



Expertise zum Thema Gender und Gesundheitsfördernde Hochschule

Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Nadine Pieck

Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Nadine Pieck (FH Magdeburg-Stendal)

Unter Mitarbeit von

Carsten Knecht (FH Magdeburg-Stendal)

Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. Eva Hungerland (DHBW Stuttgart)

Michael Gümbel (Sujet Hamburg)

Dr.ⁱⁿ Ute Sonntag (Landesvereinigung f. Gesundheit u. Akademie f. Sozialmedizin Niedersachs. e.V.)

Redaktion

Gleichstellungsbüro DHBW Präsidium

Herausgeberin

Duale Hochschule Baden-Württemberg

Friedrichstr. 14

70174 Stuttgart

April 2020

Zitationsempfehlung:

Pieck, N. (2020): Expertise zum Thema Gender und Gesundheitsfördernde Hochschule.

Unter Mitarbeit von C. Knecht, E. Hungerland, M. Gümbel, U. Sonntag.

Duale Hochschule Baden-Württemberg (Hg.). Stuttgart.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	1
Abbildungsverzeichnis.....	2
1. Einleitung.....	3
2. Gesundheitsfördernde Hochschulen als Settingansatz.....	6
2.1. Setting	6
2.2. Hochschulisches & Betriebliches Gesundheitsmanagement, Gesundheitsförderung und Prävention	7
2.3. Gütekriterien Gesundheitsfördernder Hochschulen.....	9
2.3.1. Health in all Policies.....	9
2.3.2. Systemischer Ansatz	10
2.3.3. Systematisches Vorgehen	11
2.3.4. Partizipation durch die Gestaltung organisationaler Lernräume	12
2.3.5. Gender, Inklusion, Diversity und Cultural Mainstreaming	13
3. Grundlagen aus der Gleichstellungsarbeit und Geschlechterforschung	14
3.1. Gender Mainstreaming	14
3.2. Formen der Diskriminierung	15
3.2.1. Unmittelbare Diskriminierung.....	15
3.2.2. Mittelbare Diskriminierung	15
3.2.3. Belästigung und sexuelle Belästigung	16
4. Essenzen der Geschlechterforschung	17
4.1. Geschlecht als soziale Konstruktion	17
4.2. Geschlecht als Strukturkategorie und Prozesskategorie	18
4.3. Diskriminierungsmechanismen im Überblick.....	23
4.4. Gender Bias.....	24
5. Gesundheit geschlechtergerecht fördern	26

5.1.	Gleichstellungsziele formulieren	28
5.2.	Fachlich-theoretische Fundierung	28
5.3.	Organisationale Praxis reflektieren	29
5.4.	Kontext berücksichtigen und verändern	29
5.5.	Partizipation	30
5.6.	Belastungen und Ressourcen in den Blick nehmen	30
5.7.	Interventionsansätze – ein Beispiel aus Schweden.....	32
5.8.	Zusammenfassung	34
6.	Realisierung des Settingansatzes in Hochschulen	35
6.1.	Implementierung von Steuerungsstrukturen.....	35
6.2.	Mangelndes systematisches Vorgehen	36
6.3.	Analyse der Arbeits-, Lehr- und Lernbedingungen	36
6.4.	Zusammenfassung	37
7.	Statusgruppen im Blick.....	38
7.1.	Statusgruppenübergreifende Belastungen	39
7.1.1.	Mutterschutz	40
7.1.2.	Sexuelle Belästigung und (sexualisierte) Gewalt.....	41
7.2.	Verwaltung und Technisches Personal	42
7.2.1.	Institutssekretariate.....	43
7.2.2.	Bibliotheken	44
7.2.3.	Gebäudereinigung	45
7.2.4.	Interventionsansätze – Beispiel Gender im Arbeitsschutz Österreich	46
7.3.	Studierende	49
7.3.1.	Dual Studierende	50
7.3.2.	Studentisches Gesundheitsmanagement	51
7.3.3.	Interventionsansätze.....	56

7.4.	Wissenschaftliches Personal	57
7.4.1.	Widersprüchliche Anforderungen	59
7.4.2.	Gratifikationskrise und Gender	61
7.4.3.	Geschlechterkultur	62
7.4.4.	Diskriminierung von Professorinnen	62
7.4.5.	Interventionsansätze.....	63
8.	Empfehlungen und Ausblick.....	65
8.1.	Angemessene Repräsentation von Frauen und Männern	65
8.1.1.	Strukturelle Aspekte.....	65
8.1.2.	Inhaltliche Aspekte im Projektverlauf	66
8.1.3.	Strategische Aspekte.....	69
8.2.	Zusammenfassung	69
8.3.	Empfehlungen für die DHBW.....	71
	Literaturverzeichnis	72
	Anhang	83

Abkürzungsverzeichnis

ABAKABA	Analytische Bewertung von Arbeitstätigkeiten nach Katz und Baitsch
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
AGH	Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
AU	Arbeitsunfähigkeit
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DHBW	Duale Hochschule Baden-Württemberg
ECTS	European credit transfer system
ENWHP	European Network for Work Health Promotion
EU	Europäische Union
GDA	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HGM	Hochschulgesundheitsmanagement
LSBTI*	Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transsexuelle, Transgender und Intersexuelle
MuSchG	Mutterschutzgesetz
PSA	Persönliche Schutzausrüstung
PDCA	Plan, Do, Check, Act
PrävG	Präventionsgesetz – Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention
SGB	Sozialgesetzbuch
SGM	Studentisches Gesundheitsmanagement
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
VuMA	Verbrauchs- und Medienanalyse

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:

Analytisches Schema zur Integration von Gender in die Analyse von Belastungen und Ressourcen (Arbetsmiljöverket 2017)

S. 33

1. Einleitung

Geschlecht wird als grundlegende Strukturierungskategorie moderner Gesellschaften verstanden, an die sich soziale Unterscheidungsprozesse, Regeln und Normen anschließen, die zu unterschiedlichen Ausprägungen gesundheitlicher Determinanten für Frauen und Männer führen. Die Duale Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) möchte die gesundheitliche Chancengleichheit von Frauen und Männern gezielt fördern. Sie hat die Erstellung der vorliegenden Expertise zum Thema „Gender und Gesundheitsfördernde Hochschule“ in Auftrag gegeben und sich damit das Ziel gesetzt, gesundheitliche Chancengleichheit an der Hochschule für Frauen und Männer (Gender) in allen Statusgruppen zu fördern.

Ausgehend von einer bestehenden sozialen Ungleichheit zwischen Frauen und Männern sind die damit verbundenen ungleichen Gesundheitschancen zu adressieren. Das Gesundheitsmanagement der Hochschule soll dementsprechend genderspezifisch und familiengerecht ausgestaltet werden.

Diese Expertise hat die Aufgabe, die fachlich gebotenen Grundlagen für ein an gesundheitlicher Chancengleichheit orientiertem Gesundheitsmanagement bzw. einer gesundheitsfördernden Hochschule darzulegen. Hierzu sollen vorhandene Forschungsergebnisse sowie Konzepte zusammengetragen und ausgewertet werden. Es ist zu klären, welche Erkenntnisse es zum Zusammenhang von Gesundheit, sozialem Geschlecht (Gender) und Gesundheitsförderung im Kontext Hochschule gibt und wie ggf. bestehende Ungleichheiten in den Gesundheitschancen durch das Geschlechterverhältnis vermittelt sind. Ausdrückliches Ziel ist es, genderbezogene gesundheitliche Chancengleichheit für alle Statusgruppen der Hochschule (Beschäftigte, wissenschaftliches Personal, Studierende) zu fördern. Dabei sind die Besonderheiten von Hochschulen zu berücksichtigen.

Zu diesen Besonderheiten zählen beispielsweise die Freiheit von Forschung und Lehre, die maßgeblich die Kultur insbesondere des wissenschaftlichen Personals prägt. Gleichzeitig ist die Hochschule eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und unterliegt entsprechenden Anforderungen. Hochschulen unterliegen damit mehreren Zielsetzungen und ihre Statusgruppen sind unterschiedlich von den jeweiligen subsystemspezifischen Logiken und Denkweisen (Faller 2006) berührt.

Als Arbeitgeberin ist die Hochschule zur gesundheitsförderlichen Gestaltung der Arbeit und den Bedingungen der Arbeit für alle an ihr tätigen Personen verpflichtet. Gleichzeitig ist die Hochschule ein Lern- und Entwicklungsort für Studierende. Als Institution ist sie zudem gesellschaftlichen Zielen verpflichtet, womit auch die „Produkte“ der Hochschule – Forschung und Lehre – dahingehend befragt werden können, ob sie gesundheitliche Chancengleichheit fördern.

Die Arbeitsbedingungen des Lehrpersonals sind mit den Lernbedingungen der Studierenden, die die größte Statusgruppe der Hochschule darstellen, eng verbunden. Das Studium stellt für die Studierenden eine spezifische Lebensphase dar, die mit entsprechenden Anforderungen und Statuspassagen verbunden ist. Die jeweiligen Lernbedingungen sind zudem stark von den jeweiligen Fachkulturen geprägt, die selbst geprägt sind von Geschlechtsrollenerwartungen

und geschlechtlich geprägten Strukturen, wie beispielsweise einer starken Über- oder Unterrepräsentanz von Frauen/Männern.

Neben dem wissenschaftlichen Personal sind eine Vielzahl unterschiedlicher Berufsgruppen und Tätigkeitsfelder an der Hochschule vertreten, deren Belastungen und Ressourcen einerseits von tätigkeitsspezifischen Anforderungen abhängen, andererseits von allgemeinen Rahmenbedingungen wie der relationalen Positionierung zu anderen (Status-) Gruppen, der Qualität sozialer Beziehungen, dem Umgang mit Konflikten etc. Es sind für alle Statusgruppen riskante Belastungs- und Ressourcenkonstellationen zu identifizieren und entsprechende Interventionsstrategien zu entwickeln.

Aus einer Genderperspektive gilt es, insbesondere die bestehende Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern, geschlechtsbezogene Vorstellungen, Regeln, Strukturen und Prozesse, die an der Geschlechtsunterscheidung anknüpfen, zu berücksichtigen. Denn diese tragen zu einer systematisch ungleichen Verteilung von Belastungen und Ressourcen nach Geschlecht bei. Ein Konzept der gesundheitlichen Chancengleichheit knüpft damit vor allem an sozialen Prozessen und gesellschaftlichen Strukturen an. Gleichzeitig gilt es, geschlechtsspezifische/biologische/physiologische Unterschiede und damit verbundene Bedürfnisse/Bedarfe zu berücksichtigen und sicherzustellen, dass diese nicht zu Benachteiligungen führen.

Der Ansatz der gesundheitsfördernden Hochschule, den die DHBW mit Gender verknüpfen möchte, ist ein Setting-Ansatz, der darauf abzielt, ein soziales System zu verändern, um so die Gesundheit der in ihm arbeitenden, lehrenden und lernenden Menschen zu schützen und zu fördern. Mit dem Setting-Ansatz werden vorrangig soziale Phänomene und Zusammenhänge adressiert, die sich über unterschiedliche Mechanismen auf die Gesundheit der Individuen auswirken. Gender als Perspektive für eine Gesundheitsfördernde Hochschule fragt in diesem Zusammenhang nach Diskriminierungsmechanismen. Diese liegen nicht in den Eigenschaften der benachteiligten Personengruppen selbst, sondern in den Strukturen, Prozessen, Interaktions- und Deutungsmustern der jeweiligen Gesellschaft/Organisation bzw. beteiligter Personen(-gruppen).

Damit tangiert die Expertise ein sehr breites Feld. Es sind unterschiedliche disziplinäre Zugänge und Wissensgebiete miteinander zu verbinden und in eine Gestaltungsperspektive zu integrieren. Das Konzept der gesundheitsfördernden Hochschule (Faller 2017b, Okanagan Charta 2015) dient als Grundlage für die Expertise, um die bestehenden Forschungsarbeiten, Programme und Praxisprojekte in ihrer Reichweite und Schwerpunktsetzung einzuordnen.

In der systematischen Literaturrecherche wurde nach Veröffentlichungen gesucht, die Gesundheitsförderung in Hochschulen als Settingansatz konzipieren und dementsprechend das Ziel verfolgen, die Hochschule zu verändern und dabei eine Geschlecht-reflektierende Perspektive einnehmen. Hierzu konnten nur einzelne Veröffentlichungen gefunden werden. Es liegen grundlegende Werke vor, die einen Settingansatz für Hochschulen konzipieren und dort auch Fragen der Wissenschafts- und Geschlechterkultur thematisieren. Der überwiegende Teil der Veröffentlichungen bezieht sich auf verhaltensbezogene Angebote, die Geschlecht als Variable in der deskriptiven und explorativen Datenanalyse berücksichtigen, jedoch keine explizite geschlechtertheoretische fachliche Fundierung aufweisen.

Ein weiterer Teil der hochschul- und gesundheitsbezogenen Literatur bezieht sich auf den Gesundheitsstatus und Belastungen verschiedener Statusgruppen, die einen wertvollen Teilbereich (Analyse) für ein ganzheitliches Vorgehen abdecken. Hier liegen ebenfalls nach Geschlecht differenzierte Daten vor und auch hier selten mit geschlechtertheoretischer Fundierung. Es konnten einzelne Veröffentlichungen mit einem expliziten geschlechtertheoretischen Zugang gefunden werden, die als Beispiel für eine konzeptionelle Umsetzung der Genderperspektive dargestellt werden. Fragen der Diskriminierung und vermittelnder Mechanismen, die zu einer systematischen gesundheitlichen Chancenungleichheit führen, wurden nur in einzelnen Werken thematisiert. Insgesamt kann konstatiert werden, dass die Erkenntnisse der Frauen- und Geschlechterforschung bisher im Feld der hochschulbezogenen Gesundheitsförderung kaum rezipiert wurden. Es liegen jedoch Studien und Konzepte aus dem Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Arbeits- und Gesundheitsschutzes vor, die im Sinne einer Gestaltung der Verhältnisse auf den Ansatz der gesundheitsfördernden Hochschule übertragen werden können und wertvolle Orientierung geben.

Neben der bisher fehlenden Integration von Gender in die hochschulbezogene Gesundheitsförderung besteht eine weitere zentrale Herausforderung in der Übersetzung des Settingansatzes in ein hochschulspezifisches Vorgehen, das auf die Entwicklung der Organisation Hochschule ausgerichtet ist. Dies wäre aber erforderlich, um Fragen der Diskriminierung und gesundheitlicher Chancengerechtigkeit überhaupt adressieren und bearbeiten zu können.

Im Folgenden wird zunächst der Ansatz der Gesundheitsfördernden Hochschule skizziert, der bereits das Kriterium des Gender Mainstreaming enthält. Um die bestehende Lücke zur gesundheitsbezogenen Forschung im Feld Hochschule und den Erkenntnissen der kritischen Geschlechterforschung sowie Gleichstellungsstrategien zu verringern, werden zentrale Erkenntnisse zusammengefasst sowie bestehende Ansätze zur Integration von Gender in die Gesundheitsförderung bzw. in das Gesundheitsmanagement vorgestellt. Anschließend wird auf dieser Grundlage skizziert, worin Anforderungen bzw. Herausforderungen für eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung für die einzelnen Statusgruppen liegen könnten. Den Abschluss bilden Empfehlungen für die Entwicklung einer gendersensiblen gesundheitsfördernden Hochschule.

2. Gesundheitsfördernde Hochschulen als Settingansatz

Für den deutschsprachigen Raum hat der bundesweite Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH) die konzeptuellen Grundlagen für die Gesundheitsfördernde Hochschule gelegt (Hartmann et al. 2020). Ausgehend von der Erkenntnis, dass Gesundheit maßgeblich durch die Bedingungen der Lebenswelt (Setting) der Menschen beeinflusst wird, setzt der Ansatz darauf, eben jene Lebenswelt – Hochschule – gesundheitsförderlich zu gestalten.

2.1. SETTING

Der Settingansatz wurde durch die Verabschiedung der Ottawa-Charta der World Health Organisation (WHO 1986) etabliert und im Folgenden in Regelwerken und Gesetzen verankert, zuletzt im Präventionsgesetz (PrävG) von 2015, sowie in den Leitfäden Prävention des GKV-Spitzenverbands:

„[D]ie alltäglichen Lebens-, Wohn-, Lern- und Freizeitbedingungen [üben] einen erheblichen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung der Menschen aus [...] Neben direkten Einflüssen dieser Bedingungen auf die Gesundheit der Menschen (z. B. durch Luftqualität, Erholungsmöglichkeiten) prägen sie maßgeblich gesundheitsbezogene Werte, Einstellungen und Verhaltensweisen. Für den Schutz vor Krankheiten und die Förderung der Gesundheit sind daher insbesondere auch solche Interventionen erfolgversprechend, die über eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Bedingungen in der jeweiligen Lebenswelt das Erlernen bzw. Praktizieren gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen ermöglichen bzw. erleichtern.“ (GKV 2018, 19f.)

Als Settings gelten u. a. Schulen, Kindertageseinrichtungen, Betriebe, Krankenhäuser, Gemeinden oder Hochschulen. Sie werden verstanden als für die Gesundheit bedeutsame soziale Systeme, die sich gegenüber ihren „Umwelten“ durch formelle Zugehörigkeits- bzw. Mitgliedschaftsregelungen abgrenzen und spezifische Rollen- und Kompetenzgefüge aufweisen (GKV 2018, 20). Hartung und Rosenbrock betonen zudem den relativ stabilen Sozialzusammenhang, der durch formale Organisation gekennzeichnet ist, eine regionale Struktur, gleiche Lebenslage, Werte und Präferenzen (Hartung & Rosenbrock 2018, 892).

Der Settingansatz unterscheidet sich von Gesundheitsförderung *im* Setting dadurch, dass er das Setting selbst gesundheitsförderlich gestaltet, statt es lediglich als Zugang zu den jeweiligen Zielgruppen zu nutzen. Die Entwicklung des Settings bedarf hierfür entsprechender professioneller Qualifikationen, etwa in systemischer Organisationsentwicklung und partizipativer Forschung (ebd., 893f.).

Der Ansatz ist zudem mit einem umfassenden Verständnis von Gesundheit verbunden. Als konsensfähige Definition schlagen Franzkowiak und Hurrelmann vor, *Gesundheit* zu verstehen als

„dynamischen Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist das dynamische Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt“ (Franzkowiak & Hurrelmann 2018, 180).

Mit dieser Definition lassen sich relevante Anforderungen an eine Geschlecht reflektierende gesundheitsfördernde Hochschule gut in den Blick nehmen, da Gesundheit hier vor allem als relationaler Begriff konzipiert wird. Dieser Gesundheitsbegriff stellt die Wechselwirkungen von Risiko- und Schutzfaktoren in unterschiedlichen Dimensionen in den Vordergrund. So wird Gesundheit maßgeblich als die Bewältigung von Anforderungen in Abhängigkeit von den zur Verfügung stehenden Ressourcen konzipiert. Damit ist der Begriff offen für Vermittlungsprozesse auf unterschiedlichen Ebenen und anschlussfähig für eine zentrale Heuristik der Geschlechterforschung, die in diesem Kontext nach Widersprüchen und unterschiedlichen Konstellationen von Belastungen und Ressourcen für Frauen und Männer fragt.

2.2. HOCHSCHULISCHES & BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT¹, GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Im Kontext des Settings Betrieb haben sich, ausgehend von unterschiedlichen Traditionen und rechtlich definierten Akteur*innen unterschiedliche Begriffe etabliert. Ist Gesundheitsförderung im Sinne der WHO als umfassender Settingansatz formuliert, wird Gesundheitsförderung im Betrieb in der Systematik der Spitzenverbände der Krankenkassen als eine Säule des Gesundheitsmanagements definiert, die sich von der Prävention absetzt. Diese ist im betrieblichen Kontext mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz assoziiert. Mit dem Präventionsgesetz haben die Krankenkassen den Auftrag erhalten, in Betrieben Gesundheitsförderung zu unterstützen. Als Gesundheitsförderung definiert das Präventionsgesetz Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (§ 20 Abs. 1 SGB V). Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken werden als primäre Prävention bezeichnet. Das Präventionsgesetz beauftragt die Krankenkassen im Kontext Betrieb mit der Durchführung von Gesundheitsförderung. In den anderen Lebenswelten verwendet der Gesetzgeber durchgängig das Begriffspaar *Gesundheitsförderung und Prävention*. Prävention im Betrieb ist durch den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz abgedeckt, zu dessen Aufgaben u. a. die Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen, arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen, Brandschutz etc. gehören². Zur dritten Säule des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) zählt das ebenfalls gesetzlich vorgeschriebene betriebliche Eingliederungsmanagement (unter dem Abschnitt Prävention des SGB IX, § 167). Betriebliches Gesundheitsmanagement ist in diesem Kontext als Dach und übergeordneter

¹ Im Rahmen dieser Expertise wird die Hochschule gemäß ArbSchG § 1 als „Betrieb“ verstanden.

² Das Präventionsgesetz setzt zudem einen wichtigen Impuls, um bestehende Vollzugsdefizite im Arbeits- und Gesundheitsschutz an Hochschulen zu bearbeiten. Eine Vernetzung und verbesserte Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention an Hochschulen (inkl. der Studierenden) steht noch aus (Hartmann et al. 2020).

Begriff zu verstehen. Dieser wurde jedoch wegen seiner Betonung von Managementmethoden und der Priorisierung ökonomischer Ziele kritisiert. Dem steht das Konzept der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung gegenüber, das eine größere Ressourcen- und Beteiligungsorientierung aufweist, jedoch als harmonisierend kritisiert wurde (Faller 2017a, 28).

Nach Bamberg et al.

„gehört zu den originären Aufgaben von betrieblichem Gesundheitsmanagement, auf der Basis von Zielen und im Rahmen einer Gesamtkonzeption gesundheitsbezogene Maßnahmen in einer Organisation zu planen, durchzuführen und zu bewerten. Dabei erfolgt eine Koordination mit der Personal- und Organisationsentwicklung. Gesundheitsmanagement berücksichtigt die Einbeziehung und den Kontext betrieblicher Steuerungsinstrumente und orientiert sich auch an betriebswirtschaftlichen Ziel- und Erfolgsgrößen.

Ein von den Grundprinzipien der Gesundheitsförderung getragenes Gesundheitsmanagement berücksichtigt Maßnahmen, die langfristig die Gesundheit weiterentwickeln, die verhaltensbezogene Angebote und verhältnisbezogene Maßnahmen miteinander kombinieren, die nicht nur Belastungen und Risikofaktoren reduzieren, sondern auch situative und personale Ressourcen stärken.“ (Bamberg et al. 2011, 133)

Im Bereich der Hochschule lässt sich der Ansatz der gesundheitsfördernden Hochschule als übergreifender Settingansatz benennen, der im deutschsprachigen Raum maßgeblich durch den Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen geprägt ist. Der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH) wurde 1995 mit den Hochschulen des Forschungsverbundes Gesundheitswissenschaften Niedersachsen gegründet. Seither hat sich das Netzwerk ausgeweitet und einen bundesweiten Arbeitskreis etabliert. Regionale Arbeitskreise auf Länderebene haben sich gebildet. Der AGH hat 2005 Gütekriterien für eine Gesundheitsfördernde Hochschule (vgl. Kapitel 2.3) verabschiedet (AGH 2007), die Hochschulen bei der Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung unterstützen sollen. Nach 15 Jahren Erfahrung liegt nun eine Überarbeitung der Gütekriterien vor (AGH 2020). Der AGH hat in Kooperation mit zahlreichen Partner*innen und Mitgliedern wegweisende Praxisanleitungen sowie grundlegende Publikationen zur konzeptionellen, theoretischen sowie empirischen Fundierung des Ansatzes Gesundheitsfördernde Hochschulen entwickelt (Hartmann et al. 2020). Die Umsetzung des Ansatzes gesundheitsfördernder Hochschulen erfolgt idealer Weise durch ein Hochschulgesundheitsmanagement (HGM). Im Hochschulkontext ist der Begriff des betrieblichen Gesundheitsmanagements ebenfalls etabliert, der die Erweiterung des gesetzlichen Arbeitsschutzes durch ressourcenorientierte Perspektiven und Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung kennzeichnet (Hartmann et al. 2018, 426). Der Schwerpunkt liegt hier jedoch auf dem administrativen und technischen Personal, wissenschaftliches Personal wird oft nicht adressiert. Studierende sind im BGM bisher, auch aufgrund der fehlenden Fördermöglichkeiten in der Vergangenheit, dabei nicht eingeschlossen worden. Mit dem Präventionsgesetz von 2015 haben sich die Voraussetzungen dafür jedoch verbessert. Seit einigen Jahren befindet sich das studentische Gesundheitsmanagement (SGM) im Aufbau. Das SGM befasst sich mit der systematischen und zielorientierten Steuerung aller gesundheitsbezogenen Prozesse im Zusammenhang mit Studierenden an der Hochschule (Timmann & Hartmann 2019, 11).

Im Folgenden soll die Integration von Gender in die Gesundheitsfördernde Hochschule untersucht werden. Damit bildet der *Settingansatz*, wie er in den Gütekriterien des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen definiert wurde, den Ausgangspunkt. Die jeweils spezifische Ausgestaltung und Umsetzung des Settingansatzes erfolgt im Rahmen eines Hochschulgesundheitsmanagements, welches das BGM³ und SGM umfasst.

2.3. GÜTEKRITERIEN GESUNDHEITSFÖRDERNDER HOCHSCHULEN

Im Folgenden werden die Gütekriterien für Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH 2007; 2020) in Verbindung mit dem Ansatz der *Health Promoting Universities & Colleges* (Tsouros et al. 1998; Dooris 2001; Okanagan Charta 2015) vorgestellt. Die insgesamt zehn Gütekriterien für eine Gesundheitsfördernde Hochschule definieren den Ansatz, der sich neben der Identifikation und der Reduktion von Risiken durch eine Ressourcenorientierung (Salutogenese) auszeichnet. Sie werden im Folgenden zusammengefasst vorgestellt.

2.3.1. HEALTH IN ALL POLICIES

Um das Setting Hochschule gesundheitsfördernd zu gestalten, wird die Strategie verfolgt, Gesundheit als Kriterium in die Entscheidungen, Politiken und Prozesse der Hochschule zu integrieren. Gesundheit wird als Querschnittsthema der Organisation Hochschule konzipiert. Gesundheit soll in allen Prozessen und Entscheidungen der Bereiche Verwaltung, Lehre, Forschung und Wissensmanagement integriert werden. Ergänzt wird dies durch die Entwicklung gesundheitsfördernder (Infra-)Strukturen und Aktivitäten. Dies impliziert, dass für die jeweiligen Handlungsfelder gesundheitsbezogene Kriterien zugrunde gelegt werden, etwa für die gesundheitsfördernde (oder menschengerechte) Gestaltung von Arbeit, die u. a. durch Vermeidung von Über- bzw. Unterforderung gekennzeichnet ist oder durch die ergonomische und die Lebensqualität steigernde Gestaltung des Campus etc.

Hochschulen sind gesundheitsrelevante Arbeits-, Lern- und Forschungsumgebungen für Beschäftigte, Wissenschaftler*innen und Studierende. Zugleich reicht ihr Einfluss weit in die Gesellschaft hinein. Sie beeinflussen das gesellschaftliche Entwicklungspotenzial u. a. durch die Qualifizierung von Expert*innen und zukünftigen Entscheidungsträger*innen. Sie könnten damit einen erheblichen Beitrag zur Entwicklung einer Ethik der Beteiligung und Befähigung leisten, die gesundheitsfördernde Organisationsstrukturen und Arbeits-, Lern- und Lehrbedingungen (Faller 2017b, 391) über die Hochschule hinaus fördern.

³ Im weiteren Verlauf der Expertise werden Grundlagen des betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung herangezogen. Im Sinne des Arbeitsschutzgesetzes sind Hochschulen ebenfalls Betriebe. Im allgemeinen Sprachgebrauch wird mit Betrieb jedoch eine privatwirtschaftliche Unternehmung assoziiert. Im Folgenden werden Hochschulen als Organisationen bezeichnet, um den Unterschied zu privatwirtschaftlichen Unternehmen zu kennzeichnen. Gleichzeitig wird davon ausgegangen, dass grundlegende Erkenntnisse aus der Organisationsforschung sowie der Arbeitsforschung auch für Hochschulen gelten.

Besonderheiten Hochschule

- ▶ Mehrfache Zielorientierung
 - ▶ Bildung & Forschung – Arbeits-, Lebens- und Lernraum mit unterschiedlichen Statusgruppen, die unterschiedlichen Institutionslogiken unterliegen
 - ▶ Prägt die Entwicklung und Orientierung von Expert*innen und Führungskräften, starker Einfluss auf die Verbreitung von Ideen und Verfahren
- ▶ Gesellschaftliche und regionale Verantwortung
- ▶ Nachhaltigkeit

Zudem vernetzt sich die Gesundheitsfördernde Hochschule mit der Region und leistet insbesondere durch Lehre und Forschung einen Beitrag zur gesundheitsförderlichen Entwicklung der Region und Gesellschaft.⁴

2.3.2. SYSTEMISCHER ANSATZ

Nach Dooris et al. (2019) erfordert ein holistischer Ansatz ein Verständnis bei den Akteur*innen, dass Gesundheit direkt und indirekt durch die Hochschule beeinflusst wird. Dies beinhaltet, die Hochschule als Ort zu verstehen, an dem Menschen arbeiten und studieren, der selbst eingebettet ist in eine Gemeinde/Kommune und der sich damit befasst, welche Wirkung die Hochschule auf ihre Umwelt hat (Nachhaltigkeit). Diese Aspekte sind miteinander verwoben und komplex. Sie lassen sich nicht alle gleichzeitig bearbeiten und die Wirkung von Interventionen ist nicht voraussehbar, da die einzelnen Elemente wechselseitig aufeinander wirken. Die Umsetzung erfordert, die Bereitschaft, Gesundheit und Wohlbefinden in die Kultur und Haltung, Strukturen, Prozesse und Routinen der Hochschule zu integrieren. (ebd.)

„[The] whole university approach is built on a broad understanding and framing of health and that it involves three key domains: developing a supportive ethos, organizational culture and learning, working and living environments; embedding health into the university’s business and joining up all aspects, activities and areas of work and focusing on the whole population, promoting the health and well-being of students, staff and the wider community.“ (ebd., 9)

Dooris (2001) schlägt vor, drei Schlüsselbereiche an der Hochschule zu bearbeiten:

- ▶ Werte entwickeln, gesunde, unterstützende und nachhaltige Arbeits-, Lern- und Lebensbedingungen schaffen,
- ▶ Gesundheit und Wohlbefinden in Forschung, Lehre und Transfer integrieren,

⁴ Mit der Überarbeitung der Gütekriterien 2020 sind zudem Nachhaltigkeitskriterien ergänzt und erweitert worden, die auf eine globale und intergenerationale Perspektive abzielen. Auf diese kann im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden.

- ▶ einen Beitrag zu Wohlbefinden, Resilienz und Nachhaltigkeit für die Gemeinschaft leisten.

Entscheidende (methodische) Werkzeuge für den settingbasierten Ansatz sind Prozesse und Techniken aus der Organisationsentwicklung, dem Management und aus systemischen/systemtheoretischen Ansätzen (ebd., 3; Grossmann & Scala 1994). Hierbei geht es darum, die Entwicklung des Settings durch die Gestaltung von Entwicklungs- oder Lernprozessen der Organisation zu unterstützen. Dooris (ebd.) unterteilt diese in Prozesse des Change Managements, der Entwicklung der hochschulpolitischen Leitlinien und Programme (Policy), der Kompetenzentwicklung sowie Qualitätssicherung und Evaluierung.

Von einer Umsetzung dieses systemischen Ansatzes sind die Hochschulen jedoch noch ein gutes Stück entfernt (Dooris et al. 2019). Noch immer stehen eine pathogenetische und defizitorientierte Sicht und die Bereitstellung von Serviceleistungen im Vordergrund, anstelle einer umfassenderen Prävention und Gesundheitsförderung⁵. Psychische Gesundheit wird noch immer weitgehend getrennt von anderen Dimensionen des Wohlbefindens betrachtet.

„However, it is evident that those championing and seeking to implement Health Promoting Universities [...] face the ongoing challenge of finding ways to translate the rhetoric of whole university and whole system approaches into meaningful action within large, complex and culturally diverse organizations.“ (ebd., 10)

Die Herausforderung besteht in der Übersetzung der Rhetorik eines ganzheitlichen Ansatzes in bedeutsames Handeln innerhalb großer, komplexer und kulturell diverser Organisationen (ebd.). Die Umsetzung eines Setting-Ansatzes – mit oder ohne Gender – erfordert also verschiedene Blickwinkel, Zugangsweisen und die Übersetzung in ein jeweiliges Vorgehensmodell für die einzelnen Handlungsfelder.

2.3.3. SYSTEMATISCHES VORGEHEN

Um dies realisieren zu können, ist ein systematisches Vorgehen unter Einhaltung einiger Prinzipien erforderlich. Die Umsetzung des Ansatzes erfordert den Aufbau und die Implementierung entsprechender Kompetenzen und Strukturen in der Organisation Hochschule. Dazu zählt die Einrichtung einer Steuerungsgruppe, in der die Interessengruppen (Stakeholder, Statusgruppen) der Hochschule beteiligt sind, ein systematisches und fachlich fundiertes Vorgehen, das sich an der Systematik des Public Health Action Cycle (Rosenbrock & Hartung 2018), einem PDCA-Zyklus bzw. den Kernprozessen des Gesundheitsmanagements – Diagnose, Interventionsplanung, Intervention, Evaluation – (Walter 2010) orientiert.

Dies erfordert die Formulierung von Zielen, ein entsprechend datenbasiertes Vorgehen (Gesundheitsberichte, Gefährdungsbeurteilungen, aussagekräftige Kennzahlen etc.) und eine systematische Reflexion des eigenen Vorgehens (Evaluation) sowie eine transparente Überprüfung der Zielerreichung. Zentrale Prinzipien hierbei sind Projektmanagement und Partizipation sowie die Konzeption von Maßnahmen zu strukturellen und verhaltensorientierten Aspekten (vgl. auch Luxemburger Deklaration ENWHP 1997).

⁵ Im Sinne der Gestaltung der Lebens- und Arbeitsverhältnisse.

2.3.4. PARTIZIPATION DURCH DIE GESTALTUNG ORGANISATIONALER LERNRÄUME

Eine gesundheitsfördernde Entwicklung der Organisation oder ihrer Teilbereiche benötigt in der Regel einen hierarchie- und arbeitsbereichsübergreifenden Dialog, in dem die verschiedenen Interessen und Perspektiven einfließen können und der entsprechend zu gestalten ist (Bindl et al. 2018). Partizipation bezieht die Mitarbeiter*innen und Student*innen in alle Phasen des Gesundheitsmanagements bzw. von Projekten mit ein. Dazu zählen die Problembestimmung, Planung, Durchführung und Auswertung (Wright 2018, 706). Für eine Gesundheitsfördernde Hochschule bzw. ein entsprechendes HGM ist eine Projektorganisation bzw. Struktur aufzubauen, die Partizipation im Sinne der Mitbestimmung, teilweisen Entscheidungskompetenz und Entscheidungsmacht fördert. Grossmann und Scala (1994) sehen in der Einrichtung z. B. einer Projektorganisation ein entsprechendes Lernsystem bzw. einen Lernraum, in dem das Neue entwickelt und erprobt werden kann. Paradigmatisch haben Grossmann und Scala dies in ihrem Werk „Gesundheit durch Projekte fördern“ herausgearbeitet. Die Projektorganisation mit Steuerungs-, Lenkungs- und (oder) Koordinierungsgruppen sowie Gesundheitszirkeln, Arbeitsgruppen oder Großgruppenformaten bilden zeitlich begrenzte Lernräume, in denen die Betroffenen in einen systematischen Lern- und Entwicklungsprozess eingebunden werden. Die Beteiligung der jeweiligen Personen/Akteure erfolgt dabei grob nach dem Kriterium der Betroffenheit und der erforderlichen Expertise⁶. Ziel ist es, die Prozesse, Strukturen und Interaktionen der Hochschule selbst gesundheitsfördernd zu gestalten. Dies setzt voraus, dass diese hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Wirkung untersucht werden und Wege zu ihrer Veränderung gefunden werden.

Aus dem Expertenwissen (Forschung) der unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen ist bekannt, welche Konstellationen an Belastungen und Ressourcen mit gesundheitlichen Risiken verbunden sind (unter Gendergesichtspunkten besteht Nachholbedarf). So ist beispielsweise bekannt, dass permanenter Zeitdruck oder chronisches Stresserleben ein Gesundheitsrisiko darstellen. Ob entsprechender Zeitdruck in einzelnen Arbeitsbereichen der Hochschule vorliegt, lässt sich z. B. über Gefährdungsbeurteilungen bzw. Befragungen ermitteln. Wie die Belastungs- und Ressourcenkonstellationen *zustande kommen*, lässt sich jedoch nur durch eine Analyse der jeweiligen Bedingungen vor Ort ermitteln. Wie vorgefundene Belastungen optimiert werden können, erfordert einen Problemlösungs- und Aushandlungsprozess mit den Betroffenen. Die von Arbeitsgruppen entwickelten Lösungen können jedoch nur nachhaltig wirken, wenn sie selbst wieder Eingang in die Regeln, Strukturen und Prozesse und alltäglichen Routinen der Organisation finden. Hierfür müssen sie sich im jeweiligen Kontext als nützlich erweisen (Berger & Luckmann 1996).

Die Strukturen, Regeln und Prozesse werden in Organisationen maßgeblich durch das Management – in Hochschulen sind das u. a. die Hochschulleitungen – vorgegeben und durch

⁶ Hier gilt der Grundsatz der Partizipation, dass die Mitarbeitenden/die betroffenen Gruppen Expert*innen ihrer eigenen Lebens-, Lern- und Arbeitssituation sind, mit eigenen Bedürfnissen und Interessen. Das Fachwissen der Expert*innen aus Controlling, Arbeitsmedizin, sicherheitstechnischen Aspekten etc. kann dazu durchaus im Widerspruch stehen oder die Realitäten und Interessen der Betroffenen gänzlich ignorieren.

die Routinen in der Organisation reproduziert. Gesundheit (und Gender, darin gleichen sich die Prinzipien von Gender Mainstreaming und Gesundheitsförderung) muss demnach als Kriterium in die Entscheidungsprozesse der Organisation einfließen und in Regeln, Prozessvorschriften etc. seinen Niederschlag finden, Widersprüche zwischen unterschiedlichen Zielen und Kriterien müssen dabei ausgeglichen bzw. abgewogen werden (Dooris 2001, 54). Dies erfordert die aktive Begleitung und Unterstützung der Gesundheitsförderung durch das Management sowie die Einrichtung zuständiger Stellen⁷.

Für einen systematischen Organisationsentwicklungsprozess sind also entsprechende Lernräume (Grossmann & Scala 1994; Bindl et al. 2018) zu schaffen und Kernprozesse des HGM und SGM (Pieck 2012; Walter 2010, 147; Gusy & Lesener 2019, 35) durchzuführen. Dies erfordert einen Willensbildungsprozess bei Akteur*innen auf unterschiedlichen Ebenen sowie den Aufbau entsprechender Kompetenzen und Stellen in der Organisation.

2.3.5. GENDER, INKLUSION, DIVERSITY UND CULTURAL MAINSTREAMING

Ein weiteres Gütekriterium für Gesundheitsfördernde Hochschulen des bundesweiten Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen (2020) ist *Gender, Inklusion, Diversity und Cultural Mainstreaming*. In den Erläuterungen wird auf geschlechts- und kulturspezifische Unterschiede und damit verbundene unterschiedliche gesundheitliche Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe Bezug genommen. Die Formulierung „Mainstreaming“ verweist auf Gender Mainstreaming als eine spezifische Gleichstellungsstrategie, die jedoch nicht weiter ausgeführt wird. Stattdessen rekurren die Erläuterungen auf Diversity Management.

Gender und Diversity werden in den Ausführungen zu den Kriterien nur exemplarisch in der Personalentwicklung verortet und dort als Entwicklung von Gender- und kultureller Kompetenz skizziert. Eine weitreichendere Ausformulierung der Anforderungen an Gender Mainstreaming für Gesundheitsfördernde Hochschulen liegt bisher nicht vor. Eine erste Verknüpfung des Konzepts gesundheitsfördernder Hochschulen mit Gender Mainstreaming hat Ute Sonntag (2009) vorgenommen. Die Anknüpfungspunkte liegen vor allem in der Konzeption von Gesundheit und Gender (als Gleichstellungsaufgabe) als Querschnittsthemen und in der Integration von Gesundheit und Gender als Kriterien in Entscheidungen und Prozessen sowie im Settingansatz selbst, der die Bedingungen von Gesundheit in den Blick nimmt.

⁷ Grossmann und Scala sprechen sich dafür aus, dass Gesundheitsmanagement durch eine definierte Position/Stelle in der Organisation verankert werden muss, die wiederum die Aufgabe hat, systematisch Projekte und Prozesse als Lernräume zu generieren. Auch dieses Vorgehen allein ist kein Garant für die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Organisation. Ansätze aus dem Neoinstitutionalismus haben darauf hingewiesen, dass Organisationen immer mit widersprüchlichen Anforderungen zu tun haben, die notgedrungen zu einem Auseinanderfallen von Handeln, Entscheiden und Reden (Talk) führen. Es kommt zum Phänomen der Entkopplung. Gesundheitsmanager*innen werden zwar eingestellt, sollen aber bitte die Finger von Prozessen der Organisation lassen (vgl. Pieck 2014; Walgenbach & Meyer 2008).

3. Grundlagen aus der Gleichstellungsarbeit und Geschlechterforschung

In diesem Kapitel wird die Gleichstellungsstrategie Gender Mainstreaming genauer dargelegt. Außerdem werden Diskriminierungs- und Belästigungsformen erläutert. Den Abschluss des Kapitels bildet eine theoretische Darstellung der wichtigsten Begriffe und Zusammenhänge aus der Geschlechterforschung.

3.1. GENDER MAINSTREAMING

Das Präventionsgesetz fordert dazu auf, gesundheitliche Chancenungleichheit abzubauen und bezieht sich auf geschlechtsspezifische wie sozial bedingte Ungleichheit in Bezug auf Gesundheit. Die Anforderung, *Gender* in die Gesundheitsförderung oder andere Strategien zu integrieren, geht auf die Strategie des Gender Mainstreaming zurück, auf die in den Gütekriterien gesundheitsfördernder Hochschulen verwiesen wird. Bei Gender Mainstreaming handelt es sich um eine Gleichstellungs- bzw. Antidiskriminierungsstrategie.

"Gender Mainstreaming besteht in der Reorganisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluation von Entscheidungsprozessen in allen Politikbereichen und Arbeitsbereichen einer Organisation. Das Ziel von Gender Mainstreaming ist es, in alle Entscheidungsprozesse die Perspektive des Geschlechterverhältnisses einzubeziehen und alle Entscheidungsprozesse für die Gleichstellung der Geschlechter nutzbar zu machen." (Stiegler 2000, 8)

Der Grundgedanke des Konzeptes liegt darin, (politische) Entscheidungen im Vorfeld auf ihre potenzielle Auswirkung auf die Gleichstellung der Geschlechter hin zu reflektieren, anstatt erst die Folgen von Entscheidungen im Nachgang zu bearbeiten. Damit lässt sich Gender Mainstreaming analog zur Technikfolgenabschätzung auch als „Gleichstellungsverträglichkeitsprüfung“ (Cordes 2008, 920) verstehen. In der oben zitierten Definition von Stiegler kommt zum Ausdruck, dass das Ziel von Gender Mainstreaming die Gleichstellung der Geschlechter ist. Gemessen an diesem Ziel ist zu prüfen, welche Mechanismen zu einer Ungleichstellung/Diskriminierung führen bzw. abzuschätzen, wie sich Entscheidungen und daran anknüpfende Regelungen (Gesetze), Programme und Maßnahmen auf die Gleichstellung auswirken. Im Unterschied zu der zunächst fehlerhaften deutschen Übersetzung des Sachverständigenberichts des Europarates (Krell et al. 2011b, 88) wählt Stiegler in ihrer Definition nicht die Formulierung „geschlechtsspezifische Sichtweise“, sondern „die Perspektive des Geschlechterverhältnisses einzubeziehen“. Damit wird die Definition den Erkenntnissen der Frauen- und Geschlechter(verhältnis)forschung gerecht, die Geschlecht als gesellschaftliches Konstruktions- und Strukturierungsprinzip herausgearbeitet hat (im Überblick: Becker-Schmidt & Knapp 2000). Die Analyse der Vermittlungsmechanismen ist Aufgabe der im ersten Teil der Definition beschriebenen Mittel, mit denen Gleichstellung verfolgt werden soll: die Reorganisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluation von Entscheidungsprozessen – in allen Politik- und Arbeitsbereichen einer Organisation. „Gender zu integrieren“ ist an das Ziel gebunden, die Gleichstellung der Geschlechter zu fördern. Dies impliziert, dass es bei *Gender und...* oder

geschlechtersensibler Gestaltung von... darum geht, Diskriminierung zu vermeiden. Bei Diskriminierung handelt es sich um einen genuin sozialen Prozess, der an willkürlichen Unterscheidungen ansetzen kann. Gender und Gesundheitsfördernde Hochschule verbinden zu wollen, beinhaltet eine Befassung mit den Mechanismen, die zu einer Diskriminierung führen.

3.2. FORMEN DER DISKRIMINIERUNG

Wichtiger Bezugspunkt für Gender Mainstreaming und andere Strategien der Gleichstellung ist das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG). Dieses spricht explizit ein Diskriminierungsverbot und ein Gleichstellungsgebot aus. Es untersagt die Benachteiligung von Menschen aufgrund bestimmter Merkmale. Diese sind im § 1 des AGG benannt:

- ▶ Rasse/ethnische Herkunft
- ▶ Geschlecht
- ▶ Religion oder Weltanschauung
- ▶ Behinderung
- ▶ Alter
- ▶ sexuelle Identität

Das Gesetz verlangt, eine Benachteiligung zu verhindern oder zu beseitigen. Es untersagt sowohl die unmittelbare als auch die mittelbare Benachteiligung.

3.2.1. UNMITTELBARE DISKRIMINIERUNG

Eine unmittelbare Benachteiligung liegt vor, „wenn eine Person wegen eines in § 1 genannten Grundes eine weniger günstige Behandlung erfährt, als eine andere Person in einer vergleichbaren Situation erfährt, erfahren hat oder erfahren würde.“ (§ 3 (1) AGG)

Formen der unmittelbaren Diskriminierung setzen direkt am Geschlecht an, etwa wenn Frauen nicht wählen dürfen, ihnen bestimmte Berufe vorenthalten bleiben oder ihnen das Studium verwehrt wird.

3.2.2. MITTELBARE DISKRIMINIERUNG

Eine mittelbare Benachteiligung liegt vor, „wenn dem Anschein nach neutrale Vorschriften, Kriterien oder Verfahren Personen wegen eines in § 1 genannten Grundes gegenüber anderen Personen in besonderer Weise benachteiligen können“ (§ 3 (2) AGG), es sei denn, die betreffenden Vorschriften, Kriterien oder Verfahren sind durch ein rechtmäßiges Ziel gerechtfertigt – und die Mittel zur Erreichung des Ziels sind angemessen und erforderlich.

Bei der mittelbaren Diskriminierung geht es also um die Wirkung der Regeln und Verfahren. Mittelbare Diskriminierung liegt dann vor, wenn gesellschaftlich wertvolle Güter auf der Grundlage von Regeln und Verfahren auf systematische und regelmäßige Weise zwischen den genannten Gruppen ungleich verteilt sind und diese Verteilung nicht durch rechtmäßige Ziele gerechtfertigt ist. Ein möglicher Maßstab für Diskriminierung ist also die soziale Ungleichheit.

Wertvolle Güter sind z. B. Einkommen, Bildung, Wohnraum, politische, soziale und kulturelle Teilhabe oder Gesundheit.

Durch welche Regeln, Verfahren, oder allgemeiner: Mechanismen, entsteht soziale Ungleichheit? Ein Kriterium für die Integration von Gender in den Ansatz der gesundheitsfördernden Hochschule ist demnach, ob soziale Ungleichheit und die sie verursachende Diskriminierung zum Thema gemacht werden. Grundlage einer Gender reflektierenden gesundheitsfördernden Hochschule ist demnach die Berücksichtigung der Bedingungen und Mechanismen, die zu einer Benachteiligung im Hinblick auf Gesundheit führen können. Im Rahmen von Projekten oder Maßnahmen sollte ersichtlich sein, wie Organisationen überprüfen, ob Benachteiligungen bestehen und was sie zum Abbau der Benachteiligungen beitragen (können).

3.2.3. BELÄSTIGUNG UND SEXUELLE BELÄSTIGUNG

Zudem definiert das Gesetz Belästigung als weitere unzulässige Benachteiligung:

„Eine Belästigung ist eine Benachteiligung, wenn unerwünschte Verhaltensweisen, die mit einem in § 1 genannten Grund in Zusammenhang stehen, bezwecken oder bewirken, dass die Würde der betreffenden Person verletzt und ein von Einschüchterungen, Anfeindungen, Erniedrigungen, Entwürdigungen oder Beleidigungen gekennzeichnetes Umfeld geschaffen wird.“ (§ 3 (3) AGG)

Eine sexuelle Belästigung liegt vor,

„wenn ein unerwünschtes, sexuell bestimmtes Verhalten, wozu auch unerwünschte sexuelle Handlungen und Aufforderungen zu diesen, sexuell bestimmte körperliche Berührungen, Bemerkungen sexuellen Inhalts sowie unerwünschtes Zeigen und sichtbares Anbringen von pornografischen Darstellungen gehören, bezweckt oder bewirkt, dass die Würde der betreffenden Person verletzt wird, insbesondere wenn ein von Einschüchterungen, Anfeindungen, Erniedrigungen, Entwürdigungen oder Beleidigungen gekennzeichnetes Umfeld geschaffen wird.“ (§ 3 (4) AGG)

Sexuelle Belästigung oder herabwürdigendes Verhalten haben gesundheitlich negative Auswirkungen für die Betroffenen (Nielsen & Einarsen 2012) und führen zudem zu Benachteiligungen in anderen Dimensionen. Die Bekämpfung von Belästigungen sollte ein Handlungsfeld der gesundheitsfördernden Hochschule sein.

Um Formen der Belästigung entgegenzuwirken, sollte das hochschulische Gesundheitsmanagement darauf abzielen, Belästigungen zu unterbinden. Regeln und Verhaltensweisen, die Personen wegen ihres Geschlechts, Alters, sexueller Orientierung, Herkunft etc. benachteiligen, sollten identifiziert und abgebaut werden.

4. Essenzen der Geschlechterforschung

Um *Gender* in die Gesundheitsfördernde Hochschule integrieren zu können, ist ein Blick in die kritische Geschlechterforschung unerlässlich. Im Sinne des Gender Mainstreaming dienen Begriffe wie *Gender*, *Geschlecht* oder *Geschlechterverhältnis* als analytische Kategorien, um vorhandene Ungleichheiten und ungleiche Verteilungen von Verwirklichungschancen und -risiken zu analysieren und zu definieren (BMFSFJ 2017, 77). Als Ursachen für ungleiche Verwirklichungschancen werden Diskriminierungen, strukturelle Benachteiligungen, Gewalt und gesellschaftliche Stereotype genannt (ebd., 79).

4.1. GESCHLECHT ALS SOZIALE KONSTRUKTION

Gender ist heute ein geläufiger Begriff in Organisationen, der sich im Zuge des Gender Mainstreaming verbreitet hat. Er geht auf eine Unterscheidung zwischen *gender* als sozialem Geschlecht und *sex* als biologischem Geschlecht zurück. Mit *Gender* soll betont werden, dass das, was Frauen und Männer sind, können, wollen und sollen, sozial geprägt ist (Knapp 2011). Historische und kulturelle Vergleiche haben gezeigt, dass Geschlecht je nach historischem Zeitpunkt und Kultur anders verstanden wird und jeweils völlig andere Dinge als typisch oder angemessen für Frauen und Männer gelten. Selbst die Unterscheidung in ausschließlich zwei Geschlechter als unveränderliche Naturtatsache wird nicht von allen Kulturen geteilt (Wetterer 2008, 127). Was wir unter Geschlecht verstehen, welche Ausprägungen von Geschlecht als normal oder natürlich gelten, ist Ergebnis eines sozialen Konstruktionsprozesses. Geschlecht ist damit keine objektive Naturtatsache, die es zu untersuchen gilt, sondern die sozialen Konstruktions- und Reproduktionsprozesse geraten in den Blickpunkt der Forschung. Die in einer Gesellschaft als selbstverständlich und natürlich geltenden Annahmen über Geschlecht werden zum Gegenstand der Forschung und hinterfragt.

In der an den symbolischen Interaktionismus (Goffman 1994; Gildemeister 2010) angelehnten Geschlechterforschung gerät die Zweigeschlechtlichkeit selbst als eine der grundlegenden sozialen Konstruktionen in den Blick. Mit „doing gender“ wird die Erkenntnis umschrieben, dass Geschlecht in der Interaktion zwischen Individuen und Gruppen *hergestellt* wird (Hirschauer 1994). Die „Zweigeschlechtlichkeit [ist] ein Darstellungs- und Klassifikationsmerkmal [...], ein Merkmal der Sozialorganisation und nicht von Personen“ (ebd., 671). Geschlecht ist in diesem theoretischen Zugang keine natürliche oder biologische Eigenschaft von Personen, mit der eine Reihe von Verhaltensweisen und eindeutigen körperlichen Merkmalen einhergehen und anhand derer Frauen und Männer eindeutig von Natur aus zu erkennen wären. Das eigene Geschlecht muss *dargestellt* und in der Interaktion durch die Interaktionsteilnehmer*innen *zugeschrieben* (*er- und anerkannt*) werden. Das Wissen, wie Geschlecht dargestellt und erkannt wird ist ein praktisches, körperliches Wissen, das wie von selbst zur Anwendung kommt (mit tiefer oder heller Stimme sprechen, auf Highheels laufen können, sich männlich oder weiblich bewegen, Begrüßungsrituale beherrschen, sich als Mann oder Frau kleiden und (nicht) schminken). Stabilisiert wird die Darstellung und Anerkennung durch ihre Einbettung in institutionelle Arrangements, die die jeweiligen Annahmen und geschlechtsadäquaten Verhaltensweisen bestätigen. Goffman spricht hier von institutioneller Reflexivität. Die Annahme, dass es sich hierbei um naturbedingte Verhaltensweisen handelt, gehört zum geschlechtsbezogenen

Alltagswissen, welches scheinbar immer wieder durch Formen institutioneller Reflexivität bestätigt wird.

Geschlecht ist demnach eine Unterscheidungskategorie, mit der Menschen als Frauen und Männer, Transsexuelle, Diverse etc. *unterschieden* werden. An die jeweiligen Unterscheidungen knüpfen sich Vorstellungen, Bewertungen, Rollenerwartungen, Zuschreibungen von Eigenschaften etc. In diesem Sinne ist Geschlecht eine soziale Konstruktion, die eng verbunden ist mit unserer eigenen Identität.

In der Vergangenheit hat es zahlreiche Versuche gegeben, *soziale* Unterschiede zwischen Menschen an bestimmten Merkmalen festzumachen. So versuchte man nachzuweisen, dass Frauen hysterisch werden, wenn sie sich intellektuell betätigen, oder dass die Intelligenz von Menschen von ihrer Hautfarbe abhängt. Diese Erklärungsversuche sind als biologistisch, essenzialistisch bzw. rassistisch kritisiert worden (Klinger 2003). Sie versuchen, soziale Verhältnisse wie Armut und Reichtum mit biologischen, genetischen oder natürlichen Eigenschaften der Mitglieder einer Gruppe zu erklären und so zu naturalisieren⁸. Geschlecht als soziale Konstruktion zu begreifen, richtet den Blick also auf unsere eigenen Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster. Aus der Personalforschung sind zahlreiche Mechanismen der Verzerrung in der Wahrnehmung und Beurteilung von Menschen bekannt (Fried, Wetzel & Baitsch, 2000; 2001; Krell, Ortlieb & Sieben 2011). Die Betonung von Unterschieden z. B. zwischen Frauen und Männern dient letztlich der Aufrechterhaltung bestehender Statusunterschiede (Fiske et al. 2002).

Das grundlegende Problem (der sozialen Ungleichheit der Geschlechter und anderer Gruppen) liegt nicht in den Eigenschaften und besonderen Kompetenzen der jeweiligen Personen, sondern in den sozialen Verhältnissen, die die einzelnen Gruppen zueinander in Relation setzen. Zu diesen zählen auch die Denkverhältnisse, unsere Wahrnehmungs- und Deutungsmuster sowie Regeln und Normen, nach denen wir handeln und die für uns selbstverständlich sind. Ohne diese würde keine Gesellschaft funktionieren. Problematisch daran ist, dass sich darüber auch Hierarchie- und Machtverhältnisse reproduzieren. In den Vorstellungen darüber, was als normal und selbstverständlich gilt, spiegeln sich bestehende Machtverhältnisse wider. Dabei bleibt häufig verborgen, welche Vor- und Nachteile mit diesen Vorstellungen für die jeweiligen Gruppen verbunden sind – gerade weil es sich um Selbstverständlichkeiten handelt. Welche Bedeutung Normalitätsvorstellungen für die Gleichstellung und Gesundheit von Frauen und Männern an Hochschulen haben, wird in den Abschnitten zu den jeweiligen Statusgruppen ausgelotet.

4.2. GESCHLECHT ALS STRUKTURKATEGORIE UND PROZESSKATEGORIE

Während *doing gender* also auf der Ebene der Interaktionen der Produktion und Reproduktion von Geschlecht nachgeht und konstruktivistische bzw. dekonstruktivistische Ansätze und Aspekte der sozialen Konstruktion von Geschlecht (Gender) erhellen, konzipiert ein weiterer Forschungsstrang Geschlecht als eine gesellschaftliche Strukturkategorie. Geschlecht ist hier-

⁸ Naturalisierung bringt zum Ausdruck, dass hier eine falsche Ursachenzuschreibung vorliegt.

nach ein gesellschaftliches Strukturierungsprinzip, beispielsweise, indem darüber die Arbeitsteilung in der Gesellschaft organisiert wird oder unterschiedliche Rechte an die Zugehörigkeit zu einer Genusgruppe geknüpft werden.

Ein zentraler Mechanismus, über den sich die soziale Ungleichheit der Geschlechter reproduziert, ist die geschlechtstypisierende Arbeitsteilung (Gildemeister & Wetterer 1995). Obwohl die rechtliche Gleichstellung von Frauen und Männern in Deutschland weit vorangeschritten ist und sich Einstellungen und Haltungen in den vergangenen Jahrzehnten gewandelt haben, besteht eine Arbeitsteilung in Beruf und Familie zwischen den Geschlechtern fort, ebenso wie die unterschiedliche Bewertung der typischerweise von Frauen und Männern verübten Tätigkeiten. Es gibt nach wie vor Berufe, Arbeits- und Tätigkeitsbereiche, die stark geschlechtersegregiert sind. Der Arbeitsmarkt zeichnet sich in weiten Teilen immer noch durch eine horizontale und vertikale Segregation nach Geschlecht aus. Dies ist mit zahlreichen Zugangs- und Aufstiegsbarrieren für Frauen verbunden (BMFSFJ 2017). Frauen sind in Führungspositionen noch immer unterrepräsentiert und Formen der Herabsetzung von Frauen in Form von Geringschätzung, Belästigung und (sexualisierter) Gewalt sind noch nicht überwunden (BMFSFJ 2014).

Die Teilhabechancen für Frauen im Berufsleben sind nach wie vor eingeschränkt. Wenngleich die Übernahme der Sorgearbeit auch auf einem Aushandlungsprozess in der Familie, mit recht ungleichen Ausgangsbedingungen, beruht und die klassischen Zuständigkeiten in der Sorgearbeit zum Teil aufweichen, übernehmen Frauen nach wie vor überwiegend die Sorgearbeit in der Familie. Bestehende Rollenerwartungen an Frauen und Männer erschweren zudem einen Rollentausch bzw. eine Aufweichung bestehender Muster. Für Männer ist es nach wie vor nicht in gleicher Weise legitim, z. B. wegen familiärer Verpflichtungen Teilzeit zu arbeiten. Männer wie Frauen, die Sorgearbeit verrichten, geraten in ein Feld widersprüchlicher Anforderungen zwischen Erwerbs- und Familienarbeit, die mit gesundheitlichen Risiken verbunden sind.

Organisationen sind zentrale Orte, an denen die geschlechtliche Arbeitsteilung (re-)produziert wird. Eine der grundlegenden Arbeiten zum Beitrag von Organisationen zur Reproduktion sozialer Ungleichheit stammt von Joan Acker (1990). Joan Acker hat mit ihrem Ansatz der „gendered organizations“ herausgearbeitet, dass Organisationen nicht geschlechtsneutral sind. Sie leisten selbst einen Beitrag zur Reproduktion eines Frauen benachteiligenden Geschlechterverhältnisses, weil in ihnen Einkommen, Aufgaben und Positionen zwischen Frauen und Männern systematisch ungleich verteilt werden (ebd. 1990; Wilz 2008).

„Although sex typing of occupations, horizontal sex segregation, and gender differentiated wage setting have most often been studied as aggregate phenomena at regional or national levels, organizations are the actual locations within which these patterns are created and re-created. Consequently, to understand the reproduction of these sorts of inequalities, it is necessary to look at organizations and their internal processes.“ (Acker 2006, 179)

Dies geschieht vor allem über Gendering-Prozesse in den Organisationen, die Geschlechterdifferenzierungen und -hierarchisierungen herstellen und reproduzieren.

In die Gestaltung von Prozessen und Strukturen innerhalb von Organisationen fließen Annahmen mit ein, die sich auf die oben beschriebene geschlechtliche Arbeitsteilung und Trennung von Produktions- und Reproduktionsarbeit beziehen. Diese Annahmen sind geschlechtsspezifisch markiert, das heißt die Akteur*innen wissen, dass nach wie vor Frauen die Hauptlast der Haus- und Familienarbeit leisten. Sie treffen ihre Entscheidungen, wer welche Aufgaben übernimmt, welche Aufgaben für wen angemessen sind oder welche Erwartungen sie an wen stellen, entlang geschlechtlich konnotierter Annahmen. Diese Annahmen, so Acker, fließen in die Strukturen, Regeln und Prozesse der Organisation mit ein, sie sind in Organisationen »inkorporiert« und in der vergeschlechtlichten »Substruktur« von Organisationen verankert. Sie leisten damit einen erheblichen Beitrag zur Persistenz des Geschlechterverhältnisses. Acker spricht von *gendering*⁹, welches in fünf interagierenden Prozessen stattfindet (Acker 1990, 167):

1. Der erste Prozess ist die Konstruktion von Trennungen entlang der Geschlechter. Dieser bezieht sich auf Herstellung der Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern, auf erlaubtes/unangemessenes geschlechtsbezogenes Verhalten, räumliche Trennung der Geschlechter, die Verteilung von Macht etc.
2. Der zweite Prozess besteht in der Konstruktion von Symbolen und Bildern, die diese Trennungen erklären, rechtfertigen, ausdrücken, bekräftigen und sie manchmal auch ablehnen. So führt Kanter (1977) das Beispiel des Managers als Inbegriff erfolgreicher, kraftvoller Maskulinität an und Cockburn die Verbindung der technischen Kompetenzen mit Männlichkeit. Bei letzterem wirkt die Möglichkeit, dass Frauen solche Fähigkeiten innehaben könnten, als Bedrohung der Männlichkeit der Techniker (Cockburn 1988).
3. Der dritte Prozess wird beschrieben als Interaktion zwischen Frauen und Männern, Männern und Männern und Frauen und Frauen mit all den dazugehörigen Mustern der Über- und Unterordnung. Dazu zählt Acker unter anderem Diskussionskulturen, in denen Frauen häufiger unterbrochen werden und Themen durch Männer dominiert werden.
4. Der vierte Prozess bezieht sich auf den Anteil der beschriebenen Prozesse an der Herausbildung vergeschlechtlichter Komponenten der individuellen Identität. Dazu zählt, dass sich Individuen mehr oder weniger bewusst entsprechend den Normen der Organisation als Frauen oder Männer kleiden, sprechen, Aufgaben wahrnehmen und sich selbst als geschlechtliche Mitglieder der Organisation präsentieren.
5. Der fünfte Prozess bezieht sich auf die Organisationslogik. Geschlecht ist Acker zufolge in die fundamentalen Prozesse der Organisation eingebettet, die soziale Strukturen konzeptualisieren und herstellen. Die Organisationslogik zeigt sich in den Regeln der Organisation, in Arbeitsverträgen, Leitlinien oder anderen zur Steuerung von Organisation notwendigen Instrumenten. Insbesondere in Systemen der Arbeitsbewertung werden Vorstellungen über die angemessene Positionierung von Frauen in Relation zu Männern und über die Wertigkeit der von ihnen verrichteten Tätigkeit festgeschrieben und reproduziert. Sie erscheinen dabei als geschlechtsneutrale Verfahren.

⁹ Im Sprachgebrauch betrieblicher Akteur*innen wird ebenfalls von „gendern“ gesprochen, vermutlich in Unkenntnis von Ackers Analyse und der Erkenntnis, dass gerade das Vergeschlechtlichen Teil des Problems ist.

Insbesondere im fünften Prozess lässt sich die „gendered substructure“ in Organisationen ausmachen. Den scheinbar neutralen Regelungen der Organisationen liegt eine Orientierung zugrunde, die sich an der geschlechtstypischen Arbeitsteilung orientiert, die Männer von Haus- und Familienarbeit weitgehend befreit und so Leistungskriterien zugrunde legt, die auf der Grundlage der bestehenden geschlechtlichen Arbeitsteilung üblicherweise von Männern besser erfüllt werden können. Die Orientierung am Leitbild der männlichen »Normalarbeitskraft« stellt eines der grundlegenden Hindernisse für die Gleichstellung der Geschlechter dar. Denn dem Verständnis der Normalarbeitskraft liegt ein Gender Bias zugrunde: Es wird unterstellt, dass die Normalarbeitskraft keinen zeitlichen familiären Verpflichtungen unterliegt. Die bestehende gesellschaftliche Organisation von Arbeit setzt voraus, dass die gesellschaftlich notwendige Arbeit in der Familie von Frauen unentgeltlich erbracht wird und Männer somit den Organisationen voll und ganz zur Verfügung stehen. Vorstellungen darüber wie gearbeitet wird, was als Leistung gilt etc. sind mit Bildern von Männlichkeit verknüpft. Daraus resultieren auf der betrieblichen (bzw. hochschulischen) Ebene Gleichstellungsbarrieren für Frauen.

Heintz et al. benennen in diesem Zusammenhang identitätsstiftende ordnungsgenerierende Prinzipien der Grenzziehungen (boundary work) und die Unvereinbarkeit von Beruf und Familie (Heintz et al. 1997). Die Unvereinbarkeit von Beruf und Familie führen die Autor*innen insbesondere darauf zurück, dass Arbeitszeitregelungen für Frauen mit Kindern ungünstig gestaltet sind und Weiterbildungsanforderungen für Frauen mit Kindern nicht zu realisieren sind (ebd.). Gleichstellungsbarrieren auf der strukturellen Ebene des Betriebes oder der Hochschule, z. B. Arbeitszeitregelungen, benachteiligen vor allem Frauen, die tatsächlich Familienarbeit leisten.

Von Geschlechterdifferenzierungen auf der symbolischen Ebene sind alle Frauen betroffen. Erwartungen an Männer, karriereorientiert und befreit von Hausarbeit zu sein, und an Frauen, Kinder haben zu wollen und diese auch zu betreuen, vereinheitlicht alle Frauen und Männer, unabhängig von ihren tatsächlichen Neigungen und Verpflichtungen. Ebenso stereotypisiert und benachteiligt werden Frauen, wenn Tätigkeiten von Männern als männliche Tätigkeiten stilisiert werden, für die Frauen sich in dieser Logik schlechter eignen. Dies schlägt sich unabhängig von den tatsächlichen individuellen Fähigkeiten in einer Tätigkeitsverteilung zwischen den Geschlechtern nieder und in einer unterschiedlichen Bewertung der Tätigkeit, was beides für die weitere Karriere, Entlohnung etc. relevant ist. Grenzziehungen gehen häufiger von Männern aus, wenngleich Frauen diese mittragen (ebd.; Hofbauer 2006). Während Grenzziehungen zwischen Frauen und Männern und deren Tätigkeiten für Männer eher eine statussichernde Funktion haben, erzeugen sie für Frauen häufig Double-bind-Situationen. So müssen sie beispielsweise als kompetente Informatikerin technisch versiert sein und sich gleichzeitig als Frau, der aber bestimmte technische Kompetenzen abgesprochen werden, darstellen.

Der Ansatz der „gendered organizations“ ermöglicht es, die alltäglichen Routinen und Praktiken in Organisationen in den Blick zu nehmen, durch die eine Geschlechtertrennung und -hierarchisierung fortgeschrieben werden. Die Analyse solcher Gendering-Prozesse in der alltäglichen und selbstverständlichen Art und Weise, wie Arbeit organisiert – und bewertet – wird, ist für die Entwicklung von Gleichstellungsstrategien und -Maßnahmen relevant. So haben Arbeitnehmer*innen in Deutschland zwar einen Anspruch auf Teilzeitarbeit, der es meist Frauen ermöglicht, Familie und Beruf zeitlich zu vereinbaren, aber gleichzeitig aufgrund bestehender

Praktiken und Erwartungen an Verfügbarkeit und ungeteiltem Engagement zu erheblichen Nachteilen in der Karriereentwicklung und in der Ausstattung mit finanziellen Ressourcen führt.

Maßnahmen zur Förderung von Frauen oder der Gleichstellung der Geschlechter entfalten ihre Wirkung nur in Abhängigkeit des jeweiligen (betrieblichen/hochschulischen) Kontexts. Folgt man Ackers Ausführungen, bleibt die zugrundeliegende Positionierung der Geschlechter erhalten, wenn sich familienfreundliche Maßnahmen implizit an Frauen richten und z. B. nur in Positionen zugelassen werden, die nicht karriererelevant sind. Bleibt die Norm einer allzeitigen Verfügbarkeit als Gradmesser für Engagement und Leistung bestehen, reproduzieren Teilzeitregelungen die Benachteiligung von Frauen in Bezug auf Karrieremöglichkeiten.

Organisationen, die bestehende Rollenerwartungen und die Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern implizit voraussetzen, leisten somit einen erheblichen Beitrag zu deren Reproduktion (Jürgens & Heiden 2013). Es ist Aufgabe des Betriebes, seine Einflussmöglichkeiten zu nutzen, um Gendering-Prozesse abzubauen. Die Maßnahmen sollten es der Familie ermöglichen, freier über die Verteilung der Familien- und Sorgearbeit zu entscheiden, die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben zu erleichtern und Gleichstellung zu fördern. Ähnliches gilt für Hochschulen, die zusätzlich zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. Sorgearbeit auch eine Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit, Studium und Familie/Sorgearbeit im Blick haben sollten.

Um Diskriminierungen entgegenzuwirken, muss analysiert werden, welche Folgen die jeweiligen Vorstellungen über die Geschlechter für Entscheidungen und Handlungen beispielsweise in der Hochschule haben und wie diese sich auf Frauen und Männer in den verschiedenen Statusgruppen auswirken (siehe dazu die Ausführungen zu den Statusgruppen: asymmetrische Kultur, Unterbewertung von Tätigkeiten, die überwiegend von Frauen ausgeübt werden, Gewährung von Ressourcen). Dieser Blick auf die Auswirkungen von Entscheidungen auf die Gleichstellung von Frauen und Männern wird durch die politische Strategie des Gender Mainstreamings forciert. Die in diesem Rahmen entwickelten Instrumente sind in der Umsetzung eines Ansatzes „Gender und Gesundheitsfördernde Hochschule“ zu integrieren.

Wird der Blick um die Frage erweitert, wie sich Normalitätsvorstellungen auf die Integration bzw. Chancengleichheit auswirken, geht es nicht um das Herausarbeiten von Eigenschaften der Gruppenmitglieder, sondern darum, welche Unterschiede in der Organisation ins Feld geführt werden, an die sich Aufwertungen, Abwertungen, Entlohnungssysteme, Gewährung von und Zugang zu Ressourcen knüpfen (vgl. Abschnitt Statusgruppen).

Bei der Befassung mit *Gender* in der Gesundheitsförderung geht es also nicht um eine Faktensammlung von (im Prinzip willkürlichen) Unterschieden zwischen Frauen und Männern, sondern um eine Reflexion der unterschiedlichen Rollenerwartungen an Frauen und Männer sowie der damit verbundenen Zuweisung unterschiedlicher Aufgaben (Anforderungen) und Ressourcen innerhalb der Organisation Hochschule und in der Familie und deren Auswirkungen auf gesundheitliche Chancengleichheit (Pieck 2017, 7).

4.3. DISKRIMINIERUNGSMECHANISMEN IM ÜBERBLICK

Welche Mechanismen tragen also zu einer ungleichen Verteilung von Belastungen und Ressourcen bei bzw. führen zu einer sozialen Ungleichheit zwischen den Geschlechtern? Im Folgenden ist eine Übersicht der aus der Geschlechterforschung bekannten und gut untersuchten Zusammenhänge aufgeführt:

- ▶ Die geschlechtstypisierende Arbeitsteilung in Beruf und Familie und widersprüchliche Strukturierung der Erwerbs- und Privatsphäre führen zu unterschiedlichen Belastungs- und Ressourcenkonstellationen für Frauen und Männer. Dies stellt einen zentralen Ansatzpunkt für die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit dar. Sie wird insbesondere in Organisationen durch alltägliche Gendering-Prozesse und Routinen reproduziert (Acker 1990; Jürgens & Heiden 2013).
- ▶ Unterschiedliche Bewertung von Frauen und Männern/weiblich und männlich führen zu unterschiedlichen Maßstäben, an denen Frauen und Männer gemessen werden, einem Gender Bias (siehe Kapitel 4.4.) in Instrumenten etc. und einer Unterbewertung von „Frauenarbeit“, was mit weniger Ressourcen für Frauen verknüpft ist.
- ▶ Frauen sind stärker von Belästigung, abwertendem Verhalten und sexualisierter Gewalt betroffen – auch an Hochschulen (Kron et al. 2019).
- ▶ Hegemoniale Männlichkeit (Wedgwood & Connel 2010; Meuser 2006) führt zu Abwertung von und Abgrenzung/Boundary Work (Hofbauer 2006) gegenüber Frauen und Männern, die eine andere Männlichkeit verkörpern (insb. gegenüber homosexuellen Männern), zum Ausschluss von Frauen, Gewalt gegen Frauen und z. B. schwule Männer, zur Hierarchisierung unter Männern, Dominanzanspruch gegenüber Frauen und Männern sowie zu einer Wettbewerbsorientierung bei Männern. Letztere fördert riskantes Verhalten von Männern. Fehler, Schwächen und Entwicklungspotenziale werden von Männern eher verdrängt als offen thematisiert und bearbeitet (Nielbock & Gümbel 2012, 183).
- ▶ Wahrnehmungs-, Deutungs- und Bewertungsmuster, die Geschlechterdifferenzen reproduzieren, tragen zur Naturalisierung der Ergebnisse sozialer Prozesse bei. Dies trägt zu Legitimation des Geschlechterverhältnisses bei. Frauen werden als Andere konstruiert, androzentrische Perspektiven erscheinen als neutral (z. B. „geschlechtsneutraler Arbeitsschutz“ statt „geschlechterunsensibler Arbeitsschutz“) und setzen die Norm. Frauen erscheinen aus dieser Perspektive heraus als defizitär.
- ▶ Insbesondere Phänomene der mittelbaren Diskriminierung sowie allgemeine Wahrnehmungs- und Deutungsmuster sind im Alltag selbstverständlich und in der Regel für die Akteur*innen und Betroffene unsichtbar. Dies ist für eine Bearbeitung und für Aushandlungsprozesse hinderlich.

Diese Mechanismen und Zusammenhänge gilt es zu beachten, wenn gesundheitliche Chancengleichheit von Frauen und Männern gefördert werden soll. Neben der Frage, wie sich diese Aspekte auf die Gesundheit auswirken und wie hier interveniert werden kann, geht es auch

darum, Diskriminierungen in anderen Dimensionen zu vermeiden. So hat der Arbeitsschutz in der Vergangenheit versucht, Frauen, deren Gebärfähigkeit und Kinder zu schützen, indem er Verbote für Frauen in bestimmten Tätigkeiten aussprach. Dies hatte den Effekt, dass z. B. die Gesundheit und Reproduktionsfähigkeit von Männern nicht bedacht wurde sowie den Ausschluss von Frauen aus Berufen und Tätigkeitsbereichen. Gleichzeitig trug dies dazu bei, die Rollenbilder und die bestehende Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern zu reproduzieren. Eine zentrale Heuristik für die Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit liegt in den folgenden Fragen:

- ▶ Sind Ressourcen und Belastungen unterschiedlich auf Frauen und Männer verteilt?
- ▶ Werden die gesundheitlichen Risiken aus den Belastungs- und Ressourcenkonstellationen für Frauen und Männer jeweils wahrgenommen?
- ▶ Werden wirksame Maßnahmen entwickelt und umgesetzt? (Pieck 2017, 8)

4.4. GENDER BIAS

Selbstverständlich lässt sich auch fragen, ob es biologische Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt, die für eine wirksame Gesundheitsförderung relevant sind. Insbesondere unter dem Stichpunkt des *Gender Bias* (Eichler 2002) ist dies in der Medizinforschung und medizinischen Versorgung kritisiert worden:

- ▶ Verzicht auf die Berücksichtigung von Geschlecht als Analysekategorie (Geschlechterinsensibilität)
- ▶ Untersuchung von Problemen, Risikofaktoren und Sichtweisen, von denen eher Männer betroffen sind als Frauen, die fehlende Forschung zu Themen, die für Frauen relevant sind (Androzentrismus). Zugleich werden männliche Verhaltensweisen als Norm gesetzt (Jahn 2003, 18). Zum Androzentrismus zählt die Übertragung von Ergebnissen, die nur an Männern erprobt wurden auf Frauen, ohne zu prüfen, ob hier die gleichen Voraussetzungen und Mechanismen (Überverallgemeinerung) wirksam sind (Eichler 2002, 16)
- ▶ Messen mit zweierlei Maßstäben bei Frauen und Männern (doppelter Bewertungsmaßstab). Dieser liegt vor, wenn unkritisch bei Frauen/Mädchen und Männern/Jungen verschiedene Maßstäbe zur Beschreibung oder Behandlung im Wesentlichen gleichartiger Situationen angewendet werden, z. B. wenn Mädchen mit gleichen Fähigkeiten wie Jungen andere Berufe vorgeschlagen werden als den Jungen (Eichler 2002)

Diese Formen der Verzerrung führen zu einer Über-, Unter- bzw. Fehlversorgung von Frauen und Männern. Entsprechend gibt es Bemühungen, eine sogenannte Gendermedizin aufzubauen (z. B. Portal GenderMed-Wiki)¹⁰.

¹⁰ https://gendermedwiki.uni-muenster.de/mediawiki_en/index.php?title=Welcome_to_GenderMed-Wiki.

Ähnliche Formen des Gender Bias sind in Verfahren zur Arbeitsbewertung identifiziert worden. Hier gibt es bereits eine entsprechende Rechtsetzung und Rechtsprechung bezüglich der Anforderung z. B. an Kriterien und Verfahren einer diskriminierungsfreien Arbeitsbewertung (im Überblick: Krell et al. 2011).

Babitsch (2009) hat ausgeführt, dass der Unterschied im sozialen Gradienten zwischen den Geschlechtern für z. B. Morbidität stark variiert, je nachdem, wie er operationalisiert wird. So fällt der Unterschied anders aus, wenn bei den Einflussfaktoren z. B. nach Haushaltseinkommen oder nach individuellem Einkommen gefragt wird. Für Frauen ist das individuelle Einkommen weniger gesundheitsrelevant. Ihr Beitrag veranschaulicht, dass ein Gender Bias auch in den Instrumenten zur Untersuchung des Zusammenhangs von sozialen Determinanten der Gesundheit vorliegt, was zu Über- oder Unterschätzung von Risiken für Frauen oder Männer führen kann.

5. Gesundheit geschlechtergerecht¹¹ fördern

Wer also tatsächlich im Sinne eines Settingansatzes für gesundheitliche Chancengleichheit an Hochschulen eintreten möchte, braucht eine Heuristik und Vorgehensweise, die in der Lage ist, die verschiedenen Mechanismen auf mehreren Ebenen zu analysieren und entsprechende Interventionen zu planen und umzusetzen. Aus der Forschung zu bisherigen Ansätzen der Frauenförderung bzw. Gleichstellung sind zudem einige Dilemmata bekannt, die es zu berücksichtigen gilt:

Unterschiedliche Strategien, die Gleichstellung der Geschlechter zu fördern, sind jeweils mit Vor- und Nachteilen behaftet (Knapp 2011 für die folgenden Ausführungen).

Ein Dilemma besteht in der Orientierung an der vermeintlichen Unterschiedlichkeit im Sinne von Eigenschaften von Frauen und Männern. Dieser Ansatz ist als differenztheoretischer Ansatz diskutiert worden. Als gleichstellungsorientierte Strategie der Frauenförderung wurde die Notwendigkeit, Frauen in das Erwerbsleben oder die Politik zu integrieren, mit der Besonderheit der Frauen begründet – mit ihrem weiblichen Arbeitsvermögen (Ostner 1991; Wetterer 2008, 132). Damit konnten sich Frauen historisch zwar neue Tätigkeitsfelder erschließen, gleichzeitig verfestigte dies die Vorstellung, dass Frauen und Männer grundsätzlich verschieden sind und über sich ausschließende Eigenschaften verfügen (Polarisierung der Geschlechtscharaktere, Zuschreibung entgegengesetzter Eigenschaften; Hausen 1976). Aus heutiger Sicht ist bekannt, dass dies zu einer Verfestigung der Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern beigetragen hat, die einen der Hauptmechanismen für die soziale Ungleichheit zwischen den Geschlechtern darstellt. Eine an Differenzen orientierte Strategie läuft Gefahr, Stereotype fortzuschreiben und eben jene Mechanismen zu reproduzieren, die zur Benachteiligung von Frauen führen. Die Identifikation von Zielgruppen, deren Mitgliedern bestimmte Eigenschaften zugeschrieben werden, hat also den paradoxen Effekt, dass damit die Normalitätsvorstellungen eher bestärkt als reflektiert werden (Dobusch 2015, 65). In der Kritik steht hier also die Zuschreibung von Eigenschaften an Personengruppen und die gleichzeitige Ausblendung der sozialen Prozesse, die an diese Unterscheidungen anknüpfen und zu einer Schlechterstellung dieser Gruppen führen.

Gleichzeitig sind auch Ansätze, die sich ausschließlich an Gleichheit orientieren und jeden Bezug auf natürliche oder kulturelle Differenzen (der Geschlechter) zur Begründung bestehender Ungleichheit ablehnen, mit einem Dilemma konfrontiert. Sie betonen die Herstellung von Chancengleichheit auf politische, kulturelle und soziale Teilhabe und Geltung, z. B. über Instrumente der Quotierung und egalitäre Verteilung der *Sorgearbeit* in der Familie. Sie orientieren sich dabei jedoch an Bewertungsmaßstäben, denen männlich geprägte Normen zugrunde liegen und blenden Besonderheiten weiblicher und männlicher Sozialisation aus (Knapp 2011). Wenn für Männer noch gilt, dass sie überwiegend für die Erwerbsarbeit zuständig sind, und Frauen für Erwerbsarbeit *und* für unentgeltliche Fürsorgearbeit, dann sind die Teilha-

¹¹ Im Wesentlichen wird die Formulierung geschlechtergerecht verwandt, um zu betonen, dass es sich um eine gerechte Verteilung von Belastungen und Ressourcen bzw. von Anerkennung und Verteilung (Fraser 2009) handelt.

bechancen, Belastungen und Ressourcen ungleich verteilt. Frauen und Männer haben aufgrund ihrer gesellschaftlichen Rollenzuweisungen nicht dieselben Ausgangsbedingungen, um die als neutral geltenden Anforderungen im Erwerbsleben zu erfüllen. Für beide Ansätze ergibt sich auf der Handlungsebene ein Dilemma. Die Gleichbehandlung von Ungleichem schreibt Ungleichheit fort und umgekehrt schreibt eine ausschließlich über Aspekte der Differenz begründete Gleichstellungspolitik das Stigma der Abweichung fort bzw. verstärkt dieses (ebd., 74).

Konstruktivistische bzw. dekonstruktivistische Ansätze gehen davon aus, dass es sich bei unseren Vorstellungen, von dem was Frauen und was Männer sind, können und wollen bzw. sollen, um soziale Konstruktionen handelt und nicht etwa um Natur. Sie lehnen die in unserer westlichen Gesellschaft verbreitete Annahme der grundsätzlichen Verschiedenheit von Frauen und Männern ab. Sie betonen die Unterschiedlichkeiten unter Männern sowie unter Frauen. Für sie gibt es nicht „die Frau“ oder „den Mann“. Dieser Ansatz trägt dazu bei, dass sich die Bedeutungen von Mannsein oder Frausein verschieben und veränderbar sind. Gleichzeitig ist auch mit diesem Ansatz ein Dilemma verbunden. Wenn keine verallgemeinerbaren Aussagen mehr über Frauen und Männer getroffen werden können, weil es potenziell unendlich viele Unterscheidungsmöglichkeiten gibt (weiße, mitteleuropäische, lesbische Frau der Mittelschicht vs. dunkelhäutige, heterosexuelle Westafrikanerin), können Benachteiligungen nicht mehr erfasst werden. Um Benachteiligungen erkennen zu können, braucht es jedoch Analysen, die Ungleichheitslagen und Konfliktkonstellationen von Frauen und Männern in den Blick nehmen können. Denn die Dekonstruktion von Bedeutungen allein ändert nichts an den strukturellen Verhältnissen, z. B. dem sog. *Gender Pay Gap*. Diese kommen dadurch zustande, dass gesellschaftliche Regeln, Praktiken und Strukturen an der Unterscheidung Mann/Frau ansetzen und dies ganz reale Konsequenzen hat.

Judith Lorber (1999) weist ebenfalls auf diese Genderparadoxien hin. Um soziale Ungleichheit abbauen zu können, muss sie benannt werden, es muss also weiterhin auf Frauen und Männer verwiesen werden können, um aufzuzeigen, dass sie als Gruppe im Hinblick auf bestimmte Güter oder Aspekte benachteiligt/bevorzugt sind.

Wer Gleichstellung und gesundheitliche Chancengleichheit verwirklichen will, kann also auf Gleichwertigkeit und Gleichbehandlung nicht verzichten und muss gleichzeitig historisch entstandene soziale Unterschiede zwischen den Geschlechtern berücksichtigen. Es geht also um die Realisierung von Partizipationschancen unter Berücksichtigung der spezifischen Ausgangsbedingungen von Frauen und Männern.

Für die Praxis lassen sich daraus drei Fragestellungen bzw. Perspektiven ableiten:

- ▶ Gleichheitsperspektive: Welche Regelungen, Strukturen, Verfahren führen im Ergebnis zu einer Benachteiligung von Frauen oder Männern?
- ▶ Differenzperspektive: Welche Maßnahmen können ergriffen werden, um bestehende Nachteile auszugleichen?
- ▶ Dekonstruktionsperspektive: Wie können im eigenen Vorgehen Stereotypisierungen und Zuschreibungen vermieden werden?

Um das Thema Gender in der gesundheitsfördernden Hochschule umsetzen zu können, ist es erforderlich, Ansätze auszuwählen und zu verbinden, die eine angemessene Bearbeitung der Thematik überhaupt ermöglichen. Für Projekte der allgemeinen Gesundheitsförderung haben Babitsch und Jahn (2012) Kriterien gendersensibler Gesundheitsförderung entwickelt. Sie beziehen sich dabei auf Projekte (und Programme) der Gesundheitsförderung. Erfolgreiche Projekte starten zunächst mit einem fachlich soliden Konzept, systematischer Planung und einer entsprechenden Rahmung (Framing) (Pieck 2017, 33f.) des Projektes. Gendersensible Projekte sollten daher fachliche Kriterien der Gesundheitsförderung und Prävention sowie Erkenntnisse gleichstellungsbezogener Forschung integrieren. Da in den vorangegangenen Abschnitten systematisches Vorgehen und Projektmanagement als Grundlagen für die Umsetzung der gesundheitsfördernden Hochschule skizziert wurden, wird im Folgenden von Projekten gesprochen, auch wenn es sich dabei eher um eine projektförmige Arbeitsweise handeln mag. In Anlehnung an Kriterien und Beispiele guter Praxis für die Umsetzung von Gender in der Gesundheitsförderung von Babitsch und Jahn (2012) und den oben ausgeführten Grundlagen, lassen sich Kriterien für eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung formulieren, die im Folgenden erläutert werden.

5.1. GLEICHSTELLUNGSZIELE FORMULIEREN

Vor allem sollten Projekte oder Vorhaben, die als Beispiel für eine gute "Genderpraxis" Geltung beanspruchen, Gleichstellungsziele verfolgen und diese auch formulieren. Die Ziele sowie das methodische Vorgehen im Projekt sollten geschlechtertheoretisch fundiert sein. Um Ziele angemessen zu definieren und Interventionen zu planen, sind die Erkenntnisse aus der einschlägigen Forschung zu nutzen.

5.2. FACHLICH-THEORETISCHE FUNDIERUNG

Im Fall der für diese Expertise vorliegenden Frage, wie Gender in die Gesundheitsfördernde Hochschule integriert werden kann, erfordert dies die Verknüpfung der Erkenntnisse mehrerer Disziplinen und thematischer Forschungsschwerpunkte: Arbeit, Gesundheit und Geschlecht, Geschlechterforschung, Ungleichheitsforschung usw. Diese sind mit den Standards der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention, wie systematisches Vorgehen, Beteiligung, Definition von Zielen, Projektmanagement, Wirksamkeitsüberprüfung usw. zu verbinden. Die Zusammenhänge und Wirkmechanismen zum Thema Arbeit, Studieren, Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung und Prävention, Geschlecht und Chancengleichheit sollten im Rahmen der Projekte auch adressiert werden.

Die hochschulischen Akteur*innen sollten demnach den Anspruch haben bzw. sich als Ziel setzen, eine entsprechende Geschlechterkompetenz¹² aufzubauen. Dies setzt die Bereitschaft bzw. Offenheit der Beteiligten voraus, sich dahingehend zu entwickeln.

5.3. ORGANISATIONALE PRAXIS REFLEKTIEREN

Die Gestaltung und methodische Umsetzung der Projekte sollte die Reflexion der Praxis der Hochschule ermöglichen und diese mit Blick auf die gesetzten Ziele verändern. Denn soziale Ungleichheit bzw. Diskriminierung entsteht im Rahmen gegebener Strukturen und alltäglicher organisationaler (und überbetrieblicher) Praktiken sowie in den Interaktionen beteiligter Personen.

5.4. KONTEXT BERÜCKSICHTIGEN UND VERÄNDERN

Der Erfolg organisationaler Interventionen ist in erheblichem Maße vom Vorhandensein hochschulpolitischer Voraussetzungen abhängig. Fehlt beispielsweise die Unterstützung der Führungskräfte (z. B. Professor*innen) und Hochschulleitung für partizipative Verfahren (siehe Kapitel 5.5.), können diese Verfahren kontraproduktiv wirken. Ähnliches gilt für gesundheitsbezogene Interventionen, die sich an Individuen richten. Soziale Unterstützung etwa ist gesundheitsfördernd, kann aber die Selbstwirksamkeit der Betroffenen untergraben, wenn sie aus deren Sicht nicht als angemessen *wahrgenommen* wird (Gunkel et al. 2014, 260). Zudem sind die Problemlagen der Betroffenen komplex. Häufig sind in der Gesundheitsförderung und Prävention widerstreitende Interessen abzuwägen, Kompromisse zu finden oder Lösungen in kleinen Schritten zu entwickeln. Es lassen sich also keine allgemein gültigen Maßnahmen definieren, die gar rezeptartig anzuwenden wären. Vielmehr müssen das Vorgehen und einzelne Maßnahmen im jeweiligen Kontext erarbeitet werden.

In der Geschlechterforschung wird von der neuen Unordnung der Geschlechter gesprochen (Kuhlmann et al. 2002). Dies meint unter anderem, dass Frauen nicht mehr durchgängig und überall benachteiligt werden. Nicht mehr alle Tätigkeiten und Arbeitsbereiche sind geschlechtlich konnotiert. Neue und alte Geschlechtsrollenerwartungen stehen nebeneinander, Chancen und Risiken in der Arbeitswelt sind in Bewegung geraten. Gerade im Hinblick auf Gesundheit sind Frauen und Männer je nach Kontext recht unterschiedlich von Belastungen betroffen und verfügen über unterschiedliche Ressourcen. Es gilt diese jeweils konkret in den Blick zu nehmen und für Frauen und Männer gleichermaßen gesundheitsförderliche Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen herzustellen. Kontext zu berücksichtigen bedeutet auch, z. B. Probleme aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten und die jeweiligen Bedürfnisse, Anforderungen und Voraussetzungen angemessen zu berücksichtigen. Die Ziele müssen also jeweils

¹² „Unter Kompetenzen werden allgemein Fähigkeiten verstanden, die zur Bewältigung komplexer Aufgaben erforderlich sind. Im Anschluss daran kann ganz allgemein unter Geschlechterkompetenz die Fähigkeit und die Motivation verstanden werden, Geschlechterzuschreibungen auf Grundlage des Wissens über ihre Entstehung und ihre Auswirkungen auf gesellschaftliche Machtverhältnisse kritisch zu reflektieren. Geschlechterkompetenz beinhaltet darüber hinaus die Fähigkeit, das eigene Handeln auf die Herstellung von Geschlechtergerechtigkeit auszurichten, und hat somit immer auch eine persönliche und eine politische Dimension. Wollen, Wissen und Können sind demnach zentrale Elemente einer Geschlechterkompetenz.“ (Kutzner 2017, 11)

konkretisiert werden und entsprechend der jeweiligen Situation präzisiert werden bzw. in Maßnahmen übersetzt werden. Hierfür ist die Beteiligung der Betroffenen erforderlich.

5.5. PARTIZIPATION

Partizipation ist eines der zentralen Kriterien der Gesundheitsförderung. Die Ottawa-Charta (1986) der WHO fordert, die Menschen dazu zu befähigen, auf die Bedingungen der eigenen Gesundheit Einfluss nehmen (Empowerment) und diese gestalten zu können. Das Präventionsgesetz (2015) fordert die gesundheitliche Selbstbestimmung zu stärken. Aus gesundheits- und arbeitswissenschaftlicher Sicht stärken Handlungs- und Entscheidungsspielräume die Gesundheit, sind Selbstwirksamkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit ein zentraler Schutzfaktor. Das Bedürfnis nach Anerkennung, Sicherheit und Zugehörigkeit ist ebenfalls relevant für die Gesundheit. Die Berücksichtigung dieser Aspekte ist relevant für den Schutz und die Förderung von Gesundheit. Sie sind jedoch nicht ohne die Subjekte und die Gemeinschaft, in der sie leben, zu haben.

Partizipation ist im Setting-Ansatz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Prinzip zugrunde gelegt und aus der Perspektive der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung unverzichtbar. Sie ist ein entscheidendes Mittel, um die Interessen und Bedürfnisse der Beteiligten und Betroffenen zu ermitteln und um in einen Aushandlungsprozess über mögliche Lösungsansätze zu treten (Wright 2018). Ohne Partizipation lässt sich zudem das oben angegebene Kriterium der Kontextualisierung nicht realisieren. Partizipative Verfahren ermöglichen es, verschiedene Perspektiven, Interessen und neue Ideen in Arbeits-, Lern- und Gestaltungsprozesse einzubringen (Kutzner 2010, 35; Pieck 2013). Durch Partizipation lässt sich zudem der Marginalisierung von Frauen und den für sie relevanten Themen entgegenwirken (Pieck 2006; 2013; Pirolt & Schauer 2006). Partizipation ist selbst ein zu gestaltender Prozess (Grossmann & Scala 2001, 77). Einerseits gilt es für die gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung, das ganze System anzusprechen und gleichzeitig Partizipation einzugrenzen (ebd.). Für die gelingende Partizipation ist eine entsprechende Projektarchitektur erforderlich sowie eine sorgfältige methodische Begleitung (Bindl et al. 2018). Um einer Marginalisierung und mangelnder Akzeptanz – und damit fehlender Wirksamkeit – von Maßnahmen entgegenzuwirken, ist die angemessene Partizipation und Repräsentation von Frauen und Männern in den verschiedenen Phasen – Auftragsklärung, Zieldefinition, Festlegen von Kriterien, Priorisierung, Analyse, Maßnahmenentwicklung, Umsetzung und in der Wirksamkeitsüberprüfung – obligat. Dies gilt für Mitarbeiter*innen ebenso wie für Studierende. Im Kontext Hochschule bietet es sich an, Studierende wie Mitarbeiter*innen über partizipative Forschungsverfahren (Unger 2012) einzubeziehen (Albrecht & Reitmayer 2019, 45).

5.6. BELASTUNGEN UND RESSOURCEN IN DEN BLICK NEHMEN

Die Verteilung von Belastungen und Ressourcen ist ein zentraler Ansatzpunkt für den Schutz und die Förderung der Gesundheit in der Hochschule. Fehlbelastungen und daraus resultierende negative Beanspruchungsfolgen sollen möglichst vermieden werden. Gleichzeitig sind Ressourcen elementar für die Bewältigung von Anforderungen und zum Erhalt bzw. zur Förderung von Gesundheit. Insbesondere die Gesundheitsförderung zielt auf die Erhöhung von

Ressourcen. Wenn es nun darum geht, die gesundheitsbezogene Chancengleichheit herzustellen, ist die systematische Verteilung von Belastungen und Ressourcen in den Blick zu nehmen.

Damit auch hier eine Genderperspektive erfolgreich umgesetzt werden kann, ist es erforderlich, diese mit den Handlungsanforderungen der Akteur*innen im jeweiligen Feld zu verbinden (Verloo 2001). Im hochschulischen Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie in der Gesundheitsförderung kann dies über die Analyse der Belastungs- und Ressourcenkonstellationen in Beruf, Familie und Studium erfolgen. Im Arbeits- und Gesundheitsschutz ist es üblich, die Gefährdungen von den Tätigkeiten ausgehend zu analysieren sowie die Rahmenbedingungen der Arbeit zu berücksichtigen. Die verschiedenen verfügbaren arbeitswissenschaftlichen Modelle wie das Job-Demand-Control-Modell (Karasek 1979), das Modell der Gratifikationskrise (Siegrist 1996), das transaktionale Stressmodell (Lazarus 1999) oder das Konzept der widersprüchlichen Arbeitsanforderungen (Moldaschl 2017) untersuchen zudem das Verhältnis von Anforderungen und verfügbaren Ressourcen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeitenden und Studierenden. Gleiches gilt für die Anforderungen, die an Studierende gestellt werden, und die Ressourcen, die ihnen zur Bewältigung der Anforderung zur Verfügung stehen. Diese müssen sie zum Teil erst im Studium entwickeln. Hieran können die oben geschilderten Erkenntnisse aus der Geschlechterforschung anknüpfen. Die geschlechtliche Arbeitsteilung ist einerseits zentraler Mechanismus für die Reproduktion sozialer Ungleichheit der Geschlechter und wirkt sich gleichzeitig auf die an Frauen und Männer gestellten Anforderungen aus. Wenn Frauen und Männer unterschiedliche Tätigkeiten ausführen, sind sie mit unterschiedlichen Belastungen konfrontiert. Ebenso sind die Ressourcen (Zugang, Aufstieg, Entlohnung, Anerkennung etc.) entlang des Geschlechts ungleich verteilt. Der systematische Blick auf die Verteilung von Belastungen und Ressourcen zwischen Frauen und Männern ist zentral für die Realisierung der Genderperspektive. Es ist erörtert worden, dass es einen Strukturkonflikt zwischen entgeltlicher Erwerbsarbeit und unentgeltlicher Sorgearbeit gibt, den derzeit überwiegend Frauen ausbalancieren müssen. Deshalb reicht eine auf die Erwerbsarbeit oder das Studium allein zentrierte Analyse nicht aus. Es müssen die Konstellationen von Belastungen und Ressourcen in Beruf bzw. Studium *und* Familie berücksichtigt werden. Zudem gilt es, einen Gender Bias (vgl. Kapitel 4.4.) in der Bewertung von Anforderungen und Ressourcen zu vermeiden, hierfür ist es hilfreich, das Wesen der jeweiligen Tätigkeit sowie die tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten zu erfassen. Des Weiteren sind alle Formen der Belastung zu berücksichtigen, zu diesen gehören auch Belastungen durch Geschlechtsrollenerwartungen sowie Formen der Belästigung.

Zur Verbindung von Gesundheitsförderung und Gender bzw. hin zu einer geschlechtergerechten Gestaltung von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz existieren bereits zahlreiche Vorarbeiten, auf die aufgebaut werden kann (Nielbock & Gümbel 2012; Pieck 2013; Pieck & Schröder 2014; 2016; Ducki 2011; 2000; The Swedish Work Environment Authority 2015; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2012; Weg & Scholz-Willig 2014).

5.7. INTERVENTIONSANSÄTZE – EIN BEISPIEL AUS SCHWEDEN

Um Gender in den Ansatz der gesundheitsfördernden Hochschule zu integrieren, sei es im eigenen Gesundheitsmanagement, sei es als Bestandteil der gesundheitsbezogenen Forschung, ist eine entsprechende Systematik bzw. Heuristik hilfreich, die die Erkenntnisse der Geschlechterforschung aufnimmt. Als Beispiel für eine gelungene Verknüpfung von Gender in die für den Arbeits- und Gesundheitsschutz relevante Forschung seien an dieser Stelle das Vorgehen und die Ergebnisse der Schwedischen Arbeitsschutzinstitutionen vorgestellt.

Die schwedischen Arbeitsschutzbehörden und Forschungsinstitutionen (Arbetsmiljöverket 2017; Lewis & Mathiassen 2013; Wersäll 2019) haben eine zentrale Lücke zur Integration von Gender in die Analyse der Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Frauen und Männern als Voraussetzung für die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit geschlossen. Ausgehend von den Befunden der Geschlechterforschung untersuchen sie systematisch die Verteilung von Belastungen und Ressourcen und beziehen dabei auch die symbolische Dimension (z. B. Geschlechtsrollenerwartungen und Stereotype) mit ein. Um gesundheitliche Chancengleichheit im Setting (dort Erwerbsarbeit) herzustellen, prüfen sie anhand des in Abbildung 1 dargestellten Schemas die Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Frauen und Männern. Dabei unterscheiden sie zwischen gesellschaftlichen Faktoren – insbesondere geschlechtliche Arbeitsteilung und Arbeitsmarktsegregation –, der organisationalen Ebene sowie der individuellen Ebene. Bei letzterer gehen sie davon aus, dass es sich bei Männern wie bei Frauen nicht um homogene Gruppen handelt. Sie gehen von großen Unterschieden zwischen einzelnen Männern und zwischen einzelnen Frauen aus und deshalb sind tatsächlich *individuelle* Unterschiede zu berücksichtigen. Ausgehend von der Segregation des Arbeitsmarktes (und den unterschiedlichen Belastungen durch Sorgearbeit), sind Frauen und Männer mit unterschiedlichen Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen konfrontiert (Exposition) – gekennzeichnet mit „different jobs“ in der Abbildung 1. Innerhalb gleicher Jobs in einer Organisation sind sie oft jedoch mit verschiedenen Tätigkeiten betraut, was ebenfalls zu unterschiedlichen Belastungen führt. Innerhalb derselben Jobs und Tätigkeiten ist dann oft die Arbeitsmenge (load) unterschiedlich verteilt. Die Verteilung der Tätigkeiten wird beeinflusst durch die Einstellungen und Haltungen der Arbeitgeber*innen und deren Geschlechtsrollenbilder, die Verteilung des Workloads durch die Gestaltung des Arbeitsplatzes, die Beanspruchung durch die Arbeitsmenge und Muskelkraft. Sind Jobs, Tasks und Loads tatsächlich gleich verteilt, lassen sich ggf. unterschiedliche physiologische Effekte beobachten. Diese werden beeinflusst durch z. B. Hormonprofile und unterschiedliche Muskelausdauer. Nun können Jobs, Aufgaben, Loads und physiologische Effekte gleich sein und dennoch kann ein unterschiedliches Verhalten beobachtet werden – hier sind es maßgeblich die Geschlechterrollen und Traditionen in den einzelnen Berufen, die das Verhalten prägen. Last but not least, können alle Faktoren gleich sein und die Behandlung (treatment) von Frauen und Männern unterscheidet sich. Dies ist geprägt durch die jeweils zugrundeliegenden gesundheitsbezogenen Vorstellungen bei Individuen, aber auch der jeweiligen Institutionen.

Arbeitsbedingte Muskel-Skelett-Erkrankungen

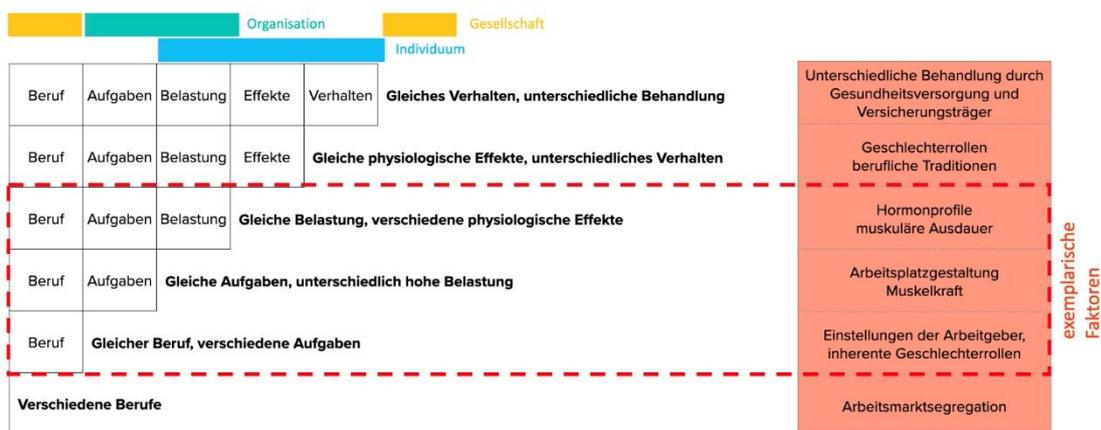


Abbildung 1: Analytisches Schema zur Integration von Gender in die Analyse von Belastungen und Ressourcen (Arbeitsmiljöverket 2017)

Entlang dieser Heuristik, die die Erkenntnisse der Geschlechterforschung rezipiert und integriert hat, untersuchten die beteiligten Forscher*innen, wie eine unterschiedliche Ausprägung von Muskel-Skelett-Erkrankungen bei Frauen und Männern zu erklären ist und wie hier Prävention betrieben werden kann. Die Expert*innen (Lewis & Mathiassen 2013) kommen zu der Einschätzung, dass die physiologischen Unterschiede im Vergleich zu den Unterschieden bedingt durch geschlechtsbezogene Arbeitsverteilung, Rollenerwartungen und unterschiedlichem Zugang zu Ressourcen als marginal zu bewerten sind.

- ▶ „Men and women have different tasks in the same occupations. This is an **essential** explanation for differences in work related musculoskeletal disorders between men and women.
- ▶ Men and women have different workloads on the same task. This is an **important** explanation for differences in work related musculoskeletal disorders between men and women.
- ▶ Men and women have different physiological responses despite the same workload. But this can **not in any particular extent** explain differences in prevalence of work-related musculoskeletal disorders between men and women.“ (Wersäll 2019, 8)

Eine ähnliche Heuristik und umfangreiche Übersicht über Mängel im Arbeits- und Gesundheitsschutz der europäischen Länder hat die European Agency for Safety and Health at Work bereits 2003 vorgelegt (Pieck 2013). Eine solche Systematik, die die bekannten Zusammen-

hänge aus jahrzehntelanger Geschlechterforschung rezipiert und in den Arbeits- und Gesundheitsschutz integriert, kann als Orientierung für die gesundheitsfördernden Hochschulen und der mit ihr assoziierten Forschung dienen.

5.8. ZUSAMMENFASSUNG

Um Gesundheit geschlechtergerecht zu fördern, ist es notwendig, eine entsprechende Geschlechterkompetenz zu erwerben. Die bestehende Fachliteratur der Geschlechterforschung ist zu rezipieren und mit den fachlichen Anforderungen an die Gesundheitsförderung zu verbinden. Um gesundheitliche Chancengleichheit an Hochschulen zu fördern, sind die Mechanismen (an der Hochschule bzw. im System Hochschule) zu analysieren, die zu einer ungleichen Verteilung von Belastungen und Ressourcen zwischen den Geschlechtern beitragen. Hierbei sind die jeweiligen Situationen und Kontexte zu analysieren – z. B. in den Fachkulturen, Teams, Studiengängen. Die tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten und die für sie wesentlichen Belastungen sind zu erfassen. Belastungen und Ressourcen sind in ihren Konstellationen in Beruf, Studium und Familie zu analysieren.

Zum systematischen Vorgehen gehört insbesondere die Definition gleichstellungsbezogener Ziele, die systematische Partizipation von Frauen und Männern – in den jeweiligen Statusgruppen – über den gesamten Prozess hinweg. Partizipation erfolgt durch eine angemessene Repräsentation in Entscheidungsgremien sowie in den Phasen „Ziele und Kriterien festlegen“, „Analyse“, „Interventionen entwickeln und umsetzen“ und „Evaluation“. Die zur Anwendung gebrachten Analyse- und Interventionsmethoden müssen geeignet sein, die Hochschulpraxis zu reflektieren und entsprechende Aushandlungsräume bzw. Lernräume zu installieren, um alternative Praktiken entwickeln zu können.

Geschlechtsbezogene gesundheitliche Chancengleichheit lässt sich nur in einem Settingansatz verfolgen, der Prozesse der Herstellung sozialer Ungleichheit erfassen und bearbeiten kann – und will. Inwiefern schon von einer Umsetzung des Settingansatzes bzw. einer Reflexion und Veränderung von Hochschulpraxis gesprochen werden kann, ist Gegenstand des folgenden Kapitels.

6. Realisierung des Settingansatzes in Hochschulen

Ganz grob lässt sich die Umsetzung des Settingansatzes an einigen Indikatoren prüfen¹³: Gibt es eine angemessene Struktur für die Steuerung des Prozesses, ist das Gesundheitsmanagement in der Organisation verankert? Werden die Kernprozesse des Gesundheitsmanagements – Diagnose, Interventionsplanung, Intervention, Evaluation – durchgeführt? Wird das Prinzip der Partizipation realisiert?

Insgesamt scheint das Thema Gesundheit, Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung an den Hochschulen angekommen zu sein. Immerhin geben gut zwei Drittel der untersuchten Hochschulen in der Studie von Hartmann et al. (2017) an, Gesundheitsmanagement und/oder Gesundheitsförderung etabliert zu haben. 80 % geben an, betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) implementiert zu haben. Die Studie beschränkt sich jedoch auf die Auswertung von Websites der Hochschulen. Über die Qualität und konzeptionelle Grundlagen kann keine Auskunft gegeben werden. Michel et al. (2018) bestätigen in ihrer Studie zum Stand der Gesundheitsförderung an bundesdeutschen Hochschulen die Einschätzung von Dooris et al. (2019), dass ein holistischer Ansatz noch nicht realisiert ist.

6.1. IMPLEMENTIERUNG VON STEUERUNGSSTRUKTUREN

Die Studie bestätigt, dass gut die Hälfte der Hochschulen Gesundheitsmanagement durch einen Arbeitskreis verankert hat und in 45 % davon Personen aus dem Rektorat/Präsidium dem Arbeitskreis angehören. Neben dem Aufbau von Steuerungsgremien wurden Positionen für Gesundheitsmanagement und BEM eingerichtet sowie Unterstützungsangebote wie Beratungsstellen und Beschwerdemanagement (37 %)/Konfliktstellen (je nach Zielgruppe 41 bis 50 %) implementiert. Die Verankerung in Leitlinien und Dienstvereinbarungen nimmt demgegenüber jedoch ab, ebenso wie die Ausstattung mit einem entsprechenden Budget. Es ist zu vermuten, dass z. B. die hohen Angaben zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung und des betrieblichen Eingliederungsmanagements eher auf eine formale Umsetzung gesetzlicher Vorgaben hindeuten, denn auf ein systematisches Gesundheitsmanagement bzw. die Realisierung eines Settingansatzes.

Die Autor*innen kommen zu dem Schluss, dass Gesundheit als Querschnittsthema keinen Einzug in den Wissenschafts-/Hochschulbereich gehalten hat (ebd., 35). Bei den Befragten schein „der Glaube zu bestehen, dass die Aufgaben des*r Beauftragte*n für Gesundheitsförderung Jede*r übernehmen könnte“ (ebd., 30). Dies belegen die unterschiedlichen Qualifikationen der Gesundheitsmanagementbeauftragten. Selbst bei Beschäftigten, die Gesundheitswissenschaften oder Public Health studiert haben, sei nicht gesichert, dass sie adäquate Kompetenzen im Bereich betriebswirtschaftlicher Kennzahlen und Prozesse aufweisen oder ausreichende Kenntnisse zu strategischer Planung besitzen (ebd., 30).

¹³ Auch hier gilt: das Vorhandensein garantiert noch keine entsprechende Entwicklung der Organisation.

6.2. MANGELNDES SYSTEMATISCHES VORGEHEN

Die Studie zeigt zudem erhebliche Mängel im systematischen Vorgehen und bei der Beteiligung der Statusgruppen auf. Lediglich 39 % der Hochschulen befragen die potenziellen Zielgruppen der Gesundheitsförderung. Damit wird der grundlegende systematische Schritt der Bedarfserhebung im Public Health Action Cycle (siehe Kapitel 2.3.3.) nicht erfüllt, was auf Probleme in der evidenzbasierten Durchführung der Gesundheitsförderung an Hochschulen hindeutet (ebd., 35).

„Obwohl Theorien, Methoden, Techniken und Praxisanleitungen vorliegen, hinken Hochschulen im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements den Unternehmen der freien Wirtschaft hinterher.“ (ebd., 35)

Zu den zentralen Aspekten der Gestaltung eines Settings gehört es, die Bedingungen für Gesundheit zu verbessern. Vorrangig wäre also die systematische Bearbeitung der Arbeits- und Lernbedingungen an einer Hochschule – für alle Statusgruppen.

6.3. ANALYSE DER ARBEITS-, LEHR- UND LERNBEDINGUNGEN

Im Sinne einer Gefährdungsbeurteilung wären neben den sicherheitstechnischen Aspekten insbesondere die psychosozialen Aspekte sowie Studien- und Arbeitsorganisation in den Blick zu nehmen. Für Hochschulen müsste aus dieser Perspektive relevant sein, wie sich z. B. große Reformprojekte wie „Bologna“ auf die Lehr-, Lern- und Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter*innen und Studierenden gesundheitlich auswirken (Faller 2017b, 392f.). Es ist zu erwarten, dass dieser Prozess mit erhöhter Arbeitsbelastung, Arbeitsverdichtung, kürzeren Studienzeiten und erhöhten Anwesenheits- und Prüfungsverpflichtungen einhergeht (Michel et al. 2018, 39). Dies wird jedoch im Gesundheitsmanagement kaum berücksichtigt. Lediglich 27 % geben an, die gesundheitlichen Auswirkungen der Reform auf die Arbeitssituation der Beschäftigten zu untersuchen. Lediglich 20 % geben an, die gesundheitlichen Auswirkungen der Bologna-Reform auf Studienbedingungen zu erfassen. 21 % der Hochschulen geben an, Gesundheitsförderung als curricularen Inhalt in fachübergreifende Angebote zu integrieren. 91 % der Hochschulen unterstützen Studierende in besonderen Lebenslagen (Studierende aus dem Ausland/mit Migrationshintergrund, mit Behinderung/chronischen Erkrankungen und Studierende mit Kind).

Mit Blick auf die Gefährdungsbeurteilung der Beschäftigten aus dem Bereich der Verwaltung und Technik geben 61 % an, Erhebungen zur Verbesserung der Gesundheit durchzuführen. 72 % führen Arbeitsplatzanalysen mit Beteiligung der Beschäftigten durch (ebd., 44ff.). Nur 52 % der Hochschulen führen Erhebungen für das Lehrpersonal durch. Ob Gefährdungsanalysen für das Lehrpersonal durchgeführt werden, welches Verständnis den Gefährdungsbeurteilungen zugrunde liegt und in welcher Qualität diese durchgeführt werden, ist aus der Studie nicht ersichtlich.

Die Hochschulen, die Gesundheitsförderung betreiben, beziehen dabei Themen wie Behinderung (n = 60), Gender (n = 57) und Alter (n = 52) ein. Die Aspekte soziale Lage (n = 38) und Interkulturalität (n = 28) sind dabei weniger vertreten (ebd., 37). Die erfreulich hohen Angaben

zu Gender geben jedoch keine Auskunft darüber, welches Verständnis von Gender dem zugrunde liegt. Im Kapitel sieben wird ersichtlich, dass Gender eher differenztheoretisch verstanden wird.

6.4. ZUSAMMENFASSUNG

Auch andere Studien im deutschsprachigen Raum kommen zu der Einschätzung, dass von einer Umsetzung eines Settingansatzes noch nicht die Rede sein kann. Bezogen auf die Hochschule fehlt bislang ein „eigenständiger, umfassender und hochschulspezifischer Ansatz des Gesundheitsmanagements unter Einbeziehung aller Statusgruppen“ in Deutschland (Hartmann et al. 2017, 123).

- ▶ Es dominieren Ansätze, die die Aspekte auf der verhaltenspräventiven Ebene wie Ernährung, Bewegung, Gesundheitskompetenzentwicklung, Entspannung, Stressbewältigung etc. fokussieren.
- ▶ Unterrepräsentiert hingegen sind Ansätze, die sich auf die Systemebene fokussieren, z. B. die Entwicklung sozialer Ressourcen, situativer Ressourcen oder von Belastungs- und Ressourcenkonstellationen und Dynamiken durch Veränderungsprozesse/hochschulpolitische Veränderungen in den Blick nehmen. Dies gilt auch für die Analyse sozialer Systeme und deren Wirkung auf Studierende, Lehrende, Verwaltungs- und technisches Personal bzw. deren Gesundheit.
- ▶ Es bestehen Defizite im Sinne der Organisationsentwicklung und einer systematischen und fachlich fundierten Vorgehensweise (Michel et al. 2018).
- ▶ Eine systematische und fachlich fundierte Implementierung von Gender fehlt, wenngleich es gelungen ist, einzelne Themen der Gleichstellung als Handlungsfelder in das Hochschulgesundheitsmanagement aufzunehmen wie etwa die Förderung von Vereinbarkeit von Beruf/Studium und Familie und Unterstützungsangebote z. B. zur Kinderbetreuung vorzuhalten. Eine systematische Untersuchung der Mechanismen, die zu ungleichen Gesundheitschancen bzw. zu Unterschieden im Gesundheitszustand von Frauen und Männern führen, steht im Kontext Hochschule noch aus. Bestehende Erkenntnisse aus der Geschlechterforschung werden kaum rezipiert, weshalb vorhandene Erhebungen lediglich nach Geschlecht ausgewertet werden, und damit Gefahr laufen, zu einer Verfestigung von differenzorientierten und essentialisierenden Vorstellungen beizutragen.

7. Statusgruppen im Blick

Nach Faller (2017b) zeichnen sich Hochschulen durch ihre korporative Verfassung aus, die die Mitarbeiter*innen und Studierenden als Mitglieder der Körperschaft Hochschule definiert und ihnen entsprechende spezifische Mitwirkungsrechte einräumt. Zudem sind die Aufgaben der Hochschulen mehrdimensional: Im Gegensatz zu anderen Organisationen dienen sie gleichzeitig der Forschung und der Lehre, sie gelten als typische Expertenorganisationen. Als Mitglied einer spezifischen Scientific Community orientieren sich Wissenschaftler*innen am Diskurs ihres Fachs. Sie identifizieren sich mehr mit ihrer Profession als mit der Organisation. Zudem ist ihr Handeln durch den Grundsatz der Freiheit von Forschung und Lehre gerahmt, was den Wissenschaftler*innen ein hohes Maß an Autonomie einräumt und sich in flachen Hierarchien und einer dezentralen Organisation auf Fachebene mit relativ schwacher Organisationsspitze äußert.¹⁴

Hochschulverwaltungen sind dagegen hierarchisch und als typische Bürokratie aufgebaut. Das Verhältnis von Hochschuladministration und Wissenschaft lässt sich als struktureller Widerspruch mit gegenläufigen Interessen von Wissenschaftler*innen und Gesamtorganisation bezeichnen (ebd., 392). Damit einher gehen Konflikte und Spannungsfelder zwischen wissenschaftlichem und Verwaltungspersonal. Diese systembedingten Spannungsfelder sind ggf. Themen im Gesundheitsmanagement bzw. in der gesundheitsfördernden Hochschule.

Hochschulen, so Faller (ebd.) weiter, unterliegen wie andere Organisationen im öffentlichen Dienst seit Jahrzehnten einem Umbauprozess im Sinne des New Public Management. Privatwirtschaftliche Techniken werden hierbei auf Institutionen des öffentlichen Dienstes übertragen und sollen Elemente des Wettbewerbs und der Leistungsorientierung verstärken. Damit einher gehen im öffentlichen Dienst und in Hochschulen kontroverse Effekte. Sie führen zu Arbeitsverdichtung, Verstärkung von Konkurrenz und einer stärkeren Fokussierung des Qualitätsmanagements auf die Außenwirkung. Die Verbesserung der Arbeits- und Studienbedingungen gerät dabei aus dem Blick. Dies sollte entsprechende Effekte auf die Rahmenbedingungen der Gesundheit für die Hochschulangehörigen haben. Etwas zeitversetzt zur Strategie des New Public Management setzte der Bologna-Prozess ein, der die Mobilität der Studierenden, Lehrenden und Verwaltungsbeschäftigten innerhalb Europas fördern sollte. Mit der Umstellung auf neue Studienstrukturen sind jedoch Veränderungen der Lern- und Lehrbedingungen verbunden: erhöhte Betreuungs- und Prüfungsintensität, umfassende Dokumentations- und Evaluationspflichten, Verdichtung der Lehr- und Lernbelastung, des Verwaltungsaufwandes und Lerndrucks bei Studierenden sowie steigende Studierendenzahlen, denen jedoch keine entsprechende Aufstockung des Personals gegenübersteht (ebd., 392ff.).

¹⁴ Aktuell argumentiert Kühl, dass die Reformen zur Deregulierung der Hochschulen eher ein Mythos seien. Die Stärkung der Hochschulleitungen fördere die Verlagerung der Konflikte zwischen Ministerien und Hochschulen in die Hochschulen selbst und schwäche am Ende deren Autonomie (Kühl 2019).

7.1. STATUSGRUPPENÜBERGREIFENDE BELASTUNGEN

Als typische Belastungen über alle Statusgruppen hinweg benennen Hildebrand et al. (2007, 22) folgende:

- ▶ unzureichende Arbeitsplatzausstattung und -umgebung,
- ▶ unklare bzw. unangemessene Leistungsanforderungen,
- ▶ fehlende Transparenz der Organisation und des Informationsflusses,
- ▶ fehlende Sinnhaftigkeit der Arbeitsanforderungen, z. B. ungeklärter Praxisbezug von Studieninhalten,
- ▶ unzureichende Rollenerfüllung, z. B. schlechte Lehrqualität oder schlechter Führungsstil,
- ▶ fehlende Selbstgestaltungs- und Partizipationsmöglichkeiten,
- ▶ fehlende Möglichkeiten zu sozialen Kontakten.

Potenzielle Gesundheitsgefahren sowie die Verfügbarkeit von Ressourcen speisen sich also zum einen aus übergeordneten Rahmenbedingungen und Umgebungsbedingungen und zum anderen vor allem aus den mit der Tätigkeit verbundenen Anforderungen und der hierfür bereitgestellten Arbeitsmittel etc.

Das auch für bundesdeutsche Hochschulen geltende Arbeitsschutzgesetz sieht vor, diese verschiedenen Einflussfaktoren in ihrem Zusammenwirken zu bewerten und menschengerecht zu gestalten. Ausgangspunkt der Analyse der Arbeitsbedingungen sind dabei zunächst die ausgeübten Tätigkeiten. Für eine angemessene Beurteilung der Gesundheitsgefahren ist das Wesen der Tätigkeit zu erfassen – und unter Genderaspekten ist zu prüfen, welche Aufgaben tatsächlich wahrgenommen werden. Es sind auch Belastungen in den Blick zu nehmen, die etwa durch die sozialen Beziehungen oder Dimensionen der symbolischen Ordnung beeinflusst sind – also nicht tätigkeitsspezifisch sind. Zu Aspekten der symbolischen Ordnung zählen Geschlechtsrollenerwartungen, die wiederum Auswirkungen auf die Aufgabenteilung nach Geschlecht, Zugang zu Ressourcen etc. haben. Ebenso zu berücksichtigen sind Führungsverhalten, Formen der Belästigung sowie Formen mittelbarer Diskriminierung, die erheblichen Einfluss auf die Aufgabenverteilung und insbesondere den Zugang zu Ressourcen wie Gratifikation und Entlohnung (Winter 1998; Schiek 2011) haben. Aus einer Perspektive der geschlechtsbezogenen gesundheitlichen Chancengleichheit sind zudem die Konstellationen von Belastungen und Ressourcen in Beruf und Familie zu berücksichtigen. Für die Gestaltung der Arbeits- und Studienbedingungen sind die gesicherten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse zu berücksichtigen und die einzelnen möglichen Einflussfaktoren in ihrem Zusammenspiel zu beachten (ArbSchG §§ 4 und 5). Deshalb sind Studien zu typischen Belastungs- und Ressourcenkonstellationen in den jeweiligen Tätigkeitsfeldern erforderlich. Für die Verbesserung vor Ort, an der jeweiligen Hochschule, ist *kontextspezifisch* zu prüfen, wie die Belastungs- und Ressourcenkonstellationen jeweils ausgeprägt sind. Dies gilt erst recht für die Entwicklung und Aushandlung von Maßnahmen, um die Situation jeweils zu verbessern. Für die Bearbeitung

von Gesundheitsgefährdungen und zur Gestaltung der Arbeits- und Lernbedingungen können Hochschulen auf die Konzepte und Erfahrungen des betrieblichen Gesundheitsmanagements zurückgreifen und insbesondere Formen der partizipativen Gefährdungsbeurteilung psychosozialer Belastungen (GDA 2016; BAuA 2014) nutzen. Die Berücksichtigung von Genderaspekten bei der Gefährdungsbeurteilung ist in einer Arbeit von Nielbock und Gümbel (2012) dargelegt.

Die verschiedenen Statusgruppen sind selbst sehr heterogen, so finden sich in ihnen unterschiedliche Berufsgruppen mit spezifischen Tätigkeitsfeldern und typischen Anforderungen und Arbeitsbedingungen, etwa für Personal in Mensen, Reinigungskräfte, Hausmeister*innen, Beschäftigte in Laboren, Bibliotheken, Personalverwaltung, Buchhaltung, Lehrkräfte für besondere Aufgaben in unterschiedlichen Fächern mit jeweils eigenen Fachkulturen und unterschiedlicher Ressourcenausstattung, Professor*innen, befristetes wissenschaftliches Personal in Projekten etc. Dementsprechend unterschiedlich sind die an sie gestellten Anforderungen und Arbeitsbedingungen. Es lässt sich also im Rahmen dieser Arbeit kein Überblick über die jeweiligen Arbeitsbelastungen und Ressourcen der jeweiligen Tätigkeitsbereiche an Hochschulen darstellen.

Wie die Genderperspektive umzusetzen ist, kann nur exemplarisch aufgezeigt werden. Studien oder Praxisberichte, die explizit und geschlechtertheoretisch fundiert Belastungen der Statusgruppen und einzelner Beschäftigten- und Studierendengruppen untersuchen, sind jedoch rar.

Auffallend – aber nicht überraschend – an den vorherrschenden überblicksartigen Beschreibungen zu den Arbeitsbedingungen der Statusgruppen ist, dass die geschlechtsspezifische Segregation der Tätigkeitsbereiche in der Regel nicht benannt und reflektiert wird. Dies ist der Literatur zu Fragen der Gleichstellung vorbehalten. Dabei ist das Verwaltungs- und technische Personal stark geschlechtssegregiert: 82 % der Verwaltungsbeschäftigten, 86 % der Bibliothekar*innen und sogar 99 % der Sekretär*innen sind Frauen. Hingegen beträgt der Frauenanteil bei den Laboringenieur*innen 19 %, bei den IT-Beschäftigten 18 % und bei den Handwerker*innen und Facharbeiter*innen lediglich 15 % (Kortendiek et al. 2019, 268).

Neben den arbeits-, lehr- und lernbedingten Belastungen sind an dieser Stelle zwei weitere Handlungsfelder zu nennen, die eng mit der Genderperspektive einer gesundheitsfördernden Hochschule verbunden sind: Mutterschutz und Schutz vor sexueller Belästigung und Gewalt.

7.1.1. MUTTERSCHUTZ

Am 01. Januar 2018 ist das neue Gesetz zum Schutze der Mütter bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium (MuSchG 2018) in Kraft getreten. Das neue Gesetz erfasst nun auch Schülerinnen und Studentinnen. Ziel ist der Schutz der Gesundheit der Frau und ihres Kindes am Arbeits-, Ausbildungs- und Studienplatz während der Schwangerschaft, nach der Geburt und in der Stillzeit. Zudem soll es die Fortsetzung der Beschäftigung oder der Ausbildung und des Studiums fördern und Benachteiligungen während der Schwangerschaft, nach der Geburt und in der Stillzeit entgegenwirken. Das Gesetz zielt explizit auf einen diskriminierungsfreien Mutterschutz ab. Hierfür wird eine Gefährdungsbeurteilung zur Identifikation schwangerschaftsrelevanter Risiken verlangt. Mit einer Rangfolge von Schutzmaßnahmen soll somit die

Beschäftigungsfähigkeit der Frauen erhalten werden. Ein Beschäftigungsverbot darf nur ausgesprochen werden, wenn eine gefahrungslose Weiterarbeit nicht möglich ist. Für Arbeitgeber, die keine rechtzeitige oder richtige Gefährdungsbeurteilung vorgenommen haben, sind Bußgelder vorgesehen (§ 32 Abs. 1 Nr. 6). Zudem wird den Schutzmaßnahmen (anstelle eines Beschäftigungsverbot) größeres Gewicht eingeräumt.

Die Realität sieht jedoch häufig anders aus: Statt eine Weiterarbeit zu ermöglichen, wird den Frauen ein Rückzug vom Arbeitsplatz empfohlen. Auch während der Stillphase ist dies häufig Usus. Ein Drittel der befragten Frauen erlebten nach der Bekanntgabe der Schwangerschaft oder Geburt eine Diskriminierung am Arbeitsplatz (Ziegler et al. 2015). Ein Drittel der Vorgesetzten empfindet Schwangerschaften als „missliebige Komplizierung der Arbeitsorganisation“. Zwei Drittel der Frauen berichten von endenden Karrierefortschritten. Zugesagte Gehaltserhöhungen fielen teilweise niedriger oder gleich ganz aus (Reuhl 2016, 8). Im Kontext von Hochschulen wurden Studentinnen bisher kaum adressiert. Mit dem neuen Gesetz rückt jedoch auch diese Gruppe in den Fokus, um Maßnahmen zu erarbeiten, wie auch hier Gefährdungen während der Schwangerschaft und Nachteile im Studium vermieden werden können.

7.1.2. SEXUELLE BELÄSTIGUNG UND (SEXUALISIERTE) GEWALT

Ein weiteres Thema, das über Statusgruppen hinweg relevant ist, stellt das Thema sexuelle Belästigung dar. Hiervon sind zwar nicht ausschließlich, aber in erster Linie Frauen betroffen. Sexuelle Belästigungen und (sexualisierte) Gewalt sind nach Kocher und Porsche (2015) „eine ‚erschreckend normale‘ Erfahrung an deutschen Hochschulen, insbesondere für Frauen und LSBTI*-Personen, aber auch für Männer, denen „Unmännlichkeit“ oder Homosexualität zugeschrieben werden“ (ebd., 10f. und 53). Die Häufigkeit sexueller Belästigung und Diskriminierung wird deutlich von den Befragten unterschätzt, auch wenn sie angeben, selbst betroffen gewesen zu sein bzw. Kenntnis von Vorfällen zu haben (Kron et al. 2019).

Bisher ist weder im AGG noch in den Hochschulgesetzen der Länder hinreichend klar geregelt, ob und wie Studierende in den Schutz vor sexueller Belästigung einbezogen werden müssen. In Baden-Württemberg ist vorgesehen, Beauftragte für sexuelle Belästigung zu benennen, die alle Mitglieder und Angehörige, also auch Studierende, vor sexuellen Belästigung schützen sollen. Zudem ist in einigen Bundesländern klar geregelt, dass auch die Studierenden in den Zuständigkeitsbereich der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten fallen. Kocher und Porsche gehen jedoch von einer Anwendbarkeit des AGG auf Studierende im Kontext der Hochschule aus.

Um sexueller Belästigung und Gewalt vorzubeugen, empfehlen Kocher und Porsche (2015) auf der Grundlage einer Auswertung der Vorgehensweisen an deutschen Hochschulen Maßnahmen im Bereich der Prävention, die Etablierung eines entsprechend klar geregelten Verfahrens sowie festgelegte Sanktionen.

- ▶ Im Bereich der Prävention können die Personal- und Organisationsentwicklung durch Schulungen zu Diskriminierung allgemein, durch verpflichtende Fortbildungen für Personalverantwortliche sowie durch Berücksichtigung von Sozialkompetenzen bei der Personalauswahl tätig werden.

- ▶ Auf der strukturellen Ebene geht es um die Gestaltung der Räumlichkeiten an den Hochschulen, die der Vermeidung von Angst und Gefahrensituationen dienen sowie Barrierefreiheit gewährleisten sollen.
- ▶ Im Bereich des Empowerments und der Sensibilisierung sind Plakataktionen und Workshops sinnvoll sowie Befragungen, um Handlungsbedarfe zu ermitteln.
- ▶ Um Wirkung zu entfalten, sind ein klares Verfahren und definierte Sanktionen erforderlich. Als Verfahren sind ein umfassendes Beschwerdemanagement zu implementieren sowie ein konkretisierter Ablauf mit klaren Zuständigkeiten. Die Ansprechpartner*innen sind entsprechend zu qualifizieren. Als Grundsätze gelten die Letztentscheidung der Betroffenen sowie Vertraulichkeit. In Abhängigkeit davon, welcher Statusgruppe die Täter*innen angehören, sind gestufte Sanktionen festzulegen und durchzuführen (ebd., 47).

7.2. VERWALTUNG UND TECHNISCHES PERSONAL

Die Aufgaben und Arbeitsbereiche des Personals in Verwaltung und Technik an Hochschulen sind sehr heterogen. So findet sich Verwaltungspersonal zentral in den Personal- und Haushaltsabteilungen, dezentral in Dekanaten und Instituten oder Einrichtungen wie Bibliotheken. Mit den unterschiedlichen Aufgaben gehen unterschiedliche Anforderungen und Qualifikationsvoraussetzungen einher sowie unterschiedliche Arbeitsbedingungen. Ähnliches gilt für das technische Personal, das zentral wie dezentral für EDV, Instandsetzung und Reinigung von Gebäuden, Labortätigkeiten, Gerätewartung etc. zuständig ist. Für die Einschätzung der tätigkeitsbezogenen Gefährdungen und Arbeitsbedingungen (z. B. im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung nach dem ArbSchG) liegen branchenspezifische Daten vor, die bei den Unfallkassen bzw. Berufsgenossenschaften, der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin etc. abgerufen werden können. Dort finden Arbeitgeber*innen und Interessenvertretungen die jeweils gesicherten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse, die zu berücksichtigen die Arbeitgeberin (hier die Hochschule) verpflichtet ist. Aufgrund der Fülle der unterschiedlichen Tätigkeiten kann im Rahmen der Expertise nur exemplarisch aufgezeigt werden, wie eine Genderperspektive integriert werden kann und ob dazu hochschulspezifische Daten vorliegen.

Trotz der großen Heterogenität der Arbeitsbedingungen und Anforderungen an das technische und Verwaltungspersonal an Hochschulen lassen sich einige hochschulspezifische Belastungskonstellationen benennen (Faller 2017b, 396):

- ▶ Stetige Arbeitsverdichtung infolge von Stellenabbau, insbesondere in den Fachbereichen
- ▶ Wandel im Berufsbild
- ▶ Fehlende Fortbildungsangebote für die genannten neuen Anforderungen
- ▶ Unzureichende finanzielle und soziale Gratifikationen für das gestiegene Anspruchsniveau der Tätigkeiten

Im Folgenden werden einige Beispiele vorgestellt und Anknüpfungspunkte für eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung (im Sinne eines Settingansatzes) erörtert.

7.2.1. INSTITUTSSEKRETARIATE

Die Arbeitsbedingungen für Institutssekretärinnen¹⁵ zeichnen sich u. a. durch geringe Entscheidungs- und Verantwortungsspielräume, Arbeitsunterbrechungen, schlechte Planbarkeit, geringe Mitgestaltungsmöglichkeiten, Unklarheiten die eigene Rolle betreffend und ein unausgewogenes Gratifikationserleben für die geleistete Arbeit aus (ebd., 396). Zudem ist das Führungsverhalten auch für Sekretärinnen ein gesundheitsrelevanter Einflussfaktor. Je mitarbeiterorientierter sich die Professor*innen verhalten, desto besser ist die subjektive Wahrnehmung der eigenen Arbeit (Faller 2006, 40). Zudem sind die disziplinarischen Vorgesetzten häufig nicht die Professor*innen, sondern die Verwaltungsleitungen der Hochschule. Sekretärinnen arbeiten zudem vereinzelt in den jeweiligen Einrichtungen. Sie sind dezentral über die Institute und Einrichtungen verteilt. Dies erfordert eine entsprechende Berücksichtigung in der Planung im Gesundheitsmanagement, etwa für Gesundheitszirkel (Pieck 2013, 82ff.).

Im Kontext der gesundheitsbezogenen Studien wird Gender oder Gleichstellung in Bezug auf Sekretärinnen nicht thematisiert. Dass dies angemessen und sinnvoll wäre, liegt auf der Hand: Sekretariatstätigkeiten werden überwiegend von Frauen ausgeübt. In Bezug auf die angemessene Einschätzung der Anforderungen und die damit verbundene Arbeitsbewertung und Entlohnung besteht der Verdacht, dass die Tätigkeit im Vergleich zu männerdominierten Tätigkeiten an Hochschulen unterbewertet ist und Frauen somit eine geringere Gratifikation und finanzielle Ressourcen zukommen (mittelbare Diskriminierung). Bestätigt wird diese Annahme durch die Analyse des Gender-Reports 2019 der nordrhein-westfälischen Hochschulen (Kortendiek et al. 2019) sowie Untersuchungen an einzelnen Universitäten wie z. B. der Julius-Maximilians-Universität Würzburg (zur Konzeption und den verwendeten Instrumenten vgl. ABAKABA von Katz & Baitsch 2006). Der Gender-Report bestätigt die Frustration der Sekretärinnen über niedrige Gehälter und die mangelnden Aufstiegschancen in den Sekretariaten, die im Gesundheitskontext für das Entstehen von Gratifikationskrisen relevant sind. Es scheint, so die Autor*innen des Gender-Reports, „dass die Hochschulen diese Spielräume [bei der Entgeltgestaltung] bei den Eingruppierungen oftmals zuungunsten von Frauen nutzen.“ (Kortendiek et al. 2019, 269).

Auf der Grundlage der Studien zur diskriminierungsfreien Arbeitsbewertung nach Katz und Baitsch (2006) konnte belegt werden, „dass es sich bei den Sekretariatstätigkeiten um äußerst komplexe Arbeitsfelder handelt, die oftmals höhere Anforderungen beinhalten als die damit verglichenen Profile technischer Arbeitsbereiche mit einem hohen Männeranteil“ (Kortendiek et al. 2019, 269). Dies schlägt sich jedoch nicht in der Bewertung und Entlohnung der Tätigkeit nieder. Eine Neubewertung der Tätigkeiten ist trotz der vorgelegten Erkenntnisse bis heute nicht erfolgt. Die Unterbewertung der Tätigkeit kommt vor allem dadurch zustande, dass die tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten nicht mit den Arbeitsplatzbeschreibungen übereinstimmen. Zudem steigen die Kollegen (es sind überwiegend Männer) im technischen Bereich im Vergleich zu den Kolleginnen (über 90 % Frauen) im Sekretariatsbereich tendenziell mit einer höheren Entgeltgruppe an der Hochschule ein und erhalten zudem leichter Zulagen, da diese etwa als sogenannte „Schmutz-“ oder „Erschwerniszulagen“ fest im Tarifgefüge verankert, für

¹⁵ Aufgrund des geringen Anteils an Sekretären von 1 %, liegt hier der Fokus auf den Sekretärinnen.

Sekretariatsbereiche jedoch nicht vorgesehen sind (ebd., 384)¹⁶. Damit fehlt die wichtige Ressource der beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten.

Eine weitere typische Erscheinung für die Erwerbstätigkeit von Frauen ist zudem die Arbeit in Teilzeit, die auch bei Sekretärinnen auftritt. Bei der Teilzeit handelt es sich um unfreiwillige Teilzeitbeschäftigung. Zum einen fehlen Vollzeitstellen, zum anderen begründen deutlich mehr Frauen (51 %) als Männer (26 %) ihre Teilzeittätigkeit mit persönlichen, familiären Verpflichtungen bzw. Pflege- und Betreuungsaufgaben (ebd., 269). Die bereits thematisierte geschlechtliche Arbeitsteilung in Beruf und Familie zeigt sich an diesem Beispiel. Es wird deutlich, dass die von den Frauen tatsächlich verrichteten Tätigkeiten nicht hinreichend wahrgenommen und nicht angemessen bewertet werden¹⁷. Zudem zeigt sich, dass die mit der Tätigkeit einhergehenden Belastungen ebenfalls nur verzerrt wahrgenommen werden. Damit ist das Kriterium, das Wesen der Tätigkeit zu erfassen, nicht erfüllt.

Ansatzpunkt des Hochschulgesundheitsmanagements sind hier eine partizipative Gefährdungsbeurteilung für Mitarbeiter*innen der Sekretariate und eine Neubewertung der Stellen, deren Voraussetzung eine der Realität entsprechende Tätigkeitsbeschreibung ist. Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung sollten konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen sein, die soziale Unterstützung sowie Arbeitsabläufe fördern etc. Dies können sein: regelmäßige Dekanatsbesprechungen zur Arbeitsorganisation, Teamentwicklungsworkshops oder gezielte Weiterbildungen.

7.2.2. BIBLIOTHEKEN

Die Beanspruchungen der Mitarbeiter*innen in Bibliotheken zeichnen sich neben ergonomischen und umgebungsbezogenen Belastungen (wie Hitze und trockener Luft) vor allem durch psychosoziale Belastungen aus. Diese unterscheiden sich nach Faller je nach Art der Tätigkeit und der hierarchischen Stellung. Vor allem Beschäftigte nachgeordneter Ebenen leiden unter einer stark segmentierten Arbeitsorganisation, die mit Monotonie und eingeschränkten Handlungs- und Entscheidungsspielräumen einhergeht und zu Motivationsdefiziten führen kann (Faller 2006, 40).

Die starren Hierarchien verhindern zudem den sozialen Aufstieg sowie eine offene Kommunikation. Die positive Einschätzung der eigenen Tätigkeit hängt eng mit der Position innerhalb der Entscheidungspyramide zusammen (ebd.).

Als Ansatzpunkte für die Verbesserung und gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitsbedingungen empfiehlt Faller (ebd., 41):

- ▶ Verbesserung der Transparenz über das Zustandekommen von Entscheidungen,
- ▶ Realisierung komplexer und vielfältiger Arbeitsaufgaben,

¹⁶ In der Geschlechterforschung ist dieses Phänomen bekannt. Frauenberufe sind oft Sackgassenberufe, in die keine Karriereleiter hineinreichen (Krüger 1995, 212).

¹⁷ Dies wirkt sich auf das Entgelt aus, womit später deutlich geringere Renten und ein erhöhtes Armutsrisiko von Frauen verbunden ist, was wiederum mit gesundheitlichen Risiken verbunden ist (BMFSFJ 2017).

- ▶ bedarfsgerechte Unterstützung der Fähigkeiten und Motivationen von Beschäftigten,
- ▶ Schaffung von Kommunikationsanforderungen bei der Arbeit,
- ▶ Förderung der Möglichkeiten zur angstfreien Problematisierung von Kritik und Schwierigkeiten,
- ▶ Förderung von Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten auch hinsichtlich der Gestaltung von Arbeits- und Organisationsbedingungen,
- ▶ Angemessene Gratifikations- und Anerkennungskultur.

Genderaspekte werden von Faller in diesem Kontext nicht thematisiert. Dabei handelt es sich hier ebenfalls um einen Tätigkeitsbereich, der überwiegend von Frauen (86 %) ausgeübt wird. Die mangelnde Gratifikation drückt sich ebenfalls – analog zu dem Beispiel in den Institutssekretariaten – in einer Unterbewertung der Tätigkeit aus (Krell et al. 2001; Kortendiek et al. 2019, 249).

7.2.3. GEBÄUDEREINIGUNG

An Hochschulen arbeiten nicht nur Wissenschaftler*innen oder Verwaltungskräfte, sondern auch z. B. Reinigungskräfte, wie in vielen anderen Organisationen und Betrieben auch. Für den Bereich der Gebäudereinigung liegen bereits Studien und Leitfäden im Bereich der Gefährdungsbeurteilung vor, die diese Thematik tatsächlich geschlechtertheoretisch fundiert bearbeiten (BMASK 2012), die als handlungsleitend für den Hochschulkontext herangezogen werden können. Der Tätigkeitsbereich Gebäudereinigung ist stark nach Geschlecht unterteilt: Typisch „männliche“ Reinigungstätigkeiten sind Fensterreinigung, Bodenreinigung mit selbstfahrenden Reinigungsmaschinen, Grundreinigung, Fassadenreinigung und Grobreinigung (z. B. Dachböden oder Keller). Dem gegenüber verrichten Frauen überwiegend Unterhaltsreinigung unter erheblichem Zeitdruck, z. B. Nachfüllen von Handtuch- und Seifenspendern, Entleeren von Abfallbehältern und Sanitärreinigung.

Typische Risiken bei „weiblichen“ Reinigungsarbeiten werden dabei jedoch oft übersehen oder zu Unrecht als zu vernachlässigen betrachtet. So haben weibliche Reinigungskräfte nur wenige Möglichkeiten, Arbeitsschutzentscheidungen im Betrieb zu beeinflussen und sind kaum an der Arbeitsschutzorganisation beteiligt (vgl. auch Fokuhl 2009). Der Arbeitsort ist für die Reinigungskräfte oft schwer erreichbar. Die Unterweisung erfolgt meist schriftlich und ist oft unverständlich. Nachfragen sind meist nicht möglich.

Typische Gesundheitsrisiken sind (Pieck & Schinkovits 2016, 199f.):

- ▶ Stürze, Ausrutschen auf nassen Flächen, Stolpern, gefährliche Substanzen, Stichverletzungen,
- ▶ Hauterkrankungen, Rückenschmerzen und andere Muskel-Skelett-Erkrankungen,
- ▶ Informationsmangel, Kommunikationsprobleme,

- ▶ Zeitdruck, Arbeitsschutz wird zurückgestellt,
- ▶ interkulturelle Konflikte zwischen Personal oder konfliktbehafteter Kontakt mit Kundinnen oder Kunden,
- ▶ isolierte Alleinarbeit verbunden mit Ängsten (z. B. als Frau allein unter Männern), Angst vor tätlichen Übergriffen,
- ▶ psychische Belastungen – Stress, Mobbing, Diskriminierungen, hohes Risiko für Gewalt am Arbeitsplatz (im Team, im Kundenkontakt, durch Vorgesetzte), Arbeiten unter demütigenden Umständen, Fremdbestimmtheit,
- ▶ fehlende Anerkennung und Wertschätzung (schlechtes Image des Berufes, wenig positive Rückmeldungen durch Kundinnen, Kunden, Vorgesetzte),
- ▶ geringe Abwechslung bei der Art der Tätigkeit, eintönige Arbeit,
- ▶ schlechte Qualifikation, kaum Möglichkeit Neues zu lernen,
- ▶ Einspringen ohne Schulung/Unterweisung.

„Außerhalb des Sicherheits- und Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz bestehen zusätzliche Belastungen und Benachteiligungen durch kaum abgesicherte Arbeitsverhältnisse, geringes Entgelt und oft unsicheren Rechtsstatus, Mehrfachbelastungen durch Kinder-, Altenbetreuung, Diskriminierung in der Gesellschaft, Rollenbilder, wenig Erholungsmöglichkeiten [...], schwierige Wege von/zur Arbeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Frauen, die in der Reinigungsbranche tätig sind, arbeiten privat meist dasselbe nochmal – unbezahlt, zusätzlich exponiert und mit dem Risiko, den Beruf bei eingeschränkter Gesundheit kaum weiter ausüben zu können.“ (BMASK 2012, 16)

Aus den berichteten Belastungen ist ersichtlich, dass neben den „klassischen“ Risikofaktoren auch die psychosozialen Belastungen von Bedeutung sind. Um blinde Flecken im eigenen Vorgehen zu vermeiden, ist entscheidend, dass die psychosozialen Belastungen systematisch berücksichtigt und die jeweiligen Beschäftigtengruppen eingebunden werden – und zwar bei der Organisation des Arbeitsschutzes, bei der Belastungsermittlung und der Maßnahmenentwicklung. Der Leitfaden für Reinigungskräfte (ebd.) enthält neben der systematischen Bestandsaufnahme zu Gender-Aspekten auch Tabellen und Informationen, die entlang der Gefährdungsbeurteilung aufgebaut sind und Belastungen bei Reinigungstätigkeiten umfangreich auflisten und Handlungsempfehlungen geben.

7.2.4. INTERVENTIONSANSÄTZE – BEISPIEL GENDER IM ARBEITSSCHUTZ ÖSTERREICH

Um Gender Mainstreaming umzusetzen, ist in der Regel zunächst ein Lernprozess bei den jeweiligen Akteur*innen und Verantwortlichen erforderlich, die die Genderperspektive in ihre alltägliche Arbeit integrieren und dabei Gleichstellungsziele verfolgen sollen. Wie dies gelingen

kann, zeigt im Folgenden ein Beispiel aus Österreich für den Bereich der Reinigung. Die Arbeitsschutzbehörden haben ihren Lernprozess und ihre Vorgehensweise in einen Leitfaden für die Praxis übersetzt. Neben der Frage, wie sich Gender in der Gefährdungsbeurteilung und Arbeitsgestaltung im Reinigungsbereich umsetzen lässt, gewähren die Autor*innen des oben zitierten Leitfadens auch Einblick in ihren eigenen Lernprozess. Sie beschreiben, wie sie sich Gender Mainstreaming im Rahmen eines eigenen Modellprojekts in ihrem Tätigkeitsbereich angeeignet haben. Grundlage hierfür waren eine entsprechende rechtliche Rahmung, die dezidierte Unterstützung durch die Leitung des Amtes sowie eine konsequente Qualifizierung der Mitarbeiter*innen des Amtes in Bezug auf die „neue“ Aufgabe Gender Mainstreaming bzw. Diversity.

Die Fachleute des Arbeitsinspektorats identifizierten für sich zunächst gender- und diversity-relevante Arbeitsschutzbereiche (Pieck & Schinkovits 2016, 199):

- ▶ Persönliche Schutzausrüstung (PSA): Arbeitskleidung (für Frauen und Männer passend, geeignet, nicht sexistisch)
- ▶ Gefährdungsbeurteilung: alle Belastungen (auch psychische, alle Arbeitsplätze, Arbeitsvorgänge usw., auch auswärtige Arbeitsstellen)
- ▶ Information, Unterweisung: zielgruppengerecht, verständlich – verstanden (auch Piktogramme, Videos usw.)
- ▶ manuelle Lastenhandhabung (Frauen, auch Männer, Junge, Ältere)
- ▶ psychische Fehlbelastungen (auch Konflikte am Arbeitsplatz, Gewaltvorfälle, Arbeitsorganisation, Arbeitszeit, Anerkennung, u. a.)
- ▶ Arbeitsstätten (Umkleieräume, Sanitäreinrichtungen)
- ▶ Adaptierung von Arbeitsplätzen und Arbeitsvorgängen bei Einschränkungen oder Behinderungen (anstelle von Beschäftigungsverboten)
- ▶ Wechselwirkungen von Risiken, Verstärkung der Belastungen
- ▶ Arbeitsorganisation: Beteiligung von Frauen und Männern, Einbindung der Interessenvertretungen und weiterer Funktionsträger*innen

Ziel der Arbeitsschutzbehörde war es, den vermeintlich genderneutralen Arbeitsschutzansatz hin zu einem gendergerechten Ansatz weiterzuentwickeln. Dies gelang den Aufsichtsbeamt*innen vor allem, indem sie die Erkenntnisse der Geschlechterforschung auf ihren eigenen Arbeitsbereich übertragen und in ein eigenes Frageinstrument zur Analyse des betrieblichen Arbeitsschutzes übersetzt haben. Dabei orientierten sie sich insbesondere an der Erkenntnis, dass Geschlecht eine soziale Kategorie ist, die Arbeitsteilung zwischen Frauen und Männern der zentrale Einflussfaktor auf die ungleiche Verteilung von Belastungen und Ressourcen darstellt und dass daraus die gesundheitlichen Unterschiede resultieren. Sie gehen zudem davon

aus, dass der bisher als „neutral“ fantasierte Arbeits- und Gesundheitsschutz als androzentrisch einzuschätzen ist. Den bisherigen Vorgehensweisen, Instrumenten etc. liegt ein Gender Bias (Kapitel 4.4.) zugrunde, den es zu vermeiden gilt. Als zentrales Mittel für eine gendergerechte Wahrnehmung ihrer Beratungs- und Aufsichtsfunktion hat es sich bewährt, „die richtigen Fragen“ zu stellen.

Die Fragen orientieren sich dabei an den Erkenntnissen der Geschlechterforschung und übersetzen sie für die betriebliche Praxis. Beispiele für solche Fragen sind:

- ▶ „Bestehen Gefahren und Belastungen überwiegend für Frauen oder für Männer, bestimmte Beschäftigtengruppen?
- ▶ Sind alle Risiken erfasst, werden manche Risiken unterschätzt?
- ▶ Sind Frauen und Männer, Arbeitnehmer/innen mit Migrationshintergrund, ältere/jüngere Beschäftigte, Beschäftigte mit Behinderungen repräsentativ beteiligt?“ (BMASK 2012, 18)

Im Dialog mit Akteur*innen in den jeweiligen Betrieben stellen die Inspektor*innen Fragen, die unweigerlich zu neuen Erkenntnissen bei den Akteur*innen führten und schrittweise zu einer gendergerechten Entwicklung des Arbeitsschutzes beitrugen.

Eine ähnliche Vorgehensweise hat sich auch in Schweden bewährt. Ein umfangreicher Fragenkatalog ist dazu veröffentlicht worden (The Swedish Work Environment Authority 2015). Eine Übersetzung findet sich in einem Beitrag von Pieck und Schinkovits (2016; siehe Anhang 1).

Die Integration von Gender in das Hochschulgesundheitsmanagement (HGM) steht noch weitgehend aus, so auch für die Statusgruppe Verwaltung und Technik.

Ein erster und zentraler Ansatzpunkt ist die konsequente Anwendung des Prinzips Partizipation, insbesondere in einer partizipativen und kontextspezifischen Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen psychosozialer Belastungen. Durch eine konsequente Umsetzung der Partizipation lassen sich Verzerrungen in der Wahrnehmung von Belastungen und Ressourcen am ehesten vermeiden.

- ▶ Die Belastungen von Frauen werden oft nicht erfasst, ebensowenig wie die mangelnden Ressourcen wie Handlungs- und Entscheidungsspielräume, Gratifikation und Entlohnung.
- ▶ Die tatsächlichen Tätigkeiten und Anforderungen werden oft nicht erfasst und somit nicht bewertet, weder finanziell noch in der Gefährdungsbeurteilung.
- ▶ Die einzelnen sehr heterogenen Beschäftigtengruppen werden oft nicht hinreichend differenziert in HGM erfasst. So können beispielsweise Konflikte in Dekanaten oder Teams nur vor Ort bearbeitet werden und nicht durch zentrale Angebote und Maßnahmen für alle Verwaltungskräfte.
- ▶ Psychosoziale Belastungen werden nicht hinreichend und in partizipativer Form in der Gefährdungsbeurteilung bearbeitet.

Das HGM setzt ein entsprechendes Engagement der Hochschulleitung voraus. Gesundheit bzw. die menschengerechte Gestaltung von Arbeit sind als Kriterien in die Entscheidungsprozesse der Leitung zu integrieren. Hierfür dürfte eine zeitlich angemessene Befassung mit der Thematik erforderlich sein, z. B. im Rahmen einer Qualifizierungsreihe sowie von Konzeptions- und Strategieworkshops zum HGM.

Der Unterbewertung der von Frauen geleisteten Arbeit muss auf Ebene der Hochschulleitung begegnet werden, die hier Vorgaben für die Neubewertung und Eingruppierungspraktiken der Personalabteilungen geben kann.

Angesichts der konstatierten Arbeitsverdichtung (auch für die anderen Statusgruppen), Formen der indirekten Steuerung, interessierter Selbstgefährdung und zunehmend widersprüchlicher Arbeitsanforderungen (vgl. 7.4.1.) gewinnt die Reflexion von Zielkonflikten auf der Ebene des Hochschulmanagements an Bedeutung und verlangt nach Aufgabenkritik und Aushandlung angemessener Personalstärken.

7.3. STUDIERENDE

Die Studierenden stellen die größte Statusgruppe an den Hochschulen und sind als Lernende und z. T. auch als Mitarbeiter*innen an der Hochschule tätig. Im Sommersemester 2016 liegt der Altersdurchschnitt der Studierenden bei 24,7 Jahren. Der Anteil der 20- bis 25-Jährigen macht dabei 58 % aller Studierenden aus (Middendorff et al. 2017). Somit sind besonders diese zwei Drittel in einer spezifischen Lebensphase, die eng verknüpft ist mit dem Übergang ins Erwachsenenalter und der Übernahme entsprechender Erwartungen und Rollenanforderungen – neben der Bewältigung der neuen fachlichen Anforderungen des Studiums (Faller 2006). Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass sich mit der Aufnahme des Studiums der gesundheitliche Zustand der Studierenden verschlechtert (Knoch 2001; Gusy et al. 2010). Aus bildungspolitischer und gesundheitlicher Sicht ist eine gelungene soziale und akademische Integration der Studierenden in das Hochschulsystem zentral. Durch sie können Studienabbrüche verringert werden (Berger & Braxton 1998; Bachert 2019, 27).

Aufgrund des relativ jungen Alters gehören Studierende in der Tendenz zu einer vergleichsweise gesunden Bevölkerungsgruppe (Robert Koch-Institut 2014; Gusy et al. 2016). Aufgrund ihrer überwiegenden Herkunft aus sozial besser gestellten Haushalten wäre zu erwarten, dass sie einen vergleichsweise besseren Gesundheitszustand aufweisen als gleichaltrige Erwachsene, die nicht studieren (Grützmaker et al. 2018).

Die Autor*innen (ebd., 21) kommen in der ersten repräsentativen Erhebung in Deutschland zur gesundheitlichen Lage der Studierenden jedoch zusammenfassend zu folgender Einschätzung:

- ▶ Studierende verfügen über eine schlechtere subjektive Gesundheit und ein schlechteres Gesundheitsverhalten als Gleichaltrige
- ▶ Besonders Studentinnen weisen häufiger psychische und physische Beschwerden auf
- ▶ Gesundheitsschädigendes Verhalten ist mit Ausnahme von Tabakkonsum bei Studierenden stärker ausgeprägt als im Altersdurchschnitt

- ▶ 11 % der Studierenden haben mindestens eine gesundheitliche Beeinträchtigung mit Auswirkungen auf das Studium (Middendorff et al. 2017, 12)

Insbesondere der Übergang ins Studium scheint gesundheitlich relevant zu sein. Die psychische Gesundheit der Studierenden verschlechtert sich in den ersten ein bis zwei Jahren (Knoch 2001, 18; Stock & Krämer 2001, 56). Zu den Herausforderungen der Lebensphase Studium, die für die Gesundheit und Entwicklung der Studierenden relevant sind, zählen:

- ▶ Bewältigung der Loslösung vom Elternhaus und Identitätsbildung
- ▶ Orientierung im tertiären Bildungssektor (durch Knüpfen neuer sozialer Kontakte)
- ▶ finanzielle Aspekte, Mehrfachbelastungen, Vereinbarkeit Studium, Privatleben, Familie, Beruf/Erwerbstätigkeit (Grützmaker et al. 2018; Bachert 2019, 27)
- ▶ Mit der spezifischen Lebens- und Entwicklungsphase Studium gehen zudem spezifische verhaltensbezogene Risiken einher, die entsprechend in den Konzepten zur gesunden Hochschule aufgegriffen werden sollten, wie sexuelles Verhalten und Infektionsrisiken (Dooris 2001; Meier et al. 2007)

Daraus ergeben sich nach Bachert (2019, 28) zahlreiche Handlungsfelder für die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lern-, Arbeits- und Lebensbedingungen für Studierende:

- ▶ Campusgestaltung und soziales Umfeld
- ▶ Arbeits- und Lernumfeld (z. B. Zugang zur Pflichtveranstaltungen)
- ▶ Dienstleistungen (Hochschulsport)
- ▶ verhaltensbezogene Maßnahmen Public Health – Bewegungsförderung, Stressbewältigung, Ernährungs- und Gesundheitskompetenzbildung, Suchtmittelprävention, Sexualaufklärung und Präsentismusvermeidung
- ▶ Lernberatung, Erwerb von Schlüsselqualifikationen
- ▶ Qualitätsaspekte des Studiengangs – Betreuungssituation, Ausstattungsmerkmale, Organisation und Qualität der Lehre, Verbesserung der Studien- und Prüfungsorganisation

7.3.1. DUAL STUDIERENDE

Im Jahr 2016 sind laut Hofmann und König (2017) mehr als 100.000 Studierende in einem dualen Bachelor-Studiengang eingeschrieben. Der Anteil an Studentinnen liegt bei 42,7 % (Hesser & Langfeldt 2017) und unterscheidet sich damit nur marginal von den Zahlen der klassischen Studierenden, bei denen ihr Anteil 2018 bei 45,6 % liegt (VuMA 2018). Eine Mehrheit der Studierenden von 66,9 % sieht in der Vergütung während des Studiums eines der Hauptkriterien, weshalb sie sich für ein duales Studium entschieden haben (Hesser & Langfeldt 2017).

Zu der Höhe und Verteilung der Vergütung bzw. Einkommenssituation der dual Studierenden liegen keine Studien vor, weshalb hier nur auf eine Auswertung eines Studienportals zurückgegriffen werden kann. Laut einer Gehaltsstudie des Internetportals „duales-studium.de“ von 2015 können nur 60,2 % der 3.367 befragten dualen Studierenden von ihrem Gehalt leben. Weitere 37,5 % sind auf finanzielle Unterstützung der Eltern oder Verwandten angewiesen. Neben ihrer Arbeit im Praxisbetrieb gehen weitere 8,1 % der Befragten einem Nebenjob nach, um sich zu finanzieren. BAföG oder Studienkredite nehmen nur 3,4 % in Anspruch.

Bei der Gehaltshöhe spielen in erster Linie die Unternehmensgröße und die Branche eine entscheidende Rolle. Die Gehaltsverteilung in den dualen Studiengängen ist sehr heterogen. So verdienen einige duale Studierende 400 € (inkl. Studiengebühren) pro Monat und weniger, während andere ein Gehalt von bis zu 2000 € angeben. Im Schnitt wird ein Bruttoverdienst von 1.117 € (inkl. Studiengebühren) pro Monat angegeben ([duales-Studium.de](http://duales-studium.de) 2015). Zu einem möglichen *Gender Pay Gap* finden sich in der Auswertung keine Aussagen.

Im Rahmen einer Studie von Hesser und Langfeldt (2017) bewerten 71,2 % der Befragten ihre Vergütung als „angemessen“ oder sogar „sehr angemessen“. Dabei fällt die Einschätzung bei dualen Studiengängen, die ausbildungsintegrierend gestaltet sind, positiver aus, als bei jenen mit einer praxisintegrierenden Ausgestaltung.

Duale Studiengänge, hier am Beispiel der DHBW, gelten als Intensivstudiengänge, bei denen Praxis- und Theoriesequenzen alternieren und mit einem höheren Workload zusammenhängen (Deuer & Wild 2018; Hungerland & Weik 2019 zu Substanzkonsum u. a. als Copingstrategie). 61,5 % der befragten Studierenden bestätigen einen häufig großen Zeitdruck mit einem Anstieg während des Studiums (Deuer 2017). Aus diesem Grund spielt das Thema der Work-Life-Balance in den Lebenswelten eine wichtige Rolle. Deuer und Wild (2018) konnten einem Großteil der untersuchten dual Studierenden grundsätzlich eine ausgeglichene Work-Life-Balance attestieren. Schlechtere Werte in Bezug auf die Work-Life-Balance sind besonders für Studierende mit einem erhöhten Stressempfinden oder einer Gratifikationskrise charakteristisch. Auch Studierende, die zu einem späteren Zeitpunkt ihr Studium abgebrochen haben, weisen eine schlechtere Work-Life-Balance vor.

Dieser kurze Einblick in das Thema duales Studium macht bereits deutlich, dass in Bezug auf dual Studierende und deren Gesundheit weitere Forschung notwendig ist. Bisher liegen in diesem Bereich weder geschlechterdifferenzierte Daten noch geschlechtertheoretisch fundierte Studien vor.

7.3.2. STUDENTISCHES GESUNDHEITSMANAGEMENT

Die Gesundheit der Studierenden sowie die im vorangegangenen Abschnitt diskutierten Herausforderungen werden seit einiger Zeit im Rahmen des studentischen Gesundheitsmanagements (SGM) adressiert. Das Gesundheitsmanagement der Hochschulen fokussierte sich zu Beginn auf das Gesundheitsmanagement für den Verwaltungsbereich und orientierte sich dabei im Wesentlichen an den Konzepten des betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie an der betrieblichen Gesundheitsförderung. Wie die Daten oben zeigen, waren dabei Angebote für das wissenschaftliche Personal unterrepräsentiert und Studierende wurden nicht einbezo-

gen. In den vergangenen Jahren hat sich das studentische Gesundheitsmanagement als Ansatz entwickelt, um diese Zielgruppe anzusprechen und deren gesundheitlichen Bedingungen zu verbessern.

Als studentisches Gesundheitsmanagement (SGM) – analog zum betrieblichen Gesundheitsmanagement – kann die systematische und zielorientierte Steuerung aller gesundheitsbezogenen Prozesse im Zusammenhang mit Studierenden an der Hochschule gelten (Techniker Krankenkasse 2019, 11). Dies schließt bedarfsgerechte Maßnahmen, Projekte und Prozesse der Organisationsentwicklung ein, die die Studierendengesundheit und den Studienerfolg fördern können. Das SGM zielt darauf ab, die körperlichen, psychischen und sozialen Belange sowie das individuelle Wohlbefinden der Studierenden zu erhalten und zu fördern (ebd.). Dem entsprechend ist es mit Gestaltungs- bzw. Mitsprachemöglichkeiten und finanziellen Ressourcen auszustatten (ebd. 10).

Das SGM leistet in mehrfacher Weise einen Beitrag zur gesundheitsfördernden Hochschule, indem es insbesondere eine Integration des Themas Gesundheit in die Kernprozesse der Hochschule – Forschung und Lehre – anstrebt. Dies geschieht zum einen durch die Etablierung und Stärkung nicht-medizinischer Gesundheitsstudiengänge und Forschung sowie durch die Integration gesundheitsbezogenen Wissens in die Lehre allgemein. Im Rahmen studentischer Projekte und gesundheitsbezogener Lehrangebote (Anerkennung von ECTS-Punkten) eignen sich Studierende entsprechendes Wissen und Kompetenzen an und beteiligen sich an der gesundheitsfördernden Gestaltung der Hochschule.

Aus bildungspolitischer Perspektive kann SGM nicht nur einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit leisten, sondern auch zur allgemeinen Chancengleichheit (Bachert 2019, 27), indem es gleiche Chancen auf einen erfolgreichen Studienabschluss fördert.

Die Sichtung von Veröffentlichungen und Praxisbeispielen zu gesundheitsfördernden Angeboten des studentischen Gesundheitsmanagements zeigt, dass hier vor allem Angebote zur Kompetenzentwicklung, allgemeiner Gesundheitsförderung (Gesundheitsverhalten) sowie Beratungsangebote dominieren (Gusy et al. 2015). Die Verhältnisorientierung fokussiert überwiegend auf die institutionelle Absicherung von Unterstützungsangeboten und Dienstleistungen für Studierende (wie psychosoziale Beratungsstellen, Angebote des Hochschulsports). Einzelne Projekte zielen auf die Gestaltung des Campus und dessen Infrastruktur (Arbeitsplätze, Ruheräume, Ernährungsangebot in der Mensa). Unter Genderaspekten lassen sich hier z. B. Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Studium und Familie nennen, etwa durch Bereitstellung von Betreuungsangeboten und organisatorische Unterstützung, wie Vorbelegrechte für Kurse für Studierende mit Kind.

Bisher werden bereits an Hochschulen Daten zur gesundheitlichen Lage und Lebenssituation von Studierenden erhoben. Im Sinne der Entwicklung des Settings und der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Determinanten von Gesundheit reicht eine Analyse des Stresserlebens bei Studierenden jedoch nicht aus (Gusy et al. 2015). Analog zur Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb gilt es auch hier, die Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Studierenden zu untersuchen und entsprechende Wirkmodelle zu nutzen bzw. zu entwickeln. Im Unterschied etwa zu arbeitswissenschaftlichen Modellen, die für die betriebliche Gesundheitsförderung bzw. den Arbeits- und Gesundheitsschutz genutzt werden, ist für Studierende zu berücksichtigen, dass es sich auch um eine altersspezifische Entwicklungsphase mit entsprechenden

Anforderungen handelt (ebd.). Bisher gibt es wenig (vergleichbare) und kontextbezogene Daten, die die entsprechenden Konstellationen von Belastungen und Ressourcen der Studierenden untersuchen. Gusy nennt hierfür beispielhaft die quantitativen Studienanforderungen wie Zeitaufwand, Anzahl an und Verteilung von Prüfungsleistungen oder Handlungs- und Entscheidungsspielräume im Studium als zentrale Determinanten von Burnout. Verhältnisbezogene Maßnahmen zum Belastungsabbau wären Reduktion des Zeitaufwands, Entlastung von Prüfungen, Entzerrung von Prüfungszeiträumen¹⁸ (ebd., 252). In der Analyse der Studienbedingungen ist der Hochschulkontext nicht hinreichend abgebildet. Zudem fehlt eine differenzierte Erhebung der Anforderungen und Ressourcen (ebd., 254). Um Maßnahmen zur Reduktion des Zeitaufwands überhaupt entwickeln und umsetzen zu können, ist eine Analyse des jeweils relevanten Systems erforderlich. So wäre eine Auswertung und vertiefende Analyse nach Studiengängen notwendig. Die Verteilung von Prüfungsleistungen und der erforderliche Zeitaufwand werden maßgeblich über die curricularen Vorgaben und akkreditierten Studienpläne strukturiert sowie durch die jeweils Lehrenden.

Um die Studierendengesundheit zu fördern, ist nach Gusy et al. (2015) also eine entsprechende Datengrundlage erforderlich, die auf Wirkungsmodellen für die Gesundheitsdeterminanten im Studium basieren. Sie sollten Aussagen über den Wirkungszusammenhang zwischen Studiensituation und subjektiver Gesundheit bzw. Gesundheitsverhalten ermöglichen. Um die Daten auch für Interventionen an und durch die Hochschule bzw. des Gesundheitsmanagements nutzen zu können, müssen die konkreten Belastungen und Ressourcen, statt nur z. B. das Stresserleben, erfasst werden. Zudem erfordert eine Gestaltung der (Arbeits-) und Lernbedingungen eine kontextspezifische Erhebung und Auswertung. Gleichzeitig werden Referenzwerte benötigt, um die vor Ort vorgefundenen Belastungs- und Gesundheitswerte einschätzen zu können. Die University Health Reports unter der Leitung von Gusy leisten hierfür als Benchmark Pionierarbeit im deutschsprachigen Raum.

Zur Entwicklung von Wirkungsmodellen für die Gesundheit von Studierenden liegen bereits einige Ansätze vor, etwa auf der Basis des Job Demand Control Modells (Karasek 1979) und des Job Demand-Ressources Modells (Bakker & Demerouti 2007) für die Gesundheitsindikatoren Burnout und Engagement (Gusy et al. 2016).

Bei der Durchsicht von Studien zur Gesundheit von Studierenden fällt auf, dass zwar nach Geschlecht differenzierte Auswertungen vorliegen, jedoch nur wenige Studien Gesundheitsunterschiede bzw. unterschiedliche Risiken für männliche und weibliche Studierende auf einer geschlechtertheoretisch fundierten Basis untersuchen.

Zu diesen zählt die Studie von Knoch (2001). Sie untersucht systematisch, ob und wie sich die Belastungen und Ressourcen für Frauen und Männer unterschiedlich verteilen und welchen

¹⁸ Bisher gibt es wenig Forschung, die sich mit dem Zusammenhang von Lehre und Didaktik an Hochschulen, deren Rahmenbedingungen (Lehrkapazität, Arbeitsverdichtung etc.) und der Gesundheit von Lehrenden und Studierenden befasst. Das arbeitswissenschaftliche Kriterium der Lernförderlichkeit (Joiko, Schmauder & Wolff 2010) von Arbeitsbedingungen scheint nicht ohne Weiteres auf das Studieren übertragbar zu sein. Schließlich ist Lernen die zentrale Anforderung an die Studierenden und scheint gleichzeitig nicht zwingend gesundheitsförderlich gestaltet zu sein. Die didaktische und lerntheoretische Perspektive in der Gesundheitsforschung zu Studierenden (und Lehrenden) ist bisher unterrepräsentiert.

Anteil dies an den beobachtbaren Unterschieden in den Gesundheitsindikatoren zwischen männlichen und weiblichen Studierenden hat. Interessant ist ihr Ansatz, Geschlecht nicht als eine konstante/homogene Variable und Eigenschaft von Personen zu konzipieren, sondern als eine Kontextvariable, etwa als Über- oder Unterrepräsentanz von Frauen in einem Studienfach. Dabei folgt sie den theoretischen Überlegungen von Kanter (1977) und deren Konzept von *tokenism*. Als Frau in einem männerdominierten Fach zu studieren, bedeutet demnach, dass Frauen anderen Belastungen ausgesetzt sind als Männer, etwa durch die besondere Sichtbarkeit und ständige Beobachtung oder Prozesse der Absonderung. Geschlecht wird so nicht als Eigenschaft der Frauen und Männer konzipiert, sondern als kulturelle Ausprägung eines Teilsystems, in dem nach Frauen und Männern unterschieden wird und unterschiedliche Erwartungen und Bewertungen an die Geschlechter gestellt werden bzw. unterschiedliche Verhaltensweisen gezeigt werden¹⁹. Damit verfolgt Knoch den Ansatz, zu prüfen, ob sich die Belastungs- und Ressourcenkonstellationen von Frauen und Männern im Studium unterscheiden und sich daraus Unterschiede in der Gesundheit erklären lassen. Die Studie bestätigt, dass die Gesundheit von Studierenden maßgeblich durch die fachspezifischen Belastungen geprägt ist – für Frauen und Männer.

Im Unterschied zu der viel diskutierten Vermutung, Frauen seien lediglich klagsamer als Männer, kommt Knoch zu dem Schluss, dass die schlechteren Gesundheitswerte bei Frauen nicht darauf zurückzuführen sind. Zu Beginn des Studiums tauchen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf, Verzerrungen aufgrund sozialer Erwünschtheit seien durch das anonyme Erhebungsverfahren als eher gering einzuschätzen. Darüber hinaus kommen Studien, die die These der Klagsamkeit explizit untersuchten, zu dem Befund, dass dies nicht bestätigt werden kann. Knoch führt die Unterschiede in den gesundheitsbezogenen Befunden auf tatsächlich unterschiedliche Belastungen (und Ressourcen) zurück (Knoch 2001). Die Gesamtbelastung der Studierenden ist für Frauen fächerübergreifend höher als für Männer.

Ebenfalls wegweisend ist die Untersuchung von kollektiven Aspekten, wie z. B. der sozialen Unterstützung im Studienfach als Kontextmerkmal – im Gegensatz zu Indikatoren, die lediglich die Individualebene untersuchen. So werden Ressourcen als organisationale Ressourcen konzipiert, statt diese nur auf der Ebene individueller Kompetenzen, Wahrnehmungen, Bewertungen zu verorten. Knoch kann zeigen, dass die kollektiv wahrgenommene soziale Unterstützung im Fach die Gesamtbelastung der Individuen senkt (ebd.).

¹⁹ Aus der Geschlechterforschung sind eine Reihe dieser Gendering-Prozesse untersucht worden, etwa boundary work, sexuelle Belästigung als Mittel der Ausgrenzung, diskriminierendes Verhalten etc. Es liegt auf der Hand, dass sexuelle Belästigung der Gesundheit abträglich ist und mit diskriminierendem und abwertendem Verhalten Entmutigungen und Kränkungen einhergehen. Ebenso geklärt ist die Frage, ob es Männern in Frauen dominierten Berufen genauso ergeht. Sie sind zwar auch Stereotypisierungen ausgesetzt, die jedoch inhaltlich anders strukturiert sind und eher dafür sorgen, dass Männer aufsteigen.

Die Kontextvariable Geschlechterrepräsentation, die Geschlecht als Anteil von Frauen an den Studierenden operationalisiert, leistet nach Knoch jedoch keinen Beitrag zur Erklärung der höheren Gesamtbelastung von Frauen.²⁰ Vielversprechend wäre es, Ansätze aufzugreifen, die Geschlecht als *Geschlechterkultur* konzipieren. Trotz eines hohen Anteils von Frauen bei den Studierenden kann die vorherrschende Kultur dennoch an männlichen Normen und Lebenszusammenhängen orientiert sein. Dies diskutiert auch Knoch und weist darauf hin, dass Universitäten nach wie vor androzentrisch geprägt sind. So haben beispielsweise auch in Bereichen, in denen überwiegend Frauen studieren, überproportional viele Männer Professuren inne. Hochschulen weisen damit eine asymmetrische Geschlechterkultur (Müller 1999) auf. Diese zeichnet sich durch eine positionale und quantitative Dominanz von Männern aus. Die informellen Strukturen der Kontakte, der Wissensvermittlung, der Verhaltenssteuerung sind durch gleichgeschlechtlichen Umgang – unter Männern – geprägt. Damit verbunden ist oft eine subtile oder offene Abwertung von Frauen. Für Studentinnen bedeutet ein sehr geringer Professorinnenanteil, „dass männliche Studierende von gleichgeschlechtlichen statushohen Personen in ihr Wissensgebiet eingeführt und in ihrer wissenschaftlichen Entwicklung begleitet werden; während weibliche Studierende hierzu noch immer kaum Gelegenheit haben“ (ebd.). Dies blockiert zentrale Identifikationsprozesse für Studentinnen. Eine androzentrische/asymmetrische Geschlechterkultur verhindert gleiche Entfaltungsspielräume für Frauen und Männer (Metz-Göckel 1997). Die Überrepräsentanz von Männern unter den Professor*innen und damit verbundene Prozesse der homosozialen Kooptation²¹ tragen dazu bei, dass Studentinnen seltener Zugang zu einem engeren Kreis der Professor*innen haben und seltener als studentische Mitarbeiterinnen eingestellt werden (Sonntag 2009, 12). Zu einer Frauen benachteiligenden Kultur zählen selbstverständlich Formen der Belästigung, insbesondere sexueller Belästigung, von der Frauen deutlich häufiger betroffen sind. Die Bearbeitung von Diskriminierungen durch Abwertungen und mittelbare Diskriminierung ist durch die Unsichtbarkeit des Phänomens erschwert. So werden Formen der mittelbaren Diskriminierung nicht wahrgenommen und alltägliche Abwertungen sind selbstverständlich und normalisiert, sodass sie als solche oft nicht wahrgenommen werden (Kron et al. 2019).

An anderer Stelle wurde bereits darauf hingewiesen, dass zu einem erfolgreichen und gesunden Studium auch die Ausbildung eines entsprechenden beruflichen Habitus gehört. Bei gegebener Geschlechterkultur und Unterrepräsentanz von Frauen unter den Professor*innen wird deutlich, dass hier für Frauen schlechtere Ausgangsbedingungen bestehen. Auf der Grundlage Bourdieus Habituskonzept (1997) lässt sich verstehen, wie es durch eine Verschmelzung des beruflichen Habitus mit dem männlichen Habitus zu Ausschlussmechanismen gegenüber Frauen kommt (im Überblick Hofbauer 2006, 36ff.; Kortendiek et al. 2019, 340). Damit sind Studentinnen in einem *Double Bind* gefangen. An sie werden Weiblichkeits-erwartungen gestellt, die im Widerspruch zum beruflich-männlichen Habitus stehen. Becker-Schmidt (2008) hat dies als doppelte Vergesellschaftung von Frauen herausgearbeitet. Neben den widersprüchlichen Erwartungen der *Geschlechterrollen* antizipieren Frauen zudem den

²⁰ Dies entspricht auch dem Stand der Geschlechterforschung, die bereits aufgezeigt hat, dass Kan-ters These, dass bei Erreichen einer kritischen Masse geschlechtsbezogene Diskriminierungen verschwinden würden, nicht zutrifft.

²¹ Die Rekrutierung, Aufnahme, Beförderung etc. von Personen in Gruppen nach dem Prinzip der (sozialen) Ähnlichkeit, insbesondere Geschlecht, Rasse, Herkunft.

Strukturkonflikt zwischen Erwerbs- und Fürsorgearbeit in der Familie, den zu lösen oder auszuhalten nach wie vor ihnen zugedacht ist. Es ist zu vermuten, dass Studentinnen die Ressource „Qualifikationspotenzial“ (Gusy et al. 2016²²) nicht gleichermaßen für sich verbuchen können. Zudem folgt die Vergesellschaftung von Männern und die Ausbildung einer männlichen Identität anderen Regeln als die weibliche. Die männliche Identität ist vor allem geprägt durch Wettbewerb und Hierarchisierung sowie durch Abgrenzung vom Weiblichen (vgl. zur Übersicht Meuser 2006). Hieraus resultieren für Frauen andere Bewertungsmaßstäbe als für Männer und eine bessere und stimmige Passung für Männer in konkurrenzorientierten Systemen sowie eine widersprüchliche Anforderung an Frauen und eine schlechtere Passung. Frauen, so Knoch, sind aufgrund der Geschlechtsrolle weniger für Konkurrenzsituationen an Hochschulen gerüstet (Knoch 2001, 121). Dies ist jedoch nicht durch einseitige Kompetenztrainings bei den Studentinnen zu lösen, sondern durch Bearbeitung der Kultur und die in ihr geltenden Regeln und Maßstäbe, denn trotz gleichen Verhaltens blieben die widersprüchlichen Anforderungen – und die ungleiche Behandlung – bestehen.

Die Geschlechterkultur der Hochschule ist eingebettet in das, was mit Foucault oder Bourdieu als symbolische Ordnung bezeichnet werden kann. Mit ihr verknüpft sind Formen der symbolischen Gewalt, die zur Stabilisierung von Herrschaft beitragen, in unserem Fall dem Geschlechterverhältnis. Eine gendergerechte gesundheitsfördernde Hochschule muss sich demnach mit den in ihr vorherrschenden Normalitätsvorstellungen und ihrem jeweiligen Selbstverständnis befassen, was es heißt als Wissenschaftler*in zu arbeiten (Faller 2006).

„Die Hochschule kann und muss als Institution des gesellschaftlichen Wandels [...] im Rahmen ihrer Vorbildfunktion Anstöße für ein gesundheitsförderliches Setting für beide Geschlechter geben. Derzeit scheint die Universität als Entwicklungsrahmen eher männlichen Studierenden Gesundheit und Wohlbefinden zu ermöglichen als weiblichen Studierenden [...] stossen auf Strukturen, die von ihrer Tradition her den Bedürfnissen frauentypischer Lebensentwürfe kaum Platz einräumen.“ (Knoch 2001, 125)

7.3.3. INTERVENTIONSANSÄTZE

Auch im Bereich der Gesundheitsförderung für Studierende wurden früh die Instrumente der Gesundheitsförderung wie der Gesundheitszirkel (Meier 2007) und Arbeitssituationsanalysen (Dann & Steinke 2007) erprobt und im Setting Hochschule angewandt. Hieran lässt sich anknüpfen. Die beteiligungsorientierten Verfahren erwiesen sich auch an Hochschulen als geeignet, Perspektivwechsel zu fördern, ermittelte Belastungsschwerpunkte und Maßnahmen in Folgeprozessen zu konkretisieren. Eine zeitnahe Umsetzung von Maßnahmen sowie Beteiligung der Betroffenen und eine Verankerung im Gesundheitsmanagement waren dabei zielführend (ebd.).

Sollen verhältnisbezogene Maßnahmen wie z. B. Reduktion des Zeitaufwands entwickelt werden, werden Grenzen des Trends, die Statusgruppen in getrennten Managementverfahren zu

²² Gusy et al. (2016) haben in ihrer Studie die Entwicklung von Burnout bei Studierenden untersucht und dabei auf die Ressource des Qualifikationspotenziales aufmerksam gemacht. Dies beinhaltet u. a. Aspekte nach der beruflichen Verwertbarkeit des Studiums und der Studieninhalte wie nach Zukunftsperspektiven im Beruf. Eine Auswertung nach Geschlecht ist leider nicht erfolgt.

bearbeiten (wie z. B. SGM, BGM) deutlich: Die Belastungsseite der Studierenden hängt maßgeblich an den Belastungen der Lehrenden und den dort verfügbaren Ressourcen. Im Sinne einer Integration von Gesundheit in die handlungsleitenden Kriterien und Kernprozesse einer Hochschule wäre ein Ansatz vielversprechend, der Gesundheit in die Studiengangsentwicklung, Qualitätssicherung und Akkreditierung integriert.

Für die Gestaltung der Studienbedingungen empfiehlt Faller (2017b) zusammenfassend:

- ▶ Adäquater Betreuungsschlüssel, persönliche Beziehung zwischen Lehrenden und Studierenden, individuelle Lernprozesse fördern
- ▶ Kommunikative und sozialverträgliche Lernkultur
- ▶ Sinnhafte Gestaltung und berufsorientierte Ausrichtung von Curricula und ihrer didaktischen Aufbereitung
- ▶ Dialogorientierter Umgang mit Leistungsanforderungen und eine Lehrgestaltung, die die Rückmeldungen von Studierenden aufgreift und einbezieht
- ▶ Unterstützung von Studierenden in prekären und belasteten Lebenslagen
- ▶ Einplanung und Gewährung von Freiräumen zur Entfaltung und Entwicklung eigener fachlicher Interessen
- ▶ Architektonische Gestaltung von Hochschulgebäuden, z. B. die Schaffung von Rückzugsmöglichkeiten, eine stress- und lärm-dämmende Raumgestaltung (ebd., 396)

Aus einer Genderperspektive sind die Verknüpfung von Geschlechter- und Wissenschaftskultur sowie Unterrepräsentanz von Frauen unter den Professor*innen bzw. dem Lehrpersonal zu bearbeiten. Die nach wie vor bestehenden unterschiedlichen Lebenslagen von Frauen und Männern sowie die daran geknüpften Interessen und Bedürfnisse sollten in Forschung und Lehre ebenfalls reflektiert werden.

7.4. WISSENSCHAFTLICHES PERSONAL²³

Bei wissenschaftlichem und künstlerischem Personal an Hochschulen handelt es sich um eine heterogene Zielgruppe, die sich nach Vertragsart und -dauer, Qualifikationsphase, Aufgabenspektrum und Finanzierung unterscheidet (Lesener & Gusy 2017). Damit sind für die jeweiligen Gruppen unterschiedliche Belastungen und Ressourcen verknüpft. Um dem Ansatz einer gesundheitsfördernden Hochschule oder den gesetzlichen Ansprüchen an die menschengerechte Gestaltung von Arbeit nachkommen zu können, ist es auch hier erforderlich, die konkreten Arbeitsbedingungen und Ursachen für arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu ermitteln.

²³ Insgesamt liegen wenig Daten vor, die Belastungen und Ressourcen getrennt nach Hochschullehrer*innen und Mittelbau unterscheiden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass Befristungen und hohe Lehrbelastungen insbesondere den Mittelbau belasten.

Zu den Aufgaben des wissenschaftlichen Personals an Hochschulen zählen neben der Forschung und Lehre auch die akademische Selbstverwaltung und das Erbringen von Dienstleistungen in der Beratung oder Erstellung von Gutachten und Expertisen (Faller 2017b, 397).

Mit der wissenschaftlichen Arbeit sind eine Reihe von Gesundheitsressourcen verbunden, wie eine hohe Sinnhaftigkeit der Tätigkeit, persönliche Identifikation, umfassende Handlungs- und Entscheidungsspielräume sowie ein exponierter gesellschaftlicher Status (ebd.).

Mit der hohen Komplexität der Aufgaben und den fachlichen Anforderungen gehen jedoch auch Belastungen einher, insbesondere bei hoher Arbeitsdichte und limitierten zeitlichen Ressourcen (Heise & Zaepernick-Rothe 2012; Krücken et al. 2012). Die Daten liegen leider nicht nach Professor*innen und wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen differenziert vor. Jedoch weisen Hochschullehrer*innen eine höhere Zufriedenheit mit ihrer Lehrtätigkeit auf als wissenschaftliche Mitarbeiter*innen (Heise & Zaepernick-Rothe 2012, 125). Wissenschaftliche Mitarbeiter*innen sind häufiger durch Beschäftigungsunsicherheit belastet (ebd., 118).

Insgesamt zeichnet sich die Situation des wissenschaftlichen Personals durch eine Intensivierung der Arbeitsbelastungen aus, die u. a. durch gestiegene Betreuungsintensität der Bachelor- und Masterstudiengänge und den Anstieg der Studierendenzahlen bedingt ist, der jedoch keine entsprechende Stellenentwicklung der Lehrenden gegenübersteht (Faller 2017b, 397).

Drei Viertel der wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen sind in befristeten Verträgen beschäftigt, und viele arbeiten auf Teilzeitstellen, wobei die tatsächliche Arbeitslast oftmals nicht mit der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit übereinstimmt (ebd.).

Zentrale Belastungsfaktoren des künstlerischen und wissenschaftlichen Personals des Mittelbaus sind nach Lesener und Gusy (2017):

- ▶ Zeitliche Befristung des Arbeitsverhältnisses und die daraus resultierende berufliche Unsicherheit,
- ▶ zeitliche Anforderungen, die mit Mehrarbeit kompensiert werden sowie
- ▶ Vereinbarkeit von Familien-/Privatleben und Beruf.
- ▶ Zentrale gesundheitliche Ressourcen dieser Beschäftigtengruppe liegen in
- ▶ den Gestaltungsspielräumen wissenschaftlicher Arbeit,
- ▶ sozialen Faktoren wie Unterstützung durch Kolleg*innen und Vorgesetzte sowie
- ▶ in den konkreten Arbeitsaufgaben und -inhalten.

Die Beschäftigten schreiben sich eine hohe Arbeitszufriedenheit sowie subjektive Gesundheit zu und weisen sehr wenige Arbeitsunfähigkeitstage und Arbeitsunfähigkeitsfälle auf. Krankheitsbedingte Fehlzeiten ergeben sich vor allem aufgrund von Atemwegs- und Muskel-Skelettkrankungen sowie psychischen Störungen. 55 % der Beschäftigten führen ihre gesundheitlichen Beschwerden dabei direkt auf Belastungen ihrer Arbeit zurück (ebd.).

Den Anforderungen wird mit zum Teil gesundheitlich riskanten Bewältigungsstrategien begegnet, die auch im Kontext der indirekten Steuerung beobachtet werden. Sie lassen sich dem Phänomen der interessierten Selbstgefährdung zuordnen (Krause & Dorsemagen 2017). Die Strategien umfassen die Ausweitung der Arbeitszeit, den Verzicht auf Urlaubsansprüche sowie die Beschneidung privater Belange. In ihnen drückt sich die Tendenz des wissenschaftlichen Personals zur Selbstausschöpfung aus (Faller 2006, 44; 2017, 397).

7.4.1. WIDERSPRÜCHLICHE ANFORDERUNGEN

Insbesondere die widersprüchliche Strukturierung von Arbeitsanforderungen (Moldaschl 2017) scheint die Belastungssituation des wissenschaftlichen Personals zu kennzeichnen, aus der „insbesondere Zeitnot, Entscheidungsdruck und Rollenkonflikte“ (Faller 2006, 44) resultieren. Die Anforderungen sind gekennzeichnet durch einen zunehmenden „Umfang an administrativen Aufgaben, steigende Studierendenzahlen, eine dynamisierte Wissensentwicklung, Publikations- und Profilierungsstress, die Akquisition von Finanzmitteln und gestiegene Erwartungen an die Lehrmethodik“ (Abouserie 1996; Kremer-Hayon 1996; Kuhlmann 1996; Schnabel 2001, 55; Winefield & Jarrett 2001). Die Lehre scheint ebenfalls zunehmend durch widersprüchliche Arbeitsanforderungen gekennzeichnet zu sein. Nach Faller (2006, 47) weisen Lehrende spezifische Stressbelastungen auf. Hierbei stehen die zeitlichen und individuellen Optionen zur Realisierung in einem Missverhältnis zu den von außen gestellten Qualitätserwartungen und den eigenen Ansprüchen (Huber & Portele 1983, 207; Winteler 2002, 86). Die Belastungswahrnehmung unter Dozent*innen wird dabei maßgeblich von dem bereits erwähnten sich verändernden Betreuungszahlen und Aufwänden für die Betreuung der Studierenden intensiviert (Faller 2006, 47). Der so erzeugte Leistungsdruck steht in Konflikt mit dem geringen Stellenwert, den Lehre in Hochschulen einnimmt und den sie für den Karriereerfolg von wissenschaftlichem Personal hat. Bei den Lehrenden treten entsprechend Versagensängste auf. Auf Basis dieses Konfliktes zwischen Anspruch und Realität und den damit verbundenen Erwartungen, die nicht erfüllt werden, weisen Hochschullehrende und Hochschuldidaktiker*innen Burnoutsymptome auf. Ein Mangel an protektiv wirkender Faktoren, wie Gratifikation und sozialer Unterstützung führen zu einer stärkeren Ausprägung der Symptomatik (ebd.). Faller empfiehlt 2006 eine Aufwertung der Lehre, durch eine systematische Evaluation dieser (deren gute Ergebnisse als Kriterium für Leistungszulagen herangezogen werden (könnten)). Mit Blick auf die kritische Forschung zu kennzahlengetriebener Steuerung von Unternehmen, indirekter Steuerung und Subjektivierung von Arbeit ist jedoch anzunehmen, dass mit zunehmender Wettbewerbsorientierung die permanente Evaluation und deren Kopplung an Leistungsentgelte nicht zu den erwarteten gesundheitsförderlichen Effekten führt, sondern im Gegenteil das Gefühl *permanenten Ungenügens* (Dunkel et al. 2010) und *eine interessierte Selbstgefährdung* (Krause & Dorsemagen 2017) eher verstärkt.

Die Arbeitsbedingungen in der Lehre und deren Veränderung durch hochschulpolitische Steuerungsinstrumente und Sparmaßnahmen sind bisher kaum Gegenstand des Gesundheitsmanagements an Hochschulen sowie hochschulpolitischer Entscheidungen gewesen. Für diesen Zusammenhang wäre dezidierte Forschung wünschenswert, die Auswirkungen hochschulpolitischer Entscheidungen auf die Arbeitsbedingungen in der Lehre sowie auf die Gesundheit

der Lehrenden (und Studierenden) untersucht. Dabei ist die Heterogenität der jeweiligen Gruppen zu berücksichtigen, etwa die deutlich höhere Lehrbelastung von Lehrkräften für besondere Aufgaben, bei deutlich weniger Gehalt. Um die komplexen Dynamiken und Wechselbeziehungen zwischen den verschiedenen Anforderungen und den jeweils zur Verfügung stehenden Ressourcen besser zu verstehen und die ungleiche Verteilung von Belastungen und Ressourcen in Beruf und Familie in den Blick nehmen zu können, erscheint zudem das Konzept der widersprüchlichen Arbeitsanforderungen (Moldaschl 2017) nützlich zu sein. Dieses konzipiert die Widersprüche nicht auf der Ebene der Passung von Individuum und der an es gestellten Anforderungen, sondern als objektive Widersprüche zwischen Regeln, Zielen und verfügbaren Ressourcen. Dieses Modell scheint deutlich besser geeignet zu sein, auch Widersprüche durch geschlechtsbezogene Erwartungen, Verteilung von Belastungen und Ressourcen und widersprüchliche Strukturierung der unterschiedlichen Lebensbereiche zu erfassen, die für das Verständnis von mittelbarer Diskriminierung wegen des Geschlechts so zentral sind.

Aus einer Geschlechterperspektive ist zu ergänzen, dass sich für Frauen (und Männer, die Fürsorgearbeit leisten) noch zusätzliche widersprüchliche Anforderungen durch Fürsorgearbeit ergeben. Entsprechend lassen sich Beeinträchtigungen des sozialen Lebens infolge beruflicher Inanspruchnahme feststellen (Faller 2006, 45), die für Frauen deutlich höher ausfallen als für Männer, sei es durch „Verzicht“ auf Kinder oder durch Mehrfachbelastungen und fehlende Erholungsmöglichkeiten. Widersprüche entstehen zudem insbesondere für Frauen durch widersprüchliche Rollenerwartungen. Durch die Verbindung des beruflichen mit dem männlichen Habitus geraten Frauen hinsichtlich der Geschlechtsrollenerwartungen in widersprüchliche Anforderungssituationen (Becker-Schmidt 2008).

Im Belastungsgeschehen finden sich die Belastungen (und diskriminierenden Effekte) im Zusammenhang mit dem Strukturkonflikt zwischen entgeltlicher Erwerbsarbeit und unentgeltlicher Haus- und Familienarbeit auch in den Befunden von Lesener und Gusy (2017) wieder: Sie zeigen Belastungen durch mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie auf, von denen Frauen häufiger betroffen sind. Als Hauptgründe für die schlechte Vereinbarkeit geben die Befragten an:

- ▶ Unsicherheit des Beschäftigungsverhältnisses, führt zu Rückstellung des Kinderwunsches
- ▶ Die flexible Gestaltung von Arbeitszeit im Wissenschaftsbereich kann nur als Ressource genutzt werden, wenn sie nutzbare Freiräume erschließt (ebd.)

Die Studien von Binner und Weber (2019) und Hendrix et al. (2019) zeigen zudem deutlich, dass die nach wie vor bestehende Arbeitsteilung und die geschlechtsbezogenen Erwartungshaltungen an Frauen und Männer zu einer ungleichen Verteilung der Ressource *flexible Arbeitszeitgestaltung* führen und Frauen diese nicht in gleicher Weise für die Karriere nutzbar machen können. So zeigt sich beispielsweise für Akademiker*innenpaare, dass Männer, anders als Frauen, von der Geburt des ersten Kindes beruflich nicht beeinträchtigt sind. Sie sind sogar weniger durch Familienarbeit belastet als ihre Partnerinnen. Professorinnen sind deutlich häufiger ledig als Professoren, ihre Ehen sind scheidungsanfälliger, sie haben seltener und weniger Kinder und weisen häufiger eine verspätete Familiengründungsphase auf (Sembritzki & Thiele 2019, 17).

Zudem scheint Vereinbarkeit von Beruf und Familie nach wie vor für Frauen und Männer Unterschiedliches zu bedeuten. Während Männer zwar sogar geringfügig häufiger angaben, Vereinbarkeit von Beruf und Familie habe bei der Bewerbung bei einer Hochschule (Sembritzki & Thiele 2019, 34ff.) eine Rolle gespielt, verbergen sich doch unterschiedliche Arrangements dahinter: Binner und Weber (2019) zeigen auf, dass Professoren häufiger verheiratet sind und mehr Kinder haben, sie diese jedoch nicht selbst erziehen: Zwei Drittel der Professoren lassen ihre Kinder durch die Partnerin betreuen. Auf diesen Luxus können jedoch nur 8 % der Professorinnen zurückgreifen, bei denen der Partner die Kinder betreut. Die Arbeit, die mit dem Kinderhaben verbunden ist, ist nach wie vor eine Angelegenheit der Frauen. Vereinbarkeit wird einseitig Frauen zugeschrieben, während es Männern zugesprochen wird, von Versorgungsarbeit befreit zu sein. Frauen erscheinen vor diesem Hintergrund der männlichen Leitbilder defizitär. Nach wie vor „finden sich in den praktischen Karriere- und Alltagsarrangements – wie auch auf der Ebene ihrer symbolischen Repräsentation – noch immer stereotype Geschlechterbilder und traditionelle Arbeitskulturen.“ (Kamphans et al. 2019, 8)

7.4.2. GRATIFIKATIONSKRISE UND GENDER

Die vorherrschenden Arbeitsbedingungen in der Wissenschaft scheinen trotz der hohen Freiheitsgrade und Autonomie zudem Risiken für Gratifikationskrisen zu bergen (Faller 2006, 45):

Etwa die Hälfte der Befragten weisen das klassische Profil einer Gratifikationskrise (Siegrist 1996) auf, während ein Drittel der Befragten ein überdurchschnittliches Gratifikationserleben zurückmeldet. Zudem verorten Beschäftigte in diesem Feld arbeitsbezogene Probleme in der eigenen Person, statt z. B. in einer Imbalance zwischen Anforderungen und Ressourcen. Es ist zu vermuten, dass die Ausprägung des Gratifikationserlebens stark von den Aufgaben und der jeweiligen Positionierung abhängen. Die starke persönliche Abhängigkeit von Wissenschaftler*innen auf Qualifizierungsstellen von den jeweils vorgesetzten Professor*innen verstärkt zudem die Bereitschaft, auf die Artikulation arbeitsbezogener Probleme zu verzichten (Faller 2006, 45). Zudem „prägen [Professor*innen] das soziale Klima, die Qualität der kollegialen Beziehungen und das Ausmaß an psychosozialer Unterstützung, aber auch die Leistungsstandards und Wertorientierungen in der jeweiligen Wissenschaftseinheit“ (ebd., 46). Dies hat Auswirkungen auf die Auswahl und Sozialisation des eigenen wissenschaftlichen Nachwuchses, und die weitere berufliche Karriere ist wesentlich von der Akzeptanz eines*ei-ner Vorgesetzten abhängig (ebd.). Für das wissenschaftliche Personal bestätigt sich demnach, wie für die Statusgruppe Studierende, die Bedeutung einer androzentrischen und asymmetrischen Geschlechterkultur auch 2020 noch, wie aktuelle Veröffentlichungen (Sembritzki & Thiele 2019; Binner & Weber 2019; Kortendiek et al. 2019) zeigen.

Die vorherrschende Geschlechterkultur bringt zudem eigenständige Belastungen mit sich und verstellt gleichzeitig die Wahrnehmung nicht rollenkonformer Belastungen sowie die Möglichkeit, Ressourcen zu mobilisieren. Im Kontext der Gefährdungsbeurteilungen ist dies durch Nielbock und Gümbel (2012) maßgeblich konzipiert, untersucht und für die Anwendung in der betrieblichen Praxis aufbereitet worden. So werden Frauen mit Verhaltenserwartungen konfrontiert, die als typisch weiblich gelten und mit zusätzlichen Belastungen verbunden sind (Faller 2006, 46). Als Beispiel für nach Geschlecht variierende Erwartungen und Bewertungen greift Faller die Studie von Schaeper (1997) auf, nach der bei Dozenten ein instrumentelles

Lehrverhalten und ein „männlicher“ Expertenstil anerkannt ist, während von Dozentinnen erwartet wird, eine entspannte und partizipative Lehrsituation herzustellen (Schaeper 1997, 64). Gleichzeitig bleibt ihnen aufgrund der widersprüchlichen Strukturierung der Geschlechtsrollenerwartungen für Frauen die Anerkennung für ihre Arbeit verwehrt, was mit defizitärem Gratifikationserleben verbunden sein dürfte.

7.4.3. GESCHLECHTERKULTUR

Die vorherrschende Geschlechterkultur und die Gleichstellungsnorm²⁴ (Müller 1998) erschweren zudem die Artikulation von Diskriminierungserfahrungen (ebd.; Faller 2006). Müller spricht in dem Zusammenhang von diskursiver Enteignung (Müller 1998, 125). Diskursive Enteignung wird verstanden als Umdeutung der tatsächlichen Verhältnisse. Frauen erscheinen als Angreiferinnen, die ungerechtfertigterweise aufgrund ihres Geschlechts Vorteile erringen wollen. Nicht der gesellschaftliche Skandal der Diskriminierung gegenüber Frauen steht im Mittelpunkt der Kritik, sondern diejenigen Personen und/oder Maßnahmen, die ihn aufzeigen und auf ihn reagieren. Der Anspruch, sich als emanzipierte Frau von sexueller Belästigung nicht beeindrucken zu lassen, erhöht den Druck auf Frauen und führt zur Verdrängung oder sogar zu einer Entwertung eigener Angstgefühle. Dies ist eine der Folgen diskursiver Enteignung. Sie trägt dazu bei, sich selbst in Mustern zu begreifen, die den Zugang zu der erfahrenen Abwertung, Belästigung, Benachteiligung etc. verstellen (ebd.). Da die Gleichstellung im gesellschaftlichen Diskurs als erreicht gilt, erscheinen Forderungen, Diskriminierung abzubauen, als illegitim, zumal die Formen der Diskriminierung subtiler werden und Formen mittelbarer Diskriminierung durch Einzelne in der Regel nicht wahrgenommen werden. Das Leistungs- und Wissenschaftsethos trägt zudem dazu bei, dass Diskriminierungen auch von Frauen überwiegend verleugnet und Diskriminierungserfahrungen über den Leistungsbegriff kompensiert werden (Faller 2006, 46).

Die vorherrschende Wissenschaftskultur prägt darüber hinaus maßgeblich das Gesundheitsverständnis der Wissenschaftler*innen und ist damit eine Voraussetzung und Einschränkung für die Realisierung eines gesundheitsfördernden Settingansatzes an Hochschulen. Zum Selbstbild der Wissenschaftler*innen gehört die Selbstverständlichkeit, das eigene Leben in den Dienst der Forschung zu stellen und zum wichtigsten Lebensinhalt zu machen (Beaufaÿs 2003, 243). Dazu gehört u. a. auch das Bild (und das entsprechende Verhalten), sich von der ‚Alltagswelt‘ der anderen zu separieren und den eigenen Körper mit all seinen Bedürfnissen und Restriktionen sowie die eigenen psycho- und sozioemotionalen Befindlichkeiten zu ignorieren. Damit liegt in der Wissenschaftskultur selbst eine Barriere, die gesundheitsförderliches Verhalten oder die Verhandlung über gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen erschwert (Faller 2006).

7.4.4. DISKRIMINIERUNG VON PROFESSORINNEN

Für den Bereich der Hochschulen haben Hofmeister und Hohmann (2011) Diskriminierungsmechanismen in Berufungsverfahren untersucht und dabei explizit die differenztheoretischen

²⁴ Dies bezeichnet die vertretene Auffassung, dass Gleichstellung bereits realisiert sei.

Annahmen überprüft wie z. B. die, dass Frauen weniger forderten als Männer und deshalb weniger verdienten etc. Trotz gleicher Leistungen und gleich hoher Forderungen erhielten Frauen bei Verhandlungen lediglich 40 % der von ihnen geforderten Summen, wohingegen ihre männlichen Kollegen 75 % der von ihnen geforderten Summen erhielten. Bei der personellen Ausstattung entsprachen die Universitäten den Forderungen der Männer zu 100 %, Frauen erhielten jedoch nur die Hälfte der geforderten personellen Ausstattung. Benachteiligung von Frauen zieht sich durch beinahe alle Aspekte und Phasen der Berufungsverfahren. Zeigen Frauen das gleiche Auftreten wie Männer in Verhandlungen, wirkt sich dies negativ aus, bei Männern jedoch positiv. Die Autorinnen zeigen eine Reihe von Diskriminierungsmechanismen und deren Auswirkungen auf die Karriereentwicklung von Wissenschaftlerinnen auf. Die Diskriminierung resultiert aus den vorherrschenden Geschlechterstereotypen, etablierten Routinen und dem ihnen innewohnenden Gender Bias (vgl. Kapitel 4.4.). Es gelten also unterschiedliche Regeln und Maßstäbe für Frauen und Männer, die sich dann in geschlechtlicher Arbeitsteilung, geringeren Aufstiegs- und Verdienstmöglichkeiten sowie ungleicher Verteilung von Fürsorgearbeit, Belastungen und Ressourcen niederschlagen, die zur Reproduktion sozialer Ungleichheit der Geschlechter an der Hochschule beitragen.

7.4.5. INTERVENTIONSANSÄTZE

Wer die Gesundheit von Wissenschaftler*innen geschlechtergerecht fördern will, kann sich nicht auf Positionen zurückziehen, die soziale und gesundheitliche Ungleichheiten der Geschlechter nur auf der Ebene psychologischer Selbstwirksamkeitskonzepte, Kontrollüberzeugungen oder Kompetenzen verorten und Interventionen auf Angebote zu Kompetenzentwicklung und Verhaltensänderungen der benachteiligten Gruppen begrenzen. Der Versuch, durch soziale Strukturen und Prozesse vermittelte Ungleichheit zu beseitigen, wurde auch in der Frauenförderung unternommen und für sein dahinterliegendes Defizitmodell kritisiert. Es hat im Feld der Gleichstellung immer wieder Argumente gegeben, die Ursachen für die soziale Ungleichheit bei den Frauen verorten, etwa, wenn die Annahme formuliert wurde, Frauen verhandelten bloß nicht gut genug, forderten zu wenig ein.

Die schlechtere Ausstattung der Wissenschaftlerinnen lässt sich nicht mit deren mangelnder Kompetenz erklären – und deshalb auch nicht mit Kompetenztrainings für Frauen beheben. Die Zielgruppe zerfällt hier also in zwei Teile: Frauen werden benachteiligt, dieser Zustand soll beseitigt werden. Die Zielgruppe, mit der gearbeitet werden muss, sind aber nicht die betroffenen Frauen, sondern die Entscheidungsträger und Gatekeeper. Betrachtet man die in allen Statusgruppen herausgearbeiteten Genderaspekte aus einer geschlechtertheoretischen Perspektive, ist nicht erklärbar, wie Sport, Ernährung, Kompetenztrainings etc. für „die Zielgruppe“ die dahinterliegenden strukturell erzeugten Überforderungen und Diskriminierungsmechanismen abbauen könnten.

Zunächst sind die Statusgruppen des wissenschaftlichen und ggf. künstlerischen Personals systematisch in das Hochschulgesundheitsmanagement (HGM) einzubeziehen. Das Instrument der Gefährdungsbeurteilung ist auch in diesen Statusgruppen unter besonderer Berücksichtigung der psychosozialen Belastungen sowie der Ressourcenausstattung konsequent und partizipativ umzusetzen. Dazu zählt auch die Entwicklung von konkreten kontextbezogenen

nen Maßnahmen. Das heißt, die jeweiligen Fachkulturen und unterschiedlichen Ressourcenausstattungen sowie die Heterogenität der Gruppe des wissenschaftlichen Personals sind zu berücksichtigen. Denkbar wären differenzierende Formate und Workshops für Personen auf Qualifikationsstellen, in Projekten oder für Lehrende etc.

Professor*innen sind explizit in das Hochschulgesundheitsmanagement einzubeziehen – sowohl als Zielgruppe mit eigenen Belastungen als auch in ihrer Funktion als Führungskräfte, die eine Fürsorgepflicht gegenüber ihren Mitarbeiter*innen haben. Ihre Beteiligung ist maßgeblich für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen an der Hochschule.

Die gesundheitlichen Auswirkungen neuer Steuerungsinstrumente und von Hochschulreformen sind in der Forschung noch aufzuarbeiten. Insbesondere die Arbeitsverdichtung in der Lehre sowie zusätzliche Aufgaben sind auch aus einer Genderperspektive neu zu bewerten und entsprechende Ressourcen- bzw. Personalausstattungen zu verhandeln. Insbesondere die hohe Lehrbelastung der Lehrkräfte für besondere Aufgaben ist in ihren gesundheitlichen Auswirkungen zu untersuchen.

Des Weiteren ist die stark verwurzelte androzentrische Wissenschaftskultur zu bearbeiten.

Eine Voraussetzung für eine Vereinbarkeit von wissenschaftlicher Tätigkeit und Karrieren bleibt die institutionelle Kinderbetreuung sowie eine institutionell abgesicherte Versorgung pflegebedürftiger Menschen.

Die Gestaltung der Lehr- und Arbeitsbedingungen des wissenschaftlichen Personals ist mit den Kernprozessen (z. B. Studiengangsentwicklung) der Hochschule zu verbinden, etwa durch Integration des Kriteriums Gesundheit/gesunde Lehr- und Lernbedingungen in die Studiengangsentwicklung.

8. Empfehlungen und Ausblick

Für die Umsetzung einer settingbasierten gendersensiblen Gesundheitsförderung an Hochschulen empfiehlt sich eine stärkere Orientierung am Vorgehen der Organisationsentwicklung und des Projektmanagements. Insbesondere ist die Implementierung von Lernsystemen oder -räumen nach Grossmann und Scala (1994) notwendig. Sie ermöglichen eine konstruktive Gestaltung von Aushandlungsprozessen sowie die Einbindung der Stakeholder. Es entstehen Schutzräume zum Entwickeln neuer Ideen und Ansätze, die in zeitlich begrenzten Intervallen ausprobiert und reflektiert werden können. Sie sind Voraussetzung und Umsetzung des zentralen Prinzips Partizipation.

Ausgehend von einem projektförmigen regelkreisbasierten Vorgehen sollten folgende Schritte erfolgen:

- ▶ Gleichstellungsziele für die Gesundheitsförderung formulieren
- ▶ Fachlich erforderliche Geschlechterkompetenz aufbauen
- ▶ Schaffung einer angemessenen Steuerungs- und Projektarchitektur, die die Besonderheiten der Organisation ausreichend berücksichtigt. Zu diesen Besonderheiten gehören unter anderem die Anzahl und Größe der Standorte, die zu Beteiligten, die zeitliche Verfügbarkeiten der zu Beteiligten, Anzahl der Fachbereiche, Dekanate, Dezernate/Abteilungen/Referate etc.

8.1. ANGEMESSENE REPRÄSENTATION VON FRAUEN UND MÄNNERN

8.1.1. STRUKTURELLE ASPEKTE

Zentral für eine geschlechtergerechte Hochschule ist die Integration der verschiedenen Perspektiven und Interessen der jeweiligen Status- bzw. Tätigkeitsgruppen sowie von jeweils Frauen und Männern. In Entscheidungsgremien und im weiteren Prozess brauchen diese Gruppen Raum und Kompetenzen, um ihre Interessen artikulieren zu können und an der Zielsetzung, der Festlegung von Kriterien sowie an Regeln und Verfahren mitverhandeln zu können. Auf struktureller Ebene ist eine angemessene Repräsentation der Geschlechter in den Gremien ein möglicher Ansatzpunkt. Eine gleichberechtigte Teilhabe in der Gremienarbeit kann durch organisatorische Maßnahmen, wie einer frühzeitigen Bekanntgabe von Sitzungsterminen, die möglichst nicht in den Randzeiten des Arbeitstages liegen, unterstützt werden.

Die strukturelle Anbindung und Absicherung des SGM ist bisher noch unklar und muss jeweils im Kontext der Hochschule ausgestaltet werden. Denkbar ist eine Anbindung an die Studierendenvertretung, an ein studentisches Prorektorat oder auch an den Bereich Forschung und Lehre (Krüssel & Hartmann 2019, 24). Eine besondere Herausforderung für die erwünschte Partizipation dürfte in der kurzen Verweildauer der Studierenden an den Hochschulen liegen sowie in der relativ strikten Orientierung an Regelstudienzeiten. Um Studierende in die zum Teil zeitaufwendigen partizipativen Prozesse einzubinden, sind Formen der Entlastung oder Anerkennung auszuloten.

Darüber hinaus spielt die Repräsentation von Frauen und Männern in der Kommunikation durch eine angemessene Sprech- und Schreibweise eine Rolle. Vorschläge für gendersensible Formulierungen finden sich unter anderem in den Leitlinien von Becker und Baltscheit (2016) sowie Grimm und Brodensen (2016).

Die angemessene Berücksichtigung von Frauen und Männern sollte in allen Arbeits- und Tätigkeitsbereichen, aber auch arbeitsbereichsübergreifend bzw. statusgruppenübergreifend stattfinden. Die Beteiligung von Frauen und Männern sollte sich dabei über alle nachfolgend skizzierten Phasen eines Projektzyklus erstrecken:

- ▶ Auftragsklärung
- ▶ Zielsetzung
- ▶ Entwicklung von Kriterien
- ▶ Priorisierung von Handlungsbedarfen und Themenfeldern
- ▶ Entwicklung und Priorisierung von Lösungen
- ▶ Entscheidungsprozesse
- ▶ Beurteilung der Wirksamkeit

8.1.2. INHALTLICHE ASPEKTE IM PROJEKTVERLAUF

Auf inhaltlicher Ebene sollten Faktoren, die bereits als typische Belastungen von Frauen (oder Männern) bekannt sind, explizit aufgegriffen und im Kontext der Hochschule bearbeitet werden. Hierbei ist darauf zu achten, dass diese bei der Priorisierung der Arbeitsschwerpunkte nicht marginalisiert werden.

In der Sensibilisierungs- und Konzeptionsphase gilt es, insbesondere einen Willensbildungsprozess für einen geschlechtergerechten und gesundheitsfördernden Organisationsentwicklungsprozess zu fördern, um so zunächst die betriebspolitischen Voraussetzungen herzustellen. Dies kann wirkungsvoll durch eine gemeinsame Identifikation eines Handlungsbedarfes seitens der Organisationsmitglieder erreicht werden (Pieck 2012). Im Anschluss daran muss dieser Handlungsbedarf durch die Ableitung von Zielen konkretisiert und in ein projektförmiges, regelkreisbasiertes Vorgehen übersetzt werden (ebd.).

Essentiell für die weitere Planung und Steuerung ist eine Strukturanalyse und Hypothesenbildung z. B. auf Basis von gemeinsamen Workshops mit den Akteur*innen und Statusgruppen der Hochschule. Ziel dieser Phase ist es, Dialogräume (Bindl et al. 2018) zu schaffen und durch unterschiedliche Perspektiven ein gemeinsames Bild über die Geschlechter und Status-

gruppen hinweg zu erzeugen (Pieck 2017). In der Praxis hat sich hierfür die *Betriebslandkarte*²⁵ (Pieck 2012) bewährt (siehe Anhang 2). Mit deren Hilfe lässt sich erkennen, welche organisationalen Besonderheiten zu berücksichtigen sind und welche Herausforderungen diese Besonderheiten für die Steuerung des Prozesses mit sich bringen. Zudem werden dadurch besondere Belastungen einzelner Abteilungen oder Statusgruppen sichtbar. Die Betriebslandkarte lässt sich um die jeweiligen Genderaspekte erweitern, indem z. B. Fragen, wie sie die Arbeitsinspektorate in Österreich und in Schweden entwickelt haben (Pieck 2017, 40; Pieck & Schröder 2016), ergänzt werden. Die Betriebslandkarte ist als ein Dialoginstrument für die Arbeit mit unterschiedlichen Interessengruppen entwickelt worden und lässt sich um Daten aus Fehlzeitauswertungen und Gefährdungsbeurteilungen etc. ergänzen:

„Die Betriebslandkarte lässt sich zudem mit weiteren Daten ergänzen. Zum Beispiel durch Gesundheitsberichte, durch Daten aus der Personalabteilung zur Verteilung von Frauen und Männern auf Tätigkeitsbereiche und Positionen, aber auch durch Leistungskennzahlen der Organisation, um sich ein umfassendes Bild zu möglichen Handlungsbedarfen zu erarbeiten. Im öffentlichen Dienst kann der Gleichstellungsplan relevante Daten liefern.“ (Pieck 2017, 26)

Mit Blick auf die Studierenden und Lehrenden ist eine Anpassung dieses Instruments sinnvoll, um so die jeweiligen Studiengänge und deren Strukturierung durch die jeweiligen Curricula etc. in den Blick zu nehmen.

Als Grundlage für die methodische Gestaltung des Willensbildungsprozesses kann der Workshopplan aus dem iga.Report 35 (ebd.) dienen (siehe Anhang 3). Es ist empfehlenswert, den Workshop durch eine neutrale Person moderieren und begleiten zu lassen, die über Expertise in der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung sowie in der Genderforschung verfügt.

Neben der strukturellen Analyse ist außerdem die Reflexion der Organisationskultur zielführend. Der Einstieg in eine kritische Reflexion kann bereits im Rahmen der Sensibilisierungsphase bzw. der Strukturanalyse initiiert werden. Da sich tabuisierte Themen oder als selbstverständlich geltende Wahrnehmungs-, Deutungs- und Bewertungsmuster nicht auf direktem Wege erschließen lassen, stellt der Einstieg über die Analyse der Hochschulkultur einen eigenständigen methodischen Ansatz dar (ebd., 28). Für eine solche umfassende Kulturanalyse liefert Kutzner (2017) ein Online-Instrument und einen Fragenkatalog. Eine weitere Möglichkeit bietet der Ansatz von Nielbock und Gümbel, der die Reflexion von Geschlechterrollenerwartungen anhand einer Survey-Feedback-Methode systematisch unterstützt (Nielbock & Gümbel 2012; Pieck 2017, 45).

²⁵ Die Betriebslandkarte sieht vor, die Organisation zunächst geografisch zu visualisieren, z. B. einzelne Standpunkte durch Kreise in räumlicher Lage und in Größenrelationen zueinander in Beziehung zu setzen. Anschließend wird eingezeichnet (durch sog. „Tortenstücke“), welche Tätigkeitsbereiche vorliegen. Die Beteiligten werden gebeten, zu visualisieren, in welchen Bereichen es Auffälligkeiten gibt, z. B. hohe Fluktuation, geringe Produktivität, hohe Fehlzeiten, schlechtes Klima etc. Sie werden ebenfalls gebeten Ressourcen zu verorten und zu visualisieren. Im nächsten Schritt diskutieren die Beteiligten, wo sie Handlungsbedarf sehen. Abschließend kann auch gefragt werden, welche Aktivitäten bereits ergriffen wurden, um dem Handlungsbedarf zu begegnen und mit welchem Ergebnis.

Die nachfolgende Planung der (vertieften) Analyse der vorliegenden Belastungs-Ressourcen-Konstellationen sollte auf Basis der Strukturanalyse und der wahrgenommenen Handlungsschwerpunkte erfolgen. Die in dieser Arbeit vorgestellten Erkenntnisse zu Gender und Gesundheit an Hochschulen sowie zu Diskriminierungsmechanismen können dabei als fachliche Grundlage für die Planung einer vertiefenden Analyse und Maßnahmenentwicklung dienen.

Aus Genderperspektive ist entscheidend, dass die Analyse Belastungen und Ressourcen einschließt, die außerhalb der Hochschule liegen (Pieck 2017). Die Analyse ist so zu gestalten, dass Formen mittelbarer Diskriminierung, stereotypisierende Geschlechtsrollenerwartungen und Formen der Belästigung sichtbar werden und bearbeitet werden können. Einen Leitfaden für eine geschlechtergerechte Gefährdungsbeurteilung haben Nielbock und Gumbel (2012) entwickelt: dieser schließt die Reflexion und Bearbeitung von Geschlechtsrollenerwartungen ein.

Neben der Auswahl der geeigneten Instrumente in der Analysephase ist vor allem die Auswahl und Priorisierung von Themen und Handlungsfeldern in einem transparenten und *partizipativen* Prozess zu organisieren. Denn aufgrund begrenzter Ressourcen ist es unwahrscheinlich, alle Themen, Konstellationen und Zielgruppen in vertiefenden Analysen bearbeiten zu können (Pieck 2017). Sind Betroffene systematisch unterrepräsentiert, trägt dies zu einer Marginalisierung der für sie relevanten Themen bei.

Ziel der vertiefenden Analyse ist eine kontextspezifische Untersuchung von Wirkungszusammenhängen, um auf dieser Basis geeignete Maßnahmen zu entwickeln. Dies erfordert die Einbeziehung der Betroffenen, die systematische Planung und die methodisch angemessene Gestaltung von Dialogräumen (Bindl et al. 2018). Erst diese ermöglichen es, die verschiedenen Interessen und Bedürfnisse einzubringen und Maßnahmen auszuhandeln. Methodisch sind die Prozesse so zu moderieren, dass die Beteiligten dabei unterstützt werden, die eigenen Bedürfnisse zu erkennen und zu artikulieren. Tragende und damit nachhaltige Lösungen erfordern Dialogprozesse mit entsprechend gestalteten Rahmenbedingungen und die Fähigkeit der Beteiligten zur Perspektivübernahme. Nur so lassen sich die gegebenen Konstellationen von Belastungen und Ressourcen und die daraus resultierenden Fehlbelastungen angemessen in ihrem Zusammenspiel nachvollziehen.

Besonders die Aushandlung gendersensibler Themen stellt für die Beteiligten eine große Herausforderung dar. Nicht selten kommt es vor, dass Gleichstellungsthemen emotionsgeladen und in einem Täter-Opfer-Zusammenhang wahrgenommen und deshalb abgewehrt werden (Pieck 2017). Für solche Situationen ist ein strategisches Framing von großer Bedeutung. Um eine Stereotypisierung von Frauen und Männern sowie von Schuldzuweisungen (Frauen als Opfer, Männer als Täter, Frauen als kommunikativ, Männer als kompetent) zu vermeiden, hat es sich bewährt, statt der Personen und deren vermeintliche Eigenschaften und Kompetenzen die jeweilige Situation und Tätigkeit mit den damit verbundenen Belastungen und Ressourcen in den Fokus der Analyse zu stellen. Dies erleichtert eine versachlichte und gemeinsame Bearbeitung. Bei der Analyse der Situation kann zudem auch mit Methoden gearbeitet werden, die einen Perspektivwechsel ermöglichen, Handlungsalternativen aufzeigen und die hinter einem bestimmten Verhalten liegenden gesellschafts- oder organisationskulturellen Normen und Regeln der Reflexion zugänglich machen (ebd., 15).

8.1.3. STRATEGISCHE ASPEKTE

Die Entwicklung einer geschlechtergerechten gesundheitsfördernden Hochschule erfordert Steuerungs- und Umsetzungsstrukturen, die in einer gemeinsamen Sensibilisierungs- und Konzeptionsphase hochschulspezifisch zu erarbeiten sind. Je nach Struktur der Hochschule (Größe, Standorte, räumliche Verteilung, Studien- und Forschungsprofile) kann eine angemessene Projektorganisation nur gemeinsam mit den Akteur*innen der Organisation aufgebaut werden. Hierbei empfiehlt sich eine projektförmige und pilothafte Vorgehensweise. Die Piloten/Projekte sollten dabei die Kernprozesse der Hochschule aufgreifen und z. B. für die Verbesserung von Lehr- und Studienbedingungen das Kriterium Gesundheit in die Studiengangsentwicklung und die (Re-)Akkreditierungsprozesse einbeziehen. In der Pilotierung sind zudem die (betriebs- bzw.) hochschulpolitischen Voraussetzungen zu reflektieren und ggf. selbst zum Gegenstand des Entwicklungsprozesses zu machen.

Die Ermittlung des Handlungsbedarfs sollte auf fachlicher Grundlage unter Einbeziehung der Geschlechterforschung erfolgen. Dabei ist vor allem auf eine hinreichende Kontextualisierung²⁶ zu achten. Nur wenn die spezifischen Belastungs- und Ressourcenkonstellationen mit den Betroffenen analysiert werden, können wirksame Maßnahmen zur Veränderung der Belastungssituation und zur Stärkung organisationaler Ressourcen entwickelt und umgesetzt werden.

Hierfür kann das ganze Repertoire der Organisationsentwicklung sowie der Instrumente aus dem betrieblichen und studentischen Gesundheitsmanagement (z. B. Gefährdungsbeurteilung für Mitarbeitende und ggf. Studierende, Berücksichtigung gesicherter arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse, gesundheitsfördernde Gestaltungsprinzipien, Partizipation etc.) genutzt werden.

Bisher wenig ausgeprägt ist die Integration von Gesundheit in Entscheidungen, Prozesse und Routinen der Hochschule und Hochschulleitung. Im systematischen Vorgehen gibt es Defizite bei der organisationsspezifischen Analyse des Systems, der Konkretisierung der Belastungen und Ressourcen der Statusgruppen in ihren jeweiligen Lern- und Arbeitszusammenhängen sowie bei adäquaten Formen der prozessorientierten Beteiligung der Betroffenen.

8.2. ZUSAMMENFASSUNG

Die Expertise hat gezeigt, dass Gender bisher noch unzureichend in die Konzeption und Umsetzung des Ansatzes der gesundheitsfördernden Hochschule integriert ist. Um Gender im Sinne des Gender Mainstreamings umzusetzen und darüber einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit leisten zu können, sind eine Reihe von Voraussetzungen zu erfüllen.

Gender ist vor allem als eine gesellschaftliche Kategorie zu begreifen, die ganz real die Organisation von gesellschaftlich notwendiger Arbeit strukturiert und darüber Belastungen und Ressourcen verteilt sowie auf der Ebene der symbolischen Ordnung Wahrnehmungs-, Deutungs-

²⁶ So reicht es z. B. nicht aus, alle Bildschirmarbeitsplätze in der Gefährdungsbeurteilung zusammenzufassen. Die jeweils spezifischen Anforderungen der Tätigkeit, paralleler Aufgaben, des Arbeitsklimas im Team oder der Projektgruppe etc. würden so nicht angemessen berücksichtigt.

und Bewertungsmuster formt. Die soziale Ungleichheit zwischen den Geschlechtern reproduziert sich über Strukturen, Regeln, Prozesse und Alltagsroutinen sowie in Interaktionen der Beteiligten.

Diese Aspekte lassen sich nur mit einem umfassenden Ansatz, der auf eine Veränderung der Organisation oder einzelner Teilbereiche abzielt, bzw. durch die Reflexion und Veränderung der (Denk-)Verhältnisse bearbeiten.

Dem stehen zahlreiche Herausforderungen in der Umsetzung des Settingansatzes gesundheitsfördernder Hochschulen gegenüber:

Das Gesundheitsmanagement an den Hochschulen führt Gender nur in einem sehr eingeschränkten Sinne mit sich: als familienfreundliche Hochschule oder in formell nach Geschlecht stratifizierten Erhebungen und Berichten. Eine vertiefte Rezeption der Geschlechterforschung und die Integration ihrer Erkenntnisse in die Konzeption der Forschung zur Gesundheitsförderung stehen noch aus. Zudem differenziert sich das Gesundheitsmanagement derzeit tendenziell getrennt nach Statusgruppen aus, was eine Bearbeitung der interdependenten Themen und Elemente eher erschweren dürfte.

Aktuell dominieren Angebote auf der Verhaltensebene sowie die Bereitstellung von Dienstleistungen. Ein an Organisationsentwicklung orientiertes Verständnis und Vorgehen ist die Ausnahme. Hierfür fehlen entsprechende Stellen und qualifiziertes (und ermächtigtes) Personal. Es liegen jedoch reichlich Instrumente aus dem betrieblichen Gesundheitsmanagement vor, die auch für das Gesundheitsmanagement bzw. die Gesundheitsfördernde Hochschule nutzbar gemacht werden können: etwa die beteiligungsorientierte Gefährdungsbeurteilung oder Angebote der Personal- und Organisationsabteilungen zum Konfliktmanagement oder Teamentwicklungen. Hier wären die Diskussionen über eine Gefährdungsbeurteilung für Studierende aufzugreifen. Diese sind mit dem Mutterschutz für Studentinnen zu verbinden.

Zusätzliches Potenzial liegt insbesondere in der Entwicklung eines systematischen Vorgehens und dem Aufbau entsprechender Strukturen.

Forschungsbedarf besteht in der vertieften Analyse der Arbeits-, Lehr- und Lernbedingungen der einzelnen Statusgruppen an Hochschulen in ihrem jeweiligen Kontext. Dieser müsste die jeweiligen Fächer oder Beschäftigungsverhältnisse berücksichtigen und geschlechtertheoretische Erkenntnisse einbeziehen.

Darüber hinaus fehlen Erkenntnisse über die Auswirkungen hochschulpolitischer Entscheidungen auf die Arbeits-, Lehr- und Lernbedingungen und deren gesundheitliche Folgen.

Es liegen kaum Forschungsergebnisse zu den Wirkungen von Interventionen im sozialen System Hochschule vor. Bisher wenig untersucht ist etwa die Gestaltung der Kernprozesse an Hochschulen wie z. B. der Studiengangsentwicklung und der Ressourcenausstattung an Hochschulen. Eine gesundheitsorientierte Studiengangsentwicklung käme sowohl den Lehrenden als auch den Studierenden zugute. Die Rahmenbedingungen von Lehren und Lernen an Hochschulen sollten ein zentrales Handlungsfeld des Hochschulgesundheitsmanagements sowie einer gesundheitsbezogenen Hochschulforschung sein.

8.3. EMPFEHLUNGEN FÜR DIE DHBW

Zusammenfassend lassen sich folgende Schritte bzw. Aktionen benennen:

- ▶ Durchführung einer Sensibilisierungs- und Konzeptionsphase, sukzessive Entwicklung und Aufbau einer Steuerungsstruktur auf zentraler und dezentraler Ebene
- ▶ Einrichtung eines zentralen und dezentralen hochschulischen Gesundheitsmanagements (SGM und BGM-Koordinierungsstellen)
- ▶ Pilotierung von Gender und Gesundheit
 - ▶ in einem Kernprozess, z. B. Studiengangsentwicklung
 - ▶ in der partizipativen Gefährdungsbeurteilung
 - ▶ Verwaltung und Technik
 - ▶ wissenschaftliches Personal
 - ▶ Studierende in ausgewählten Standorten, Fachbereichen, Fächern
- ▶ Qualifizierung der Akteure (HGM-Akteure, Hochschulleitung, Führungskräfte)
 - ▶ Genderkompetenz im Gesundheitsmanagement
 - ▶ Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung
 - ▶ Partizipative Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen
- ▶ Evaluation der Pilote
- ▶ Durchführung von Bilanzierungs- und Strategieworkshops mit den Hochschulakteur*innen

Literaturverzeichnis

- Abouserie, Reda (1996): Stress, Coping Strategies and Job Satisfaction in University Academic Staff. In: Educational Psychology 16, S. 49-56.
- Acker, Joan (1990): Hierarchies, Jobs, Bodies: A Theory of Gendered Organizations. In: Gender & Society 4, S. 139-158.
- Acker, Joan (2006): Gender and Organizations. In: Saltzman Chafetz, Janet (Hg.): Handbook of the Sociology of Gender. Handbooks of Sociology and Social Research. Boston, MA, Springer-Verlag, S. 177-194.
- Albrecht, Felix/Reitmayer, Joerg (2019): SGM – Studentisches Gesundheitsmanagement. Hamburg, S. 45-48.
- Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (2007): Gütekriterien für eine Gesundheitsfördernde Hochschule. Letzter Zugriff am: 18.02.2020. Verfügbar unter: http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/D_Gefoe_HS_national/D2_Guetekriterien/GUETEKRITERIEN_AGH.pdf
- Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (2020): Gütekriterien für eine Gesundheitsfördernde Hochschule 2020. Letzter Zugriff am: 18.02.2020. Verfügbar unter: http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/O1_Startseite/AGH-10-Guetekriterien.pdf
- Arbetsmiljöverket (2017): Under the Magnifying Glass. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Bachert, Philip (2019): Spezifika und Handlungsfelder. In: Techniker Krankenkasse (Hg.): SGM – Studentisches Gesundheitsmanagement. Hamburg, S. 27-28.
- Babitsch, Birgit (2009): Die Kategorie Geschlecht: Theoretische und empirische Implikationen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden: Springer-Verlag, S. 283-300.
- Babitsch, Birgit/Jahn, Ingeborg (2012): Geschlechterforschung und Gesundheitsförderung: Anforderungen an die Fachdidaktik. In: Kampshoff, Marita/Wiepcke, Claudia (Hg.): Handbuch Geschlechterforschung und Fachdidaktik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 455-469.
- Bakker, Arnold B./Demerouti, Evangelia (2007): The Job Demands-Resources model: state of the art. In: Journal of Managerial Psychology 22, S. 309-328.
- Bamberg, Eva/Ducki, Antje/Metz, Anna-Marie (Hg.) (2011): Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Beaufäys, Sandra (2003): Wie werden Wissenschaftler gemacht? Beobachtungen zur wechselseitigen Konstitution von Geschlecht und Wissenschaft. Bielefeld: transcript Verlag.
- Becker, Miriam/Baltscheit, Kathrin (2016): Gendermainstreaming. Sprache erzeugt – falsche – Bilder. In: DGUV Forum 8, S. 20-21.
- Becker-Schmidt, Regina (2008): Doppelte Vergesellschaftung von Frauen: Divergenzen und Brückenschläge zwischen Privat- und Erwerbsleben. In: Becker, Ruth/Kortendiek, Beate (Hg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 65-74.

- Becker-Schmidt, Regina/Knapp, Gudrun-Axeli (2000): Feministische Theorien zur Einführung. Hamburg: Junius.
- Berger, Peter L./Luckmann, Thomas (1996): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
- Bindl, Claudia/Held, Ute/Pieck, Nadine (2018): Betriebliches Gesundheitsmanagement im Dialog – Lernen in Theorie und Praxis. In: Johns, Henry/Vedder, Günther (Hg.): Organisation von Arbeit und berufsbegleitendem Lernen. Augsburg, München: Rainer Hampp Verlag, S. 187-208.
- Binner, Kristina/Weber, Lena (2019): Zwischen „Exzellenz“ und Exostenz. In: Gender Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft 11, S. 47-62.
- Bourdieu, Pierre (1997): Männliche Herrschaft revisited. In: Feministische Studien 14, S. 88-99.
- Berger, Joseph B./Braxton, John M. (1998): Revisiting Tinto's Interactionist Theory of Student Departure through Theory Elaboration: Examining the Role of Organizational Attributes in the Persistence Process. In: Research in Higher Education 39, S. 103-119.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.) (2014): Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hg.) (2012): Leitfaden für Reinigungskräfte, Objektleiter/innen und Auftraggeber/innen. Wien.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2014): Gewalt gegen Frauen in Partnerschaften. Publikationsversand der Bundesregierung.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017): Zweiter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung. Berlin: Deutscher Bundestag.
- Cockburn, Cynthia (1988): Die Herrschaftsmaschine: Geschlechterverhältnis und technisches Know-how. Berlin: Argument.
- Cordes, Mechthild (2008): Gleichstellungspolitik: Von der Frauenförderung zum Gender Mainstreaming. In: Becker, Ruth/Kortendiek, Beate (Hg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 916-924.
- Dann, Petra/Steinke, Brigitte (2007): Arbeitssituationsanalyse. In: Krämer, Alexander/Sonntag, Ute/Steinke, Brigitte/Meier, Sabine/Hildebrand, Claudia (Hg.): Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Weinheim München: Juventa Verlag, S. 81-92.
- Deuer, Ernst (2017): Gratifikationskrisen im Kontext des dualen Studiums – Ursachen, Ausmaß und mögliche Konsequenzen. In: Duale Hochschule Baden-Württemberg (Hg.). Arbeitspapiere zur Hochschulforschung an der DHBW.
- Deuer, Ernst/Wild, Steffen (2018): Work-Life-Balance im dualen Studium – Ausmaß und Zusammenhänge. In: Duale Hochschule Baden-Württemberg (Hg.). Arbeitspapiere zur Hochschulforschung an der DHBW.
- Dobusch, Laura (2015): Diversity (Management)-Diskurse in Deutschland und Österreich: Zwischen organisationaler Kontingenz und Sagbarkeitsspielräumen. In: Hanappi-Egger, Edeltraud/Bendl, Regine (Hg.): Diversität, Diversifizierung und (Ent)Solidarisierung. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 55-72.

- Dooris, Mark (2001): The "Health Promoting University": a critical exploration of theory and practice. In: Health Education 101, S. 51-60.
- Dooris, Mark/Powell, Sue/Farrier, Alan (2019): Conceptualizing the 'whole university' approach: an international qualitative study. In: Health Promotion International 3, S. 25-11.
- duales-studium.de (2015): Die duales-studium.de-Gehaltsstudie 2015. Letzter Zugriff am: 14.02.2020. Verfügbar unter: https://www.duales-studium.de/uploads/Gehaltsstudie2015/Duales_Studium_Gehaltsstudie_2015.pdf
- Ducki, Antje (2000): Belastungen und Ressourcen der Frauenerwerbsarbeit. In: Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Gesundheit (Hg.): Frauen, Arbeit und Gesundheit. Hannover, S. 8-12.
- Ducki, Antje (2011): Gendersensible betriebliche Gesundheitsförderung. In: Bamberg, Eva/Ducki, Antje/Metz, Anna-Marie (Hg.): Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 439-459.
- Dunkel, Wolfgang/Kratzer, Nick/Menz, Wolfgang (2010): „Permanentes Ungenügen“ und „Veränderung in Permanenz“ – Belastungen durch neue Steuerungsformen. In: WSI Mitteilungen, S. 357-364.
- Eichler, Margrit (2002): Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern. Berlin.
- European Agency for Safety and Health at Work (Hg.) (2003): Gender issues in safety and health at work. Luxembourg.
- European Network for Work Health Promotion (ENWHP) (Hg.) (1997): Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union.
- Faller, Gudrun (2006): Gesundheit und Arbeit aus Sicht der verschiedenen Statusgruppen an Hochschulen. In: Faller, Gudrun/Schnabel, Peter-Ernst (Hg.): Wege zur gesunden Hochschule. Baden-Baden: Nomos, S. 35-56.
- Faller, Gudrun (2017a): Was ist eigentlich Betriebliche Gesundheitsförderung? In: Faller, Gudrun (Hg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe Verlag, S. 25-38.
- Faller, Gudrun (2017b): Gesund lernen, lehren und forschen: Gesundheitsförderung an Hochschulen. In: Faller, Gudrun (Hg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe Verlag, S. 391-401.
- Fiske, Susan T./Cuddy, Amy J.C./Glick, Peter/Xu, Jun (2002): A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. In: Journal of Personality and Social Psychology 82, S. 878-902.
- Fokuhl, Inga (2009): Alle gleich? – Ansatzpunkte für einen geschlechtersensiblen Arbeits- und Gesundheitsschutz in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. In: Brandenburg, Stephan/Endl, Hans-L./Glänzer, Edeltraud/Meyer, Petra/Möning-Raane, Margret(Hg.): Arbeit und Gesundheit geschlechtergerecht?! Arbeit und Gesundheit: geschlechtergerecht, S. 42-55.
- Franzowiak, Peter/Hurrelmann, Klaus (2018): Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Köln, S. 175-184.

- Fraser, Nancy (2009): Zur Neubestimmung von Anerkennung. In: Zurn, Christopher F./Schmidt am Busch, Hans-Christoph (Hg.): Anerkennung. Berlin: AKADEMIE VERLAG, S. 201-212.
- Fried, Andrea/Wetzel, Ralf/Baitsch, Christof (2000): Wenn zwei das Gleiche tun... Zürich: Hochschulverlag AG an der ETH Zürich.
- Fried, Andrea/Wetzel, Ralf/Baitsch, Christof (2001): Leistungsbeurteilung und Geschlechtsdiskriminierung. In: ARBEIT 10, S. 122-134.
- GDA Arbeitsprogramm Psyche (2016): Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. 2. Aufl. Berlin: BMAS.
- GenderMed-Wiki (2020): Letzter Zugriff am: 16.03.2020. Verfügbar unter: https://gendermed-wiki.uni-muenster.de/mediawiki_en/index.php?title=Welcome_to_GenderMed-Wiki
- Gildemeister, Regine (2010): Doing Gender. In: Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 137-145.
- Gildemeister, Regine/Wetterer, Angelika (1995): Wie Geschlechter gemacht werden. In: Knapp, Gudrun-Axeli/Wetterer, Angelika (Hg.): Traditionen Brüche. 2. Aufl. Freiburg (Breisgau): Kore Verlag, S. 201-254.
- GKV-Spitzenverband (2018): Leitfaden Prävention nach § 20 Abs. 2 SGB V und Leitfaden Prävention nach § 5 SGB XI. Berlin.
- Goffman, Erving (1994): Interaktion und Geschlecht. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag.
- Grimm, Steffi/Brodensen, Sören (2016): iga.Fakten 8 Potenzial der Vielfalt. Berlin.
- Grossmann, Ralph/Scala, Klaus (1994): Gesundheit durch Projekte fördern. Weinheim und München: Juventa.
- Grossmann, Ralph/Scala, Klaus (2001): Professionelle Organisationsentwicklung als Qualitätsdimension der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Köln, S. 73-86.
- Grützmacher, Judith/Gusy, Burkhard/Lesener, Tino/Sudheimer, Swetlana/Willige, Janka (2018): Gesundheit Studierender in Deutschland 2017. Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, Freie Universität Berlin, Techniker Krankenkasse.
- Gunkel, Ludwig/Böhm, Sandra/Tannheimer, Nicole (2014): Resiliente Beschäftigte – eine Aufgabe für Unternehmen, Führungskräfte und Beschäftigte. In: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hg.): Fehlzeiten-Report 2014. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 257-268.
- Gusy, Burkhard/Lesener, Timo (2019): Einführung in den Public Health Action Cycle. In: Techniker Krankenkasse (Hg.): SGM – Studentisches Gesundheitsmanagement. Hamburg, S. 34-35
- Gusy, Burkhard/Lohmann, Katrin/Drewes, Jochen (2010): Burnout bei Studierenden, die einen Bachelor-Abschluss anstreben. In: Prävention und Gesundheitsförderung 5, S. 271-275.
- Gusy, Burkhard/Lohmann, Katrin/Wörfel, Franziska (2015): Gesundheitsmanagement für Studierende – eine Herausforderung für Hochschulen. In: Badura, Bernhard/Ducki,

- Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hg.): Fehlzeiten-Report 2015. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 249-258.
- Gusy, Burkhard/Wörfel, Franziska/Lohmann, Katrin (2016): Erschöpfung und Engagement im Studium. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 24, S. 41-53.
- Hartmann, Thomas/Greiner, Katharina/Baumgarten, Kerstin (2017): Auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Hochschule. In: Personal und Organisationsentwicklung 12, S. 118-125.
- Hartmann, Thomas/Schluck, Stephanie/Sonntag, Ute (2018): Gesundheitsförderung und Hochschule. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Köln, S. 424-430.
- Hartmann, Thomas/Hungerland, Eva/Polenz, Wolf/Sonntag, Ute (2020): Eckpunkte zu einer Gesundheitsförderungsstrategie Lebenswelt Hochschule 2019-2022. Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (Hg.), Hannover. Letzter Zugriff am: 24.02.2020. Verfügbar unter: http://gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/O1_Startseite/AGH-Eckpunkte_2019-09-12.pdf
- Hartung, Susanne/Rosenbrock, Rolf (2018): Settingansatz – Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Köln, S. 892-896.
- Hausen, Karin (1976): Die Polarisierung der »Geschlechtscharaktere« – Eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben. Stuttgart: Ernst Klett Verlag.
- Heintz, Bettina/Nadai, Eva/Ummel, Hannes (1997): Ungleich unter Gleichen. Studien zur geschlechtsspezifischen Segregation des Arbeitsmarktes. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Heise, Elke/Zaepernick-Rothe, Ute (2012): Zufriedenheit von Lehrenden an deutschen Universitäten mit ihrer Lehrtätigkeit. In: Becker, Fred G./Krücken, Georg/Wild, Elke (Hg.): Gute Lehre in der Hochschule. Wirkungen von Anreizen, Kontextbedingungen und Reformen. Bielefeld: W. Bertelsmann, S. 115-135.
- Hendrix, Ulla/Mauer, Heike/Niegel, Jennifer (2019): Karrierehindernis Geschlecht? Zum Verbleib von Frauen in der Hochschulmedizin. In: Gender Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft 11, S. 47-62.
- Hesser, Wilfried/Langfeldt, Bettina (2017): Das duale Studium aus Sicht der Studierenden. Letzter Zugriff am: 14.02.2020. Verfügbar unter: http://edoc.sub.uni-hamburg.de/hso/volltexte/2017/3155/pdf/22.01.2017_Final_Bericht_Duales_Studium_mit_DB_1.pdf
- Hildebrand, Claudia/Michel, Sigrid/Surkemper, Hans-Peter (2007): Die Gesundheit der Statusgruppen – eine Synopse. In: Krämer, Alexander/Sonntag, Ute/Steinke, Brigitte/Meier, Sabine/Hildebrand, Claudia (Hg.): Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Weinheim München: Juventa Verlag, S. 13-28.
- Hirschauer, Stefan (1994): Die soziale Fortpflanzung der Zweigeschlechtlichkeit. In: Kölner Zeitschrift für Sozialpsychologie 46, S. 668-691.
- Hofbauer, Johanna (2006): Konkurrentinnen außer Konkurrenz? In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 31, S. 23-44.

- Hofmann, Silvia/König, Maik (2017): AusbildungPlus Duales Studium in Zahlen 2016- Trends und Analysen. Letzter Zugriff am: 14.02.2020. Verfügbar unter: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hg.). https://www.bibb.de/dokumente/pdf/59df505289ed7_bibb_09-282_ausbildungplus_barrierefrei_korr_urn.pdf
- Hofmeister, Heather/Hohmann, Julia (2011): She get's less: gender differences in resource allocation to new professors at RWTH Aachen University. In: Leicht-Scholten, Carmen/Breuer, Elke/Tulodetzki, Nathalie/Wolffram, Andrea (Hg.): Going Diverse: Innovative Answers to Future Challenges. Opladen Farmington Hills: Budrich UniPress Ltd., S. 123-136.
- Huber, Ludwig/Portele, Gerhard (1983): Die Hochschullehre. In: Huber, Ludwig (Hg.): Ausbildung und Sozialisation in der Hochschule. Band 10 der Reihe Enzyklopädie Erziehungswissenschaften. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 193-218.
- Hungerland, Eva/Weik, Ella (2019): Leistungsbezogener Substanzkonsum bei Studierenden im dualen Studiengang Soziale Arbeit-eine quantitative Querschnittserhebung. In: Hess, Simone (Hg.): Dual Sozialpädagogik studieren. Wiesbaden: Springer VS, S. 261-279.
- Jahn, Ingeborg (2003): Gender-Glossar. Bremen: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Joiko, Karin/Schmauder, Martin/Wolff, Gertrud (2010): Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben. Dortmund.
- Julius-Maximilians-Universität Würzburg (2018): Ein neues Instrument zur Arbeitsbewertung – Vorbild ABAKABA. Letzter Zugriff am: 26.01.2020. Verfügbar unter: <https://www.uni-wuerzburg.de/chancengleichheit/gleichstellung/gleichstellung/netzwerke-in-der-gleichstellung/informationen-und-aktivitaeten-der-bukof-kommission-chancengleichheit-fuer-mitarbeiterinnen-in-technik-und-verwaltung/eu-projekt-umsetzung-des-grundsatzes-der-entgeltgleichheit-durch-diskriminierungsfreiere-arbeitsbewertung-an-hochschulen/ein-neues-instrument-zur-arbeitsbewertung-vorbild-abakaba/>
- Jürgens, Kerstin/Heiden, Mathias (2013): Kräftemessen. Berlin: edition sigma.
- Kamphans, Marion/Baader, Meike Sophia/Beaufaÿs, Sandra (2019): Hochschule und Geschlecht. In: Gender Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft 11, S. 7-10.
- Kanter, Rosabeth M. (1977): Men and Women of the Corporation. New York: Basic Books.
- Karasek, Robert A. (1979): Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. In: Administrative Science Quarterly 24, S. 285-308.
- Katz, Christian/Baitsch, Christof (2006): Arbeit bewerten – Personal beurteilen. Zürich: vdf Hochschulverlag AG.
- Klinger, Cornelia (2003): Exklusionen: Exkursion in einen dunklen Kontinent. Geschlecht in der Geschichte der Wissenschaft. Eine historisch-systematische Rekonstruktion der Verhältnisse von Wissenschaft, Gesellschaft und Geschlecht. Für: Seminar Denkverhältnisse. Ansätze und Strategien feministischer Erkenntniskritik. Virtual International Gender Studies (VINGS), Verbundprojekt der Universitäten Hannover, Bielefeld, Bochum und der Fernuniversität Hagen (auf CD-Rom) 2003.
- Knapp, Gudrun-Axeli (2011): Gleichheit, Differenz, Dekonstruktion und Intersektionalität: Vom Nutzen theoretischer Ansätze der Frauen- und Geschlechterforschung für die gleichstellungspolitische Praxis. In: Chancengleichheit durch Personalpolitik. Wiesbaden: Gabler, S. 71-82.

- Knoch, Daria (2001): Gesundheit in der Studieneingangsphase – Eine geschlechtsspezifische Betrachtung. Zürich: Zentralstelle der Studentenschaft Zürich.
- Kocher, Eva/Porsche, Stefanie (2015): Sexuelle Belästigung im Hochschulkontext – Schutzlücken und Empfehlungen. Berlin.
- Kortendiek, Beate/Mense, Lisa/Beaufaÿs, Sandra/Bünnig, Jenny/Hendrix, Ulla/Herrmann, Jeremia/Mauer, Heike/Niegel, Jennifer (2019): Gender-Report 2019 Geschlechter(un)gerechtigkeit an nordrhein-westfälischen Hochschulen. Essen.
- Krause, Andreas/Dorsewagen, Cosima (2017): Neue Herausforderungen für die Betriebliche Gesundheitsförderung durch indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung. In: Fallner, Gudrun (Hg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe Verlag, S. 153-164.
- Krämer, Alexander/Sonntag, Ute/Steinke, Brigitte/Meier, Sabine/Hildebrand, Claudia(Hg.) (2007): Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Weinheim München: Juventa Verlag.
- Krell, Gertraude/Carl, Andrea-Hilla/Krehnke, Anna (2001): Aufwertung von Frauentätigkeiten: Diskriminierungsfreie Bewertung von (Dienstleistungs-) Arbeit. Stuttgart: Bundesvorstand ver.di.
- Krell, Gertraude/Ortlieb, Renate/Sieben, Barbara (Hg.) (2011): Chancengleichheit durch Personalpolitik. 6 Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- Krell, Gertraude/Mückenberger, Ulrich/Tondorf, Karin (2011b): Gender Mainstreaming: Chancengleichheit (nicht nur) für Politik und Verwaltung. In: Krell, Gertraude/Ortlieb, Renate/Sieben, Barbara (Hg.): Chancengleichheit durch Personalpolitik: Gleichstellung von Frauen und Männern in Unternehmen und Verwaltungen. Wiesbaden: Gabler, S. 85-104.
- Kremer-Hayon, Lya (1996): Burn-out and Stress Antecedents among University Faculty Members and Faculty Developers. In: Schwarzer, Christine/Zeidner, Moshe (Hg.): Stress Anxiety, and Coping in Academic Settings. Tübingen und Basel: Francke Verlag, S. 133-154.
- Kron, Thomas/Engelhardt, Hannes/Verneuer, Lene M. (2019): Gewalt an der Universität. In: Forschung & Lehre 26, S. 1096-1098.
- Krücken, Georg/Wild, Elke/Kloke, Katharina/Esdar, Wiebke (2012): Universitäre Lehre in Zeiten der Studienreform und Exzellenz-Initiative: Multiple Zielverfolgung auf der Ebene der Organisation und ihrer individuellen Akteure. Schlussbericht des Projektes „Congo@universities – Conflicting goals@universities“. Letzter Zugriff am: 01.04.2020. Verfügbar unter: https://pub.uni-bielefeld.de/download/2468918/2468933/Schlussbericht_ConGO_universities.pdf.
- Krüger, Helga (1995): Dominanz im Geschlechterverhältnis: Zur Institutionalisierung von Lebensläufen. In: Becker-Schmidt, Regina (Hg.): Das Geschlechterverhältnis als Gegenstand der Sozialwissenschaften. Frankfurt am Main/New York: Campus, S. 195-219.
- Krüssel, Martin/Hartmann, Thomas (2019): Verortung der Akteurinnen und Akteure des SGM. In: Techniker Krankenkasse (Hg.): SGM – Studentisches Gesundheitsmanagement. Hamburg, S. 23-24.
- Kühl, Stefan (2019): Die deregulierte Hochschule ist ein Mythos. In: Forschung und Lehre 26, S. 1078-1083.
- Kuhlmann, Ellen (1996): Subjektive Gesundheitskonzepte: Eine empirische Studie mit Professorinnen und Professoren. Münster: LIT.

- Kuhlmann, Ellen/Kutzner, Edelgard/Müller, Ursula/Riegraf, Birgit/Wilz, Sylvia (2002): Organisationen und Professionen als Produktionsstätten der Geschlechter(a)symmetrie. In: Schäfer, Eva/Fritzsche, Bettina/Nagode, Claudia (Hg.): Geschlechterverhältnisse im sozialen Wandel. Interdisziplinäre Analysen zu Geschlecht und Modernisierung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 221-249.
- Kutzner, Edelgard (2010): Vielfalt in Organisationen – ein kritisch-konstruktiver Blick. In: Sozialforschungsstelle Dortmund Jahresbericht 2009-2010. Dortmund, S. 33-38.
- Kutzner, Edelgard (2017): Arbeit und Geschlecht. Die Geschlechterperspektive in der Auseinandersetzung mit Arbeit – aktuelle Fragen und Herausforderungen. Düsseldorf.
- Lazarus, Richard S. (1999). Stress and emotion, a new synthesis. London: Free Association Books.
- Leicht-Scholten, Carmen/Breuer, Elke/Tulodetzki, Nathalie/Wolffram, Andrea (Hg.) (2011): Going Diverse: Innovative Answers to Future Challenges. 1. Aufl. Verlag Barbara Budrich.
- Lesener, Tino/Gusy, Burkhard (2017): Arbeitsbelastungen, Ressourcen und Gesundheit im Mittelbau. Frankfurt am Main: GEW.
- Lewis, Charlotte/Mathiassen, Svend Erik (2013): Physical work, gender, and health in working life. Stockholm.
- Lorber, Judith (1999): Gender-Paradoxien. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meier, Sabine (2007): Gesundheitszirkel im Setting Hochschule. In: Krämer, Alexander/Sonntag, Ute/Steinke, Brigitte/Meier, Sabine/Hildebrand, Claudia (Hg.): Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Weinheim München: Juventa Verlag, S. 71-80.
- Meier, Sabine/Krämer, Alexander/Stock, Christiane (2007): Die Gesundheit von Studierenden im europäischen Vergleich. In: Krämer, Alexander/Sonntag, Ute/Steinke, Brigitte/Meier, Sabine/Hildebrand, Claudia (Hg.): Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Weinheim München: Juventa Verlag, S. 29-39.
- Metz-Göckel, Sigrid (1997): Geschlecht in der Hochschulforschung und im Hochschulalltag. Unerwünschte und gewollte Unterschiede. In: Metz-Göckel, Sigrid/Steck, Felicitas (Hg.): Frauenuniversitäten. Initiativen und Reformprojekte im internationalen Vergleich. Opladen: Leske+Budrich, S. 17-40.
- Meuser, Michael (2006): Hegemoniale Männlichkeit – Überlegungen zur Leitkategorie der Men's Studies. In: Frauen Männer Geschlechterforschung. Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 160-174.
- Michel, Sigrid/Sonntag, Ute/Hungerland, Eva/Nasched, Margareta/Schluck, Stephanie/Sado, Florian/Bergmüller, Annette (2018): Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Grafing: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Middendorff, Elke/Apolinarski, Beate/Becker, Karsten/Bornkessel, Philipp/Brandt, Tasso/Heißenberg, Sonja/Poskowsky, Jonas (2017): Die Wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2016. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).
- Moldaschl, Manfred (2017): Das Konzept der Widersprüchlichen Arbeitsanforderungen (WAA). In: Faller, Gudrun (Hg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe Verlag, S. 139-151.

- Müller, Ursula (1998): Asymmetrische Geschlechterkultur in Organisationen und Frauenförderung als Prozess – mit Beispielen aus Betrieben und der Universität. In: Zeitschrift für Personalforschung 12, S. 123-142.
- Müller, Ursula (1999): Asymmetrische Geschlechterkonstruktionen in der Hochschule. In: Neusel, Aylâ/Wetterer, Angelika (Hg.): Vielfältige Verschiedenheiten. Geschlechterverhältnisse im Studium, Hochschule und Beruf. Frankfurt am Main: Campus, S. 135-160.
- Nielbock, Sonja/Gümbel, Michael (2012): Die Last der Stereotype. Düsseldorf: Edition der Hans Böckler Stiftung, S. 267.
- Nielsen, Morte B./Einarsen, Stale (2012): Prospective relationships between workplace sexual harassment and psychological distress. In: Occupational Medicine 62, S. 226-228.
- Okanagan Charter (2015): An international Charter for Health Promoting Universities and Colleges. https://www.acha.org/documents/general/Okanagan_Charter_Oct_6_2015.pdf
- Ostner, Ilona (1991): „Weibliches Arbeitsvermögen“ und soziale Differenzierung. In: Leviathan 12, S. 192-207.
- Pieck, Nadine (2006): Gesundheitsmanagement in öffentlichen Verwaltungen geschlechtergerecht gestaltet. Praxisbeispiel aus Niedersachsen. In: Kolip, Petra/Altgeld, Thomas (Hg.): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim München: Juventa, S. 219-232.
- Pieck, Nadine (2012): Betriebliches Gesundheitsmanagement fällt nicht vom Himmel. 2. Aufl. Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung.
- Pieck, Nadine (2013): Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung. München: Rainer Hampp Verlag.
- Pieck, Nadine (2014): Steuerungsversuche: Gesundheitsmanagement zwischen Gestaltung und Entkopplung. In: Vedder, Günther/Pieck, Nadine/Schlichting, Brit/Schubert, Andrea/Krause, Florian (Hg.): Befristete Beziehungen. Menschengerechte Gestaltung von Arbeit in Zeiten der Unverbindlichkeit. München: Rainer Hampp Verlag, S. 169-185.
- Pieck, Nadine (2017): Gesundheitliche Chancengleichheit im Betrieb: Schwerpunkt Gender. Berlin: vdek.
- Pieck, Nadine/Schröder, Christina (2014): Diversity: ein geeignetes Handlungskonzept zur Durchsetzung von Geschlechtergerechtigkeit im Arbeits- und Gesundheitsschutz? In: Weg, Marianne/Stolz-Willig, Brigitte (Hg.): Agenda Gute Arbeit: geschlechtergerecht! Hamburg: VSA Verlag, S. 124-137.
- Pieck, Nadine/Schröder, Christina (2016): Gender im Betrieblichen Eingliederungsmanagement. In: Feldes, Werner/Faber, Ulrich/Niehaus, Mathilde (Hg.): Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Frankfurt am Main: Bund Verlag, S. 87-98.
- Pieck, Nadine/Schinkovits, Günther (2016): Von der Handlungshilfe zur Umsetzung – Gender Mainstreaming im Arbeits- und Gesundheitsschutz. In: sicher ist sicher 2016, S. 196-200.
- Pirolt, Elfriede/Schauer, Gabriele (2006): Vom Projekt Spagat zu Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Fünf Jahre betriebliche Gesundheitsförderung mit Gender-Perspektive. In: Kolip, Petra/Altgeld, Thomas (Hg.): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München: Juventa, S. 233-244.

- Reuhl, Barbara (2016): Schwangerschaft im Betrieb: kein Randgruppenthema. In: frau geht vor, S. 8.
- Robert Koch-Institut (2014): Körperliche Aktivität. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012« (Robert Koch-Institut (RKI), Hg.). Berlin. Letzter Zugriff am: 24.07.2015. Verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBE-DownloadsF/Geda2012/Koerperliche_Aktivitaet.pdf?__blob=publicationFile
- Rosenbrock, Rolf/Hartung, Susanne (2018): Public Health Action Cycle/ Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Köln, S. 833-835.
- Schaeper, Hildegard (1997): Lehrkulturen, Lehrhabitus und die Struktur der Universität. Eine empirische Untersuchung fach- und geschlechtsspezifischer Lehrkulturen auf der Grundlage des Reproduktionsmodells von Pierre Bourdieu. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Schiek, Dagmar (2011): Was Personalverantwortliche über das Verbot der mittelbaren Geschlechtsdiskriminierung wissen sollten. In: Krell, Gertraude/Ortlieb, Renate/Sieben, Barbara (Hg.): Chancengleichheit durch Personalpolitik. Wiesbaden: Gabler, S. 41-58.
- Schnabel, Peter-Ernst (2001): Gesundheitliche Risiken des Arbeitsplatzes „Wissenschaft“. In: Universität Bielefeld (Hg.): Gesundheitsfördernde Hochschule: Tagungsdokumentation vom 31. Januar 2001. Bielefeld, S. 54-67.
- Sembritzki, Thorben/Thiele, Lisa (2019): Geschlechterunterschiede bei Karrierewegen von FachhochschulprofessorInnen: eine empirische Bestandsaufnahme. In: Gender Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft 11, S. 11-30.
- Stiegler, Barbara (2000): Wie Gender in den Mainstream kommt. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Siegrist, Johannes (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe.
- Sonntag, Ute (2009): Gender Mainstreaming und gesundheitsfördernde Hochschulen.
- Stock, Christiane/Krämer, Alexander (2001): Die Gesundheit von Studierenden im Studienverlauf. In: Das Gesundheitswesen 63, S. 56-59.
- Techniker Krankenkasse (Hg.) (2019): SGM – Studentisches Gesundheitsmanagement. Hamburg.
- The Swedish Work Environment Authority (Hg.) (2015): How can the work environment be better for both women and men? Stockholm: The Swedish Work Environment Authority.
- Timmann, Mareike/Hartmann, Thomas (2019): Einbettung des Themas: Worum geht es? In: Techniker Krankenkasse (Hg.): SGM – Studentisches Gesundheitsmanagement. Hamburg, S. 8-11.
- Tsouros, Agis D./Dowding, Gina/Thompson, Jane/Dooris, Mark (1998): Health Promoting Universities. Copenhagen: WHO.
- Unger, Hella von (2012): Partizipative Gesundheitsforschung: wer partizipiert woran? In: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research 13, S. 29.
- Verloo, Mieke (2001): Another velvet revolution?: Gender mainstreaming and the politics of implementation. Vienna: IWM Publications.

- VuMA (2018): Studenten in Deutschland nach Geschlecht im Vergleich mit der Bevölkerung im Jahr 2018. In: *Statista*. Letzter Zugriff am: 16.02.2020. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/859976/umfrage/umfrage-in-deutschland-zum-geschlecht-der-studenten/>
- Walgenbach, Peter/Meyer, Renate (2008): Neoinstitutionalistische Organisationstheorie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Walter, Uta (2010): Standards des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Betriebliche Gesundheitspolitik. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 147-161.
- Wedgwood, Nikki/Connell, Raewyn W. (2010): Männlichkeitsforschung: Männer und Männlichkeiten im internationalen Forschungskontext. In: Becker, Ruth/Kortendiek, Beate (Hg.): Handbuch der Frauen- und Geschlechterforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 116-125.
- Weg, Marianne/Stolz-Willig, Brigitte (Hg.) (2014): Agenda Gute Arbeit: geschlechtergerecht! Hamburg: VSA Verlag.
- Wersäll, Minke (2019): Gender perspective in legislation and enforcement. Presentation on conference "Legislation and practical management of psychosocial risks at work" on 3.10.2019. Stockholm.
- Wetterer, Angelika (2008): Konstruktion von Geschlecht: Reproduktionsweisen der Zweigeschlechtlichkeit. In: Becker, Ruth/Kortendiek, Beate (Hg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 126-136.
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Letzter Zugriff am: 16.03.2020. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- Wilz, Sylvia Marlene (2008): Organisation: Die Debatte um „Gendered Organizations“. In: Becker, Ruth/Kortendiek, Beate (Hg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 505-511.
- Winefield, Anthony H./Jarrett, Richard (2001): Occupational Stress in University Staff. In: International Journal of Stress Management 8, 4, S. 285-298.
- Winteler, Adolf (2002): Lehrqualität = Lernqualität? (Teil 2). In: Hochschulwesen 50, 3, S. 82-89.
- Winter, Regine (1998): Gleiches Entgelt für gleichwertige Arbeit. Ein Prinzip ohne Praxis. Baden-Baden: Nomos.
- Wright, Michael T. (2018): Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Köln, S. 705-711.
- Ziegler, Yvonne/Gramel, Regine/Weissenrieder, Caprice (2015): Karriereperspektiven berufstätiger Mütter. 1. Frankfurter Karriere Studie. Göttingen: Cuvillier.

Anhang

Anhang 1: Fragen zur Handlungshilfe und zur Umsetzung im Betrieb (Pieck und Schinkovits 2016, 198).

In Schweden wurde damit begonnen, die eigene Inspektionspraxis zu reflektieren. In einem Modellvorhaben untersuchten die InspektorInnen exemplarisch die Belastungen und Ressourcen von Managerinnen in Unternehmen im Vergleich zu Managern. Ihre eigene Erhebung und Auswertung der Daten befähigte sie dazu, *strukturelle* Unterschiede zu erkennen und diese als einen zentralen Aspekt der Aufgabe "Gender im Arbeits- und Gesundheitsschutz" zu begreifen. Gemeinsam mit den betrieblichen AkteurInnen entwickelten sie entsprechende Maßnahmen. Die in den Modellprojekten gemeinsam gesammelte Erfahrung diente der schwedischen Arbeitsinspektion als Grundlage für den oben bereits zitierten Handlungsleitfaden. Der Leitfaden richtet sich an Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, die die Genderperspektive im Arbeits- und Gesundheitsschutz umsetzen wollen. Drei verschiedene Perspektiven - Organisation, Menschen und Technik - leiten den Erkenntnisprozess an und bilden die Grundlage für die Entwicklung geeigneter Maßnahmen.

Die Fragen dienen dazu, Regeln, Strukturen und Prozesse der Organisation sowie vorherrschende Deutungs- und Wahrnehmungsmuster in der Organisation zu untersuchen - nicht die Eigenschaften von Frauen und Männern. Sie analysieren die Situation und welche Gestaltungsaspekte Geschlechtergerechtigkeit fördern. Dabei wird davon ausgegangen, dass Menschen unterschiedlich sind, die Zugehörigkeit zu einer Gruppe - hier Frauen und Männer - darf jedoch nicht dazu führen, dass Regeln, Strukturen oder Verfahren, die zwar neutral erscheinen, eine der Gruppen benachteiligen - z.B. im Hinblick auf Einkommen oder Gesundheit. Dies ist im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz als mittelbare Diskriminierung verboten.

Die folgenden Fragen (eigene Übersetzung) haben sich als nützlich für die Umsetzung eines geschlechtergerechten Arbeits- und Gesundheitsschutzes erwiesen:

Organisation

- ▶ Wie viele Frauen und Männer arbeiten im Unternehmen?
- ▶ Welche Tätigkeiten üben sie aus?
- ▶ Welche Positionen haben Frauen und Männer inne? Wenn sie gleiche Positionen innehaben, üben sie dieselben Tätigkeiten aus?
- ▶ Falls Frauen und Männer unterschiedliche Dinge tun, wie sehen dann die Risiken für Frauen und Männer aus?
- ▶ Gibt es Bestrebungen, eine ausgewogene Anzahl von Frauen und Männern zu beschäftigen?

- ▶ In den offiziellen Statistiken sind Frauen häufiger krank und müssen die Erwerbstätigkeit häufiger als Männer wegen schlechter Gesundheit vorzeitig beenden. Wie sieht es in meinem Betrieb aus? Wie lassen sich die möglichen Unterschiede erklären? Könnte es daran liegen, dass Frauen und Männer unterschiedliche Dinge tun?
- ▶ Welche Voraussetzungen haben Frauen und Männer am Arbeitsplatz, die sie befähigen dieselben Tätigkeiten ausführen zu können?
- ▶ Haben alle ArbeitnehmerInnen die Möglichkeit, ihre eigene Arbeitssituation zu beeinflussen? Welche Beschäftigten haben ein hohes Arbeitstempo, ein maschinen- oder klienten-gesteuertes Arbeitstempo, fehlende Entwicklungsmöglichkeiten oder sind physisch an den Arbeitsplatz gebunden?
- ▶ Wie wirken sich verschiedene operative Entscheidungen auf die Exposition unterschiedlicher Risiken und Gesundheitsgefahren aus?
- ▶ Erhalten Meinungen und Standpunkte von Frauen und Männern zu bestehenden Problemen sowie Vorstellungen zur Verbesserung der Arbeitsumgebung dieselbe Aufmerksamkeit?
- ▶ Wenn Muskel-Skelett-Erkrankungen ansteigen, kann Jobrotation ein Weg sein, Verletzungen zu vermeiden oder zu reduzieren?
- ▶ Gibt es Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter, die ihre Arbeitszeit wegen physiologischer oder psychosozialer Mängel der Arbeitsumgebung reduziert haben? Bestehen hier Unterschiede zwischen Frauen und Männern?
- ▶ Wie sieht die Verteilung von Frauen und Männern in Arbeitsgruppen, Projektgruppen und Entwicklungsgruppen aus?

Menschen (und Deutungsmuster)

- ▶ Verfolgt unser Arbeits- und Gesundheitsschutz eine Gleichstellungsperspektive?
- ▶ Gibt es Vorstellungen/Deutungsmuster im Unternehmen, dass manche Tätigkeiten oder Arbeitsbereiche eher angemessener für Frauen oder für Männer sind?
- ▶ Gibt es Bilder, Texte oder Objekte im Arbeitsumfeld, die als herabwürdigend wahrgenommen werden können? Gibt es einen Sprachgebrauch oder Jargon, der als herabwürdigend erfahren werden kann?
- ▶ Sind Arbeitsbereiche integrierend oder ausschließend? Fühlen sich MitarbeiterInnen integriert - unabhängig vom Geschlecht?
- ▶ Ist der Arbeitsplatz durch gegenseitigen Respekt und Toleranz charakterisiert?

Technik

- ▶ Sind Arbeitsmittel am Arbeitsplatz sowohl für kleine als auch große Hände bzw. Körper angepasst?
- ▶ Gibt es eine Schutzausrüstung, die passt? Unabhängig vom Geschlecht?
- ▶ Gibt es eigene Umkleieräume für Frauen und Männer?
- ▶ Sind Arbeitsplätze individuell und ergonomisch angepasst? Gibt es Unterschiede zwischen frauendominierten und männerdominierten Berufen, wenn es im Schutzausrüstung, (...) Werkzeuge etc. geht?
- ▶ Gibt es Maschinen, die einen "Geschlechterstempel" haben, die also nur von Frauen oder nur von Männern bedient werden?
- ▶ Können ein unterschiedlicher Krankenstand von Frauen und Männern/eine unterschiedliche Frühverrentung damit zusammenhängen, dass Instrumente/Werkzeuge nicht gleichermaßen an Frauen und Männer angepasst sind?

Anhang 2: Betriebslandkarte (Pieck 2012, 53f.).

Die Betriebslandkarte – Strukturanalyse und Handlungsbedarfe ermitteln

Die Betriebslandkarte soll dabei helfen, sich in Gesprächen und Workshops ein gemeinsames Bild davon zu machen, wo in der Hochschule Handlungsbedarf besteht und welche strukturelle Gegebenheiten (z.B. Anzahl der Standorte, Größe der Organisation etc.) für die Planung zu berücksichtigen sind.

Hinweise für Handlungsbedarf sind beispielsweise Unzufriedenheit mit dem Führungsverhalten in einzelnen Bereichen, Konflikte unter Kollegen*innen, hohe Fehlzeiten oder hohe Fluktuation.

Die Betriebslandkarte unterstützt die Beteiligten, sich ein gemeinsames Bild davon zu machen, wo Handlungsbedarfe vermutet werden und welche Besonderheiten (Anzahl der Standorte, Größe etc.) bei der Planung und Steuerung zu berücksichtigen wären. Der wesentliche Beitrag dieses Instruments liegt in der Visualisierung der Organisation und der jeweiligen Handlungsbedarfe. Es soll tatsächlich ein geografisches Bild der Organisation gezeichnet werden. Dabei wird mit den Standorten begonnen, die als Kreise dargestellt und ihrer geografischen (nicht organisatorisch wie in einem Organigramm!) Lage und relationalen Größe nach abgebildet werden. So lassen sich einerseits (hierarchische) Beziehungen zwischen einer Organisationszentrale und nachgeordneten Geschäftsbereichen und Entscheidungsstrukturen in einer Organisation veranschaulichen. Die Karte zeigt auf, wo möglicherweise personelle Ressourcen (z.B. Personalentwicklung, Weiterbildung, Betriebsärzte) für die Unterstützung eines Gesundheitsmanagements angesiedelt sein müssten.

Die regionale Verteilung von Organisationsstandorten und ihre Belegschaftsgröße ist z. B. wichtig für die Frage, ob ein zentrales Steuerungsgremium eingerichtet werden und wie es zusammengesetzt sein sollte oder ob es sinnvoll ist, mehrere Steuerungsgruppen zu bilden.

Die Zahl der Beschäftigten und die Aufschlüsselung nach Organisationsbereichen bzw. nach Beschäftigtengruppen liefert auch Anhaltspunkte dafür, welche Verfahren zur Diagnose von Belastungen und Ressourcen eingesetzt werden können. Bei einer kleinen Anzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (< 30) an einem Standort ist der Einsatz von standardisierten Fragebögen beispielsweise nicht sinnvoll. In solchen Fällen sollten eher Diagnoseworkshops oder Einzelinterviews durchgeführt werden, die von einer externen Stelle in anonymisierter Form zusammengefasst werden

Betriebslandkarte erstellen

Malen Sie eine Landkarte der Hochschule. Hierzu können Sie sich zum Beispiel folgende Fragen stellen:

- ▶ Wie viele Standorte hat Ihre Organisation? Wie viele Mitarbeitende arbeiten dort?
- ▶ Was sind die Haupttätigkeitsbereiche am jeweiligen Standort?
- ▶ Wer arbeitet in den jeweiligen Bereichen/Abteilungen (Frauen/Männer, Altersverteilung)?
- ▶ Tragen Sie dann mit einer anderen Farbe zu den folgenden Fragen Symbole oder Anmerkungen an die jeweiligen Standorte bzw. Organisationseinheiten.
- ▶ Wo vermuten Sie Handlungsbedarf?
- ▶ Welche Belastungen und Ressourcen gehen mit den Tätigkeiten einher? Das können zum Beispiel sein: Umgang mit Gefahrstoffen, langes Sitzen, Umgang mit Gewalt, stehende oder monotone Tätigkeiten
- ▶ Gibt es Belastungen durch Führung, Betriebsklima, Konflikte, hohe Unfallraten?
- ▶ Gibt es Bereiche mit besonders hohen Fehlzeiten, Fluktuation, Störungen in den Abläufen, verringerte Produktivität?

Wo sind Handlungsbedarfe und Ansatzpunkte für das betriebliche Gesundheitsmanagement?

Was wurde bisher unternommen, um diesen Handlungsbedarfen zu begegnen?

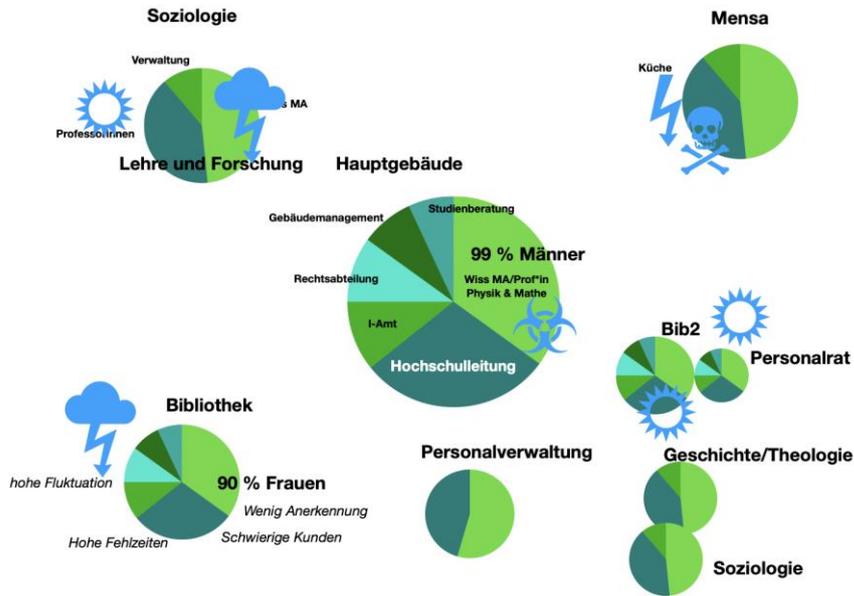


Abbildung 1: Beispiel Betriebslandkarte

Aus der Betriebslandkarte, wie in Abbildung 1 exemplarisch dargestellt, lässt sich erkennen, dass für Steuerung und Projektorganisation berücksichtigt werden muss, wie Gesundheitsmanagement über mehrere Standorte gesteuert und geplant werden kann. Ist es sinnvoll, eine dezentrale Steuerung an jedem Standort einzurichten? Es wird auch sichtbar, wie viele Personen an welchem Standort möglicherweise von besonders belastenden Arbeitsbedingungen betroffen sind. Je nach dem, über wie viele zeitliche und finanzielle Ressourcen das Gesundheitsmanagement verfügt, kann abgewogen werden, in welchen Bereichen begonnen werden soll.

Anhang 3: Ablauf eines Workshops zur Strukturanalyse und Hypothesenbildung (Pieck 2017, 33f.).

Thema	Ablauf – Methode	Dauer 0,5 - 1 Tag
Begrüßung	Durch Gastgeber oder Gastgeberin, Einladende Das Gespräch wird moderiert durch eine Prozessbegleitung.	
Einstieg ins Thema	<p>Abfrage:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Was gefällt Ihnen an Ihrer Arbeit? ▶ Was macht Ihnen Spaß bei der Arbeit? ▶ Was ist Ihnen eher eine Last bei der Arbeit? Was kränkt? Was macht krank? <p>Die Antworten können auf Karten notiert werden oder am Flipchart mitgeschrieben werden.</p> <p>Die Fragen sensibilisieren für die unterschiedlichen Aspekte der Arbeit, die für Wohlbefinden und Gesundheit relevant sind.</p>	
Vortrag: Was ist ein geschlechtergerechtes Betriebliches Gesundheitsmanagement?	<p>Zusammenhänge Arbeit und Gesundheit</p> <p>Kernprozess</p> <p>Prinzipien</p> <p>Akteure</p>	
Diskussion des Ansatzes		
Erste Bestandsaufnahme im Betrieb	<p>Dient der Klärung, wo aus Sicht der Anwesenden eigentlich Probleme oder Handlungsbedarfe in der Hochschule liegen</p> <p>Methode: „Betriebslandkarte“</p> <p>Malen Sie ein Bild! Berücksichtigen Sie dabei folgende Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ~Welche Standorte gibt es? ~Wie viele Frauen und Männer arbeiten dort? ~Um welche Tätigkeiten/Tätigkeitsbereiche handelt es sich dabei? ~Gibt es Abteilungen, Untergruppen, Teams? ~Wie schätzen Sie die Belastungen und Ressourcen in den einzelnen Einheiten ein (z .B. hohe Fluktuation, Fehlzeiten, schlechtes Betriebsklima, hohe Unfallquote, Konflikte, Führungsverhalten, Konflikte zwischen Gruppen)? 	
Diskussion des Handlungsbedarfs	<p>Welchen Handlungsbedarf sehen Sie?</p> <p>Ergebnis: Es wird deutlich, wo die Anwesenden Handlungsbedarf sehen und ob Sie diesen unterschiedlich einschätzen.</p>	

Formulierung einer Projektidee	<p>Leitfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Was könnten gemeinsame Ziele sein? -Was wären zentrale Schritte im Projekt? -Wo liegen Handlungsschwerpunkte? -Was ist die grobe Idee für das Projekt?
Richtungsentscheidung	<p>Es entsteht ein Meinungsbild der Gruppe, ob dieses Vorgehen weiter verfolgt werden soll.</p> <p>Für eine Einschätzung der Erfolgsaussichten sowie für die Planung der nächsten Schritte ist es sinnvoll, eine Krafffeldanalyse durchzuführen.</p>
Nächste Schritte	<p>Je nach dem, in welcher Konstellation dieses Gespräch stattgefunden hat, muss ggf. noch das Gespräch mit der Hochschulleitung gesucht werden.</p> <p>Grobe Planung des möglichen Vorgehens: Ressourcen und Kosten</p> <p>Eintritt in die Projektvorbereitungsphase: Vorbereiten des Konzeptworkshops</p>