

Fehlzeiten-Report 2007

A SCHWERPUNKTTHEMA:

Arbeit, Geschlecht und Gesundheit – Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement



1. Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention

JULIA LADEMANN UND PETRA KOLIP

Das Geschlecht ist eine zentrale Variable, die Gesundheit und Krankheit sowie das gesundheitsrelevante Verhalten und die Nutzung der Angebote gesundheitlicher Versorgung einschließlich Prävention und Gesundheitsförderung beeinflusst. Sollen gesundheitsbezogene Angebote zielgruppenspezifisch entwickelt werden, ist das Geschlecht eine der bedeutsamen Dimensionen sozialer Differenzierung, die berücksichtigt werden müssen. Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über die zentralen Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Krankheit und zeigt die Bedeutung des gesundheitlichen Risikoverhaltens auf. Hieraus werden geschlechtsspezifische Präventionspotenziale abgeleitet. Der Beitrag schließt mit einigen Überlegungen zur Frage, wie gesundheitliche Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern über Gender Mainstreaming hergestellt werden kann.

2. Biologische Grundlagen der Genderdifferenz

JOACHIM E. FISCHER, GERALD HÜTHER

Männer und Frauen denken und fühlen unterschiedlich. Männergehirne unterscheiden sich im Durchschnitt sowohl in der Struktur als auch in manchen Funktionen von Frauengehirnen. Diese Unterschiede wurzeln bereits in der genetischen Programmierung der Nervenzellen im wachsenden Embryo. Im Laufe der Kindheit verstärken und verfestigen sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern durch die Umwelt und die körperliche Weiterentwicklung. Gesundheitlich reagieren Männer in der Regel empfindlicher auf verletzten Stolz und fehlende Wertschätzung als Frauen. Sie profitieren stärker vom Ausbau ihres Einfluss- und Handlungsspielraums. Bei Frauen steht das Bedürfnis nach sozialer Gemeinschaft mehr im Vordergrund. So ist es für Frauen von besonderer Bedeutung, das Miteinander im Team zu stabilisieren und zu fördern, insbesondere durch sensible Auswahl der Führungspersonen. Gerade in Zeiten gesteigerter Produktivitätsanforderungen sind Personal- und Führungsverantwortliche gut beraten, die neurobiologischen Grundlagen der Geschlechtsunterschiede zu berücksichtigen.

3. Geschlechtsspezifische Dimensionen im Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten

TONI FALTERMAIER

Ausgehend von den geschlechtsspezifischen Unterschieden im Gesundheitszustand und ihren psychosozialen Erklärungen stehen in diesem Beitrag das Gesundheitsverständnis und das Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern im Mittelpunkt. Zunächst werden zentrale Forschungsergebnisse über die Gesundheitsvorstellungen von Laien berichtet, insbesondere werden ihre subjektiven Gesundheitskonzepte und -theorien beschrieben und nach Geschlechtsdifferenzen gefragt. Dann werden wesentliche geschlechtsspezifische Unterschiede im Risiko- und Gesundheitsverhalten berichtet und auf die Geschlechtsrollen von Frauen und Männern bezogen. Schließlich werden einige Schlussfolgerungen für eine subjektorientierte Praxis gezogen und Ansatzpunkte einer geschlechtssensiblen Prävention und Gesundheitsförderung skizziert.

4. Die Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen – Deutschland im europäischen Vergleich

CHRISTIAN DRESSEL

Die Gleichstellung von Frauen und Männern in Beschäftigung und Beruf ist zentrales Anliegen der nationalen und europäischen Gleichstellungspolitik. Immer mehr Frauen ziehen eine bezahlte Erwerbsarbeit der unentgeltlichen Hausarbeit vor. Ein neues Selbstverständnis der Frauen, geänderte Lebensverhältnisse, sich wandelnde gesellschaftliche Rahmenbedingungen und höhere Bildungsabschlüsse haben die Berufstätigkeit der europäischen Frauen gestärkt. Die Beschäftigungschancen vor allem von geringer qualifizierten Männern sinken. Frauen profitieren stärker als Männer von der Ausweitung der sozialen und personenbezogenen Dienstleistungen. Die Gleichstellung auf dem Arbeitsmarkt ist in Nordeuropa besonders weit fortgeschritten, während die Mittelmeerländer in der Entwicklung zurückliegen. Im europäischen Vergleich liegt Deutschland im Mittelfeld. Insbesondere hier erweist sich die Anwesenheit von betreuungsbedürftigen Kindern als Hürde für die Erwerbstätigkeit von Müttern. Hohe Frauen- und Männerbeschäftigung bilden keinen Widerspruch.

5. Unterschiede in den Arbeitsbedingungen und -belastungen von Frauen und Männern

BEATE BEERMANN, FRANK BRENSCHIEDT, ANKE SIEFER

Obwohl die gesetzlichen Grundlagen für die Gleichbehandlung von Frauen und Männern schon seit längerer Zeit geschaffen sind, sind sowohl die Qualität der Arbeit als auch die Karrierebedingungen für Frauen und Männer noch längst nicht vergleichbar. Auf der Basis vorliegender Ergebnisse aus der aktuellen BiBB/BAuA Erwerbstätigenbefragung wird eine vergleichende Betrachtung der Arbeitsbedingungen von Frauen und Männern unter Berücksichtigung europäischer Studien vorgenommen. Die Ergebnisse zeigen: Männer sind häufiger mit belastenden Umgebungsfaktoren und physischen Belastungen konfrontiert. Auf vergleichsweise hohem Niveau nennen die Frauen tendenziell häufiger psychisch belastende Arbeitsanforderungen. Gleichmäßig oft wurde von beiden Geschlechtern angegeben, an ihrer Leistungsgrenze arbeiten zu müssen. Auffällig ist: Nicht jede Belastung führt dazu, dass sich die Beschäftigten auch „belastet fühlen“.

6. Geschlechtsspezifische arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Erkrankungen

KARL KUHN

Männer und Frauen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Krankheiten und gesundheitlichen Einschränkungen, der Arbeits- und Lebensbedingungen, die Gesundheit und Krankheit beeinflussen, ihres Umgangs mit gesundheitlichen Belastungen sowie in der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsleistungen. Jede (arbeitsbedingte) Gesundheitsgefahr ist nur im Zusammenhang mit einer korrespondierenden (arbeitsbedingten) Gesundheitsbeeinträchtigung zu sehen. Die Gesundheitsgefahr definiert sich als solche ausschließlich über eine (mögliche) Gesundheitsbeeinträchtigung. Dafür wird gesichertes Wissen über die Zusammenhänge von Arbeitsbedingungen und Gesundheit/Krankheit des Menschen benötigt. Die Bewertung der Arbeitsbedingungen (Belastungen) von Männern und Frauen erfolgt dabei letztlich immer über die Bewertung der Gesundheitsrelevanz der physischen und psychischen Reaktion (Beanspruchungen) des Individuums. Die Erkenntnisse sind in einer geschlechtsspezifischen Prävention umzusetzen.

7. Krankheitsbedingte Fehlzeiten bei Frauen und Männern

INGRID KÜSGENS, KATRIN MACCO UND CHRISTIAN VETTER

Im vorliegenden Beitrag wird untersucht, ob sich geschlechtsspezifische Unterschiede im Krankenstand und in dem zugrunde liegenden Krankheitsgeschehen feststellen lassen und inwieweit sich diese auf unterschiedliche Alters- und Beschäftigungsstrukturen zurückführen lassen. Datengrundlage sind die Arbeitsunfähigkeitsdaten der 9,5 Millionen erwerbstätigen AOK-Mitglieder. Die Ergebnisse zeigen: Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen wird bei Männern und Frauen neben dem Alter vor allem durch die Beschäftigungsstruktur bestimmt. Jedoch ergeben sich unabhängig davon auch geschlechtsspezifische Unterschiede im Krankenstand und hinsichtlich der für die Fehlzeiten verantwortlichen Krankheitsarten. Im betrieblichen Gesundheitsmanagement sollten daher neben den unterschiedlichen Beschäftigungsschwerpunkten von Männern und Frauen auch geschlechtsspezifische Unterschiede in der Morbidität verstärkt berücksichtigt werden.

8. Krank zur Arbeit: Einstellungen und Verhalten von Frauen und Männern beim Umgang mit Krankheit

KLAUS ZOK

Bei der Frage nach den Gründen für die kontinuierlich sinkenden Krankenstände in den Unternehmen zeigt sich, dass bei den Arbeitnehmern die Neigung, krank zur Arbeit zu gehen, nach wie vor eine große Rolle spielt. Die Daten aus einer aktuellen Umfrage bei 2.000 abhängig Beschäftigten bestätigen erneut, dass die Mehrheit der abhängig Beschäftigten trotz gesundheitlicher Belastungen und manifester Krankheitssymptome versucht, Fehlzeiten bzw. Arbeitsausfälle zu vermeiden und zur Arbeit zu gehen. Im vorliegenden Beitrag werden wichtige Motive und Beweggründe für Präsentismus bei den Beschäftigten identifiziert und ihre Verhaltensweisen im Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Krankheit am Arbeitsplatz untersucht. Dabei werden insbesondere geschlechtsspezifische Aspekte beleuchtet. Die empirischen Befunde belegen häufig deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen relevanten Beschäftigtengruppen. Bekannte Gender-Effekte im Gesundheitsverhalten lassen sich auch im Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz nachweisen. Ursache und Ausmaß von Krankheit und Arbeitsunfähigkeit sind nicht nur auf die betrieblichen Arbeitsbedingungen, Anforderungen und Risikofaktoren zurückzuführen, sondern auch eng mit der jeweiligen betrieblichen Gesundheitskultur verknüpft – der Beitrag dokumentiert deshalb

auch beispielhaft die Wahrnehmung betrieblicher Gesundheitsförderungs- und Kontrollinstrumente aus der Sicht der Beschäftigten.

9. Gesundheitsbedingte Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung für Frauen und Männer, Indikatoren für die Morbidität

UWE REHFELD, THOMAS BÜTEFISCH, HILMAR HOFFMANN

Die hohe Zahl von Rehabilitationsleistungen (2005: 804.000 Fälle) und Frühberentungen (2005: 164.000 Fälle) durch die Rentenversicherung weist auf die gravierenden Folgen von Frühinvalidität hin. Die Daten lassen sich als Indikator für die Morbidität der Bevölkerung interpretieren und geben Auskunft über die wichtigsten Erkrankungen. Dabei sind sowohl bei den Daten über Rehabilitationsleistungen als auch bei den Ursachen der Frühberentungen jeweils Unterschiede zwischen Männern und Frauen festzustellen. Neben den bei allen Fallgruppen häufigen Erkrankungen der Bewegungsorgane sind bei Männern in höherem Alter Herz-/Kreislaufkrankungen vor den psychischen Erkrankungen anzutreffen; bei Frauen dominieren psychische Erkrankungen. Im Hinblick auf die vielfältigen und komplexen Einflussfaktoren zeigt die Differenzierung nach dem Bildungsstand, dass höhere Ausbildung sowohl bei Frauen als auch bei Männern das Frühberentungsrisiko deutlich mindert.

10. Sozialkapital und gesundheitliches Wohlbefinden aus der Sicht von Frauen und Männern

PETRA RIGXENS, BERNHARD BADURA, MARTINA BEHR

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit dem Sozialkapital von Unternehmen. Konkret geht es hier zum einen um die Beantwortung der Frage, in welchem Zusammenhang das Sozialkapital mit dem gesundheitlichen Wohlbefinden der Beschäftigten steht und ob es diesbezüglich geschlechtsspezifische Unterschiede gibt. Zum anderen soll analysiert werden, ob sich Frauen und Männer im Hinblick auf das Erleben von Sozialkapital und Gesundheit im Unternehmen nennenswert unterscheiden. Als Datengrundlage dienen hierzu die Ergebnisse aus Mitarbeiterbefragungen, die im Rahmen eines Forschungsprojekts der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld in vier verschiedenen Produktionsbetrieben durchgeführt wurden. Die Resultate der 1270 Datensätze zeigen, dass die drei Teilaspekte des Sozialkapitals (Netzwerk-, Führungs- und Wertekapital) in einem starken korrelativen Zusammenhang zum gesundheitlichen Wohlbefinden der Beschäftigten stehen. Geschlechtsspezifische Zusammenhänge konnten dabei jedoch kaum belegt werden. Lediglich ist die Tendenz erkennbar, dass Männer vom Sozialkapital etwas stärker für die eigene Gesundheit profitieren als Frauen. Auch im Hinblick auf die Einschätzung des Sozialkapitals und des gesundheitlichen Wohlbefindens konnten zwischen den beiden Geschlechtern nur geringfügige Unterschiede ermittelt werden.

11. Vereinbarkeit von Familie und Beruf

WALTRAUD CORNELIËN

Der Beitrag beschreibt die Entwicklung der Erwerbstätigkeit von Müttern und stellt sie der von Vätern gegenüber. Es werden Probleme der Vereinbarkeit von Familie und Beruf beschrieben und vorherrschende Einstellungen zur familialen Arbeitsteilung und zur Erwerbsbeteiligung von Müttern dargelegt. Ferner werden die von Paaren mit kleinen Kindern gewünschten und deren reale Erwerbsmuster einander gegenübergestellt. Schließlich werden Ansätze zur Erleichterung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf beschrieben und es wird

auf Probleme von Müttern, nach einer familienbedingten Erwerbsunterbrechung wieder in den Beruf zurückzukehren, aufmerksam gemacht.

12. Projekt „Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung“

MANUELA RITTER, GERHARD ELSIGAN, GÜNTHER KITTEL

Wollen Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung erfolgreich sein, müssen sie alle wesentlichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit erfassen. Daher sollten auch die Dimensionen „sex“ und „gender“ berücksichtigt werden. Zur ganzheitlichen Erfassung der Ausgangssituation braucht es einen gendersensiblen Blick, weil viele Dimensionen und Einflussfaktoren erst dadurch sichtbar, analysierbar und bearbeitbar werden. In der Praxis gibt es bisher nur wenig dokumentierte Beispiele dazu. Das Projekt „Gender Mainstreaming in der Betrieblichen Gesundheitsförderung“ (2002-2005) hat es sich zur Aufgabe gesetzt, ein Modell zur geschlechtssensiblen Gesundheitsförderung mit frauenspezifischer Ausrichtung zu entwickeln. In der praktischen Gesundheitsförderungsarbeit in vier Unternehmen wurde vieles von dem, was aus der Theorie bekannt ist, konkret sichtbar und dokumentiert. Die Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Projekt wurden in einem Leitfaden mit dem Titel: „Leitfaden – Geschlecht als Qualitätsmerkmal der betrieblichen Gesundheitsförderung“ zusammengeführt.

13. Geschlechtergerechtes Gesundheitsmanagement im öffentlichen Dienst

NADINE PIECK

Ein geschlechtergerechtes Gesundheitsmanagement wird in seiner betrieblichen Ausgestaltung und seinen Ergebnissen Frauen und Männern gleichermaßen gerecht und berücksichtigt die Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen und Männern. Die Evaluation von 23 Projekten in der niedersächsischen Landesverwaltung zeigt, dass dafür die Etablierung partizipativer Prozesse ein wesentlicher Erfolgsfaktor ist. In diesem Beitrag wird skizziert, welche gesundheitsrelevanten Faktoren mit Geschlechterarrangements im Betrieb verzahnt sind und wie diese sich im Rahmen von Gesundheitsmanagement bearbeiten lassen. Wesentlicher Gesundheitsfaktor für Frauen ist die Kompatibilität ihrer Lebensentwürfe und ihrer persönlichen Ziele mit der tatsächlichen Lebenssituation. Die gesellschaftlich zugelassene Rollenvielfalt für Frauen lässt sich nur als Ressource leben und nutzen, wenn die Erwerbsarbeitsbedingungen selbst gesundheitsförderlich gestaltet sind. Von einem Abbau traditioneller Geschlechterarrangements und einem Wandel androzentrischer Organisationskulturen könnten auch Männer gesundheitlich profitieren.

14. Gesundheitsförderung für Frauen in Gesundheitsberufen - Vorgehensweisen und Ergebnisse

GESINE WILDEBOER

Der Beitrag fasst zunächst die vorliegenden Daten zur Beschäftigtenstruktur im Gesundheitswesen unter dem Aspekt des Frauenanteils zusammen. Die Gesundheitsberufe zählen zu den quantitativ bedeutsamsten Frauenberufen in Deutschland. Auf der Basis der Krankenstatistik der AOK wird gezeigt, welche Unterschiede es im Erkrankungsgeschehen zwischen Männern und Frauen gibt und von welchen Diagnosen die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen besonders betroffen sind. In ca. 350 Betrieben dieser Branche führte die AOK Bayern im Jahr 2005 Analysen und/oder Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung durch. Es wird dargestellt, wie Gesundheitsmanagement im Betrieb zum Er-

halt und zur Förderung der Gesundheit beitragen kann. Anhand von drei Praxisbeispielen werden das konkrete Vorgehen und die erzielten Ergebnisse veranschaulicht.

15. Leitfaden gesunder Wiedereinstieg in den Altenpflegeberuf

HEINZ KOWALSKI UND GÜNTHER PAULI

Im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin hat das Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH in Köln, eine Tochter der AOK Rheinland/Hamburg, einen Leitfaden für den gesunden Wiedereinstieg in den Altenpflegeberuf entwickelt. Anlass war die Feststellung, dass Wiedereinsteigerinnen nach ihrer Babypause häufig wegen psychischer Störungen arbeitsunfähig wurden und vergleichsweise viele dieser Frauen mit Burnout-Syndromen sogar ganz aus dem Pflegeberuf ausstiegen. Während der Babypause (oder anderen Ursachen der längeren Berufsunterbrechung) hatte sich die Arbeitssituation in der Altenpflege erheblich verändert. Mehr ältere, multimorbide und demente Bewohner und Bewohnerinnen erforderten einerseits einen höheren Pflegeaufwand, während andererseits wegen einer zeitaufwändigen Pflegeplanung und -dokumentation zu wenig Zeit für eine gute Pflege blieb. Da Pflegebedürftige nach ihrer Aufnahme ins Heim inzwischen nur noch durchschnittlich vier bis fünf Monate leben, empfinden viele Pflegerinnen diese Planungs- und Dokumentationsarbeit, noch dazu mit komplexen PC-technischen Anforderungen als reine Bürokratie, die sie von ihrer eigentlichen Berufserfüllung abhält. Mangels Bewältigungsmöglichkeiten bzw. -strategien kommt es zu vermehrten Fehlzeiten und Kündigungen.

Durch Befragung von Betroffenen aller Hierarchieebenen im Pflegeheim und Erkenntnissen des betrieblichen Gesundheitsmanagements in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen wurde ein Leitfaden entwickelt, der den Wiedereinstieg in den Beruf erleichtern und Krankheiten vermeiden soll. Die wichtigsten Prinzipien sind die Nutzung der Ausstiegszeit, eine gute und realistische Vorbereitung auf den Wiedereinstieg und ein intensives Kümmern der Führungskräfte und der Teams um die Wiedereinsteigerinnen in den ersten Phasen des Wiedereinstiegs, um den Praxisschock zu vermeiden bzw. zu reduzieren.

B Daten und Analysen

16. Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2006

INGRID KÜSGENS, KATRIN MACCO UND CHRISTIAN VETTER

Der Beitrag liefert umfassende und differenzierte Daten zu den krankheitsbedingten Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft. Datenbasis sind die Arbeitsunfähigkeitsmeldungen der 9,5 Millionen erwerbstätigen AOK-Mitglieder in Deutschland. Ein einführendes Kapitel gibt zunächst einen Überblick über die allgemeine Krankenstandsentwicklung und wichtige Determinanten des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens. Im Einzelnen wird u.a. eingegangen auf die Verteilung der Arbeitsunfähigkeit, die Bedeutung von Kurz- und Langzeiterkrankungen und Arbeitsunfällen, regionale Unterschiede in den einzelnen Bundesländern sowie die Abhängigkeit des Krankenstandes von Faktoren wie Betriebsgröße und Beschäftigtenstruktur. In elf separaten Kapiteln wird dann detailliert die Krankenstandsentwicklung in den unterschiedlichen Wirtschaftszweigen beleuchtet.

17. Krankenstand und betriebliche Gesundheitsförderung in der Bundesverwaltung*SABINE VOGELRIEDER*

Der Beitrag fasst den Bericht zum Krankenstand in der unmittelbaren Bundesverwaltung für das Erhebungsjahr 2006 zusammen und vergleicht die Ergebnisse mit denen der AOK-Erhebung. Neben einführenden Angaben zur Personalstruktur der unmittelbaren Bundesverwaltung und zu Methodik und Vergleichbarkeit enthält der Beitrag differenzierte Daten zu den krankheitsbedingten Fehlzeiten im Bundesdienst. Auf die Darstellung der allgemeinen Krankenstandsentwicklung folgen Angaben zum Krankenstand nach Dauer, nach Geschlecht sowie nach Laufbahngruppen. Bei der Gegenüberstellung der Daten von Bundesverwaltung und AOK wird ausführlich auf die vergleichsweise ungünstige Altersstruktur des Bundespersonals und die Bedeutung des Faktors „Lebensalter“ für den Krankenstand eingegangen. Der letzte Abschnitt befasst sich schließlich mit der systematischen betrieblichen Gesundheitsförderung, die - auch im Rahmen des Regierungsprogramms „Zukunftsorientierte Verwaltung durch Innovationen“ - für die Bundesverwaltung verbindlich ist.