

Zur Gesundheit weiblicher Führungskräfte

Begerow, B., Kals, U., Weber, A.

Ziele

Die Anzahl erwerbstätiger Frauen in Deutschland sowie der Anteil der Frauen, der Führungspositionen bekleidet ist in den vergangenen Jahren stetig gewachsen. Dennoch orientieren sich die Untersuchungen zu berufsassoziierten Gesundheitsrisiken und die Konzeptionen für präventive Gesundheitszuwendungen in Betrieben immer noch an den Erkenntnissen männlicher Mitarbeiter. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, einen Literaturüberblick aus dem deutschsprachigen Anwendungsgebiet zu erarbeiten, um notwendige wissenschaftliche Investitionen aufdecken zu können.

Methode

Die Literatur-Recherche wurde in Datenbanken unterschiedlicher Wissenschaften, wie Medizin, Psychologie, Sozialwissenschaften, Wirtschaftswissenschaften und in Datenbanken öffentlicher Gesundheitsdienste sowie mit Suchmaschinen im Internet durchgeführt. Hierfür wurden die Suchbegriffe „Gesundheit“, „Gesundheitsförderung“, „Frauen“, „Gender“, „Führungskräfte“, „Betrieb“ und „Arbeit“ verschieden verknüpft. Die Themenkombination zwischen Frauen in Führungspositionen und Gesundheit oder gar betrieblicher Prävention ist in experimenteller Form aus deutschen Regionen rar; lediglich im europäischen Umland und in den USA ist die Anzahl verfügbarer Studien höher. Diese Daten sind jedoch auf deutsche Verhältnisse nur bedingt übertragbar.

Die drei übergeordneten Themenkomplexe, die identifiziert werden konnten sind „Frauen als Führungskräfte“, „Gesundheit von Frauen im Berufsleben“ und „Geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung im Betrieb“.

Ergebnisse

Zum Unterthema Frauen als Führungskräfte ist zu entnehmen, dass die Verteilung weiblicher Führungskräfte auf unterschiedliche Betriebsgrößen, Branchen und Sektoren sehr inhomogen ist (Bundesagentur für Arbeit 2006). Angaben der Hoppenstedt Firmeninformation (2004) benennen den Anteil von Frauen im Topmanagement insgesamt mit 8 %, im mittleren Management mit 11 %. Diese Häufigkeiten entsprechen einer Steigerung von 28 % innerhalb der vergangenen 10 Jahre. Die stärkste Präsenz zeigen Frauen in der Bekleidungsindustrie, im Einzelhandel sowie in Dienstleistungen.

Demographischen Daten im Vergleich zwischen Männern und Frauen kann entnommen werden, dass 24 % aller Väter in Führungspositionen arbeiten, währenddessen Mütter lediglich zu 10 % Führungspositionen besetzen (Statistisches Bundesamt 2002). Jedoch muss hier eine Unterscheidung hinsichtlich der Branchen beachtet werden. Weitere Darstellungen beziehen sich auf die Art und Weise weiblicher Führungsstile im Vergleich zu männlichen. Die so genannten „Soft Skills“, die Frauen eine ausgeprägte Teamorientierung, Kommunika-

tion, Kooperation und Geduld zuweisen sind demnach ein Grund dafür, auch Frauen Führungsaufgaben zuzuweisen, um die Stärken beider Geschlechter für eine erfolgreiche Unternehmensführung kombinieren zu können. Gegenläufige Meinungen besagen allerdings, dass Handlungsweisen führender Frauen sich kaum von denen der Männer in entsprechenden Positionen unterscheiden (BMFSFJ, 2002).

Gründe dafür, dass Frauen in Führungspositionen unterrepräsentiert sind, werden zum einen in der viel beschriebenen „glass ceiling“ gesehen, die besagt, dass zwar keine rechtlichen Barrieren, sehr wohl aber funktionierende Prozesse existieren, die Frauen den Zugang zu Spitzenpositionen erschweren. Denn trotz ebenbürtiger Bildungsabschlüsse bekommen Frauen signifikant seltener besser bezahlte Tätigkeiten und höhere Positionen als Männer (Statistisches Bundesamt 2002). Zum anderen wird Frauen neben dem Erwerbsbereich auch die Verantwortung für die Familie zugewiesen. So ist es zu begründen, dass sich Frauen mit Familiengründung zumindest passager vom Arbeitsmarkt zurückziehen und im Anschluss häufig Teilzeitbeschäftigungen annehmen.

Das Unterthema Gesundheit von Frauen im Beruf deckt sowohl die geschlechtsimmanenten Symptome und Erkrankungen ab (Klimakterium, onkologische Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Reproduktionsstörungen), als auch die unterschiedlichen Verläufe und Einflüsse bei den so genannten geschlechtsneutralen Erkrankungen. Darüber wird deutlich, dass Frauen sowohl andere Krankheitsbilder als auch andere Symptome und Verläufe bei gleichem Krankheitsbild, wie z. B. bei Herzerkrankungen oder orthopädischen Leiden aufweisen können. Der Herzinfarkt ist ein Krankheitsbild, das besonders sensibel beobachtet und dessen Risikofaktoren speziell für Männer ab der 5. Lebensdekade dokumentiert wurde. Für Frauen haben sich diese Entstehungsfaktoren nicht in völliger Übereinstimmung bestätigt und auch die Altersgruppen mit erhöhtem Risiko sind abweichend (Cain, M., 1997). Zudem haben Frauen eine differenzierte Wahrnehmung für Gesundheit, Krankheit und Belastung im Vergleich zu Männern und wählen andere Versorgungsmuster für sich aus. So wird auch beschrieben, dass Männer und Frauen auf gleiche Reizsetzung mit unterschiedlicher Herzfrequenzänderung reagieren und mit unterschiedlichem subjektiven Befinden (Maki, N., 2005). Auch die Somatisierungsformen unterscheiden sich zwischen den Geschlechtern, während Männer häufiger zu Übergewicht und Bluthochdruck neigen, zeigen Frauen verstärkt die Tendenz zu depressiver Verstimmung (ebenda).

Gesundheitsrisiken, die mit bestimmten Tätigkeiten assoziiert sind, konnten mit einigen weiblich dominierten Berufsbildern in Verbindung gebracht werden. Dies gilt z.B. für Hauterkrankungen bei Umgang mit Chemikalien im Friseurhandwerk und in der Raumpflege. Alten- und Krankenpflegerinnen leiden vermehrt unter Rückenschmerz durch Hebe- und Tragetraumen sowie unter seelischem Druck durch das Erleben von Krankheitsverläufen (Stellman, JM., 1994). Darüber hinaus sind spezifische gesundheitsbelastende Konstellationen, wie Arbeiten

in unteren Hierarchieebenen, mit geringer Arbeitsplatzsicherheit sowie Doppelbelastungen durch Familie oder Pflege der Eltern signifikant häufiger bei Frauen als bei Männer anzutreffen.

Das Thema betriebliche Gesundheitsförderung mit geschlechtsspezifischer Ausrichtung wurde u.a. durch Projektarbeiten bearbeitet. Durch die Hans Böckler-Stiftung (Ulmer, J., Gröben, F., 2004) wurden durch eine Literatur-Recherche zwei Frauengesundheitsförderprojekte in Betrieben herausgefiltert. In einem der beiden Projekte wurde untersucht, ob sich die gesundheitsbezogenen Lebensqualität über eine Intervention aus Ernährungsberatung, Entspannungsverfahren und Informationen zur sozialen Netzwerkbildung verbessern lässt. An 15 aktiven Teilnehmerinnen wurden die Veränderungen der Parameter „Kontrolle über belastende Faktoren“ und „Fähigkeiten zur Problembegrenzung“ mit denen von 18 Kontrollteilnehmern verglichen. Möglicherweise war hier der Umfang und die Dosierung der Interventionen nicht optimal gewählt und die Anzahl der Teilnehmerinnen zu gering, um eine Evidenz nachweisen zu können.

In dem anderen Projekt wurde an 20 ungelerten Frauen aus den Arbeitsbereichen Fertigung und Versand versucht, durch ein psychologisches Gruppentraining gesundheitsschädigende Einflüsse zu reduzieren. Die Teilnehmergruppe zeigte geringere körperliche Beschwerden, eine Zunahme an Zuversicht und Gelassenheit und unterschied sich damit von den 35 Kontrollpersonen.

Die Hertie-Stiftung (Europressedienst, 2003) hat unter ca. 430 deutschen Unternehmen verschiedener Branchen eine Umfrage zu familienbewusster Unternehmenspolitik durchgeführt. 85 % der befragten Unternehmen gaben an, Modelle flexibler Arbeitszeitgestaltung anzubieten, einige Unternehmen fördern betriebliche Reintegration nach Babypause und Vaterschaftsurlaub; 12 % führen spezifische Frauenförderprogramme durch und 9 % halten Belegplätze in nahe gelegenen Kindergärten vor. Trotz dieses vergleichsweise geringen Engagements konnten Verbesserungen in der Mitarbeitermotivation, eine niedrigere Fluktuation und eine verbesserte Produktivität erzielt werden.

Zur Gesundheit weiblicher Führungskräfte sind die Punkte Work-Family-Conflict, Alkohol, Stress und Menopause identifiziert und beschrieben worden. Die Literatur zur weiblichen Doppelrolle mit Familie und beruflicher Führungsposition ist bipolar ausgerichtet: es gibt sowohl Daten zur Ermüdungs- und Erschöpfungstendenz, als auch zum Ressourcenansatz für erfolgreiches Management beider Verpflichtungen. Auch hier scheint es Konstellationsunterschiede zu geben (Apperson, M, 2002).

Alkohol wird sowohl für deutsche als auch für amerikanische Führungsfrauen als ein häufig vorkommendes Suchtverhalten herausgestellt, das als Stresskompensation, Konfliktbewältigung sowie als Übernahme männlicher Verhaltensmuster interpretiert wird (Habermann-Horstmeier, L., 2006). Insbesondere scheinen kinderlose Frauen und Frauen in höherem

Lebensalter auch nach Ende der Berufstätigkeit betroffen zu sein, was die Vermutung der sozialen Isolation nahe legt (Moore, S., 2003)

Von der canadischen Arbeitsgruppe um Johnson, LA. (2005) wird die Phase der Menopause als besonders zehrend für weibliche Manager herausgestellt, nicht nur aufgrund der Beschwerden, sondern auch, weil diese Symptome in bestimmten beruflichen Situationen zu Unsicherheit und Scham führen.

Fazit

Notwendig sind methodisch gesicherte Untersuchungen zur Identifizierung von Gesundheitsgefahren bei weiblichen Führungskräften, die als Basis zur Implementierung präventiver Maßnahmen in Betrieben genutzt werden. Somit kann neben einer gezielten Unterstützung für Gesundheit und Wohlbefinden Frauen ganz generell die Wahrnehmung von Führungspositionen erleichtert werden.

Literatur

- IAB Kurzbericht 2;24.2, 2006; www.iab.de
- Hoppenstedt Firmeninformation. „Frauen im Management“ 2004
- Statistisches Bundesamt. Mikrozensus 2002; www.destatis.de
- BMFSFJ. Frauen in Führungspositionen – theoretische Überlegungen im deutschen und internationalen Diskurs. www.bmfsfj.de
- Cain, JM. Women in the Workplace. Clin Obst Gyn 1997;40:3:687-694
- Maki N. et al. The response of Male and Female Managers to Workplace Stress and Downsizing. NA J Psy 2005;7:2:297-314
- Stellman, JM. Where Women Work and the Hazards They May Face In The Job. JOM 1994;36:8:814-825
- Ulmer, J., Gröben, F. Ist betriebliche Gesundheitsförderung männlich? GuG - Gesundheitsforschung und Gesundheitsförderung H. Böckler-Stiftung 2004
- Europressedienst. Strategien einer familienbewussten Unternehmenspolitik. Berichtsband. Hertie-Stiftung 2003
- Apperson, M. et al. Women Managers and the Experience of Work-Family-Conflict. A J Undergraduate Research 2002;1:3:9-15
- Habermann-Horstmeier, L. Gesundheitliche Risiken von Frauen in Führungspositionen – das Problem Alkohol. Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed 2006;41:1:21-25
- Moore, S et al. A longitudinal exploration of alcohol use and problems comparing managerial and non-managerial men and women. Addictive Behaviour 2003;28:687-703
- Johnson, LA. Menopause years especially tough for female executives. Canadian Press 2005;25