

Frauke Koppelin, Rainer Müller. 2003, veröffentlicht in: T. Altgeld (Hg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention, Weinheim und München: Juventa, S. 121-134

Macht Arbeit Männer krank?

Arbeitsbelastungen und arbeitsbedingte Erkrankungen bei Männern und Frauen

1. Zusammenhang von Erwerbsarbeit, Geschlecht und Krankheit. Einige methodische Überlegungen

Eine Konzeptualisierung des Zusammenhangs von Erwerbsarbeit, Geschlecht und Krankheit hängt erstens davon ab, welches theoretische Modell von Gesundheit/Krankheit präferiert wird. Zweitens ist von Bedeutung, ob einer pathogenetischen Erklärung oder einem salutogenetischen Konzept gefolgt wird. Drittens ist entscheidend, welchen Einfluß man a.) äußeren Bedingungen (extrinsisch) der physischen, psychischen und sozialen Umwelt zumisst und b.) den inneren Bedingungen (intrinsisch) des Individuums in seiner genetischen, physiologischen und psychologischen sowie sozialen Ausprägung zukommen lässt sowie c.) welche Modellvorstellung der Umwelt-Person-Beziehung unterlegt wird. Auf allen drei Ebenen wirken geschlechtsbezogene Aspekte. Verbrugge (1989, S. 283) bietet für die allgemeine Erklärung der Geschlechterunterschiede in Morbidität und Mortalität ein Erklärungsmodell, dass verschiedene disziplinäre Ansätze integriert. Demnach müssen neben den unterschiedlichen biologischen Risiken (genetische und hormonelle Faktoren) auch die erworbenen Risiken (z.B. aus der Arbeit oder Umwelt und bezogen auf den Lebensstil u. Gewohnheiten), die psychosozialen Aspekte der Krankheitsverarbeitung und Symptomwahrnehmung, die Bereitschaft und die Art und Weise über Symptome zu berichten (health reporting behavior) sowie die Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem für die Erklärung der Geschlechtsunterschiede in Morbidität und Mortalität herangezogen werden.

Mit der hier anstehenden Fragestellung sind zahlreiche methodische Probleme einer geschlechtergerechten Gesundheits- bzw. Krankheitsforschung (Jahn 2002) angesprochen. Darüber hinaus gilt es zu berücksichtigen, dass der Beziehungsaspekt zwischen Individuum und Umwelt wiederum verschiedenen Dimensionen folgen kann, die ihre geschlechterspezifische Ausprägung haben und bei Forschungen jeweils zu entfalten und zu prüfen sind. Folgende Dimensionen sollen kurz beleuchtet werden:

- Zeit: kurzfristige, mittelfristige, langfristige Beziehungen;
- Raum: lokale, weiträumige, fokale Beziehungen;
- Epistemiologie: subjektive bzw. objektive Beziehungen (Kausalitätsbegriff);
- Direktionalität: Bezuglichkeit, Reziprozität, Geben-Nehmen-Verhältnisse, direkte bzw. indirekte Beziehungen;
- Modalität: physische, materielle, informationelle, gefühlsmäßige Beziehungen;
- Qualität: positiv bzw. negativ erlebte, bewertete, wirkende Beziehungen;
- Quantität: viele, wenige, nicht beobachtbare, aber dennoch vorhandene Beziehungen;
- Frequenz: häufige, seltene, rhythmische, spontane, stoßartige Beziehungen;

- Wirkungen: steigernde, hemmende, kombinatorische, aufschaukelnde, exponentielle Beziehungen;
- Funktion: stabilisierende bzw. destabilisierende Beziehungen;
- Kontext: sozialer Kontext, wie Familie, Arbeitsplatz, Freizeit oder sozio-ökonomischer Status, soziale Schicht, Beruf, soziale Lage;
- Inhalt oder Medium: Anerkennung, Entlohnung, Gratifikation, Zuwendung, soziale Unterstützung emotionaler, sozialer Art, Unterwerfung, Unterdrückung, Macht, Subordination (Tretter 1997, S. 47).

Mit einer geschlechtersensiblen Betrachtung der oben genannten Dimensionen zum Thema Arbeit und Gesundheit ist der je nach Geschlecht unterschiedliche Bedeutungsgehalt nicht von der Hand zu weisen. Die in der Stressforschung üblichen Konzeptionen von Risiko und Ressource mit den darauf bezogenen Verhaltens- bzw. Handlungsmustern unterliegen einer Geschlechtstypik, die in unterschiedlichen Forschungsbeiträgen aus verschiedenen Disziplinen bearbeitet wurden. Allerdings kann von einem entwickelten Forschungsstand nicht gesprochen werden. Die Konzeptualisierung des Begriffs „Arbeitsbedingte Erkrankungen und Geschlecht“ ist jedoch nicht nur eine theoretische Frage, sondern relevant für die Praxis der Prävention, Kuration, Rehabilitation und Kompensation. Bei der Analyse und Gestaltung des sozialen Kontextes dieser vier Handlungsfelder sind drei Ebenen zu unterscheiden: Individuum (Mikroebene), Institutionen (Mesoebene) und Politik/Staat (Makroebene). Auch hier hat die Kategorie Geschlecht analytische und gestalterische Relevanz, da sie in allen gesellschaftlichen Bereichen enthalten ist. Auf der Mikroebene sind beim Individuum die subjektiven Deutungsmuster und Handlungsspielräumen zu betrachten und auf der Seite der professionellen AkteurInnen, wie ÄrztInnen, PsychologInnen, IngenieurInnen, ErgonomInnen, ÖkonomInnen, JuristInnen, SozialarbeiterInnen sind ebenfalls die jeweiligen expertlichen Verständnisse, Modelle bzw. Handlungsmuster ins Kalkül zu ziehen. Auf der Mesoebene kommen die Institutionen in den Blick. Hier sind der Betrieb, die Institutionen der sozialen Sicherung, wie Kranken-, Renten-, Unfall-, Pflegeversicherung und die Einrichtungen des Arbeitsschutzes auf der betrieblichen wie überbetrieblichen Ebene zu nennen. Auf der Makrostruktur ist das politische System einflussreich, welches durch Gesetze die Wahrnehmungen, Deutungen und praktischen Konsequenzen der Begriffe "arbeitsbedingte Gefährdung" bzw. „arbeitsbedingte Erkrankung“ bestimmt.

Eine Konzeption „Arbeitsbedingte Erkrankung“ hat sich mit dem juristischen und medizinischen Konstrukt „Berufskrankheit“ bzw. „Arbeitsunfall“ auseinanderzusetzen bzw. von diesen Begriffen abzusetzen. Der Begriff des Arbeitsunfalls bzw. der Berufskrankheit ist geprägt durch juristische, sozialmedizinische und arbeitsmedizinische Sichtweisen, Modellannahmen und Handlungsmuster. Die jeweiligen Definitionen sind primär an der männlichen Berufsbiographie und Struktur männlicher Erwerbsarbeit orientiert. Eine geschlechtersensible Betrachtung fehlt im Grunde. Es lassen sich drei Arten arbeitsbedingter (berufsbezogener bzw. arbeitsweltbezogener) Krankheiten postulieren:

1. Die klassischen anerkannten Berufskrankheiten, wie sie in der Liste der Berufskrankheitenverordnung gemäß § 9 Abs. 1 SGB VII aufgeführt sind.

2. Potentielle Berufskrankheiten, auch „Quasi-Berufskrankheiten“ genannt. Diese Erkrankungen sind noch nicht in die Berufskrankheitenliste aufgenommen worden. Solche Krankheiten können im Einzelfall, wenn neue wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen, anerkannt werden (§ 9, 2 SGB VII).

3. Arbeitsbedingte (berufs- oder arbeitsbezogene) Krankheiten, die in einem Zusammenhang mit beruflicher Tätigkeit stehen, hinsichtlich ihrer Verursachung aber kontrovers diskutiert werden.

Die Kontroverse über die Definition von arbeitsbedingten Erkrankungen läuft nicht nur zwischen Arbeits- bzw. GesundheitswissenschaftlerInnen, EpidemiologInnen und ArbeitsmedizinerInnen, sondern auch zwischen ExpertInnen und Laien. Wenn es also um die soziale Wahrnehmung von arbeitsbedingten Erkrankungen auch in der Geschlechterperspektive geht, stehen nicht nur Sichtweise, Deutungsmuster, Modellannahmen der Wissenschaft, sondern ebenso Wahrnehmungen, Erlebnisdimensionen und Interpretationen von Laien zur Debatte. Sowohl Wissenschaft wie auch Laiensystem unterliegen einen "Gender Bias", sind also von Verzerrung bzw. Ignoranz gegenüber der Geschlechterfrage geprägt. Ebenso ist es wichtig zu sehen, dass es nicht nur um Krankheit im Sinne der Krankheitsdefinition der Medizin geht, sondern eine Unterscheidung zu treffen ist, die die Kommunikationsfähigkeit mit betroffenen Laien ermöglicht. Im englischen Sprachraum wird zwischen Health, Disease, Sickness und Illness unterschieden. Disease ist ein Konzept der Medizin und wird durch die Pathologie und die klinische Medizin interpretiert und an konkreten körperlichen Phänomenen festgemacht. Unter Sickness wird die soziale Dimension von „Kranksein“, sich krank fühlen, verstanden (z.B. Arbeitsunfähigkeit). Illness wird eher als die subjektive Erfahrung der Person im Kontinuum von „ill - health“ interpretiert. Illness zeigt die Erfahrung, die Empfindung der Person im Sinne von Wohlbefinden, Schmerz und Unwohlsein an (Field 1976). Mit dieser Unterscheidung ist es möglich, der Tatsache Rechnung zu tragen, dass Personen eine Krankheit im Sinne der medizinischen Definition haben können, sich aber wohl fühlen. Andererseits können sie sich unwohl fühlen, ohne im Sinne der medizinisch-ärztlichen Diagnostik eine Krankheit zu haben. Diese Auffassung kommt dem Verständnis der „relativen Gesundheit“ nahe, bei dem ein Kontinuum von Health-Wellness-Illness-Disorder-Disease (Gesundheit - Wohlbefinden - Unwohlsein/Beschwerden - Störung - Krankheit) unterstellt wird (Gerhardt 1993). In dieser Sichtweise ist es also angebracht, work-related disease von work-related illness zu unterscheiden und von einer wahrgenommenen arbeitsbedingten Erkrankung zu sprechen (perceived work-related illness) (Broersen u.a. 1996). Es besteht also die Möglichkeit, dass ArbeitnehmerInnen eine Erkrankung bzw. ein Leiden als arbeitsbedingte Erkrankung wahrnehmen, ohne dass diese arbeitsbedingte Erkrankung im Sinne der medizinischen Definition als eine „work-caused disease“ (Berufskrankheit) anzusehen ist. Diese Situation ist nicht mit dem Muster der psychischen Verarbeitung gleichzusetzen, bei der subjektiv erlebte Gesundheitsstörungen äußeren Ursachen zugeschrieben werden (Kausalattributionen) (Ruff 1993, S. 102-103). Im Sinne der Gender-Debatte muss auch in diesem Zusammenhang auf die Notwendigkeit einer geschlechterdifferenzierenden Betrachtung verwiesen werden, da unterschiedliche weibliche und männliche Körperkonzepte, Differenzen hinsichtlich des health-reporting behavior usw. eine realitätsnahe Abbildung des vorliegenden Krankheitszustandes als (wahrgenommene) arbeitsbedingte Erkrankung mit beeinflussen.

In der deutschen Sprache macht die Unterscheidung zwischen Krankheit und Erkrankung auf u.a. zwei Differenzierungen aufmerksam. Während Krankheit in der zeitlichen Perspektive eher statisch gedeutet wird, bringt die Bezeichnung Erkrankung das Prozesshafte (Werden, Vergehen, Wiederaufleben) zum Ausdruck. Dem Krankheitsbegriff haftet außerdem etwas Seinsmäßiges bzw. Eigenständiges (Ontologisches) an. Die Verobjektivierung der naturwissenschaftlichen Medizin hat dieses Verständnis gefördert. Im Begriff Erkrankung wird die biographische, also auch geschlechtsspezifische Dimension, also die individuelle und persönliche Erkrankungsgeschichte angesprochen. Die Unterscheidung zwischen Krankheit und Erkrankung wird auch in den Begriffen Symptom versus Beschwerde offenkundig. Während Symptome einen medizinisch-ärztlichen Interpretationsraum abgeben, sind Beschwerden die Wahrnehmungen und Deutungen von körperlich erfahrenen Störungen bzw. Unwohlseinsreaktionen von „PatientInnen“ und von schicht-, kultursowie geschlechtsspezifischen somatischen Kulturen abhängig. Für die Konzeptionierung eines Verständnisses von arbeitsbedingten Erkrankungen können sie die Vorstufen von arbeitsbedingten Erkrankungen darstellen.

Die Differenzierung zwischen der Expertenmeinung über Berufskrankheit und einer Auffassung von Laien über arbeitsbedingte Erkrankungen ist für die arbeitsmedizinische, wie auch generell für die ärztliche Praxis, von Bedeutung, weil es die Kommunikation des Arztes/der Ärztin mit Berufstätigen über den Zusammenhang bzw. die erlebten Zusammenhänge zwischen Erkrankung, Leiden, akutes oder chronisches, unspezifisches Unwohlsein mit Arbeitsbedingungen möglich macht. In dieser Definition über wahrgenommene Unwohlseinsreaktionen bzw. unspezifische Erkrankungsformen lassen sich Reaktionen auf psychosozialen Stress, wie Ermüdung, Monotonie, psychische Sättigung, in einen Zusammenhang mit arbeitsbezogenen psychosozialen Belastungen und Beanspruchungen bringen (Richter 1997). Solche Befindlichkeitsstörungen sind um andere Beschwerden, wie Schwindelgefühl, Herzbeschwerden, Stechen in der Brust, Übelkeit, Schmerzerfahrungen oder Schlafstörungen zu erweitern. In diesem Verständnis von „relativer Gesundheit“ auf dem Kontinuum von Gesundheit, Wohlbefinden, Unwohlsein werden arbeitsbedingte Erkrankungen nicht nur als manifeste Erkrankungen sichtbar. Sie kommen bereits in den Vorstadien als leichte Störungen oder als durch stärkere psychophysiologische Gegenregulationen bereits kompensierte Störungen in den Blick. Für präventive Strategien ist demnach die Vorverlegung der Aufmerksamkeit gegenüber arbeitsbedingten gesundheitlichen Störungen notwendig. Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen, wie sie heute bei der nicht-industriellen produktiven Tätigkeit im Bereich der personenbezogenen oder nichtpersonenbezogenen Dienstleistungsarbeit oder im Bereich der administrativen Tätigkeiten auftreten, sollten in diesem Verständnis von ExpertInnen wie Laien wahrgenommen werden. Selbstverständlich treten solche Belastungen weiterhin in industriellen, landwirtschaftlichen und gewerblichen Bereich auf.

Nachfolgend sollen Ergebnisse der für die Bundesrepublik repräsentativen Befragung von über 30.000 Erwerbstätigen des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) von 1998/1999 genutzt werden. Die vorliegenden Daten ermöglichen die Überprüfung der Frage, wie die subjektiv

wahrgenommenen gesundheitlichen Belastungen und Schädigungen der eigenen Erwerbstätigkeit im Unterschied von Männern und Frauen erfahren werden. Für die Analyse wurde diejenigen Berufe herausgegriffen, die hinsichtlich des Anteils dort beschäftigter Frauen und Männer relativ gleich verteilt waren und somit für einen Geschlechtervergleich geeignet sind. Es wurden bewusst nicht die „typischen“ Männerberufe für die Betrachtung ausgewählt, sondern der Ansatz verfolgt, in der geschlechtsspezifischen Kontrastierung Unterschiede herauszuarbeiten.

2. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung

2.1 Häufigkeit von beruflichen Tätigkeiten

Die beruflichen Tätigkeiten in der Bundesrepublik weisen eine deutliche Geschlechterdifferenzierung auf. Dies lässt sich auch an den vorliegenden Daten des BIBB/IAB Datensatzes nach vollziehen (siehe Tabelle 1). 37% der Männer sind in klassischen "Handarbeits"-Berufen beschäftigt, Frauen nur zu 10%. 41% der Männer und 21% der Frauen sind Arbeiter/innen, 37% bzw. 65% Angestellte und 9% bzw. 5% Beamte sowie 12% bzw. 5% Selbständige. Männer dominieren in den Metall- und Elektroberufen wie im Baugewerbe; in Verwaltungsberufen sind 14 % angestellt. Dagegen sind ein Viertel der Frauen jeweils in personenbezogenen Dienstleistungs- bzw. Verwaltungsberufen tätig.

Tabelle 1: Berufliche Tätigkeiten in %
(BIBB/IAB-Erhebung 1998/1999)

	Männer N = 19366	Frauen N = 14977
Gewinner von Naturprodukten	3	2
Hersteller von Grundstoffen, Produktionsgütern	3	1
Hersteller von Gebrauchsgütern	4	4
Metall-, Elektroberufe	16	2
Bau-, Ausbauberufe	11	1
Personenbezogene Dienstleistungen	13	27
Sachbezogene Dienstleistungen	9	12
Waren-, Dienstleistungskaufleute	10	18
Planungsberufe, Ingenieure, Techniker	9	2
Verwaltungsberufe	14	25
Sonstiges	8	5

Die Analyse der konkreten Tätigkeiten zeigt, dass bis zu einem Viertel der Männer mit Werkzeugen hantieren, wobei 17% mit einfachem Handwerkszeug umgeht. Bei Frauen kommt eine solche "Handarbeit" nur zu 7% vor. Weitere Analysen zeigen, dass Arbeit an Computern bzw. EDV-Geräten für ein Viertel der Männer und für fast ein Drittel der Frauen Routine ist. 18% der Frauen und 11% der Männer haben einen überwiegenden PC-Arbeitsplatz. Männer gehen mit Fahrzeugen, wie LKW, Gabelstapler, häufiger (13%) um als Frauen (3%).

2.2 Arbeitsbelastungen

Dass Männer häufiger als Frauen mit körperlicher Arbeit in Industrie und Gewerbe zu tun haben als Frauen, spiegelt sich in den artikulierten Arbeitsbelastungen wider (Tabelle 2).

Tabelle 2 Artikulierte Arbeitsbelastungen (BIBB/IAB 1998/1999)

Arbeitsbelastungen	Männer N = 19366	Frauen N = 14977
<i>Unter der jeweiligen Belastung stehen „praktisch immer“ oder „häufig“</i> <i>(Mehrfachnennungen, Prozente kumulativ)</i>		
Arbeit im Stehen	62	59
Schwere Lasten	32	20
Zwangshaltungen	22	13
Erschütterungen, Schwingungen	10	1
Lärm	27	11
Beleuchtung	11	7
Rauch, Staub, Gase	21	7
Klima	28	10
Öl, Schmutz	25	8
Gefährliche Stoffe	8	3
Schutzbekleidung	23	9

Hantieren von schweren Lasten (mehr als 20 kg) ist Alltag bei einem Drittel der Männer. Überraschend häufig sind auch Frauen von Schwerarbeit (mehr als 10 kg) betroffen (20 %). Körperliche Zwangshaltungen, wie Knien, Bücken, Überkopfarbeit sowie auch klimatische Belastungen durch Kälte, Hitze, Zugluft oder Umgang mit öligen bzw. schmutzigen Teilen sowie Lärm sind für ein Viertel der männlichen Erwerbstätigen ständige Arbeitsbelastungen. Unter schlechter Luft (Rauch, Gase, Stäube, Dämpfe) leiden 21 %. Gegenüber gefährlichen Arbeitsstoffen sind immerhin 8 % der Männer wissentlich exponiert.

Die Erwerbsarbeit steht seit geraumer Zeit unter massivem Rationalisierungs- und Modernisierungsdruck. Arbeitsabläufe und Tätigkeitsanforderungen erfahren eine Neugestaltung und unterliegen stärker als bisher ökonomischen Kosten-Nutzen-Kalkülen. Rationalisierungsprozesse sind in ihren Effekten für die Qualität der Arbeitsbedingungen nicht immer eindeutig. Teils bringen sie höhere Belastungen durch Zeitdruck und Arbeitsverdichtung mit sich, teils aber auch mehr Autonomie und Entscheidungsspielräume. Von den Erwerbstägigen werden solche Veränderungen der Arbeitsbedingungen durchaus erlebt (Tabelle 3).

Tabelle 3 Zunahme der Arbeitsbelastungen in den letzten zwei Jahren (BIBB/IAB 1998/1999)

Arbeitsbelastungen <i>(Mehrfachnennungen, kumulativ)</i>	<i>Prozente</i>	Männer N= 19366	Frauen N =14977
--	-----------------	--------------------	--------------------

Körperliche Belastungen	25	22
Stress, Arbeitsdruck	49	41
Fachliche Anforderungen	46	36
Unfallgefährdung/gesundheitliche Gefährdung	10	5
Überstunden	24	16
Risiko Arbeitslosigkeit	23	21
Kontrolle durch Vorgesetzte	14	12
Möglichkeit der Arbeitseinteilung	21	17
Vielseitigkeit, Interessantheit	28	23

Vorherrschend ist die Erfahrung, dass Stress und Arbeitsdruck in den letzten 2 Jahren zugenommen hat, bei den Männern zur Hälfte, bei den Frauen zu 41%. Selbst die körperlichen Belastungen sind bei einem Viertel der Männer und bei 22% der Frauen trotz Technisierung gestiegen. Fast die Hälfte der Männer gibt an, dass die fachlichen Anforderungen sich erhöht haben. Immerhin sind auch mehr als ein Drittel der Frauen hiervon betroffen. Die zeitlichen Anforderungen schlagen sich in vermehrten Überstunden nieder. Dass der Arbeitsplatz gefährdet und das Risiko Arbeitslosigkeit gestiegen ist, wird von fast einem Viertel der Männer angegeben. Zugleich haben 20 bis fast 30% von ihnen eine Zunahme der Möglichkeiten zur Arbeitseinteilung und der Vielseitigkeit bzw. Interessantheit der Arbeit erlebt. Bei den Frauen ist es ähnlich, wenn auch nicht ganz so ausgeprägt. Immerhin schätzen 10% der Männer ihre Arbeitsbedingungen so ein, dass ihre gesundheitliche Gefährdung und das Unfallrisiko in den letzten Jahren größer geworden ist.

Weitere Analysen konnten zeigen, dass die Gestaltung von Zeit nicht nur in dem konkreten Tätigkeitsvollzug ein wichtiger Faktor für Belastung und Beanspruchung (Hetzarbeit, Pause) ist. Auch die Lage der Arbeitszeit am Tag bzw. in der Woche kann Quelle von Gesundheitsgefährdung sein. Die BIBB/IAB-Daten zeigen, dass 21% der Männer bzw. 24% der Frauen in Wechselschicht arbeiten, 28% bzw. 14% leisten regelmäßig Überstunden und zu 12% bzw. 6% ebenso regelmäßig Nacharbeit sowie zu 10% Arbeit an Sonn- und Feiertagen.

Wie sieht nun die Betroffenheit von psychosozialen Arbeitsbelastungen im einzelnen bei den Berufsgruppen nach Geschlecht aus? Starker Leistungs- und Termindruck ist

für die Mehrheit der Männer eine vorrangige alltägliche Erfahrung, die praktisch immer bzw. häufig auftritt (Tabelle 4). Die weiblichen Erwerbstätigen artikulieren dies immerhin ebenfalls zu 39%. Vergleicht man die Häufigkeit der psychosozialen Stressfaktoren zwischen Männern und Frauen, so fällt auf, dass es einen deutlichen Unterschied bei der Verantwortung gegenüber dem Arbeitsprozess gibt. 36% der Männer sagen, dass selbst kleine Fehler oder eine geringe Unaufmerksamkeit große finanzielle Verluste zur Folge haben können. Eine Differenz zeigt sich zu Lasten der Männer ebenso bei der mentalen Konzentrationsbelastung (38 zu 28%). Männer sehen sich häufiger vor neue Aufgaben gestellt, in die sie sich erstmal hineindenken und einarbeiten müssen (39 zu 26%). Nur bei der repetitiven Tätigkeiten, von der die Hälfte der Frauen betroffen sind, ist der Anteil bei den Männern etwas geringer (41%). Für fast ein Viertel der männlichen Erwerbstätigen sind die Arbeitsanforderungen so stark, dass sie praktisch immer bzw. häufig bis an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit gehen müssen; bei den Frauen beträgt der Anteil der Hochbelasteten 16%.

Für die Frage zum Zusammenhang von Weiblichkeit bzw. Männlichkeit und Gesundheit (Felder, Brähler 1999) bei Erwerbstätigkeit ist es interessant, sich solche berufliche Tätigkeiten anzuschauen, die Männer wie Frauen ausüben. Die Befragungsdaten vom BIBB bzw. IAB erlauben dies für einige Berufe (Tabelle 4). Betrachtet man zunächst das höchstbesetzte psychosoziale Belastungssyndrom, nämlich Termin- und Leistungsdruck, so fällt auf, dass im selben Beruf Männer gegenüber Frauen bei Köchen, Verkäufern, Pflegepersonal, Bankfachkräfte, Bürofachkräfte/kaufmännische Angestellte, Geschäftsbereichsleiter bzw. Direktionsassistenten, Verwaltungsfachleute im mittleren wie auch im gehobenen Dienst, bei Ärzten, dieser starke Stress häufiger erlebt wird. Im Lehrerberuf sind es Frauen, die etwas häufiger mit diesem Stressfaktor zu kämpfen haben. Welchen Einfluss Alter, Qualifikation, Stellung im Beruf hier im einzelnen haben, muss offen bleiben. Beispielhaft wird im Folgenden anhand der Bürofachleute und Bankfachleute ein Trend aufgezeigt. Männliche Bürofachleute und Bankfachleute bzw. kaufmännische Angestellte sind mit Ausnahme der Monotonieerfahrung (immer dieselbe Tätigkeit bzw. Arbeit genau vorgeschrieben) bei allen aufgeführten psychosozialen Belastungen stärker betroffen als Frauen. Die Altersverteilung zwischen Männern und Frauen zeigt, dass im Beruf der Bankfachleute 24% der Männer bzw. 33% der Frauen unter 30 Jahre alt sind, 45% der Männer bzw. 46% der Frauen der Altersgruppe der 30- bis unter 45jährigen angehören und 31% bzw. 22% über 45 Jahre alt sind (Bürofachkräfte: 20 % bzw. 26%, 43% bzw. 39%, 37% bzw. 35%). Die unterschiedlichen Belastungserfahrungen zwischen Männern und Frauen in diesen beiden Berufen können mit der Stellung im Beruf zu tun haben; so sind 51% der Bankfachleute leitende Angestellte. Nur 30% der Frauen gehören zu diesem Personenkreis. Bei den Bürofachkräften bzw. kaufmännischen Angestellten ist ebenfalls ein deutlicher Abstand zwischen den Geschlechtern vorhanden: 38% zu 23%. 15% der weiblichen und 5% der männlichen Bankfachleute sind einfache Angestellte bzw. 52% zu 38% qualifizierte Angestellte. Auch bei den Bürofachkräften bzw. kaufmännischen Angestellten ist fast die Hälfte der befragten Frauen als qualifizierte Angestellte bzw. zu einem Viertel als einfache Angestellte tätig. Sind Männer wie Frauen in ähnlichen beruflichen Positionen tätig, wie z.B. als Geschäftsbereichsleiter bzw. Direktionsassistent oder auch im Verwaltungsdienst und ähnlich im Lehrerberuf, dann sind die Unterschiede des Belastungserlebens bei psychosozialem Stress nicht gravierend. Als ein wichtiger Beanspruchungsindikator für die berufliche Gesamtbela

der Leistungsgrenze angesehen werden. Hier fällt auf, dass die Beschäftigten im Medizinbereich, Pflegepersonal wie Ärzte, unter dem größten Anforderungssyndrom leiden. Ein Drittel von ihnen deutet seinen Arbeitsalltag so, Ärzte sogar zu 38%. Überraschend hoch ist mit 33% diese Aussage ebenfalls bei Gymnasiallehrerinnen.

2.3 Arbeitsbedingte Beschwerden bzw. Erkrankungen

Betrachtet man die Verbreitung von arbeitsbedingten Erkrankungen bzw. Beschwerden bei den Erwerbstägigen insgesamt, so sind keine signifikanten Unterschiede zu beobachten. Jedoch leiden an Nacken-, Schulter- und Kopfschmerzen Frauen etwas häufiger als Männer (Tabelle 5). Rückenschmerzen geben erwerbstätige Männer wie Frauen zu über einem Drittel an. Eine erste Orientierung zur Verbreitung von arbeitsbedingten Beschwerden bzw. Erkrankungen nach Berufen erlaubt der Indikator zwei oder mehrere von 21 abgefragten Befindlichkeitsstörungen. In den Berufen Verkäufer und Pflege leiden Männer stärker als Frauen unter Beschwerden, die aus der Arbeitstätigkeit röhren. Besonders deutlich ist der Unterschied bei Geschäftsbereichsleitern (26% Männer, 14% Frauen). Allerdings haben 34% der männlichen und nur 28% der weiblichen Bereichsleiter keine Beschwerden; dies entspricht der Häufigkeit wie bei den Erwerbstägigen insgesamt. In allen anderen in der Tabelle 5 aufgeführten Berufen leiden Frauen verbreiteter an Befindlichkeitsstörungen als Männer. Um das Doppelte höher sind Frauen gegenüber Männern in den Berufen Koch, Hilfsarbeiter, Verwaltung, Arzt und Lehrer von solchen Beschwerden betroffen.

Tabelle 4 Artikulierte psychosoziale Arbeitsbelastungen praktisch immer oder häufig nach Beruf und Geschlecht in %

(BIBB/IAB 1998/1999)

Beruf	N	Termin-/Leistungsdruck	immer derselbe Arbeitsgang	verschiedene Arbeiten gleichzeitig	hohe Konzentration	kleine Fehler, große finanzielle Verluste	bis an Grenzen der Leistungsfähigkeit
Köche/Köchinnen							
m	153	74	51	67	34	16	20
w	175	45	65	51	21	13	16
Hilfsarbeiter/innen							
m	267	40	70	28	30	21	16
w	205	42	83	30	49	28	22
Verkäufer/innen							
m	134	43	35	32	22	33	20
w	256	29	54	26	17	17	12
Beruf	N	Termin-/Leistungsdruck	immer derselbe Arbeitsgang	verschiedene Arbeiten gleichzeitig	hohe Konzentration	kleine Fehler, große finanzielle Verluste	bis an Grenzen der Leistungsfähigkeit

Krankenschwester/ Pfleger/Hebammen							
m	109	69	45	69	60	37	32
w	388	56	48	59	46	32	31
Bankfachleute							
m	290	65	32	53	41	55	24
w	175	44	45	34	34	47	21
Bürofachkräfte/Kau fmännische Angestellte							
m	421	57	34	46	27	31	18
w	635	44	40	37	22	24	14
Beruf	N	Termin-/ Leistungs druck	immer derselbe Arbeitsga ng	verschiede ne Arbeiten gleichzeitig	hohe Konzent ration	kleine Fehler, große finanzielle Verluste	bis an Grenzen der Leistungs fähigkeit
Geschäftsbereichsl eiter/Direktionsassi stenten							
m	272	76	18	69	30	44	28
w	74	69	22	65	24	32	28
Verwaltungsfachle ute mittlerer Dienst							
m	397	52	46	48	32	30	18
w	389	47	51	45	25	21	15
Beruf	N	Termin-/ Leistungs druck	immer derselbe Arbeitsga ng	verschiede ne Arbeiten gleichzeitig	hohe Konzent ration	kleine Fehler, große finanzielle Verluste	bis an Grenzen der Leistungs fähigkeit
Verwaltungsfachle ute gehobener Dienst							
m	197	59	22	62	39	33	17
w	78	54	40	62	30	28	23
Verwaltungsfachle ute gehobener Dienst							
m	197	59	22	62	39	33	17
w	78	54	40	62	30	28	23

Ärzte/Ärztinnen								
m	111	76	20	59	65	46	38	
w	45	67	22	47	56	24	34	
Beruf	N	Termin-/Leistungsdruck	immer derselbe Arbeitsgang	verschiedene Arbeiten gleichzeitig	hohe Konzentration	kleine Fehler, große finanzielle Verluste	bis an Grenzen der Leistungsfähigkeit	
Gymnasiallehrer/innen								
m	144	60	13	67	50	1	15	
w	57	65	14	63	41	-	33	
Grund-/Haupt-/Real-/Sonderschullehrer/innen								
m	143	43	17	58	43	2	18	
w	146	50	19	70	44	2	21	
Alle Erwerbstätigen								
m	1936	57	41	44	38	36	22	
w	6	39	50	39	28	19	16	
	1497							
	7							

Tabelle 5 Gesundheitliche Beschwerden häufig, während oder unmittelbar nach der Arbeit nach Beruf und Geschlecht in %

BIB/IAB 1998/1999

Beruf	N	Schmerzen				Müdigkeit	Nervosität	2 oder mehr Befindlichkeitsstörungen	keine Beschwerden
		Rücken	Nacken Schulte- r	2 oder mehr Beweg- ungsap- parat	Kopf				
Köche/Köchinnen	m	153	28	19	23	11	13	7	44
		174	55	31	53	17	22	10	18
Hilfsarbeiter/innen	m	267	43	25	32	10	10	7	35
		205	60	46	60	22	14	16	13
Verkäufer/innen	m	133	30	21	36	19	12	17	38
		256	36	24	33	20	18	10	30
Krankenschwestern/ Pfleger/ Hebammen	m	109	60	26	40	19	30	22	22
		388	54	39	43	22	31	19	23
Bankfachleute	m	290	26	20	15	17	11	17	49
		175	26	35	21	24	11	9	42
Bürofachkräfte/Kauf- männische Angestellte	m	420	27	23	20	14	19	14	42
		635	27	35	23	25	17	12	36
Geschäftsbereichslei- ter/Direktionsassiste- nten	m	272	30	20	16	18	23	22	34
		74	35	41	27	25	19	10	28
Verwaltungsfachleut- e mittlerer Dienst	m	397	31	30	24	23	18	13	34
		390	32	45	30	33	21	15	32

Beruf	N	Schmerzen				Müdigkeit	Nervosität	2 oder mehr Befindlichkeitsstörungen	keine Beschwerden
		Rücken	Nacken Schulte- r	2 oder mehr Beweg- ungsap- parat	Kopf				
Verwaltungsfachleute gehobener Dienst	m w	197	32	28	19	11	14	14	39
		78	30	45	30	35	27	14	19
Ärzte/Ärztinnen	m w	111	14	17	9	10	34	15	41
		46	24	22	20	29	40	27	33
Gymnasiallehrer/innen	m w	144	26	26	18	19	29	24	33
		58	19	26	18	36	38	21	24
Grund-/Haupt-/Real-/Sonderschullehrer/innen	m w	143	20	25	15	18	32	31	29
		145	30	36	30	27	37	35	20
Alle Erwerbstätigen	m w	19366	37	24		15	19	12	34
		14977	36	34		21	19	12	31

Auffällig ist die allgemeine Müdigkeit, Mattigkeit und Erschöpfung nach der Arbeit bei den Berufen im Gesundheitssektor; fast ein Drittel des Pflegepersonals und der männlichen Ärzte sagen dies und sogar 40% der Ärztinnen. Auch im Lehrerberuf ist diese Erfahrung nach dem Dienst bei einem Drittel der männlichen wie weiblichen Lehrkräfte verbreitet. Im Lehrerberuf werden von Männern wie Frauen Befindlichkeitsstörungen, wie Nervosität bzw. Müdigkeit, gegenüber den anderen Berufen deutlich häufiger artikuliert. In den Berufen, in denen körperlich gehoben und getragen werden muss, wie bei den Köchen/innen und Hilfsarbeiter/innen treten Schmerzen am Bewegungsapparat verbreitet auf. Hier zeigt sich eine weitaus stärkere Beeinträchtigung des weiblichen Personals gegenüber ihren männlichen Kollegen.

Nicht nur die Frage, wer von den Männern oder Frauen kräcker ist und wodurch dies verursacht ist, kann als eine interessante Frage angesehen werden, sondern ebenso - im Sinne Antonovsky's - die Frage, wer bleibt bei gleichen Arbeitsbedingungen gesund. Betrachtet man unter diesem Aspekt die Angaben zu den gesundheitlichen Beschwerden, so fällt hier ganz eindeutig auf, dass, gemessen am Indikator "keine Beschwerden" Männer in allen Berufen bis auf das Pflegepersonal, in einem größeren Prozentsatz frei von Beschwerden sind gegenüber den Frauen. Besonders ausgeprägt

ist dies im Koch-Beruf, bei den Hilfsarbeitertätigkeiten und im gehobenen Verwaltungsdienst. Als ein Erklärungsfaktor kann hier die geschlechtsspezifische Segregation des Arbeitsmarktes, die für die Geschlechter unterschiedlichen Karrieremuster bzw. Hierarchiesierung in den Berufen, zu denen beide Geschlechter einen Zugang haben, benannt werden.

Die vorliegende Auswertung bezieht sich auf eine rein deskriptive Betrachtung eines Querschnittsdatensatzes. Eine Beantwortung hinsichtlich der Ausgangsfragstellung ist dem zu Folge nur begrenzt möglich. Für eine umfassende, komplexe Beantwortung hinsichtlich des Wechselspiels von Geschlecht, Arbeit und Gesundheit bedarf es nicht zuletzt einer multivariaten Betrachtung bzw. einer anderen, eher qualitativen Forschungsausrichtung, die einen Beitrag zur Klärung der offenen Fragen leisten könnte. Besonderes Augenmerk sollte zudem auf das Zusammenwirken von reproduktiver Arbeit und Erwerbsarbeit gelegt werden. Die klassische Orientierung an dem Vollzeit beschäftigten männlichen Erwerbstägigen versperrt den Blick auf die Wirkungszusammenhänge von Arbeit und Gesundheit für Frauen. Der klassische Arbeitsbegriff ist hier nicht tragfähig, denn (erwerbstätige) Frauen tragen nach wie vor in einem weitaus höherem Maße die Last der Haus- und Familienarbeit als Männer.

Eine Erweiterung der traditionellen Sichtweise ist notwendig. Diese muss sich an den jeweils unterschiedlichen Lebensbedingungen bzw. gesellschaftlichen Realitäten von Frauen und Männern orientieren und die gesellschaftlich definierten (Geschlechts-)Rollenmuster einbeziehen. Es geht hierbei nicht um eine kausale Betrachtung einer „doppelten“ Belastung von Frauen im Sinne der sogenannten „Doppelbelastung“ (also einem additiven Zusammenwirken von reproduktiver Arbeit und Erwerbsarbeit) sondern um die je spezifischen, für die Geschlechter anders geformten, Ressourcen und Gelegenheitsstrukturen, den Anforderungen gerecht zu werden.

3. Zusammenfassung

Auf die Frage, macht Arbeit Männer krank, kann auf der hier vorgestellten empirischen Basis keine eindeutige Antwort gegeben werden. Da es sich hier um Querschnittsdaten handelt, sind kausale Aussagen nicht möglich. Notwendig wären, um zu einer verlässlicheren Aussage zu kommen, Längsschnittuntersuchungen, die sich des Methodeninventars der quantitativen wie auch qualitativen Sozialforschung bedienen. Festzuhalten bleibt allerdings, dass die Berufstätigkeit mit einem nicht geringen Anteil von klassischen körperlichen Belastungen wie auch psychosozialen Stressfaktoren verbunden ist und bei einem sehr hohen Prozentsatz der Beschäftigten während und nach der Arbeit zu gesundheitlichen Beschwerden führt. Nur ein Drittel aller Erwerbstägigen, Männer wie Frauen, geben an, dass sie keine Beschwerdesymptomatik haben. Immerhin sagen in der Untersuchung des BIBB/IAB 12% der Männer und 9% der Frauen, dass sie wegen einem Arbeitsunfall oder durch den Beruf verursachte Krankheiten in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig waren.

Zukünftige Ansätze in Forschung, Kuration, Prävention und Rehabilitation sollen, neben den bereits oben aufgeführten Kriterien, auch folgende Aspekte mit aufgreifen:

Der klassische ArbeitnehmerInnen-Schutz sollte die Präventionsstrategien unter geschlechtergerechten Kriterien ausarbeiten und verfolgen. Besonders deutlich wirkt

sich das Fehlen von geschlechtergerechten Präventionsstrategien im Bereich des Arbeitsschutzes bei den von Frauen dominierten Dienstleistungsberufen aus. Dieser Unterentwicklung muss entgegengewirkt werden.

Der Bereich der Arbeitswissenschaft bzw. der arbeitsweltbezogenen (Gesundheits-)Berichterstattung ist bislang durch eine Geschlechterblindheit charakterisiert. Eine Veränderung des bisherigen Ansatzes bzw. Blickwinkels steht ebenfalls aus.

Die Klärung der Differenz der höheren Sterblichkeit von Männern im Vergleich zu Frauen sollte unter Einbeziehung auch der verschiedenen arbeitsplatzbezogenen Risiken und deren Einfluss auf die Mortalität erfolgen. Hier kumulieren arbeits- und lebensweltbezogene Risiken in unterschiedlicher Weise. Ein weiterer Beitrag zur Erweiterung der bisherigen Ansätze wären hier auch in einer verstärkten Einbeziehung der Lebenslaufforschung zu sehen.

Nicht nur die Einbeziehung des Wechselspiels von reproduktiven Tätigkeiten, Erwerbsarbeit und Gesundheit in zukünftige Forschungsansätze sind wichtige innovative Schritte, auch die kritische Reflexion des männlichen Risikoverhaltens als kulturelles Muster und der fortwährenden Tradierung gehören hierzu.

Bei all den Versuchen, den Einfluss der Erwerbsarbeit auf die Gesundheit unter einem pathogenetischen Blickwickel „Arbeit macht krank“ zu betrachten, muss immer auch auf das Paradoxon verwiesen werden, dass sie unter ressourcenorientierten Gesichtspunkten eben auch gesund hält und – mehr denn je – ein wichtiges positives gesellschaftliches Moment für Integration, Selbstverwirklichung, Autonomie und Wertschätzung darstellt.

Literatur

Broersen, J.P.J. u.a.: Health Complaints and Working Conditions experienced in Relation to Work and Age, in: Occupational and Environmental Medicine 1996, 53, S. 51-57

Felder, H., Brähler, E.: Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit, in: Elmar Brähler, Hildegard Felder (Hg.): Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit, Westdeutscher Verlag, Opladen 1999, S. 9-30

Field, D.: The Social Definition of Illness, in: Tuckett, D. (Ed.): Introduction and Basic Readings in Medical Sociology, London 1976, S. 334-365

Gerhardt, U.: Gesundheit - Ein Alltagsphänomen, Konsequenzen für Theorie und Methodologie von Public Health, WZB Papier P93-206, Wissenschaftszentrum Berlin 1993

Jahn, I.: Methodische Probleme einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung, in: Klaus Hurrelmann, Petra Kolip (Hg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2002, S. 142-156

Richter, G.: Psychische Belastung und Beanspruchung - Stress, psychische Ermüdung, Monotonie, psychische Sättigung, Dortmund, Berlin 1997

Ruff, F.M.: Psychische Verarbeitung von Gesundheitsgefahren durch Umweltbelastungen: Ein theoretisches Rahmenmodell, in: Aurand, K.; Hazard, B.P.; Tretter, F. (Hg.): Umweltbelastungen und Ängste, Opladen 1993, S. 85-112

Tretter, F.: Gesundheitsförderung, Humanökologie und die „Ökologie der Person“, in: Hazard, B.P. (Hg.): Humanökologische Perspektiven in der Gesundheitsförderung, Opladen 1997, S. 37-55

Verbrugge, L. (1989) The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Behavior*, 30: S. 282-304