiftung und Hans Böckler Stiftung (2003): Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren: Die Bedeutung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse für die betriebliche Gesundheitsförderung. Abschlussbericht der Arbeitsgruppe 2 der Expertenkommission Betriebliche Gesundheitspolitik unter der Leitung von Prof. Dr. Johannes Siegrist.

BKK Bundesverband (2008): Rechtsgrundlagen und Leitlinien für betriebliche Gesundheitsförderung: Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. In der aktualisierten Fassung von 2007. In: <http://www.bkk.de> [Stand: 20.05.2009].

Brundtland-Bericht der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung (1987): Brundtland GH, Unsere gemeinsame Zukunft. In: http://www.nachhaltigkeit.info/artikel/brundtland-report_563.htm [Stand: 20.05.2009].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001): Kurzfassung: Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. In: <http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/gleichstellung.did=4122.html> [Stand: 20.05.2009].

Burgstaller, B., Bauer, M., Krenn, I. (2006): Endbericht zum Projekt „Anders Altern in Radenthein“ – Gesundheitsförderung im Alter. Radenthein.

Butler, J. (1990): Gender trouble. Routledge.

Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly, 44:166-203.

Doyal, L. (2000): Gender equity in health: debates and dilemmas. In: Social Science and Medicine, 51: 931-939.

Döge, P. (2001): Was bitte ist Gender? In: Politische Ökologie, Heft 70, S.15-17.

Döge, P. (2002): Gender- Mainstreaming als Modernisierung von Organisationen. Ein Leitfaden für Frauen und Männer. IAIZ –Schriften Band 2, 2. aktualisierte Auflage.

Ducki, A. (1999): Belastungen und Ressourcen der Frauenerwerbsarbeit. In: Dokumentation Frauen, Arbeit und Gesundheit, 10.Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen, November 1999: Hannover, S.8-12.

Eichler, M. (1991): Nonsexist Research Methods: A Practical Guide. Routledge: New York.

Eichler, M. (1997): Feminist methodology. *Current Sociology*; 45:9-36.

Eichler, M. (1998): Offener und verdeckter Sexismus. Methodisch-methodologische Anmerkungen zur Gesundheitsforschung. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (1998): Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern u. a. Verlag Hans Huber. S.34-49.

Eichler, M., Fuchs, J., Maschewsky-Schneider, U. (2000): Richtlinien zur Vermeidung von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. 8. Jg., H. 4., S.293-310.

Elkeles, T. (2003): Arbeitende und Arbeitslose. In: Schwartz, F.W. et al.(2003): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Urban und Fischer: München, Jena. S.653-660.

Faltermaier, T., Kühnlein, I., Burda-Viering, M. (1998): Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz im Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Juventa-Verlag: München und Weinheim.

Fuchs, J., Maschewsky-Schneider, U. (2002): Geschlechtsangemessene Publikationspraxis in den Gesundheitswissenschaften im deutschsprachigen Raum? – Ergebnisse einer Literaturreview. In: Zeitschrift Gesundheitswesen. Heft 64. Stuttgart, Thieme Verlag: New York. S.284-291.

Frankenhaeuser, M. (1991): The Psychophysiology of Sex Differences as Related to Occupational Status. In: Frankenhaeuser, M., Lundberg, U., Chesney, M.: Women, work and health. Stress and Opportunities. New York. S.39-61.

Franzkowiak, P., Sabo, P. (1998): Dokumente der Gesundheitsförderung. 2.Auflage, Verlag Peter Sabo: Mainz.

Franzkowiak, P. (2003): Salutogenetische Perspektive. In: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Fachverlag Peter Sabo: Schwabenheim an der Selz. S.198-200.

Grossmann, R., Scala, K. (2003): Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Fachverlag Peter Sabo: Schwabenheim an der Selz. S.205-206.

Gutzwiller, F., Jeanneret, O. (1999): Sozial- und Präventivmedizin Public Health. 2. Auflage, Hans Huber Verlag: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Hagemann-White, C. (2000): Frauen und Mütter in der Gesellschaft. Vortrag beim Kongress „Zukunft für Mütter –eine Herausforderung“, im Müttergenesungswerk: Bonn am 9.11.2000.

Hahn, D., Maschewsky-Schneider, U. (2003): Geschlechtsunterschiede und Gesundheit/Krankheit. In: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Fachverlag Peter Sabo: Schwabenheim an der Selz. S.49-52.

Hans Böckler Stiftung (2007): Gender Mainstreaming im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. Von Ulla Wittig-Goetz im Auftrag der Abteilung Mitbestimmungsförderung, Referat Betrieblicher Arbeits- und Umweltschutz. In: <http://www.boeckler.de/> [Stand: 20.05.2009].

Hans Böckler Stiftung (2008): Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Von Ulla Wittig-Goetz im Auftrag der Abteilung Mitbestimmungsförderung, Referat Betrieblicher Arbeits- und Umweltschutz. In: <http://www.boeckler.de/> [Stand: 20.05.2009].

Heintz, B., Nadai, E. (1998): Geschlecht und Kontext. De-Institutionalisierungsprozesse und geschlechtliche Differenzierung. In: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 27, Nr. 2: S.75-93.

Helfferrich, C. (2003): Geschlechterperspektive in der Gesundheitsförderung. In: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Fachverlag Peter Sabo: Schwabenheim an der Selz. S.47-49.

Hurrelmann, K., Kolip, P., (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Verlag Hans Huber Verlag: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Hurrelmann, K. (2003): Determinanten der Gesundheit. In: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Fachverlag Peter Sabo: Schwabenheim an der Selz. S.26-28.

Hurrelmann, K., Franzkowiak, P. (2003): Gesundheit. In: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Fachverlag Peter Sabo: Schwabenheim an der Selz. S.52-55.

Hurrelmann, K. (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 6., völlig überarbeitete Auflage, Juventa-Verlag: Weinheim [u. a.].

Jahn, I., Kolip, P. (2002): Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin. In: http://www.bips.uni-bremen.de/data/jahn_gesundheitsfoerderung_2002.pdf [Stand: 20.05.2009].

Jahn, I. (2003): Gender- Glossar. 74 Begriffe zum Gender Mainstreaming unter besonderer Berücksichtigung von Gesundheitsförderung. Erstellt im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. In: http://www.i-med.ac.at/gleichstellung/files/spp3_genderglossar_03.pdf [Stand: 20.05.2009].

Jahn, I. (2004): Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich; Materialien und Instrumente zur systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht. September 2004.
In: http://www.frauengesundheit-nrw.de/aktuell/download/gender_gesamtdatei.pdf [Stand: 20.05.2009].

Jahoda, M. et al. (1982): Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit. Mit einem Anhang zur Geschichte der Soziographie / Marie Jahoda, Paul F. Lazarsfeld, Hans Zeisel. Suhrkamp: Frankfurt am Main.

Jansen, R., Müller, R. (2000): Arbeitsbelastungen und Gesundheit älterer Arbeitnehmer im Dienstleistungsbereich. In: Z. Gerontol Geriat 33. Steinkopff Verlag. S.256-261.

Jung, D., Küpper, G. (2001): Gender Mainstreaming und betriebliche Veränderungsprozesse. Kleine Verlag GmbH: Bielefeld.

Kaba-Schönstein, L. (2003): Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien und Handlungsfelder In: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Fachverlag Peter Sabo: Schwabenheim an der Selz. S.73-78.

Kickbusch, I. (2003): Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F.W. et al.(2003): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Urban und Fischer: München, Jena. S.181-189.

Kolip, P. (2003): Frauen und Männer. In: Schwartz, F.W. et al. (2003): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Urban und Fischer: München, Jena. S.642-653.

- Kolip, P., Jahn, P., Summermatter, D. (2003): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderungspraxis. Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. In: Prävention, 26(4), S.107-110.
- Kolip, P., Altgeld, T. (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Juventa Verlag: Weinheim und München.
- Kolip, P., Lademann, J. (2008): Gender als zentrale Dimension sozialer Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung. In: Tiesmeyer, K. et al. (2008): Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Hans Huber Verlag: Bern. S.233-244.
- Knapp, G.-A. (2002): Dezentriert und viel riskiert: Anmerkungen zur These vom Bedeutungsverlust der Kategorie Geschlecht. In Knapp, G.-A., Wetterer, A. (2002): Soziale Verortung der Geschlechter. Westfälisches Dampfboot: Münster. S.15-62.
- Kuhlmann, E., Kolip, P.(2005): Gender und Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik. Juventa-Verlag: Weinheim und München.
- Langenecker, E., Andraschko, M. (2006): Glossar. Gender und Bildung. In: <http://www.gender.schule.at/index.php> [Stand: 20.05.2009].
- Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union 1997. In: Netzwerk BGF (o. J.): Betriebliche Gesundheitsförderung. In: <http://www.netzwerk-bgf.at/portal/> [Stand: 20.05.2009].
- Maschewsky-Schneider, U. (2000): Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen – die Herausforderung eines Zauberwortes. In: Dokumentation Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen, 12. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen am 7. Dezember 2000 in Hannover. S.9-30.
- Maschewsky-Schneider, U., Hinze, L., Kolip, P., Scheidig, C. (2001): Frauen- und geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung in der DGSMP. In: Gesundheitswesen; 63 Sonderheft 1.S.89-92.

Merbach, M., Brähler, E. (2007): Prävention und Gesundheitsförderung bei Männern und Frauen. In: Hurrelman, K., Klotz, T., Haisch, J. (2007): Lehrbuch für Prävention und Gesundheitsförderung. 2., überarbeitete u. erweiterte Auflage, Verlag Hans Huber: Bern. S.319-329.

Merz, V. (2001a): Salto, Rolle und Spagat. Basiswissen zum geschlechterbewussten Handeln in Alltag, Wissenschaft und Gesellschaft. Gender Manual I. Verlag Pestalozzianum: Zürich.

Merz, V. (2001b): Salto, Rolle, Pflicht und Kür. Materialien zur Schlüsselqualifikation Genderkompetenz in der Erwachsenenbildung. Gender Manual II. Verlag Pestalozzianum: Zürich.

Meuser, M. (2004): Gender Mainstreaming: Festschreibung oder Auflösung der Geschlechterdifferenz? Zum Verhältnis von Geschlechterforschung und Geschlechterpolitik, In: Ders. Und Neusüß, C. (Hg.): Gender Mainstreaming. Bonn: S.322-336.

Mitter, E. (2007): Gender Mainstreaming im Betrieb. Eine praktische Gewerkschaftsarbeit. In: <http://www.voegb.at/bildungsangebote/skripten/pga/PGA-08.pdf>. [Stand: 20.05.2009].

Münch, E., Walter, U., Badura, B. (2003): Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Ein Modellprojekt im öffentlichen Sektor. Hrsg.: Hans-Böckler Stiftung: Düsseldorf.

Naidoo, J., Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. BZgA. Verlag für Gesundheitsförderung: Köln, Gamburg.

Netzwerk BGF (o. J.): Betriebliche Gesundheitsförderung. In: <http://www.netzwerk-bgf.at/portal/> [Stand: 20.05.2009].

Niedersächsisches Innenministerium (2002): Gesund und aktiv. Leitfaden zur Umsetzung von Gesundheitsmanagement in den Dienststellen des Landes Niedersachsen.

Niedersächsisches Innenministerium: Hannover. In:

<http://www.mi.niedersachsen.de/servlets/download?C=1380359&L=20> [Stand:

20.05.2009].

Nitsch, K. (o. J.): Krankenstandauswertung. In: OÖGKK. In: <http://www.ooegkk.at> [Stand: 20.05.2009].

Noelle-Neumann, E., Gillies, P. (1987): Arbeitslos. Report aus einer gesellschaftlichen Tabuzone. Frankfurt/Berlin.

Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (2006): Verabschiedet im Rahmen der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung am 21. November 1986 in Ottawa.

In: WHO (2006):

http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German [Stand:

20.05.2009].

Österreichischer Frauengesundheitsbericht (2005/2006): Verfasst vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung Nachdruck März 2008: Wien.

Pieck, N. (2006): Gesundheitsmanagement in öffentlichen Verwaltungen geschlechtergerecht gestalten .In: Kolip, P., Altgeld, T. (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Juventa- Verlag: Weinheim und München. S.219-231.

Pirolt, E., Schauer, G. (2001): Handbuch Gesundheitszirkelarbeit mit Frauen- Erfahrungen, Tipps, Empfehlungen und Beispiele aus der Praxis. ppm forschung+beratung: Linz.

Pirolt, E., Schauer, G. (2006): Vom Spagat zum Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Kolip, P., Altgeld, T. (2006):

Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Juventa-Verlag: Weinheim und München. S.223-243.

Pirolt, E., Schauer, G. (2007): Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Geschlecht als Qualitätsmerkmal der betrieblichen Gesundheitsförderung. Leitfaden. In:
http://www.ppm.at/ppm/downloads/gem_leitfaden.pdf [Stand: 20.05.2009].

PPM Forschung und Beratung. Arbeit - Gesundheit – Umwelt (o. J.):
Gesundheitsförderung im Betrieb. In: <http://www.ppm.at/ppm/layout/frame.htm> [Stand: 20.05.2009].

PPM Forschung und Beratung. Arbeit - Gesundheit – Umwelt: Checkliste zur Ist-Stands-Erhebung und Interviewleitfäden (o. J.). In:
http://www.ppm.at/ppm/downloads/gem_iststanderhebung.pdf [Stand: 20.05.2009].

Raehlmann, I. (1997): Geschlecht. In: Luczak, H., Volpert, W.: Handbuch für Arbeitswissenschaft. Schäffer-Pöschel Verlag: Stuttgart. S.296-299.

Resch, M. (2002): Der Einfluss von Familien- und Erwerbsarbeit auf die Gesundheit. In: Hurrelmann, K., Kolip, P., (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. S.403-418.

Ridgeway, C.(2001): Interaktion und die Hartnäckigkeit der Geschlechter-Ungleichheit in der Arbeitswelt. In: Heintz, B.: Geschlechtersoziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderheft 41: S.250-275.

Rieder, K. (1999): Zwischen Lohnarbeit und Liebesdienst. Belastungen in der Krankenpflege. Weinheim.

Rieder, A., Lohff, B. (2004): gender medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für klinische Praxis. Springer Verlag: Wien, New York.

Rosenbrock, R. (2003): Betriebliche Gesundheitsförderung. In: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Fachverlag Peter Sabo: Schwabenheim an der Selz. S.21-23.

Ruckstuhl, B., Kolip, P., Gutzwiller, F. (2001): Qualitätsparameter in der Prävention. In BZgA: Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. BZgA: Köln. S.38-50.

Ruiz, T., Verbrugge, L.M. (1997): A two way view of gender bias in medicine. Journal of Epidemiology & Community Health; 51:106-109.

Schnabel, P.- E. (2007): Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren. Besonderheiten, Leistungen und Potentiale aktueller Konzepte vorbeugenden Versorgungshandelns. Juventa-Verlag.

Siegrist, J., Möller-Leimkühler, A-M. (2003): Gesellschaftliche Einflüsse auf die Gesundheit und Krankheit. In: Schwartz, F.W. et al. (2003): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Urban und Fischer: München, Jena. S.125-138.

Spicker, I., Schopf, A. (2007): Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen. Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste. Springer Verlag: Wien, New York.

Staatssekretariat für Wirtschaft und Zusammenarbeit, Sektion Arbeit und Gesundheit (2002): Mobbing und andere psychosoziale Spannungen am Arbeitsplatz und in der Schweiz. Projektbericht, Oktober 2002.

Trojan, A., Legewie, H. (2003): Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung. In: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Fachverlag Peter Sabo: Schwabenheim an der Selz. S.156-157.

Universität Innsbruck- Arbeitskreis für Gleichbehandlung (2008): Gender Glossar. In: http://www.uibk.ac.at/gleichbehandlung/service/gender_glossar.html [Stand: 20.05.2009].

Universität Klagenfurt (o. J.): Gesundheitsmanagement. Nutzen von BGF für die Stakeholder. In: <http://www.uni-klu.ac.at/gm/inhalt/283.htm> [Stand: 20.05.2009].

Vogt-Akpetou, U. (1999): Gesundheitszirkel. In: Badura, B., Ritter, W., Scherf, M. (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis. Edition Sigma: Berlin. S.159-162.

Voß, A. (2007): Frauen sind anders krank als Männer. Plädoyer für eine geschlechtsspezifische Medizin. Heinrich Hugendubel Verlag: Kreuzlingen, München.

Walter, U. (2003): Vorgehensweisen und Erfolgsfaktoren. In: Badura, B., Hehlmann, T. (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Springer Verlag: Heidelberg. S.73-108.

West, C., Zimmerman, D. (1987): Doing Gender. In: Gender & Society, Vol.1 No.2, June, 125-151.

Wetterer, A. (2002): Strategien rhetorischer Modernisierung. In: Zeitschrift für Frauenforschung & Geschlechterstudien, Heft 3, S.129-148.

Wilkinson, R., Marmot, M.(2004): Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten. Zweite Ausgabe. WHO-Regionalbüro für Europa: Kopenhagen. In: www.euro.who.int/document/e81384g.pdf [Stand: 20.05.2009].

WHO (1946): Constitution. In: http://www.searo.who.int/LinkFiles/About_SEARO_const.pdf [Stand: 20.05.2009].

WHO (1998): Gesundheit21 - Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die europäische Region der WHO, Kopenhagen. In: <http://www.euro.who.int/document/ehfa5-g.pdf> [Stand: 20.05.2009].

Checkliste zur Ist-Standerhebung

Dokumentenanalyse

- ✓ Homepages
- ✓ Leitbild
- ✓ Organigramm
- ✓ Arbeitsplatzevaluierungsberichte
- ✓ Ergebnisse bereits durchgeführter Befragungen
- ✓ Frauenförderpläne
- ✓ Stellenbeschreibungen

Datenerhebung nach Geschlecht aufgeschlüsselt

- ✓ Anzahl der Beschäftigten im Betrieb/Unternehmen insgesamt
- ✓ Alterstruktur der Beschäftigten
- ✓ Anstellungsausmaß und -form, Arbeitszeitvarianten der Beschäftigten nach Geschlecht (Vollzeit, Teilzeit, sonstige Varianten, Nachtdienst, Schichtarbeit, Turnusdienst...)
- ✓ Anzahl von Aushilfskräften, Temporärkräften
- ✓ Anzahl ausländischer MitarbeiterInnen
- ✓ Anzahl der MitarbeiterInnen in Karenz
- ✓ Anzahl der MitarbeiterInnen mit Kinder in betreuungspflichtigem Alter

Interviewleitfaden MitarbeiterInnen¹

(Beispiel AltenfachbetreuerInnen)

Die InterviewerInnen stellen sich vor und beschreiben den Zweck des Interviews

Am Beginn oder am Ende des Interviews werden folgende Angaben zur Person erfasst:

- Alter
- Geschlecht
- Kinder (Anzahl, Alter,...?)
- Familienstand (alleinerziehend, in Partnerschaft lebend?)
- Beschäftigungsausmaß
- Dauer der Betriebszugehörigkeit
- Beruflicher Werdegang

Themenbereich	Leitfragen zu Inhalt Hilfsfragen (je Gesprächssituation wahlweise und ergänzend zu stellen)
<i>Allgemeine Informationen zum/zur InterviewpartnerIn</i>	Wie lautet Ihre genaue Berufsbezeichnung? <ul style="list-style-type: none"> ○ Haben Sie sich vor Eintritt in den Betrieb Ihre Arbeit so vorgestellt, wie sie jetzt ist? ○ Wurden Sie eingeschult? Wie, wie lange? ○ Würden Sie Ihren jetzigen Beruf noch einmal wählen?
<i>Arbeitsanforderungen</i>	Was sind Ihre hauptsächlichen Tätigkeiten? Können Sie bitte ihre Arbeit kurz beschreiben?

¹ Einzelne Fragen wurden übernommen aus E.Cyba, A.Balog, U.Papouschek: Chancen und Barrieren – Bedingungen und Durchsetzung betrieblicher Fraueninteresse, Forschungsberichte aus Sozial- und Arbeitsmarktpolitik Nr.47/1993, Hg. Bundesministerium für Arbeit und Soziales

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Arbeiten Sie bei bestimmten Aufgaben mit anderen zusammen z.B. mit anderen Abteilungen? ○ Wie schaut das aus? ○ Welche Qualifikationen bzw. Fähigkeiten bzw. Fertigkeiten sind für Ihre Arbeit wichtig? (Ausbildung, körperliche und psychische Belastbarkeit, Fähigkeiten in der Haushaltsführung, Einfühlungsvermögen, Geduld....)
<i>Rahmenbedingungen</i>	<p>Wie läuft ein typischer Arbeitstag ab?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wer teilt die Arbeit ein? ○ Haben Sie Einfluss darauf, welche Arbeit Ihnen zugeteilt wird? ○ Können Sie selbst bestimmen, wann Sie einzelne Tätigkeiten machen? ○ Wer kontrolliert Ihre Tätigkeit, in welcher Form? ○ Gibt es Arbeiten die eher Frauen oder eher Männern zugeteilt werden?
	○
<i>Räumlichkeiten/ Arbeitsplatzausstattung Umgebungsbelastung</i>	<p>Wie beurteilen Sie die Ausstattung und die räumlichen Voraussetzungen an Ihrem Arbeitsplatz?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gibt es z.B. Hebehilfen? ○ Sind sie speziellen Umgebungsbelastungen ausgesetzt? (Hitze, Lärm, räumliche Enge...)
<i>Bewertung der Arbeit</i>	<p>Was gefällt Ihnen gut oder weniger gut an Ihrer Arbeit?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Was machen Sie gerne? ○ Was sehen Sie positiv an Ihren Arbeitsbedingungen an? ○ Gibt es Arbeiten die sie weniger gern machen? ○ Finden sie manche Arbeiten anstrengender als andere? ○ Finden sie, dass Ihre Arbeit gesellschaftlich anerkannt ist?
<i>Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten</i>	<p>Wie beurteilen Sie die Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Werden Weiterbildungsmöglichkeiten geboten, wer kann wie daran teilnehmen? ○ Wie sind die Aufstiegschancen in Ihrem Betrieb? ○ Haben Sie schon einmal den Wunsch gehabt, Ihren Arbeitsplatz zu wechseln?
<i>Entwicklung der Arbeitsbedingungen</i>	<p>Hat sich seitdem Sie hier arbeiten etwas an der Arbeit/ bzw. an Ihren Arbeitsbedingungen geändert?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Was hat sich verändert? Können Sie Beispiele dafür nennen?

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Was war positiv? ○ Was war negativ? ○ Was war die Ursache für diese Veränderung? ○ Von wem ist sie ausgegangen? ○ Konnten Sie oder Ihre Kolleginnen in irgendeiner Form darauf Einfluss nehmen?
<i>Konkrete Arbeitsbedingungen</i>	<p>Ich möchte Sie jetzt noch ein bisschen genauer über einige Arbeitsbedingungen befragen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Würden Sie Ihre Arbeit als anstrengend bezeichnen? ○ Was ist speziell anstrengend bzw. belastend? ○ Wie spüren Sie das? ○ Leiden Sie unter gesundheitlichen Beschwerden die Sie auf die Arbeit zurückführen? ○ Können Sie sich vorstellen, die Arbeit bis zur Pension auszuüben? ○ Wie fühlen Sie sich nach der Arbeit zu Hause bzw. an Ihrem freien Tag/Wochenende? ○ Sprechen Sie mit anderen darüber?
<i>Arbeitszeit</i>	<p>Sind Sie mit Ihrer Arbeitszeitregelung zufrieden? Entspricht die Arbeitszeit Ihren Bedürfnissen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wenn nein: Warum nicht? Was sind die Probleme? ○ Einteilung, Schichtplan, Überstunden etc.) ○ Wenn Sie dringende Wege haben, können Sie diese ohne weiteres erledigen oder gibt es Schwierigkeiten? ○ Was passiert wenn Sie sich krank fühlen? ○ Was passiert wenn Ihr(e) Kinder krank sind (ist)? Können Sie dann Pflegefreistellung nehmen? ○ Können Sie bei der Diensterteilung mitreden? ○ Wird bei der Urlaubsplanung auf Ihre private Situation Rücksicht genommen?
<i>KollegInnen</i>	<p>Wie beurteilen Sie das Verhältnis unter den KollegInnen an Ihrem Arbeitsplatz?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Können Sie auf das Verständnis Ihrer KollegInnen rechnen, wenn Sie krank sind oder fehlen? ○ Wenn es Probleme in der Arbeit gibt, können Sie mit Ihren KollegInnen darüber sprechen?
<i>Vorgesetzte</i>	<p>Wie würden Sie das Verhältnis zu Vorgesetzten beschreiben?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zeigen Vorgesetzten Verständnis für Ihre Probleme bzw. für Ihre

	<p>Arbeitssituation?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Haben Sie die Möglichkeit, Ideen und Vorstellungen einzubringen? ○ Kommt es vor, dass Sie sich ungerecht behandelt fühlen? Können Sie sich dagegen wehren?
<i>BewohnernInnen/KlientInnen Angehörige/KundInnen</i>	<p>Gibt es manchmal Schwierigkeiten mit BewohnerInnen/Angehörigen...?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Welche? Können Sie Beispiele nennen? ○ Was können Sie da tun? ○ Wie oft kommt so etwas vor? ○ Können KollegInnen sich gegenseitig unterstützen? ○ Wie wirkt sich das aus bzw. wie spüren Sie das?
<i>Entlohnung</i>	<p>Finden Sie Ihre Entlohnung gerecht?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Was sollte geändert werden? ○ Wer sollte etwas unternehmen?
<i>Familien-, Haus- und Berufsarbeit</i>	<p>Wie gelingt es Ihnen, Arbeit und Privatleben zu vereinbaren?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Was ist daran positiv? Was macht es schwierig? ○ Haben Sie für andere Personen (Kinder, Angehörige..) Betreuungspflichten? ○ Erhalten/Suchen Sie bei Problemen und Schwierigkeiten Unterstützung (innerhalb und außerhalb der Familie)? Zeigen andere Verständnis für Ihre Probleme?
<i>Arbeitsteilung Haushalt</i>	<p>Wird bei Ihnen die Hausarbeit irgendwie aufgeteilt? Wie?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sind Sie damit zufrieden oder haben Sie Änderungswünsche? Welche? ○ Haben Sie persönlich bereits versucht, etwas zu verändern? Mit welchem Ergebnis? ○ Ganz allgemein: Was könnte getan werden, um Berufsarbeit und Hausarbeit besser vereinbar zu machen? ○ Was sollte Ihrer Meinung nach im Betrieb bzw. zu Hause dafür geschehen? Wo liegen da die Widerstände?
<i>Freizeit</i>	<p>Wieviel freie Zeit steht für Sie persönlich zur Verfügung?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Haben Sie genügend freie Zeit für Erholung und Regeneration? ○ Gibt es Dinge die Sie für sich persönlich regelmäßig machen? ○ Sind Sie ehrenamtlich in irgendeinen Bereich tätig?
<i>Gesundheit/Arbeitssicherheit</i>	<p>Ist Gesundheit und Arbeitssicherheit ein Thema im Betrieb?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Unter KollegInnen?

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Gab es schon Aktivitäten wenn ja welche? ○ Sollten diese Themen in Zukunft verstärkt angesprochen werden? ○ Wo könnten auch Hindernisse liegen? ○ Welche Aktivitäten würden Sie als sinnvoll erachten?
<i>Arbeitsmedizinische Betreuung</i>	<p>Kennen Sie die Arbeitsmedizinerin, den Arbeitsmediziner?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ in welcher Form? ○ Sind Sie damit zufrieden?
<i>Krankenstände</i>	<p>Wie ist der Umgang mit kranken MitarbeiterInnen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gibt es Krankenrückkehrgespräche? ○ Wie werden diese durchgeführt?
<i>Schwangerschaft</i>	<p>Was passiert mit schwangeren MitarbeiterInnen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie lange bleiben diese im Beruf? ○ Gibt es Arbeiten die sie nicht mehr machen müssen?.... ○ Gibt es bei Bedarf sogenannte Schonarbeitsplätze?

Interviewleitfaden Gruppeninterview Steuerungskreis

Um die Sicht der betrieblichen AkteurInnen zu erfassen, haben sich im Rahmen des Projektes Gruppeninterviews aus mehreren Gründen bewährt:

Es ist in zeitlicher Hinsicht eine effiziente Methode, die unterschiedliche Sichtweisen, Einschätzungen und Deutungsmuster einer größeren Anzahl von Personen zu erfassen und bietet Einblick in die Kommunikationskultur des Betriebes.

Das Interview wurden auf Tonband aufgenommen und anschließend transkribiert und zusammengefasst.

<p><i>Allgemeine Informationen zu den InterviewpartnerInnen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Name ○ Wie lange sind Sie schon im Betrieb? ○ Was ist ihre genaue Funktion? ○ Welche Aufgabe haben Sie? Gibt es eine Aufgabenteilung mit anderen Personen?
<p><i>Allgemeine Informationen zum Betrieb</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Seit wann besteht das Unternehmen/Betrieb? ○ Handelt es sich um einen Teilbetrieb eines größeren Unternehmens? Eigentümer/Träger...? ○ Was sind die Hauptangebote/Produkte/Leistungen? ○ Gab es in den letzten Jahren Veränderungen (technische organisatorische,...)
<p><i>MitarbeiterInnen: Qualifikation/ Anforderungen/ Fluktuation</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Welche Anforderungen werden an die MitarbeiterInnen gestellt (Qualifikationen, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Eigenschaften)? ○ Wie hoch ist die Fluktuation? Was sind die Hauptgründe das Unternehmen zu verlassen? ○ Wie erfolgt die Rekrutierung neuer MitarbeiterInnen?

<p><i>Organisationskultur / Organisationsstrukturen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wie würden Sie Ihren Führungsstil beschreiben? ○ Welche Handlungs- und Entscheidungsspielräume für MitarbeiterInnen gibt es? ○ Welche Partizipationsmöglichkeiten, z.B für Neuanschaffungen, Arbeitszeit, Urlaubseinteilung... gibt es? ○ Welche Aufstiegschancen gibt es? ○ Typische Karrierewege im Betrieb?
<p><i>Arbeitsbedingungen / Arbeitsumweltbedingungen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wie erfolgt die Arbeitseinteilung? ○ Wie erfolgt die Einschulung neuer MitarbeiterInnen? ○ Gibt es Arbeiten die eher Frauen oder Männer zugeteilt werden? ○ Sind die MitarbeiterInnen speziellen Umgebungsbelastungen ausgesetzt (Lärm, Staub, Hitze, schlechtes Licht, Platzmangel, Zugluft, Kälte...)? ○ Gibt es konkrete Leistungsvorgaben?
<p><i>Löhne/Gehälter</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wodurch wird die Höhe des Gehalts bzw. Lohns bestimmt? ○ Gibt es eine Erschwerniszulage? Für welche Tätigkeiten? Welche Arbeitsplätze sind betroffen?
<p><i>Arbeitszeit</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Welche AZ Modelle gibt es? ○ Fallen Überstunden an? In welchem Ausmaß? Ist die Kompensation frei wählbar?
<p><i>Vereinbarkeit</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wie beurteilen Sie die Vereinbarkeit der Arbeit mit privaten / familiären / außerberuflichen Verpflichtungen? ○ Gibt es Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit? ○ Wird bei der Arbeitszeit und bei der Urlaubsregelung Rücksicht auf Betreuungspflichten genommen? ○ Gibt es Rückkehrregelungen aus dem Karenz?
<p><i>Frauenförderung / Männerförderung</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Falls es in diesem Bereich einen starken Frauen- oder Männerüberhang gibt – wie erklären Sie sich das? ○ Gibt es Bestrebungen mehr Frauen oder Männer in diesen Bereich zu bekommen? ○ Wo liegen da die Hindernisse?
<p><i>Aus- und Weiterbildung</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Welche Angebote gibt es? Wer hat Zugang in welchem Ausmaß? Wie werden diese in Anspruch genommen?

<i>Zusammenarbeit zwischen Abteilungen und Berufsgruppen</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wie funktioniert die Zusammenarbeit?
<i>Sozialleistungen bzw. -einrichtungen.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Welche Sozialleistungen –einrichtungen werden vom Betrieb zur Verfügung gestellt? (z.B. gibt es eine Kantine? Kann Essen aus der Kantine gekauft werden? Gibt es Ruheräume, Schichtbus, Betriebskindergarten, Ferienangebote für die Kinder von MitarbeiterInnen...?)
<i>Gesundheit / Arbeitssicherheit</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Was verstehen Sie unter Gesundheit? <ul style="list-style-type: none"> ○ was macht krank? ○ was erhält gesund? ○ Welche Arbeitsbedingungen bzw. organisatorische Bedingungen wirken sich positiv bzw. negativ auf Gesundheit aus? z.B. <ul style="list-style-type: none"> ○ Belastungen aus Art der Tätigkeit (psychische bzw. physische) ○ Belastungen aus der Arbeitsumgebung ○ Belastungen aus dem Umfang der Tätigkeit ○ Belastungen aus dem Arbeitsklima, Führungsstil..... ○ Sind Fälle von sexueller Belästigung oder Gewalt am Arbeitsplatz bekannt?
<i>War bzw. ist Gesundheit und Arbeitssicherheit in Thema im Betrieb?</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wie ist die Betreuung durch ArbeitsmedizinerIn bzw. Sicherheitsfachkraft geregelt? <ul style="list-style-type: none"> ○ wer? ○ Einsatzzeiten? ○ wie gelingt die Zusammenarbeit? ○ Existiert ein ASA? ○ Gibt es gesundheitsförderliche Aktivitäten z.B. Rückenschule, gesunde Ernährung...) ○ Sollte Gesundheit in Zukunft verstärkt Thema sein? <ul style="list-style-type: none"> ○ Welche Hindernisse könnte es geben?
<i>Krankenstände</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wie hoch sind die Krankenstände? Langzeitkrankenstände? Gibt es Auffälligkeiten? <ul style="list-style-type: none"> ○ Unterschiede zwischen Abteilungen ○ zwischen Frauen und Männer ○ Welche Ursachen werden vermutet? ○ Wie wird mit Krankenständen umgegangen? ○ Gibt es Krankenrückkehrgespräche? In welcher Form? ○ Gibt es bei Bedarf sogenannte Schonarbeitsplätze?
<i>Schwangerschaft</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Was passiert mit schwangeren Mitarbeiterinnen ○ Wie lange bleiben sie im Beruf? ○ Gibt es Arbeiten, die sie nicht mehr machen müssen/dürfen? ○ Gibt es spezielle Schutzbestimmungen?

Quelle: PPM Forschung und Beratung. Arbeit - Gesundheit – Umwelt: Checkliste zur Ist-Stands-Erhebung und Interviewleitfäden (o. J.). In: http://www.ppm.at/ppm/downloads/gem_iststanderhebung.pdf

Lebenslauf

Angaben zur Person:

Vor- und Zuname Lisa- Maria MAGLER, BSc
Geburtsdatum 28. September 1984
Geburtsort Villach/Kärnten

Kontakt:

Adresse Serai 14
9580 Drobollach
Email lisa.magler@gmx.at

Ausbildung:

Seit 2007 Masterstudium Gesundheits- und Pflegewissenschaft
an der Medizinischen Universität Graz und
Masterstudium Interdisziplinäre Frauen- und
Geschlechterstudien an der Karl- Franzens Universität
Graz
2004-2007 Bachelorstudium Gesundheits- und
Pflegerwissenschaften an der Medizinischen Universität
Graz mit Erlangung des Grades **Bachelor of Science
(BSc)**
2003 **Matura** im BG/BRG Perau in Villach