

RESEARCH

Tobias Staiger

Arbeitsbedingter Stress in Callcentern

Eine empirische Analyse aus
Gender-Perspektive

 Springer VS

Arbeitsbedingter Stress in Callcentern

Tobias Staiger

Arbeitsbedingter Stress in Callcentern

Eine empirische Analyse
aus Gender-Perspektive

 Springer VS

Tobias Staiger
Ulm, Deutschland

Dissertation Universität Bielefeld, 2014

Gedruckt mit freundlicher Unterstützung der Hans-Böckler-Stiftung.

ISBN 978-3-658-10699-7 ISBN 978-3-658-10700-0 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-658-10700-0

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer VS

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Fachmedien Wiesbaden ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media (www.springer.com)

Danksagung

Das vorliegende Buch ist eine überarbeitete Version meiner Dissertation, die ich im Sommersemester 2014 an der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, eingereicht habe.

Die Studie ist Ergebnis eines langen, teils mühsamen Forschungs- und Schreibprozesses, die ohne die engagierte Unterstützung und konstruktive Kritik meiner WegbegleiterInnen nicht hätte umgesetzt werden können. Allen voran gilt mein Dank dafür Frau Prof. Dr. Petra Kolip, die mein Forschungsprojekt während des gesamten Verlaufs der Promotion durch ihre wertvollen Ideen und Anregungen bereicherte. Die vielen Termine zur Besprechung der Kapitel waren für mich stets ein wichtiger Orientierungspunkt auf diesem langen Weg. Ebenso gilt mein Dank Herrn Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger sowie Frau Dr. Eva Baumann für ihre Aufgeschlossenheit dem Thema gegenüber und für ihr Engagement insbesondere zum Abschluss des Promotionsverfahrens.

Wer qualitativ forscht ist auf einen kollegial-wissenschaftlichen Austausch im Rahmen der Entwicklung und Überprüfung von Ergebnissen angewiesen. Die Forschungsgruppe der Hans-Böckler-Stiftung sowie die *Quali-Schmiede* an der Uni Bielefeld und die an ihr beteiligten KollegInnen haben mich wissenschaftlich, kollegial und emotional in dieser Zeit begleitet und unterstützt. Ich danke dafür insbesondere Gabriele Klärs, Christoph Karlheim, Lisa Stahl und Rita Müller. Sie stehen stellvertretend für viele weitere Begegnungen, die mir einen ständigen Austausch im oft so tristen und zähen Promotionsalltag ermöglichten. Viel Zeit und Energie haben schließlich Dirk Bruland, Anna Haußer und insbesondere Dr. Christian Grabau für formale Korrektur und inhaltliche Kritik aufgebracht. Christian gilt mein besonderer Dank für die unzähligen Korrekturschleifen in der gesamten Promotionszeit (und darüber hinaus).

Danken möchte ich ebenfalls allen Interviewten, ArbeitgeberInnen und BetriebsrätInnen der Callcenter, die hier der Anonymität wegen nicht beim Namen genannt werden sollen. Ohne ihre Offenheit gegenüber meinem Forschungsprojekt hätte die Studie niemals zustande kommen können.

Nicht zuletzt danke ich meiner Familie, die in jeglicher Hinsicht die Grundsteine für meinen Weg gelegt und mich in diesem immer unterstützt und bestätigt hat. Ich widme das Buch meinen Liebsten Anna und Emma Paulina.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	13
Abbildungsverzeichnis	15
Tabellenverzeichnis	17
1 Einleitung: Arbeit und Gesundheit – geschlechtergerecht?	19
1.1 Der Forschungsgegenstand: Arbeitsbedingter Stress in Callcentern.....	21
1.2 Public-Health-Relevanz – grundlegende theoretische und anwendungsbezogene Verankerung des Forschungsthemas	24
1.3 Entwicklung und Begründung der forschungsleitenden Fragestellung.....	27
1.4 Wissenschaftlicher und anwendungsbezogener Erkenntnisgewinn	30
1.5 Aufbau der Studie	32
2 Die Dimension Geschlecht in den Gesundheitswissenschaften – methodische und theoretische Grundlagen	35
2.1 Geschlechtsreflektierte Forschung – Herausforderungen und Handlungsoptionen	37
2.1.1 Geschlechtsspezifisch vs. geschlechtsreflektiert – eine begriffliche Annäherung	38
2.1.2 Methodische Instrumente geschlechtsreflektierender Gesundheitsforschung	40
2.2 Theoretische Implikationen der Geschlechterforschung.....	45
2.2.1 Geschlecht als binäre Zuordnung?	46
2.2.2 Geschlecht als mehrdimensionales Phänomen.....	47
2.2.3 Geschlecht als Struktur- und Ordnungskategorie.....	49
2.2.4 Doing Gender – die (Re-)Produktion von Geschlecht	50
2.2.5 Vorschlag eines Modells zur Systematisierung der theoretischen Implikationen	51
2.3 Die Geschlechtsperspektive in den Gesundheitswissenschaften – allgemeine Relevanz und zukünftige Herausforderungen.....	54
2.4 Zwischenfazit I: Die Dimension Geschlecht in den Gesundheitswissenschaften – methodische und theoretische Grundlagen	57

3	Zur gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Lage von Frauen und Männern – Einflussfaktoren und Erklärungsmodelle	61
3.1	Arbeits- und Lebenswirklichkeiten von Frauen und Männern.....	62
3.1.1	Horizontale Segregation.....	63
3.1.2	Vertikale Segregation.....	67
3.1.3	Lebensformen von Frauen und Männern	71
3.1.4	Zum Verhältnis von Haus-, Familien- und Erwerbsarbeit	72
3.1.5	Die Aufteilung familiärer Pflegearbeit.....	77
3.1.6	Das Zeitbudget von Frauen und Männern	80
3.2	Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Krankheit	83
3.2.1	Kurzüberblick epidemiologischer Befunde zur Morbidität und Mortalität.....	84
3.2.2	Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands	85
3.2.3	Lebens- und Familienformen und Gesundheit	88
3.2.4	Gesundheit von Frauen und Männern im arbeitsweltlichen Kontext.....	90
3.3	Überblick zentraler Ansätze zur Erklärung der Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Krankheit	94
3.3.1	Biologische Ursachen	94
3.3.2	Geschlechtsrollen und Gesundheitsverhalten.....	96
3.3.3	Methodische Verzerrungen	99
3.3.4	Erfahrungen im Gesundheitssystem.....	100
3.3.5	Arbeits- und Lebensbedingungen	101
3.4	Das Constrained-Choice-Konzept nach Bird und Rieker.....	103
3.4.1	Social Policy	104
3.4.2	Community Actions	106
3.4.3	Work and Family Level	109
3.5	Zwischenfazit II: Zur gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Lage von Frauen und Männern – Einflussfaktoren und Erklärungsmodelle	112

4	Arbeitsbedingter Stress und Geschlecht: theoretischer und empirischer Forschungsstand	119
4.1	Stress vs. psychische Belastung – eine begriffliche Annäherung	120
4.2	(Erwerbs-)Arbeitsbezogene Stress- und Bewältigungstheorien im Überblick	121
4.3	Die Theorie der Ressourcenerhaltung nach Hobfoll	124
4.3.1	Merkmale und Klassifikation von Ressourcen.....	125
4.3.2	Das multiaxiale Copingmodell.....	126
4.4	Empirischer Stand der Forschung zum Zusammenhang von arbeitsbedingtem Stress, Gesundheit und Geschlecht.....	129
4.4.1	Erwerbsarbeitsbedingter Stress und Geschlecht.....	130
4.4.2	Interdependenzen von Arbeit und außerberuflichen Anforderungen	132
4.4.3	Stressbewältigung und Geschlecht.....	136
4.5	Zwischenfazit III: Arbeitsbedingter Stress und Geschlecht: theoretischer und empirischer Forschungsstand	138
5	Callcenter als gesundheitswissenschaftliches Forschungsfeld.....	143
5.1	Prekäre Beschäftigung als Kennzeichen eines Wandels der Arbeitswelt.....	144
5.2	Definition, Ziele und nähere Bestimmung der Typologie von Callcentern.....	147
5.2.1	Organisationsformen und Aufgabenbereiche.....	148
5.2.2	Informations- und kommunikationstechnologische Besonderheiten.....	151
5.3	Personalstruktur in Callcentern.....	152
5.3.1	Callcenter Agents – eine begriffliche Annäherung	153
5.3.2	Qualifikationsniveau als Indikator der Personalstruktur?	153
5.3.3	Altersstruktur	154
5.3.4	Geschlechterverteilung.....	155
5.4	Gesundheit in Callcentern.....	158
5.4.1	Anforderungs- und Belastungskonstellationen	159
5.4.2	Epidemiologische Datenlage.....	162
5.5	Zwischenfazit IV: Callcenter als gesundheitswissenschaftliches Forschungsfeld.....	168

6	Methodisches Vorgehen.....	171
6.1	Feldzugang.....	172
6.2	Fallauswahl und Sample	174
6.3	Erhebungsmethodik: Das Problemzentrierte Interview	177
6.4	Erstellung des Leitfadens	179
6.5	Auswertungsmethodik: Das textthermeneutische Analyseverfahren	184
6.5.1	Die Analysedurchgänge im Überblick	185
6.5.2	Agency-Analyse als Instrument der textthermeneutischen Auswertungsmethode.....	189
6.6	Praktische und technische Realisierung der Auswertung.....	192
6.7	Anonymität, Datenschutz und Forschungsethik im betrieblichen Kontext	193
7	Geschlechtsreflektierte Stress- und Bewältigungsmuster in der Callcenter-Tätigkeit – Deskription der Ergebnisse.....	195
7.1	Stressbedingte Risiken und Bewältigungsressourcen im Überblick	195
7.2	Zuschreibungen von Geschlechtsunterschieden in der Entstehung und Bewältigung von arbeitsbedingtem Stress	199
7.3	Vom Einzelfall zum Typus – Typenbildung im Prozess geschlechtsreflektierender Stress- und Bewältigungsforschung	204
7.3.1	Darstellung relevanter Vergleichsdimensionen.....	204
7.3.2	Gruppierung der Fälle und Analyse empirischer Regelmäßigkeiten.....	208
7.3.3	Analyse inhaltlicher Sinnzusammenhänge.....	210
7.3.4	Charakterisierung der gebildeten Typen	211
7.4	Vorstellung der Stress- und Bewältigungstypologie.....	211
7.4.1	Typ A: Ressourcenorientierte Darstellung Callcenter- spezifischer Anforderungen	214
7.4.2	Typ B: Individualisierte Anpassung trotz erfahrener Stressbelastung.....	225
7.4.3	Typ C: Selbstbestimmung über Lebens- und Arbeitsentwürfe im Konflikt mit Stressoren	231
7.4.4	Typ D: Akutes Belastungsempfinden bei ausbleibender Bewältigung	240

8	Diskussion der Ergebnisse: Empirie-Theorie-Transfer	251
8.1	Berufsbiographische Darstellungsweisen und Geschlecht	253
8.2	Callcenter-Tätigkeit zwischen Flexibilität und Perspektivlosigkeit	255
8.2.1	Bedingungsressourcen im Prozess der Vereinbarkeit von Familie und Beruf	256
8.2.2	Stress als Prozess beruflicher und sozialer Perspektivlosigkeit ..	257
8.3	Ressourcenorientierung im Kontext divergierender Lebens- und Arbeitswirklichkeiten	259
8.3.1	Emotionalität vs. Fachlichkeit als stresspräventive Merkmale in der Callcenter-Tätigkeit	260
8.3.2	Außerberufliche Stressprävention zwischen Funktionalität und persönlicher Erfüllung	262
8.4	Prosoziales Stressbewältigungsverhalten und Geschlecht	264
8.5	Handlungs- und Leistungsfähigkeit in der Callcenter-Tätigkeit	267
8.5.1	Rückgewinnung von Handlungs- und Leistungsfähigkeit	268
8.5.2	Subjektive Folgen der Handlungs- und Leistungsunfähigkeit	270
9	Reflektion der Methodik: Limitation und Generalisierbarkeit der Ergebnisse	273
9.1	Feldzugang – Rollenreflektion im betrieblichen Kontext	274
9.2	Der Einsatz von Problemzentrierten Interviews – zwischen Offenheit und Zuschreibung von subjektiven Relevanzsystemen	275
9.3	Die Dimension Geschlecht als Herausforderung für die Zusammensetzung und Auswahl der Fälle	277
9.4	Fallkontrastierung – Erfahrungen im Rahmen geschlechtsreflektierender Typenbildung	279
9.5	Zum Umgang mit Stress- und Geschlechtertheorien im Empirie- Theorie-Transfer	280
10	Fazit: theoretische und anwendungsbezogene Schlussfolgerungen für die geschlechtsreflektierte Gesundheitsforschung	283
10.1	Stresstheoretische und forschungsbezogene Implikationen	285
10.1.1	Ressourcentheoretische Überlegungen	287
10.1.2	Zur Erweiterung des Constrained-Choice-Konzepts	290

10.2 Praktische Implikationen für eine geschlechtsreflektierte, betriebliche Intervention	291
10.2.1 Problem- und Ressourcenanalyse	294
10.2.2 Planung	295
10.2.3 Implementierung	297
10.2.4 Evaluation	298
10.3 Arbeit, Gesundheit und Geschlecht – ein theorie- und anwendungskritischer Ausblick	300
Literatur- und Quellenverzeichnis	305
Anhang.....	325

Abkürzungsverzeichnis

ACD	Automatic Call Distribution
AOK	AOK – Die Gesundheitskasse
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
AU	Arbeitsunfähigkeit
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BDS	Berufsverband Deutscher Soziologen
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BEEG	Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BIAS FREE	Building an Integrative Analytical Framework for Recognizing and Eliminating InEquities
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BildscharbV	Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit an Bildschirmgeräten
BKA	Bundeskriminalamt
BKK	Betriebskrankenkassen
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
CC	Callcenter
CTI-System	Computer Telephony Integration System
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DEGS1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DGEpi	Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie
DGS	Deutsche Gesellschaft für Soziologie
Dialer	Predictive Dialer
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DRV Bund	Deutsche Rentenversicherung Bund
FIW	Family Interference with Work
FORBA	Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt
GBA	Gender Based Analysis
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes

GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitssurvey
GEKID	Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.
GEP	Gute Epidemiologische Praxis
HBS	Hans-Böckler-Stiftung
I	Interview
IHK	Industrie- und Handelskammer
INQA	Initiative neue Qualität der Arbeit
IVR-System	Interactive Voice Response System
LIA.NRW	Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen
MEW	Marx Engels Werke
MINT	Mathematik, Informatik, Naturwissenschaften, Technik
NCHS	National Center for Health Statistics
NDI	National Death Index
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OSHA	Occupational Safety and Health Administration
o. V.	ohne Verfasser
PHAC	Public Health Action Cycle
PPV	Private Pflegeversicherung
PZI	Problemzentriertes Interview
RKI	Robert Koch-Institut
SDM	Servicefachkraft für Dialogmarketing
SGB	Sozialgesetzbuch
SHEEP	The Stockholm Heart Epidemiology Programme
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
SPE	Sozialmedizinisches Panel für Erwerbspersonen
SPV	Soziale Pflegeversicherung
TBS	Technologieberatungsstelle
TK	Techniker Krankenkasse
TWL	Total Workload
WHO	World Health Organization
WidO	Wissenschaftliches Institut der AOK
WIF	Work Interference with Family
WSI	Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut
WZB	Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Public Health Action Cycle	30
Abbildung 2:	Zentrale Aspekte der gesundheitswissenschaftlichen Analyse von Frauen- und Männergesundheit	36
Abbildung 3:	Führungskräfte in der Privatwirtschaft nach Geschlechtsanteilen auf den deutschen Managementebenen im Jahr 2007 (in Prozent)	66
Abbildung 4:	Verdienstabstand zwischen Frauen und Männern nach dem Alter im Jahr 2010 (in Prozent)	68
Abbildung 5:	Erwerbstätigenquoten von Müttern und Vätern nach Alter des jüngsten Kindes in Deutschland im Jahr 2011 (in Prozent)	74
Abbildung 6:	Vollzeit- und Teilzeitquoten von Müttern nach dem Alter des jüngsten Kindes in Deutschland im Jahr 2011 (in Prozent)	75
Abbildung 7:	Berufliche Konsequenzen der Pflege für die Erwerbstätigkeit der Hauptpflegepersonen im Jahr 2002 (in Prozent)	79
Abbildung 8:	Conceptualization of Constrained Choice	104
Abbildung 9:	Das multiaxiale Copingmodell	126
Abbildung 10:	Verteilung der Krankheitsarten von Beschäftigten in CCn nach AU-Tagen	163
Abbildung 11:	Bestandteile rekonstruktiver Interviewanalyse im Überblick	186
Abbildung 12:	Zuschreibungen und Stereotype bei geschlechtsspezifischer Entstehung und Bewältigung von arbeitsbedingtem Stress in CCn auf Basis der qualitativen Befragung	200
Abbildung 13:	Überblick der Charakteristika des Typus A	215

Abbildung 14:	Überblick der Charakteristika des Typus B	226
Abbildung 15:	Überblick der Charakteristika des Typus C	232
Abbildung 16:	Überblick der Charakteristika des Typus D	241
Abbildung 17:	Bedingungsgefüge von Arbeit, Gesundheit und Geschlecht	286

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Häufig verwendete Begriffe und ihre Inhalte in der Methodisch/methodologischen Diskussion für eine geschlechtergerechte Forschung.....	38
Tabelle 2:	Ober- und Unterformen des Gender-Bias.....	42
Tabelle 3:	Komplexität der Dimension Geschlecht.....	52
Tabelle 4:	Subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands nach Alter und Geschlecht im Jahr 2011 (in Prozent).....	86
Tabelle 5:	Arbeitsunfähigkeit bei erwerbstätigen AOK-Mitgliedern im Jahr 2011 (in Prozent).....	91
Tabelle 6:	Unterscheidungskriterien der Organisationsformen und Aufgabenbereiche in CCn.....	148
Tabelle 7:	Gesundheitsbezogene Charakteristika der Arbeitssituation in CCn.....	159
Tabelle 8:	Charakteristika des Samples.....	175
Tabelle 9:	Das SPSS-Verfahren.....	180
Tabelle 10:	Aufmerksamkeitsebenen in der integrativen, texthermeneutischen Analyse.....	187
Tabelle 11:	Berufliche und außerberufliche Stressoren.....	197
Tabelle 12:	Berufliche und außerberufliche Bewältigungsressourcen.....	198
Tabelle 13:	Darstellung externer Vergleichsdimensionen.....	205
Tabelle 14:	Darstellung interner Vergleichsdimensionen.....	206
Tabelle 15:	Gegenüberstellung der Entstehungs- und Bewältigungsmuster von arbeitsbedingtem Stress mit unterschiedlichen beruflichen Motivationslagen.....	209
Tabelle 16:	Die Dimension Geschlecht im Rahmen der Stress- und Bewältigungsmuster.....	252

Tabelle 17:	Projektphasen und Instrumente des Gender-orientierten Gesundheitsmanagements.....	293
--------------------	---	-----

1 Einleitung: Arbeit und Gesundheit – geschlechtergerecht?

„Entscheidungen und politisches Handeln stärker an den Lebenswirklichkeiten von Frauen und Männern auszurichten, das Entstehen von Ungleichheiten zu verhindern und Entscheidungen effektiver und sozial gerechter zu machen, das ist das Ziel der Strategie des Gender Mainstreaming.“ (Brandenburg et al., 2009, S. 7)

Obschon sich in den vergangenen Jahren zusehends eine Sensibilität für Geschlechtsungleichheiten entwickelt hat, steht die Umsetzung dieses Leitprinzips im Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie in der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) erst in den Anfängen (Ducki, 2011).¹ Dabei zeigen verschiedene Befunde aus der Gesundheitsberichterstattung, dass die zu differenzierenden Lebens- und Arbeitswirklichkeiten von Frauen und Männern in unterschiedlicher Weise durch Belastungsanforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten gekennzeichnet sind. Daten des Statistischen Bundesamtes belegen etwa, dass die Lebenslage von Frauen stark durch das Zusammenspiel von Erwerbsarbeit und dem Lebensbereich Familie beeinflusst wird. Zwar messen beide Geschlechter der Familie einen zentralen Stellenwert zu (Statistisches Bundesamt & WZB, 2013), bezogen auf die berufliche Vereinbarkeit zeigen sich indes starke Geschlechtsunterschiede. So schränken Mütter ihre Erwerbstätigkeit in Abhängigkeit ihres Alters und der Anzahl der Kinder erheblich ein, während Väter zumeist ihre Vollzeiterwerbstätigkeit beibehalten (Statistisches Bundesamt, 2014). Die Betreuung von Kleinkindern liegt demzufolge überwiegend in der Verantwortung der Mütter, sodass weiterhin klassische Familienmodelle vorherrschen, die eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf erschweren (ebd.).

Zeitbudgetstudien belegen darüber hinaus, dass die Zeiteinteilung von Frauen und Männern insgesamt durch Geschlechtsunterschiede in den Arbeitsteilungs- und Freizeitmustern geprägt ist. So leisten Frauen im Vergleich zu Männern in allen Altersgruppen deutlich mehr unentgeltliche Arbeit, insbesondere im Bereich der Haus- und Familienarbeiten (BMFSFJ & Statistisches Bundesamt, 2003). Befunde aus der Erwerbstätigenbefragung 2012 des Bundesinstitutes für

1 Eine nähere Ausführung des Gender-Mainstreaming-Konzepts erfolgt in den praktischen Implikationen zum Ende der Arbeit (Kapitel 10).

Berufsbildung (BIBB) sowie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) verweisen auf die gesundheitlichen Folgen der daraus resultierenden Anforderungen (BAuA, 2013a). Den Ergebnissen zufolge fühlen sich Frauen häufiger durch Interdependenzen von Erwerbsarbeit und häuslichen Verpflichtungen belastet als Männer – und zwar auch dann, wenn sie keine Kinder haben (ebd.).

Zu den Lebenswirklichkeiten kommt hinzu, dass Frauen wie Männer einer sich kontinuierlich verändernden Arbeitswelt gegenüberstehen. Diesbezüglich wird ein Wandel der Arbeitswelt konstatiert, der sich durch neue Arbeitsformen charakterisiert, die als Bestandteile moderner Dienstleistungsunternehmen an Bedeutung gewinnen (BAuA, 2013b). Gekennzeichnet sind diese Tätigkeiten oftmals durch hohen Zeitdruck und geringen Entscheidungsspielraum des beschäftigten Personals (Kerschbaumer & Schroeder, 2005). Fehlzeitenreporte und Krankenkassenberichte dokumentieren die zunehmende Bedeutsamkeit von psychischem Stress in der Arbeitswelt (z. B. Badura et al., 2010a; Lohmann-Haislah, 2012; DAK-Gesundheitsreport, 2013). Bezüglich der Entstehung von erwerbsarbeitsbedingtem Stress wird ein Zusammenwirken ungünstiger psychischer Belastungs- und Beanspruchungsprozesse mit individuellen Bewältigungsvoraussetzungen angenommen. So wirken nach Büntgen und Leuning (2009) betriebliche und private Belastungen und Ressourcen wie auch biologische Faktoren mit der individuellen Sozialisation zusammen. Subjektive Verarbeitungs- und Bewältigungsmuster haben demnach entscheidenden Einfluss auf die Entstehungsbedingungen von stressbedingten Belastungen.

Neben den Lebens- und Arbeitswirklichkeiten verweisen Beiträge der Geschlechterforschung auf die Relevanz geschlechtsspezifischer² Zuschreibungen und Bewertungen sowie auf den Umgang mit Gesundheit und Krankheit im betrieblichen Setting. Werner und Nielbock (2009) heben etwa die Bedeutung von Geschlechtsrollen für die Entstehung und Bewältigung von psychischen Belastungen am Arbeitsplatz hervor. Demnach prägen bewusste und unbewusste Zuschreibungen, Rollenbilder und Stereotype die Wahrnehmung der Beschäftigten. Laut Gümbel (2009) beziehen sich diese auf unterschiedliche Bewertungen von weiblich und männlich zugeschriebenen Eigenschaften, Kompetenzen und Themenfeldern. Während beispielsweise Fachwissen, Durchsetzungskraft und technische Kompetenz mit Männlichkeit assoziiert sind, werden Emotionalität, Kompromissbereitschaft und kommunikative Kompetenzen eher als weiblich bewertet. Solche Zuschreibungen können dazu führen, dass „bestimmte Belastungen nicht angemessen berücksichtigt und keine oder unpassende Maßnahmen

2 Eine Definition der Begriffe geschlechtsspezifisch, geschlechtergerecht und geschlechtssensibel erfolgt in Kapitel 2.1.1.

zur Verbesserung einer Situation entwickelt werden“ (ebd., S. 20). Um auch die Aktivitäten von Gesundheitsförderung und Prävention im betrieblichen Kontext stärker auf das individuelle Belastungs- und Bewältigungsgeschehen der Beschäftigten abzustimmen, ist es erforderlich, sowohl die skizzierten *Arbeits-* und *Lebenswirklichkeiten* von Frauen und Männern als auch den subjektiven *Umgang* mit und das *Empfinden* gegenüber arbeitsbedingten Stressoren zu erfassen.

Die vorliegende Studie befasst sich mit der Herausforderung, die Dimension Geschlecht systematisch im Rahmen einer betrieblichen Gesundheitsanalyse einzubeziehen. Um eine geeignete Forschungsfrage und deren theoretische und methodische Bearbeitung zu entwickeln, erfolgt einleitend sowohl eine nähere Begründung zur Auswahl des Arbeitsbereichs Callcenter (CC) (Kapitel 1.1) als auch eine Klärung der Public-Health-Relevanz des Themas (Kapitel 1.2). Auf dieser Grundlage werden die gesundheitswissenschaftliche Forschungsfrage ausführlich erläutert (Kapitel 1.3) und der wissenschaftliche und anwendungsbezogene Erkenntnisgewinn herausgestellt (Kapitel 1.4). Abschließend wird der Aufbau der Studie vorgestellt (Kapitel 1.5).

1.1 Der Forschungsgegenstand: Arbeitsbedingter Stress in Callcentern

Die betriebliche Gesundheitsberichterstattung sowie gesellschaftliche Initiativen führen die Zunahme arbeitsbedingter Stressoren auf die Folgen globalisierter Märkte und der damit verbundenen Restrukturierungen in den Betrieben zurück (z. B. Badura et al., 2010b; INQA, 2010). Diese bestimmen nicht nur die Quantität der Arbeitsplätze und die Qualität der tariflichen Ausgestaltung der Arbeitsverhältnisse, sondern auch die Arbeitsbedingungen selbst (Boeckh et al., 2010). Nach Angaben des Landesinstitutes für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen (LIA.NRW, 2009) sind hierbei insbesondere steigender Zeitdruck bei gleichzeitig hohem Arbeitsvolumen, betriebliche Umstrukturierungsmaßnahmen und ungünstige Arbeitszeiten in Form von Schicht- und Nachtdienst bedeutend. Als exemplarisch für diese Entwicklung werden oftmals CC angeführt, deren Arbeitsbedingungen sowohl durch mediale Berichterstattungen (Wallraff, 2009; o. V., 2010) als auch durch wissenschaftliche Untersuchungen vielfach thematisiert wurden (Lück et al., 2002; Charbotel et al., 2009; Conway et al., 2013).

CC sind Orte, von denen aus „Anrufe in großer Menge getätigt beziehungsweise entgegengenommen werden“ (Fojut, 2008, S. 44). Sie haben sich in den vergangenen Jahren als wichtiges Instrument der KundInnenorientierung³,

3 Aufgrund der Themenstellung empfiehlt sich der Gebrauch der weiblichen und männlichen Form mit Hilfe des Binnen-I. Anzumerken ist jedoch, dass auch ohne diese inhaltliche Fokus-

-bindung und -gewinnung im Produktions- und Dienstleistungssektor etabliert. Dabei wird in den Arbeits- und Gesundheitswissenschaften auf vielseitige emotionale und psychische Anforderungen und Belastungen verwiesen, die aus der Struktur und Aufgabenstellung von CCn resultieren (Nerdinger et al., 2011). So ergeben sich Belastungen zum einen durch emotionale und psychische Einflüsse – wie die Notwendigkeit dauerhafter Konzentration bei gleichzeitig hohem Zeitdruck –, zum anderen auch durch physische Faktoren, die negativ auf Stimme und Gehör wirken (ebd.).

Untersuchungen zur Organisation und Struktur von CCn verdeutlichen die Heterogenität des Arbeitsbereichs: Aus betriebswirtschaftlichen Handlungsleitfäden zur Gründung und Betreuung von CCn geht hervor, dass Inbound- und Outbound-Betriebe zu unterscheiden sind (Bergevin et al., 2010). Während Inbound-CC ankommende Anrufe entgegen nehmen, werden die potenziellen KundInnen in Outbound-CC – auch gegen ihren expliziten Wunsch – angerufen. Wie vorliegende Befunde zeigen, sind beide Formen durch spezifische Belastungskonstellationen gekennzeichnet (Lin et al., 2010). Technisch ist es etwa möglich, dass Telefongespräche in Outbound-Betrieben den MitarbeiterInnen automatisch zugewiesen werden, sobald das vorherige Gespräch abgeschlossen wurde. Die Beschäftigten sind daher stark in ihrem Handlungsspielraum eingeschränkt. Nach Brinkmann et al. (2006, S. 63) zeichnen sich diese Formen des Arbeitens oftmals durch erhebliche „Risikokumulationen“ aus, da sie durch eine Kombination von körperlich belastender Arbeitsbedingungen mit monotonen Tätigkeiten gekennzeichnet sind, die wenig Raum für persönliche Entwicklung bieten.

Ein erster Blick auf die Personalstruktur des Wirtschaftszweiges CC bekräftigt überdies die skizzierte Relevanz, die Dimension Geschlecht im Kontext einer betrieblichen Gesundheitsanalyse einzubeziehen. Statistiken der Bundesagentur für Arbeit (2013a) zufolge liegt der Anteil sozialversicherungspflichtig beschäftigter Frauen in Betrieben der CC-Branche in Deutschland bei ca. 60%.⁴ Auffällig ist, wie dieser hohe Anteil weiblicher Beschäftigter begründet wird: Zum einen wird die weibliche Telefonstimme als geeigneteres Instrument für die Beratungs- und Verkaufstätigkeit angeführt, da diese als „sympathischer und einladender“ (Dreps, 2010, S. 1) als die von Männern gelte. Zum anderen stellten ArbeitgeberInnen Studentinnen und junge Frauen bevorzugt ein, da diese Be-

setzung die Notwendigkeit einer geschlechtssensiblen Sprache gegeben wäre, da Sprache Wirklichkeit schafft und diese nicht lediglich abbildet und Unterschiede sichtbar macht (Doblhofer & Küng, 2007).

4 Im internationalen Vergleich fällt der Anteil in der Beschäftigtenstruktur höher aus. So verweisen Holman et al. (2007) in einem Vergleich von ca. 2500 CCn in 17 Ländern auf einen durchschnittlichen Frauenanteil von 69%.

schäftigtengruppe am ehesten bereit sei, sich auf Teilzeitarbeit und flexible Arbeitszeiten einzulassen (AOK, 2007). Die AOK – die Gesundheitskasse (AOK) führt im Rahmen einer Belastungsanalyse der im Rheinland versicherten CC-Beschäftigten aus, dass der Bereich Telearbeit gemeinhin als frauen- und familienfreundlich gilt (ebd.). Jedoch können die flexiblen Arbeitszeiten ebenso Schicht- und Nachtdienste beinhalten, da CC – national wie auch international – ihre Bereitschaftszeiten und die Erreichbarkeit oft auch in die Abendstunden und über das Wochenende ausweiten (Patel, 2010). Den statistisch abgebildeten Lebensrealitäten von Frauen zufolge ist anzunehmen, dass ein solcher Schichtdienst als ein zusätzlicher Belastungsfaktor wirkt, da berufstätige Mütter parallel zu ihrer Erwerbsarbeit in Familien- und Haushaltsaufgaben eingebunden sind. Allerdings wäre es verkürzt, die CC-Tätigkeit als reinen Frauenarbeitsbereich zu deklarieren. Aus weiteren Befunden geht vielmehr hervor, dass Geschlechtsunterschiede innerhalb der Personalstruktur vorliegen, die in Abhängigkeit von dem Inhalt der Tätigkeit variieren. Während in Dienstleistungs-CCn ein höherer Frauenanteil verzeichnet wird, sind Männer häufiger in der technischen Beratung tätig (Eichmann et al., 2006). Aus diesem Grund sind in der Analyse von gesundheitsbezogenen Geschlechtsunterschieden sowohl mögliche spezifische Belastungen von Frauen als auch von Männern einzubeziehen.

Weitere Befunde deuten darauf hin, dass neben der Dimension *Geschlecht* ebenso das *Alter* und das jeweilige *Qualifikationsniveau* von Bedeutung sind, um eine zielgruppenspezifische Analyse der gesundheitlichen Situation im betrieblichen Kontext durchzuführen. Internationale Studien belegen zunächst ein im Vergleich zum Erwerbsbevölkerungsdurchschnitt niedrigeres Durchschnittsalter von 30 bis 35 Jahren (Weinkopf, 2007). Gleichwohl liegen erhebliche *Altersdifferenzen* zwischen den unterschiedlichen Betrieben vor. Betriebsinterne CC rekrutieren ihre MitarbeiterInnen oftmals aus der Stammebelegschaft, sodass sich gegenüber ausgegliederten, betriebsunabhängigen CCn ein höheres Durchschnittsalter des Personals ergibt (Eichmann et al., 2006). Charakteristisch für die Beschäftigtenstruktur in CCn ist zudem ein *heterogenes Qualifikationsspektrum*, das von Un- und Angelernten bis hin zu hochqualifizierten Software-ExpertInnen reicht (Schönauer et al., 2010). Weinkopf (2007) verweist daher auf ein insgesamt hohes Qualifikationsniveau in deutschen CCn. So verfügen mehr als drei Viertel der Beschäftigten in Deutschland über eine abgeschlossene Berufsausbildung und ca. 10% über einen akademischen Abschluss.

Der kurze Überblick betrieblicher Charakteristika deutet bereits auf eine heterogene Personalstruktur hin, aus der sich vermutlich unterschiedliche Arbeits- und Lebenswirklichkeiten ergeben. Folgerichtig sind in der Analyse von arbeitsbedingtem Stress ebenso die jeweiligen subjektiven Rahmenbedingungen und damit einhergehende Mehrfachbelastungen und Bewältigungsmöglichkeiten

einzu beziehen. Die wissenschaftlichen und anwendungsbezogenen Ansätze von Public Health können dabei eine Vorreiterrolle einnehmen, da sie als forschungs- und anwendungsbezogene Multidisziplin fungieren, die mit Fragen der Verbesserung des gesundheitlichen Versorgungssystems und des Abbaus sozial bedingter Gesundheitsunterschiede befasst sind (Hurrelmann et al., 2012). Um die Anknüpfungspunkte von Public Health im Kontext des Themenbereichs Arbeit, Gesundheit und Geschlecht herauszuarbeiten, erfolgt im nächsten Abschnitt eine Annäherung an diese Forschungsperspektive.

1.2 Public-Health-Relevanz – grundlegende theoretische und anwendungsbezogene Verankerung des Forschungsthemas

Definitionsversuche von Public Health verweisen oftmals auf die Ausführungen von Winslow (1920), dem ersten Vorsitzenden der Abteilung Public Health an der Yale University School of Medicine:

„Public Health is the science and art of preventing disease, prolonging life, and promoting physical health and efficiency through organized community efforts of society.“ (ebd., S. 30)

Das Forschungsgebiet zielt demzufolge auf eine systematische Analyse der Verbreitung von Gesundheits- und Krankheitseinflüssen in der Bevölkerung und fokussiert darüber hinaus gesellschaftlich organisierte Maßnahmen zur Krankheitsverhütung sowie zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage. Public Health betrachtet daher primär die lebensweltlichen Bedingungen der Gesundheit von sozialen Gruppen und nimmt damit eine *bevölkerungsbezogene Perspektive* ein. Keineswegs widerspricht diese Forschungsdisziplin damit einer individuen-spezifischen Analyse von Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken. Vielmehr ist Public Health überwiegend mit dem „angemessenen Management kollektiver Gesundheitsprobleme befasst, ohne individuelle Präferenzen und Bedürfnisse zu negieren“ (Schwartz, 2012, S. 4). Bezogen auf eine betriebliche Gesundheitsanalyse unter Berücksichtigung der Dimension Geschlecht ermöglicht das Forschungsgebiet, unterschiedliche Lebens- und Arbeitsbedingungen von Frauen und Männern systematisch zu erfassen und auf dieser Grundlage differenzierte Strategien für die BGF abzuleiten.

Public Health zielt jedoch nicht nur auf Analysen der Bedingungen für Gesundheit und Krankheit innerhalb der Bevölkerung, sondern bemüht sich auch darum, bedarfsgerechte Strukturen der Versorgung abzuleiten sowie Modelle der Funktions- und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems zu entwickeln. Ein zentrales Prinzip der Public-Health-Forschung ergibt sich daher aus dem *anwen-*

dungsorientierten Fokus (Kolip, 2002). Der wissenschaftliche Ansatz verbleibt nicht primär bei den Zielen der Grundlagenforschung, sondern ist um einen konkreten Beitrag zur Lösung gesundheitlicher Probleme in der Bevölkerung bemüht. Dabei orientiert sich Public Health an einem *interdisziplinären Forschungsansatz*, der die Erkenntnisse und Methoden unterschiedlicher Einzeldisziplinen, etwa der Sozialwissenschaften, der Psychologie, der Pädagogik, der Ökonomie, der Medizin oder der Epidemiologie, berücksichtigt (Hurrelmann et al., 2012).⁵ Allerdings zielt der interdisziplinäre Fokus nicht darauf ab, verschiedene Teilaspekte nebeneinander zu stellen. Vielmehr sind die für die gesundheitswissenschaftliche Forschungsfrage relevanten Ansätze zusammenzuführen, um eine disziplinübergreifende Arbeitsweise zu ermöglichen. Daraus resultiert schließlich der konkrete Anwendungsbezug für die vorliegende Studie: Durch die Ableitung von bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen – und der damit eingenommenen Makro-Perspektive – können ebenso politische Implikationen für eine geschlechtssensible BGF erarbeitet werden. Der interdisziplinäre Bezug auf die Geschlechterforschung ist damit eine entscheidende Grundlage für die Gestaltung sozialer und politischer Rahmenbedingungen im betrieblichen Setting. Für den Forschungsgegenstand *arbeitsbedingter Stress in CCn und Geschlecht* bedeutet dies, die für das Themenfeld relevanten Theorien und Methoden herauszuarbeiten und miteinander zu verknüpfen.⁶

Überdies gründen die Handlungsansätze von Public Health – entgegen einem pathogenen Verständniss von krankheitsbezogenen Modellen der Biomedizin – auf einer salutogenen⁷ Sichtweise. Unter Salutogenese wird hierbei „die Gesamtheit biologischer, psychischer und sozialer Ressourcen“ zur Bewältigung belastender Lebensumstände verstanden (Siegrist, 2012, S. 145). Auf Grundlage dieses Ansatzes bildet der vielfach zitierte Kerngedanke der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 den strategischen Handlungsrahmen der vorliegenden Studie:

„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.“ (WHO, 1986, S. 1)

5 Diesbezüglich wird eine Neuorientierung der Gesundheitsforschung konstatiert, die sich in einem Wandel von traditionellen Aufgabenfeldern einer *Old Public Health* (Epidemiologie, Hygiene, Mikro-Biologie) hin zu Konzepten der *New-Public-Health-Forschung* kennzeichnet, die ebenso organisatorische Elemente der System- und Versorgungsforschung einbezieht (Hurrelmann et al., 2012).

6 Der Aspekt der Interdisziplinarität wird erneut aufgegriffen, sobald die relevanten methodischen und theoretischen Ansätze herausgearbeitet wurden.

7 *Salus*, lat.: Unverletztheit, Heil, Glück; *Genese*, griech.: Entstehung (Bengel et al., 2001).

Die internationale Konferenz der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) beabsichtigte seinerzeit, „zu aktivem Handeln für das Ziel ‚Gesundheit für alle‘ bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus“ (ebd.) aufzurufen. Gegenwärtig werden die Ergebnisse der Charta oftmals mit einem Wandel des Verständnisses von Gesundheit und Krankheit verbunden. Dieser kennzeichnet einen „Paradigmenwechsel von der individuumszentrierten Krankheitsheilung zur ressourcenorientierten Gesundheitsförderung“ (Schmidt & Kolip, 2007, S. 9). Die Ottawa Charta – als Umsetzung dieses Verständnisses in eine politische Forderung – gilt damit sowohl als handlungsleitendes Fundament der Gesundheitswissenschaften im Allgemeinen als auch als strategischer Ausgangspunkt des Forschungsthemas im Besonderen. Hier bezieht sich die WHO in ihren politischen Forderungen nach Gesundheit direkt auf die Relevanz einer gesundheitsfördernden Gestaltung von Arbeitsbedingungen. So heißt es in der Charta, dass „die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, [...] eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit“ (WHO, 1986, S. 3) sein sollte. Public Health befasst sich daher ebenso mit der Frage nach den Möglichkeiten eines guten Lebens unter den Bedingungen der Marktökonomie (Müller & Koppelin, 2010). Im Mittelpunkt steht folglich die Frage, wie Erwerbsarbeit und die sozialpolitischen Rahmenbedingungen gestaltet sein müssen, damit ein gesundes, sicheres und sozial angemessenes Leben und Arbeiten möglich ist.

Unklar bleibt jedoch der konkrete Zusammenhang von Public Health und dem Themenbereich Arbeit, Gesundheit und Geschlecht. Ein Blick auf die gegenwärtigen politischen Debatten zeigt, dass Begriffe wie *Gender-Mainstreaming*, *Geschlechtersensibilität* und *-gerechtigkeit* längst Eingang in das Vokabular der politischen Auseinandersetzung gefunden haben (z. B. Landtag NRW, 2004; BMFSFJ, 2011; Deutscher Bundestag, 2013). Ebenso sind in dem Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 18. Legislaturperiode richtungsweisende Formulierungen eingegangen. So stellt die Bundesregierung in Aussicht, „die jeweiligen Besonderheiten [zu] berücksichtigen, die sich aus der Frauen- und Männergesundheitsforschung insbesondere für die gesundheitliche Versorgung und die Erarbeitung von medizinischen Behandlungsleitlinien ergeben“ (Bundesregierung, 2013, S. 82). Gleichwohl wird diesbezüglich bisher eine Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit deutlich: Zielgruppenspezifische Erfordernisse von Frauen und Männern finden kaum Berücksichtigung in den konzeptionellen Überlegungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie im Rahmen von Maßnahmen der BGF. In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung wird der *blinde Fleck* im Bereich Arbeit, Gesundheit und Geschlecht auf eine Unterschätzung des Faktors Geschlecht zurückgeführt. Obschon die derzeitigen politischen Debatten einen Bedeutungswandel andeuten, werden Altgeld

(2010) zufolge Geschlechterfragen in Gutachten der gesundheitswissenschaftlichen Politikberatung nur am Rande thematisiert. Systematische Analysen und Erklärungen der gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern bleiben weitestgehend aus. Eine wirkungsvolle Gestaltung und Umsetzung von Maßnahmen der BGF und Prävention erfordert daher – ganz im Sinne von Public Health – eine zielgruppenspezifische Identifikation vorhandener Belastungs- und Bewältigungsmuster von Frauen und Männern im betrieblichen Setting. Auf dieser Basis wird nachfolgend die der Studie zugrundeliegende Forschungsfrage erläutert.

1.3 Entwicklung und Begründung der forschungsleitenden Fragestellung

Aus der vorangestellten Definition und Zielbestimmung von Public Health geht hervor, dass die lebens- und arbeitsweltlichen Erfordernisse spezifischer Bevölkerungsteile den Ausgangspunkt der Aktivitäten von Prävention und Gesundheitsförderung bilden. Sie zielen darauf ab, stärker die jeweiligen setting- und bevölkerungsspezifischen Besonderheiten zu fokussieren, um eine Verbesserung der Gesundheitsdeterminanten zu erhalten (Kolip & Müller, 2009). Bezogen auf den dargestellten Problemhintergrund ermöglichen die Ansätze von Public Health, unterschiedliche Lebens- und Arbeitsbedingungen von Frauen und Männern systematisch zu erfassen und auf dieser Grundlage differenzierte Strategien der BGF abzuleiten. Mit Blick auf die skizzierten betriebs- und personalstrukturellen Besonderheiten im Arbeitsfeld CC erscheint diese anwendungsbezogene Wissenschaftsdisziplin gut geeignet, um eine Analyse gesundheitsbezogener Geschlechtsunterschiede vorzunehmen. Die Darstellung erster Befunde deutet sowohl auf konkrete Stressoren, die aus der Arbeitstätigkeit resultieren, als auch auf Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten, die sich aus den Lebenswirklichkeiten der heterogenen Personalstruktur ergeben. Am Beispiel von arbeitsbedingtem Stress in CCn beabsichtigt die vorliegende Studie, an diese systematische Herangehensweise anzuknüpfen und sowohl Handlungsbedarf als auch mögliche Handlungsoptionen im Rahmen einer geschlechtssensiblen, betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung zu identifizieren.

Wissenschaftliche Beiträge aus dem Themenbereich Arbeit, Gesundheit und Geschlecht fokussieren bereits Geschlechtsunterschiede im Gesundheits- und Krankheitsstatus. Das Erkenntnisinteresse dieser Studien zielt darauf ab, geschlechtsspezifische Belastungs- und Bewältigungsprofile quantitativ abzubilden und damit Kausalzusammenhänge zwischen erwerbsarbeitsbedingtem Stress und Geschlecht zu erklären (z. B. Badura et al., 2008). Eine Deutung der subjektiven Relevanz von Anforderungen, die sich aus den Interdependenzen der Lebens-

und Arbeitswirklichkeiten ergeben, ist dadurch jedoch nicht möglich. Zu Recht merkt Bolte (2008) kritisch an, dass von einer umfassenden Berücksichtigung der Geschlechtsperspektive bis dato nicht gesprochen werden kann. Für eine Erklärung von Geschlechtsunterschieden zwischen und innerhalb der Gruppen der Frauen und Männer empfehlen Gansefort und Jahn (2012) eine methodisch und theoretisch differenzierte Forschung. Im Rahmen der vorliegenden Studie erfolgt daher eine qualitative Untersuchung subjektiv wahrgenommener Belastungsanforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten von ArbeitnehmerInnen am Beispiel der CC-Tätigkeit. Damit zielt die Studie darauf ab, die bisherigen Befunde im Kontext von Arbeit, Gesundheit und Geschlecht (Beermann et al., 2008) um ein Forschungsdesign zu erweitern, das sich den Stress- und Bewältigungsmustern der CC-Agents⁸ widmet. Die zugrunde liegende Forschungsfrage lautet daher:

Welche subjektiven Entstehungs- und Bewältigungsmuster von arbeitsbedingtem Stress lassen sich der Darstellungsweise von Frauen und Männern in CCn entnehmen und welche Bedeutung nimmt dabei die Dimension Geschlecht ein?⁹

Da mit der Frage nach den Geschlechtsunterschieden in der Entstehung und Bewältigung von arbeitsbedingtem Stress in CCn eine klar eingegrenzte Fragestellung verfolgt wird, wurden offene, leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Das qualitative Erhebungsverfahren ermöglichte eine Orientierung an den subjektiven Belastungs- und Bewältigungsmustern von arbeitsbedingtem Stress bei Frauen und Männern im Rahmen der CC-Tätigkeit. Dies bedeutet, mit Hilfe einer Analyse der Interviews die ‚hinter‘ den Darstellungsweisen stehenden Sinn- und Relevanzstrukturen herauszuarbeiten und vor dem Hintergrund der Dimension Geschlecht zu interpretieren. Unter Sinn- und Relevanzstrukturen sind mit Blick auf die Forschungsfrage diejenigen Erzählungen gemeint, die aus der Perspektive der Befragten die Entstehung und Bewältigung von arbeitsbedingtem Stress beeinflussen und das eigenen Denken und Handeln in der Umgangsweise mit CC-spezifischen Anforderungen prägen.

Bei der Bearbeitung der Forschungsfrage ist jedoch darauf zu achten, Frauen und Männer nicht als jeweils in sich geschlossene Gruppe zu klassifizieren. Forschungsmethodische Beiträge verweisen diesbezüglich auf die Problematik einer geschlechtsspezifischen Verzerrung (Gender-Bias) (Babitsch et al., 2012). Neben der Nicht-Beachtung relevanter Unterschiede, kann sich eine verzerrte Wahrnehmung ebenfalls in Form eines doppelten Bewertungsmaßstabs auswir-

8 Eine nähere Definition des Begriffs Agent erfolgt in Kapitel 5.2.1.

9 Aus dem Stand der Forschung gehen weitere Unterfragen hervor, die im methodischen Vorgehen zusammengefasst werden (Kapitel 6).

ken, wenn ähnliche Situationen von Frauen und Männern fälschlicherweise unterschiedlich bewertet werden.¹⁰ Zudem zeigt eine erste Erfassung der personenbezogenen Charakteristika von Beschäftigten in CCn, dass eine alleinige Fokussierung der Dimension Geschlecht einer vollständigen Analyse der Belastungs- und Bewältigungssituation nicht gerecht wird. Im Rahmen der Auswertung gilt es daher, theoretische Vorannahmen über Geschlechtsunterschiede zurückzustellen und möglichst nah am Erhebungsmaterial die Entstehungs- und Bewältigungsmuster von in CCn tätigen Frauen und Männern herauszuarbeiten. Als qualitatives Verfahren eignet sich daher die von Kruse (2011) entwickelte integrative texthermeneutische Analysemethode, die den Blick auf sprachlich-kommunikative Phänomene richtet und dadurch eine Zurückstellung eigener Vorannahmen ermöglicht.¹¹

Zur systematischen Bearbeitung der Forschungsfrage empfiehlt sich der Public Health Action Cycle (PHAC) als anerkanntes Rahmenmodell in den Gesundheitswissenschaften (vgl. Abb. 1). Dieser wurde von Rosenbrock (1995) für die Planung, Durchführung und Evaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in den deutschsprachigen Raum eingeführt. Zur Umsetzung des Gender-Mainstreaming-Konzepts wird dem PHAC in der vorliegenden Literatur eine bedeutende Rolle zugemessen (Kolip, 2008). So ist in allen Schritten des Kreislaufs die Berücksichtigung der Dimension Geschlecht Kernbestandteil des Vorgehens. Die daraus abzuleitenden theoretischen und anwendungsbezogenen Implikationen im Rahmen der *Strategieplanung* werden zum Ende der Arbeit als Schlussfolgerungen formuliert. Zwar kann und soll im Kontext der Studie keine praktische Anwendung und Überprüfung der Empfehlungen erfolgen. Gleichwohl sollen ebenfalls allgemeine Kriterien für eine *Strategieumsetzung* und *Evaluation* von Maßnahmen in CCn abgeleitet werden, die eine Berücksichtigung der Dimension Geschlecht ermöglichen.

10 Aus diesem Grund erfolgt in Kapitel 2.1.2 eine ausführliche Darstellung der Formen des Gender-Bias, um diese für die Bearbeitung der Forschungsfrage reflektieren zu können.

11 Die methodischen Entscheidungen begründen sich im Detail durch den theoretischen und empirischen Stand der Forschung. Eine ausführliche Darlegung erfolgt unmittelbar vor der Interpretation der Ergebnisse.



Abbildung 1: Public Health Action Cycle. (Quelle: Rosenbrock, 1995)

1.4 Wissenschaftlicher und anwendungsbezogener Erkenntnisgewinn

„To achieve the highest standard of health, health policies have to recognize that women and men, owing to their biological differences and their gender roles, have different needs, obstacles and opportunities.“ (WHO, 2002, S. 2)

Das Zitat aus dem Madrid Statement der WHO zu Gender-Mainstreaming hebt nachdrücklich hervor, dass ein hohes Maß an Gesundheit die Berücksichtigung spezifischer Bedarfe und Bedürfnisse von Frauen und Männern voraussetzt, die sich aus biologischen, aber auch aus sozialen und kulturellen Differenzen ergeben. Der Forschungsstand in Bezug auf den Themenbereich Arbeit, Gesundheit und Geschlecht zeigt jedoch, dass der Dimension Geschlecht in der Planung von Aktivitäten der BGF bisweilen noch zu wenig Aufmerksamkeit gezollt wird. Um eine *qualitätsgesicherte Intervention* zu gewährleisten, richtet die Studie daher den Fokus auf die Planungsqualität. Diese fragt stärker danach, ob Bedarf und Bedürfnisse der Zielgruppe adäquat berücksichtigt werden und ob praktische Schlussfolgerungen für die CC-Tätigkeit theorie- und empiriegestützt erfolgen (LIA.NRW, 2010). Die Studie versteht sich daher als Beitrag im Rahmen einer nachhaltigen Qualitätssicherung. Demzufolge sollen auf Grundlage der Ergebnisse bestehende Theorien ergänzt werden, um perspektivisch mögliche Ge-

schlechtsunterschiede in der Gestaltung von Maßnahmen der BGF berücksichtigen zu können.

Mit Blick auf die einleitenden konzeptionellen Überlegungen zum Gender-Mainstreaming in der BGF versteht sich das Vorhaben ebenso als Beitrag zur Verwirklichung von *gesundheitlicher Chancengleichheit* bei Frauen und Männern. Dies impliziert, dass die jeweiligen Bedürfnisse ermittelt und in der Planung von Maßnahmen einbezogen werden (Lademann & Kolip, 2005). Vorrangiges Ziel ist es demnach, beim Vorliegen ähnlicher Stress- und Bewältigungsmuster auch das gleiche Angebot für die CC-Beschäftigten Frauen und Männer zu entwickeln und die dazugehörigen geeigneten Zugänge bereitzustellen (horizontale Chancengleichheit). Ebenso sind bei unterschiedlicher Bedürfnislage geschlechtsspezifische Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln (vertikale Chancengleichheit) (ebd.).¹²

Nicht zuletzt kommt der Studie eine *betriebs- und gesundheitspolitische Relevanz* zu. Gewerkschaftliche Beiträge kritisieren berechtigterweise, dass sich BGF oftmals in einzelnen individualisierten Maßnahmen zur Verhaltensmodifikation erschöpft (Giesert & Geißler, 2003). Zwar orientiert sich die hier verfolgte Forschungsfrage ebenso an der subjektiven Entstehung und Bewältigung arbeitsbedingter Stressoren, sodass eine Mikro-Perspektive eingenommen wird. Gleichwohl zielt das Vorhaben auf eine Sensibilisierung für die strukturell bedingten Lebens- und Arbeitswirklichkeiten der CC-Beschäftigten. So ist der individuelle Ansatz keineswegs von den gesellschaftlichen Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten zu trennen. Vielmehr lassen die Belastungsfaktoren der Arbeitssituation in CCn erkennen, dass sich Stressoren insbesondere aus dem geringem Handlungsspielraum bei gleichzeitig hohem Zeit- und Leistungsdruck ergeben. Demzufolge ist es notwendig, die Ansätze der BGF perspektivisch in Form einer Managementstrategie zu institutionalisieren und gleichzeitig die Beschäftigten und ihre Interessenvertretungen bei der Gestaltung einzubinden (Lenhardt et al., 2010).

Schließlich geht die Themenstellung der Studie auf ein persönliches Forschungsinteresse zurück. Neben den vorangestellten Aspekten wurde das Thema

12 Gegenwärtig wird eine solche geschlechtssensible BGF ebenfalls im Rahmen des Konzepts *Diversity Management* eingebettet, das eine Berücksichtigung aller Belastungen und Potenziale einer Belegschaft vorsieht, die sich aus weiteren Merkmalen, wie z. B. Alter und Migration, ergeben (Badura et al., 2011). Das wissenschaftliche und anwendungsbezogene Erkenntnisinteresse der vorliegenden Studie zielt jedoch auf einen systematischen Einbezug von relevanten Geschlechtsunterschieden im Kontext einer betrieblichen Gesundheitsanalyse und weniger auf eine Berücksichtigung aller Formen angenommener Verschiedenheit. Diese Eingrenzung ist für die Problem- und Ressourcenanalyse zentral, um den Untersuchungsgegenstand klar zu definieren. Siehe auch hierzu die Ausführungen in Kapitel 2.1.2 zum methodischen Fokus.