



Leseprobe aus Faller, Diversityorientiertes Betriebliches  
Gesundheitsmanagement, ISBN 978-3-7799-7531-1  
© 2023 Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel  
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/  
gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-7531-1](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-7531-1)

# Inhalt

<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	11
<b>1. Arbeit im Wandel</b>	13
<b>2. Arbeit – Organisation – Gesundheit – Vielfalt</b>	19
2.1 Kapitelübersicht	19
2.2 Arbeit als Gegenstand gesellschaftlicher Konstitution	20
2.2.1 Zur Bedeutung von Arbeit für Gesundheit und Vielfalt	20
2.2.2 Atypische Arbeit	22
2.2.3 Arbeitsvertragliche Konstellationen und Gesundheit	23
2.3 Organisation als Gestaltungsfeld für Gesundheit und Vielfalt	25
2.3.1 Organisation als Vermittlungsinstanz zwischen Arbeit, Gesundheit und Vielfalt	25
2.3.2 Eigenschaften von Organisationen und ihre Bedeutung für Gesundheit und Vielfalt	27
2.4 Gesundheit als Gestaltungsziel im Kontext von Arbeit und Organisation	31
2.4.1 Gesundheit und Chancenungleichheit	31
2.4.2 Ressourcen und Gesundheitsbelastungen durch Arbeit	33
2.5 Vielfalt in der Arbeit	36
2.5.1 Verständnis und Bedeutung des Diversity-Begriffs	36
2.5.2 Diskriminierung als Gegenpol von Diversity	38
2.5.3 Erklärungsansätze zur Entstehung von Vorurteilen und Diskriminierung	39
2.5.4 Toleranz und Vielfalt als Gestaltungsziele in Organisationen	41
2.6 Zwischenfazit: Arbeit, Organisation, Gesundheit, Vielfalt	43
<b>3. Gesundheitliche Lage verschiedener Gruppen in der Arbeitswelt</b>	46
3.1 Allgemeine Überlegungen zu Diversität, Gesundheit und Arbeit	46
3.2 Gesundheit und Alter	47

3.2.1	Zur Bedeutung der Arbeitsfähigkeit im gesamten Erwerbsleben	47
3.2.2	Arbeitsunfälle im Altersvergleich	48
3.2.3	Arbeitsunfähigkeit im Altersvergleich	49
3.2.4	Subjektive Gesundheit im Verlauf des Erwerbslebens	50
3.2.5	Einflussfaktoren auf die Gesundheit im höheren Erwerbsalter	50
3.3	Gesundheit von Frauen und Männern bei der Arbeit	52
3.3.1	Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten im Geschlechtervergleich	52
3.3.2	Arbeitsunfähigkeit im Geschlechtervergleich	54
3.3.3	Subjektive Gesundheit von Männern und Frauen im Arbeitskontext	55
3.3.4	Arbeitsbedingungen von Frauen und Männern	56
3.4	Arbeit und Gesundheit im Kontext von Herkunft und Migration	58
3.4.1	Vorbemerkung	58
3.4.2	Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten	58
3.4.3	Arbeitsunfähigkeit	60
3.4.4	Subjektive Gesundheit	61
3.4.5	Arbeitsbezogene Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund	63
3.5	Behinderungen und chronische Erkrankungen	64
3.5.1	Daten zu Gesundheit und Arbeit bei Menschen mit Behinderungen	64
3.5.2	Inklusion in den ersten Arbeitsmarkt	65
3.5.3	„Inklusionsbrücken“ zur Arbeitswelt	67
3.5.4	Zwischenfazit zu Behinderung und Gesundheit im Arbeitsleben	70
3.6	Weitere Unterschiedsdimensionen im Kontext Arbeit	71
3.6.1	Bildungs- bzw. Ausbildungsstatus	71
3.6.2	Vertrags- bzw. Beschäftigungsform	72
3.6.3	Branchen- und Berufsgruppenzugehörigkeit	74
3.6.4	Arbeitslosigkeit	76
3.7	Zwischenfazit zur gesundheitlichen Lage verschiedener Gruppen in der Arbeitswelt	77

---

<b>4. Theorien zur Bedeutung psychosozialer Arbeitseinwirkungen auf Gesundheit</b>	<b>80</b>
4.1 Kapitelübersicht	80
4.2 Rahmentheorien zum Verhältnis von Arbeit und Gesundheit	81
4.2.1 Das Konzept des Arbeitssystems	81
4.2.2 Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept	83
4.3 Themenspezifische Theorien	85
4.3.1 Anforderungen und Handlungsspielräume bei der Arbeit	85
4.3.2 Gratifikationen und Gratifikationskrisen bei der Arbeit	88
4.3.3 Sozialkapital im Betrieb	89
4.3.4 Arbeitsanforderungen, Ressourcen und deren Zusammenwirken	91
4.3.5 Herausforderungen im Dienstleistungssektor: Das Konzept der Interaktionsarbeit	94
4.3.6 Interessierte Selbstgefährdung	96
4.4 Zwischenfazit: psychosoziale Arbeitseinflüsse und Gesundheit	101
<b>5. Theorieansätze zur Vielfalt in der Arbeit</b>	<b>102</b>
5.1 Zum Diversity-Begriff	102
5.2 Allgemeine Diversitätstheorien	103
5.2.1 Grundsätzliche Anmerkungen	103
5.2.2 Veränderbarkeit von Vielfalt: Das Modell der Four Layers of Diversity	105
5.2.3 Die intersektionale Perspektive	107
5.3 Spezifische Theorien zur Vielfalt in der Arbeit	109
5.3.1 Einleitende Anmerkungen	109
5.3.2 Alter, Generationen und Sorgearbeit	109
5.3.3 Gender in Arbeit und Organisation	117
5.3.4 Kulturelle Diversität in Arbeit und Organisation	124
5.3.5 „Behindert sein“ oder „behindert werden“ in Arbeit und Organisation	129
5.4 Zwischenfazit: Vielfalt in der Arbeit	134
<b>6. Leitorientierungen der Organisationsveränderung</b>	<b>136</b>
6.1 Kapitelübersicht	136
6.2 Grundlegende Veränderungskonzepte	136

---

6.2.1	Soziale Bedürfnisse als Gewinnerzielungsfaktor: Der Ansatz der Human Relations	136
6.2.2	Phasen des Veränderungsprozesses, Action Research und Survey Feedback	137
6.2.3	Technik – Organisation – Individuum als interdependente Systemkomponenten	139
6.2.4	Managementkonzepte der Organisationsveränderung	141
6.2.5	Einflüsse der Digitalisierung auf betriebliche Steuerungsprozesse	143
6.3	Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung und betriebliches Gesundheitsmanagement	147
6.3.1	Überblick	147
6.3.2	Betriebliche Gesundheitsförderung	147
6.3.3	Betriebliches Gesundheitsmanagement	149
6.3.4	Digitales betriebliches Gesundheitsmanagement	150
6.4	Strategien zugunsten von Vielfalt im betrieblichen Kontext	152
6.4.1	Schutz von Minderheiten und positive Diskriminierung	152
6.4.2	Diversität als Wettbewerbsfaktor	153
6.4.3	Diversity Management als systematischer Veränderungsprozess	155
6.4.4	Ambivalente Aspekte betrieblicher DIM-Aktivitäten	156
6.5	Zwischenfazit: Gesundheit und Diversity zwischen Humanität und Ökonomie	160
<b>7.</b>	<b>Gesetzliche Grundlagen zugunsten von Gesundheit und Diversity im Betrieb</b>	<b>161</b>
7.1	Kapitelübersicht	161
7.2	Verantwortlichkeiten für Gesundheit und Vielfalt im Betriebskontext	162
7.2.1	Aufgaben von Arbeitgebenden	162
7.2.2	Aufgaben von Führungskräften	166
7.2.3	Aufgaben der Beschäftigtenvertretung	167
7.2.4	Aufgaben von Fachkräften für Arbeitssicherheit und Betriebsärzt*innen	169
7.2.5	Individuelle Partizipation von Beschäftigten	170
7.2.6	Sicherheitsbeauftragte sowie weitere Beauftragte im Arbeitsschutz	171
7.2.7	Arbeitsschutzausschuss	172

---

7.2.8	Aufgaben der Gesetzlichen Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)	173
7.2.9	Weitere externe Akteur*innen in Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung und deren Zusammenarbeit	174
7.3	Spezifische Bestimmungen zur Verwirklichung von Gesundheit und Vielfalt in Organisationen	176
7.3.1	Gesetzliche Regelungen mit Bezug auf das Lebensalter	176
7.3.2	Gesetzliche Regelungen mit dem Ziel der Geschlechtergleichstellung	178
7.3.3	Gesetzliche Regelungen für Beschäftigte mit Care-Aufgaben	180
7.3.4	Gesetzliche Regelungen bei Behinderungen und chronischer Erkrankung	182
7.4	Zwischenfazit: gesetzliche Grundlagen	186
<b>8.</b>	<b>Praxis des diversityorientierten betrieblichen Gesundheitsmanagements</b>	<b>188</b>
8.1	Kapitelübersicht	188
8.2	Grundmodell des DGM	190
8.2.1	Commitment auf der Managementebene	190
8.2.2	Strukturentwicklung und Verantwortungsklä rung	193
8.2.3	Datenbasierte Analyse	196
8.2.4	Definition globaler Ziele	197
8.2.5	Vertiefende Bedarfsanalyse	198
8.2.6	Kommunikationsmanagement	199
8.2.7	Partizipative Planung	200
8.2.8	Einbindung und Unterstützung der direkten Führungskräfte	202
8.2.9	Umsetzung und Differenzierung von Maßnahmenvorschlägen	203
8.2.10	Kontinuierliche Evaluation von Prozessen und Ergebnissen	204
8.3	Spezifische Ansätze mit Bezug auf gängige Diversitätskategorien	206
8.3.1	Allgemeine Anmerkungen	206
8.3.2	Spezifische Interventionen im Zusammenhang mit dem Lebensalter von Beschäftigten	207

8.3.3	Spezifische Interventionen im Zusammenhang mit der Geschlechtszugehörigkeit von Beschäftigten	214
8.3.4	Spezifische Interventionen mit dem Ziel der Vereinbarkeit von Beruf und Care-Aufgaben	219
8.3.5	Spezifische Interventionen im Zusammenhang mit der Herkunft von Beschäftigten	222
8.3.6	Spezifische Interventionen im Zusammenhang mit der Inklusion von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen	227
8.4	Zwischenfazit zur Umsetzung von DGM	231
<b>9.</b>	<b>Professionelles Handeln im Kontext gesellschaftlicher Verantwortung</b>	<b>233</b>
	<b>Literatur</b>	<b>235</b>

# 1. Arbeit im Wandel

Nach Angaben des Münchner ifo-Instituts mussten im Juli 2022 fast 50 Prozent der befragten Unternehmen aufgrund des Fachkräftemangels ihre Geschäfte einschränken. Das ist der höchste Wert seit der Erfassung dieses Konjunkturindikators, und eine weitere Verschärfung wird befürchtet (ifo Institut 2022). Die angesichts dieser Lage von der Bundesregierung beschlossene Fachkräftestrategie zielt u. a. darauf ab, Fachpersonal im In- und Ausland zu gewinnen, die Erwerbsbeteiligung bisher nicht im Erwerbsleben stehender Personen zu erhöhen und die Arbeitsqualität zu verbessern (Bundesregierung 2022a).

Abgesehen davon, dass die Strategie erst mit einer Verzögerung Resultate zeigen wird, ist davon auszugehen, dass die Rekrutierung zusätzlicher Arbeitskräfte allein nicht ausreicht, um die aktuellen Herausforderungen in Wirtschaft und Gesellschaft zu bewältigen. Wenn sich die neu gewonnenen Mitarbeiter\*innen engagiert und kompetent einbringen sollen, sind auch geeignete Ansätze notwendig, die dazu beitragen, die neuen Kolleg\*innen in die Belegschaften zu integrieren und ihren vielfältigen Ansprüchen und Bedürfnissen nachzukommen. Denn mit der Erschließung zusätzlicher Beschäftigtengruppen – etwa durch die Aktivierung von Menschen im höheren Erwerbsalter, von Menschen mit Behinderungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen, von Arbeitskräften mit gleichzeitiger Care-Verpflichtung oder durch die Anwerbung von Beschäftigten aus dem Ausland – steigt die Vielfalt und Verschiedenartigkeit ihrer Bedürfnisse und damit die Anforderungen an die Betriebe, Kompetenzen im Umgang mit Diversität<sup>1</sup> zu beweisen. Je vielfältiger Belegschaften sind, umso weniger kann als selbstverständlich vorausgesetzt werden, dass die Zusammenarbeit von selbst funktioniert. Damit Integration gelingt, Beschäftigte sich mit dem Unternehmen identifizieren, Kollegialität und Toleranz gelebt werden und Diskriminierung unterbleibt sind geeignete, bedarfsorientierte, systematische und nachhaltige Interventionen auf Basis eines schlüssigen Konzepts erforderlich.

Korrespondierend dazu hat das Bundeskabinett im Dezember 2022 einen Gesetzentwurf zur Ratifikation des Übereinkommens Nr. 190 der Internatio-

---

1 Die Begriffe Diversity, Diversität und Vielfalt werden in diesem Band synonym verwendet.



nenalen Arbeitsorganisation über die Beseitigung von Gewalt und Belästigung aus dem Jahr 2019 beschlossen. Mit dem Übereinkommen sollen Arbeitnehmer\*innen sowie andere Personen in der Arbeitswelt weitreichenden Schutz vor Gewalt und Belästigung in der Arbeitswelt erfahren. Gleichen Schutz genießen Personen, die die Befugnisse, Pflichten oder Verantwortlichkeiten einer Arbeitgeberin oder eines Arbeitgebers ausüben (BMAS 2022).

Viele Unternehmen sind heute bereits von den positiven Effekten eines Diversity Managements (DiM) überzeugt – verspricht es doch ein attraktives Unternehmensimage und damit die Aussicht neue Fachkräfte zu gewinnen. Eine im Auftrag der Europäischen Kommission durchgeführte Befragung ausgewählter Unternehmen in den Mitgliedsstaaten aus dem Jahr 2005 kommt zu dem Ergebnis, dass 48 % aller Unternehmen im Wirtschaftssektor auf die eine oder andere Weise die Vielfalt und Nichtdiskriminierung am Arbeitsplatz fördern. Allerdings verfügt weniger als ein Viertel über gut etablierte Verfahren, während der Großteil der befragten Unternehmen angab, aktuell dabei zu sein, entsprechende Maßnahmen einzuführen (EU Kommission 2005). Auch eine im Jahr 2007 durchgeführte Untersuchung der Bertelsmann Stiftung zur Umsetzungspraxis von DiM deutscher Top-Unternehmen zeigte, dass letztere im europäischen Vergleich einen signifikanten Nachholbedarf in allen erfassten Vielfaltdimensionen aufweisen (Köppel 2010). Eine aktuelle, qualitative Studie an ausgewählten Beschäftigten deutscher Unternehmen weist darauf hin, dass diese zwar im Allgemeinen für das Thema sensibilisiert sind, aber über geringe Kompetenzen zum Umgang mit Diversität im Arbeitsalltag verfügen. Die Autor\*innen der Studie führen dies auf mangelnde Erfahrung mit interkultureller Interaktion und fehlender Unterstützung durch die jeweiligen Organisationen bzw. Führungskräfte zurück. Beschäftigte mit Migrationshintergrund scheinen in diesem Kontext Gefühle der Isolation zu erleben (Genovka/Schreiber 2022).

Die hier aufgeworfenen Überlegungen zum Umgang mit der zunehmenden Vielfalt in Betrieben und Organisationen sind untrennbar mit Fragen der Gesundheit und des Wohlbefindens verbunden. Ein gelingendes Miteinander bei gleichzeitiger Akzeptanz von Verschiedenheit wirkt sich positiv auf Wohlbefinden und Gesundheit aus, während sich Gruppenbildung und Ausgrenzung in Form von Gesundheitsbeeinträchtigungen ebenso wie in Leistungsdefiziten manifestieren (u. a. Stacey/Lundberg-Love 2012; Weber et al. 2019; Zick 2022). Unabhängig davon tragen fundierte, systematische betriebliche Aktivitäten zugunsten von Prävention und Gesundheitsförderung zu einem positiven Unternehmensimage bei, fördern Gesundheit und Motivation und steigern dadurch Produktivität, Arbeitsqualität und Innovationsfähigkeit eines Unternehmens (u. a. Barthelmes 2019; Lenhardt 2005; Vinberg/Landstad 2022). Allerdings

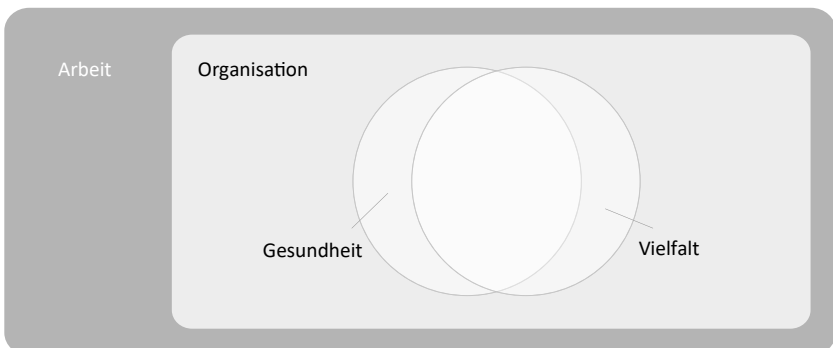
gilt für das BGM ebenso wie für das DiM, dass die benannten Ergebnisse eine adäquate Qualität bei der Umsetzung voraussetzen. Dabei reicht es nicht aus, Information und Aufklärung zu betreiben oder mit Verhaltensappellen an die Beschäftigten bzw. an Verantwortliche zu reagieren. Erforderlich sind vielmehr professionell moderierte und nachhaltige Konzepte, die auf die jeweiligen betrieblichen Besonderheiten abgestimmt sind, am Bedarf der Beschäftigten ansetzen, letztere an der Planung, Umsetzung und Bewertung beteiligen und fest in den betrieblichen Strukturen verankert sind. Entsprechende Veränderungsprogramme sollten dazu beitragen, betriebliche Strukturen und Prozesse so zu gestalten, dass

- Beschäftigte trotz unterschiedlicher Voraussetzungen bis ins höhere Erwerbsalter gesund und arbeitsfähig bleiben,
- Mitarbeitende nach längerer Krankheit erfolgreich reintegriert werden und trotz chronischer Erkrankungen oder Behinderung weiterhin einer sinn- und nutzenstiftenden Tätigkeit nachgehen können,
- neue Beschäftigtengruppen im Rahmen leistungs- und bedürfnisgerechter Arbeitskonstellationen erschlossen werden (z. B. Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, Menschen mit chronischer Krankheit und Behinderung, Eltern während der Familienphase, Personen im Rentenalter),
- Verantwortliche, Entscheidungstragende und Teams Vielfalt als Chance sehen und die in ihr enthaltenen Potenziale konstruktiv gestalten, indem mögliche Interessenskonflikte frühzeitig bedarfs- und gesundheitsverträglich bearbeitet werden,
- sozial und gesundheitlich benachteiligte Beschäftigungsgruppen besonders gefördert und unterstützt werden,
- einmal gefundene Lösungen für die Sicherstellung der Gesundheit von Beschäftigten vor dem Hintergrund neuer Anforderungen der Arbeitswelt evaluiert und an geänderte Bedarfslagen und Entwicklungen angepasst werden,
- die interagierenden Entwicklungslinien einer diversen Arbeitsgesellschaft mit den veränderten technologischen und organisationalen Gegebenheiten in Beziehung gesetzt und innovative und gesundheitsorientierte Gestaltungsoptionen entwickelt werden,
- Betriebliche (Anreiz-)Strukturen und Prozesse den Anforderungen an Nachhaltigkeit sowie intra- und intergenerationeller Gerechtigkeit nachkommen,
- die systemrelevanten Rahmenbedingungen auf gesetzlicher und struktureller Ebene in Sinne der skizzierten Anforderungen optimiert werden.

Ausgehend von der Herausforderung, Gesundheit und Vielfalt als integratives Konzept zu bearbeiten, sind die Inhalte der vorliegenden Publikation im Spannungsfeld der Begriffe ‚Organisation‘, ‚Gesundheit‘, ‚Arbeit‘ und ‚Vielfalt‘ anzusiedeln. Dieser mehrdimensionale Ansatz basiert auf dem Befund, dass die Sicherung und Förderung von Gesundheit im Lebensbereich Arbeit nicht ohne die Anerkennung und Wertschätzung der Verschiedenheit von Menschen möglich ist, ebenso wie umgekehrt eine Auseinandersetzung mit Vielfalt in Organisationen die Berücksichtigung von Gesundheit und Wohlbefinden voraussetzt.

In der bisherigen Forschungs- und anwendungsbezogenen Fachliteratur werden die hier genannten Dimensionen – von wenigen Ausnahmen abgesehen – kaum in ihrer Verschränkung thematisiert. Aktuell vorliegende Ansätze konzentrieren sich zumeist entweder auf Gesundheit (BGM, BGF) oder auf Vielfalt (Diversity Management). Diffus bleibt gewöhnlich auch die konzeptionelle Verortung der postulierten Vorgehensweise bei der Organisationsveränderung. Der vorliegende Band gibt beiden Ebenen neue Impulse und thematisiert die Felder „Gesundheit“ und „Vielfalt“ als ineinander verwobene Gestaltungsfelder organisationalen Handelns im Kontext „Arbeit“. Dabei werden unterschiedliche Paradigmen von Organisationsveränderungen herausgearbeitet und so die Möglichkeit zum bewussten und kritischen Umgang mit den, in der Anwendungsliteratur verbreiteten Praxisempfehlungen geschaffen. Abbildung 1 illustriert die relationale Zuordnung der in diesem Band behandelten Themen und macht damit die konzeptionelle Einordnung in die Ebenen der Organisation sowie der gesellschaftlichen Konstitution von Arbeit deutlich, auf das in diesem Zusammenhang rekurriert wird.

**Abb. 1:** Modell einer verwirklichten Integration von Gesundheit und Diversity in Arbeitsorganisationen (eigene Darstellung)



In Kapitel 2 des Bandes werden die genannten Themenfelder zunächst hinsichtlich ihrer jeweiligen Bedeutung für die hier behandelte Fragestellung charakterisiert und die für den vorliegenden Argumentationszusammenhang relevanten theoretischen Grundpositionen deutlich gemacht.

Wie die empirische Wirklichkeit hinsichtlich der Gesundheit diverser Beschäftigtenkollektive aussieht, ist Gegenstand von Kapitel 3. Anhand einer Zusammenstellung aktueller Daten wird hier gezeigt, wie sich die Gesundheit unterschiedlicher Gruppierungen im Arbeitsleben konstituiert, und es werden Überlegungen dazu angestellt, welche möglichen Einflussfaktoren für das Zustandekommen des jeweiligen Status Quo ausschlaggebend sein können. Neben häufig im Kontext des Diversity-Begriffs adressierten Kollektiven, die sich am Alter, Geschlecht, Migrationsstatus oder dem Vorliegen einer Behinderung bzw. chronischen Krankheit orientieren, werden weitere Differenzierungskategorien identifiziert, die im Arbeitskontext zur Konstitution gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen.

Kapitel 4 gibt einen Überblick über ausgewählte theoretische Modelle, die Aussagen über mögliche Einflüsse spezifischer Arbeitskonstellationen auf Gesundheit machen. Die im ersten Teil des Kapitels vorgestellten Ansätze implizieren Überlegungen, wie Arbeit idealerweise gestaltet sein sollte und sie geben Antworten auf das – in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986: 3) enthaltene – Desiderat, dass „Arbeit eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit“ sein sollte. Aus der Vielzahl der Theoriemodelle, die zum Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit existieren, werden dabei zum einen diejenigen präsentiert, die generelle Aussagen über die Art und Weise der Einwirkung von Arbeit auf Gesundheit treffen, zum anderen werden Ansätze vorgestellt, die spezifische Belastungen oder ausgewählte Konstellationen von Arbeit im Blick haben.

Auch bezüglich der Theorieentwicklung zu Fragen der Vielfalt in der Arbeit lassen sich generalistische Ansätze von solchen unterscheiden, die sich auf einzelne Unterschiedskategorien beziehen. Mit dem Ziel, ein tiefergehendes Verständnis für Fragen der Vielfalt im Arbeitskontext zu gewinnen stellt Kapitel 5 im Anschluss an eine kritische Diskussion des Diversity-Begriffs die für die zentralen Fragestellungen dieses Bandes relevanten allgemeinen und spezifischen Theorien zusammen.

Die Frage, wie in Organisationen vorgegangen werden kann, um Arbeit stärker an Gesundheits- und Vielfaltsprämissen auszurichten, ist weder mit Theorien über die Qualität gesundheits- und vielfaltsfördernder Arbeit bereits beantwortet noch mit einer Bestandsaufnahme zum gesundheitlichen Status Quo verschiedener Beschäftigtengruppen. Vielmehr bedarf es geeigneter Vor-

gehensmodelle, deren Prämissen sich an den organisationalen Gegebenheiten und Möglichkeiten orientieren müssen. In der Vergangenheit wurden – je nach historischem Kontext und den damit korrespondierenden gesellschaftlichen, ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen – verschiedene Konzepte der Organisationsveränderung etabliert, die – wie in Kapitel 6 gezeigt wird – Einfluss auf die entsprechenden Ansätze zur Förderung von Gesundheit und Diversity in Organisationen hatten. Aus Sicht der Autorin ist es wichtig, dass Fachleute der Organisationsveränderung ebenso wie organisationale Entscheidungsträger die diesen Konzepten zugrundeliegenden Prämissen kennen und unterscheiden können, damit sie eine Bewertung und Zuordnung von in der Praxis vorzufindenden Programmen vornehmen, und eine bewusste Entscheidung über das eigene Vorgehen treffen können.

Als Konsequenz aus den vorangegangenen Kapiteln formuliert Kapitel 8 ein integratives Rahmenmodell für ein kooperatives Vorgehen im Sinne eines diversityorientierten Gesundheitsmanagements (DGM). Zu diesem Zweck werden in dem, diesem vorausgehenden Kapitel 7 zunächst die einschlägigen gesetzlichen Postulate zugunsten einer gesundheits- und diversityorientierten Unternehmenspolitik vorgestellt und erläutert. Die weiteren Abschnitte des Kapitels 8 beschreiben im Sinne eines Prozessmodells für die Praxis ein idealtypisches Vorgehen, das die Belange von Gesundheit und Vielfalt in der Arbeit gleichermaßen berücksichtigt und diese in einen – verschiedene Paradigmen der Veränderung berücksichtigenden, transparenten Prozess einfließen lässt. Darüber hinaus enthält das Kapitel in einem zweiten Teil ergänzende Anforderungen an besondere Belange, die zugunsten spezifischer Dimensionen von Vielfalt zu berücksichtigen sind sowie deren Einordnung in ein integratives Vorgehen.

Kapitel 9 fasst die Überlegungen und Erkenntnisse aus den vorausgehenden Kapiteln zusammen, hebt die Bedeutung eines professionellen – im Sinne einer theoretisch fundierten reflektierenden – Vorgehens im DGM hervor und stellt dieses in einen größeren gesellschaftlichen Kontext.

## 2. Arbeit – Organisation – Gesundheit – Vielfalt

### 2.1 Kapitelübersicht

Das vorliegende Kapitel setzt sich vertieft mit den vier Begriffen auseinander, die die Eckpunkte dieses Bandes bilden. Dabei werden die terminologischen Prämissen sowie die theoretischen Grundannahmen formuliert, auf denen die weitere Argumentation basiert. So erfolgt im zweiten Kapitelabschnitt eine Auseinandersetzung mit dem Begriff der „Normalarbeit“, wobei dieser vor dem Hintergrund seiner historischen Entstehungszusammenhänge, gesellschaftlichen Veränderungsdynamiken sowie sozial ungleich verteilten Gesundheitschancen diskutiert wird. Ausgehend von einem Organisationsverständnis als intermediärer Instanz, die zwischen der gesellschaftlichen und der individuellen Ebene vermittelt, liegen der Diskussion des Organisationsbegriffs im dritten Abschnitt dieses Kapitels kontingenztheoretische sowie systemische Überlegungen zugrunde. Darauf aufbauend werden typische Eigenschaften von Organisationen im Hinblick auf ihr Potenzial zugunsten einer Förderung von Gesundheit und Vielfalt untersucht.

Der Gesundheitsbegriff steht im Zentrum des vierten Kapitelabschnitts. Ausgehend von dem im Public Health Bereich weithin anerkannten Konzept der Mehrdimensionalität von Gesundheit und der von Antonovsky stammenden Vorstellung des Kontinuums setzt sich diese Sequenz grundsätzlich mit der Frage der arbeitsbedingten gesundheitlichen Ungleichheit auseinander, beschreibt den Wissensstand zu Gesundheitsbelastungen in der Arbeit und erläutert zentrale Dynamiken zum Zusammenhang zwischen arbeitsbedingtem psychischen Stress und Gesundheit. Der fünfte Abschnitt des vorliegenden Kapitels reflektiert das Thema Diversität. Ausgehend von einer Klärung der Entstehungshintergründe und Differenzierungen des Begriffs wird auf das grundlegende Konfliktfeld der Zuordnung von Menschen zu benachteiligten Gruppen hingewiesen. Ferner enthält der Abschnitt eine Diskussion des Begriffs der Diskriminierung sowie dessen Entwicklung und Differenzierungen. Der letzte Teil von Abschnitt 2.5 thematisiert Vielfalt als Gestaltungsziel von Organisationen und weist auf die Bedeutung expliziter sowie impliziter Verhaltensregeln hin. Ein Fazit in Abschnitt 2.6 greift nochmals die zentralen Gedanken des Kapitels auf und leitet zu Kapitel 3 über.

## 2.2 Arbeit als Gegenstand gesellschaftlicher Konstitution

### 2.2.1 Zur Bedeutung von Arbeit für Gesundheit und Vielfalt

In der westlichen Gesellschaft hat kaum ein anderer Lebensbereich für das Selbstkonzept, die soziale Zugehörigkeit und die gesellschaftliche Stellung eines Menschen eine vergleichbare Bedeutung wie seine oder ihre berufliche Arbeit. Demzufolge wird das Fehlen einer Berufstätigkeit zumeist als Stigma erlebt.

Mit der Verwendung des Begriffs „Arbeit“ geht zumeist die Assoziation des so genannten „Normalarbeitsverhältnisses“ einher. Gemeint ist damit ein unbefristetes, abhängiges Beschäftigungsverhältnis, das in Vollzeit oder in Teilzeit mehr als 20 Wochenstunden umfasst. Normalarbeitnehmer\*innen üben ihre Tätigkeit direkt in dem Unternehmen aus, mit dem sie einen Arbeitsvertrag abgeschlossen haben. Auch sind sie umfassend in die Systeme der sozialen Absicherung integriert, indem sie über die von ihrem Arbeitseinkommen abgeführten Beiträge Ansprüche auf Leistungen erwerben (Statistisches Bundesamt 2020). Meist genießen sie die Sicherheit tarifvertraglicher Regelungen, einer Betriebsverfassung, einer Arbeitszeitregulierung sowie eines Kündigungsschutzes (Kendriza 2010).

Diese Normvorstellung von abhängiger Erwerbsarbeit stellt jedoch eine extreme Verengung dessen dar, was der Begriff der Arbeit darüber hinaus umfasst. So weist Eckert (2017) darauf hin, dass diese Konzeption von Arbeit in globaler Perspektive eher eine Ausnahme darstellt und vor allem die Verhältnisse in Westeuropa und den USA wiedergibt. Betrachtet man dagegen den Begriff der Arbeit nicht als abstrakte Kategorie, sondern als Aspekt konkreter Lebensumstände, dann ergeben sich unzählige Arbeitswelten, von denen der größte Teil „irregulär“ verrichtet wird (Komlosy 2014; Osterhammel 2009: 958).

Auch in historischer Hinsicht ist das heutige Konzept der „Normalarbeit“ ein relativ junges Phänomen, das sich historisch erst im Zuge der Industrialisierung des 19. und 20. Jahrhunderts herausgebildet hat (vgl. z. B. Osterhammel 2009). Mit den Bismarck'schen Sozialreformen der 1880er Jahre ist die Erwerbsarbeit zur tragenden Säule für die Etablierung des Sozialstaates geworden. Anspruchsgruppen gegenüber der Sozialversicherung waren und sind die Arbeitnehmenden – nicht die Bedürftigen (Kocka 2001). Problematische Konsequenzen dieser, auf eine bestimmte Konstellation abhängiger Erwerbsarbeit begrenzten Absicherung sozialer Risiken kommen heute verstärkt in den Blick, wenn sich Arbeit im Zuge von Flexibilisierung, Digitalisierung und Subjektivierung diversifiziert und Grenzen zwischen Privatleben und Erwerbsarbeit verschwimmen.

Unzureichend von dieser – auf das Normalarbeitsverhältnis ausgerichteten – Konzeption des sozialen Sicherungssystems erfasst sind beispielsweise Solo-Selbstständige mit geringem Einkommen, Minijobber\*innen oder teilzeitbeschäftigte Frauen mit Familienaufgaben, insbesondere Alleinerziehende. Das geringe Einkommen der hier aufgeführten Personen ist zumeist weder in der Lage, eine sichere Versorgung für sich und die Angehörigen in der gegenwärtigen Lage sicherzustellen, noch dazu, ausreichende Beiträge für die Altersvorsorge anzulegen.

Die Beispiele zeigen auch, dass im Zuge der Herausbildung des (männlichen) Normalarbeitsverhältnisses andere – meist von Frauen geleistete – Formen von Arbeit, beispielsweise in Haushalt, Kindererziehung, Angehörigenpflege und -betreuung ausgeklammert wurden, obwohl es sich hier gleichermaßen um zentrale Kerne menschlicher Existenz handelt. Auch wenn zwischenzeitlich geringfügige Korrekturen in Form einer Anrechnung von Erziehungszeiten, Pflegetätigkeiten oder Minijobs für bestimmte Zweige der Sozialversicherung möglich sind (DRV 2022; Krankenkassen Zentrale 2021) sind sie gewöhnlich kaum in der Lage, ein existenzsicherndes Einkommen oder eine ausreichende Altersrente zu gewährleisten.

Die Folgen dieser einseitigen Verfasstheit von Arbeit und sozialer Absicherung treten zunehmend in Form massiver Versorgungsdefizite in der Pflege und Betreuung von Menschen in Erscheinung und haben sich infolge der Corona-Krise noch verschärft.

Auch die Arbeitswissenschaft hat – von wenigen Ausnahmen (z. B. Resch 1997; 1999) abgesehen – diese Themen lange Zeit ignoriert. Der Eingang in das Interesse der Forschung erfolgt derzeit eher punktuell (vgl. Bröcheler 2019; Faller 2018a; Faller/Geiger 2021; Geiger et al. 2022).

Bezugnehmend auf die Frage, welche Bedeutung der Konstellation von Arbeit heute im Zusammenhang mit Verschiedenheit zukommt, führt der folgende Abschnitt aus, welche Formen der Arbeitsgestaltung derzeit parallel zum so genannten „Normalarbeitsverhältnis“ existieren und inwieweit diese soziale und gesundheitliche Risiken bergen. Mit Blick auf Aspekte der Vielfalt spielen atypische Arbeitsverhältnisse insofern eine Rolle, als sie gleichzeitig Treiber wie auch Resultat gesellschaftlicher Ungleichheiten darstellen. Aufgrund der mit ihnen verbundenen sozialen Risiken erzeugen und verschärfen sie einerseits gesellschaftliche Ungleichheit, gleichzeitig lässt sich beobachten, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen überproportional häufig in diesen Segmenten des Arbeitsmarktes tätig sind (vgl. auch Kapitel 3).



### 2.2.2 Atypische Arbeit

In offiziellen Statistiken werden Teilzeitbeschäftigungen mit 20 oder weniger Arbeitsstunden pro Woche, geringfügige und befristete Beschäftigungen sowie Leiharbeitsverhältnisse zu den atypischen Beschäftigungsverhältnissen (ATB) gezählt (Deutscher Bundestag 2018: 1). Andere Quellen subsumieren auch Freiberufler, Werkvertragsbeschäftigte oder Solo-Selbstständige unter diesen Begriff (z. B. Bäcker/Schmitz 2017; Hecker et al. 2006). Der zentrale Unterschied zwischen atypischen und Normalarbeitsverhältnissen wird darin gesehen, dass erstere den eigenen und ggf. den Lebensunterhalt von Angehörigen nicht sicher gewährleisten können. Mit dem Argument, dass sie zusätzlich mindestens einer atypischen Beschäftigungsform nachgehen (müssen), rechnet Hünefeld (2016) ferner die Mehrfachbeschäftigten bzw. die so genannten Multijobber\*innen den ATB zu.

**Abb. 2:** Entwicklung atypischer Beschäftigungsverhältnisse (Datenquelle: Statistisches Bundesamt 2022a sowie eigene Berechnungen)

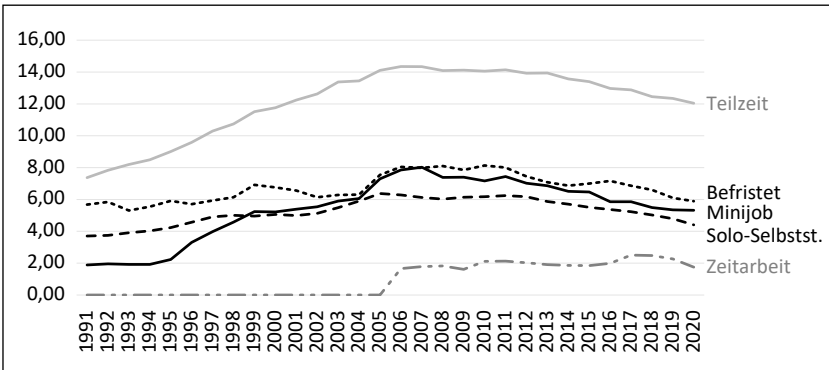


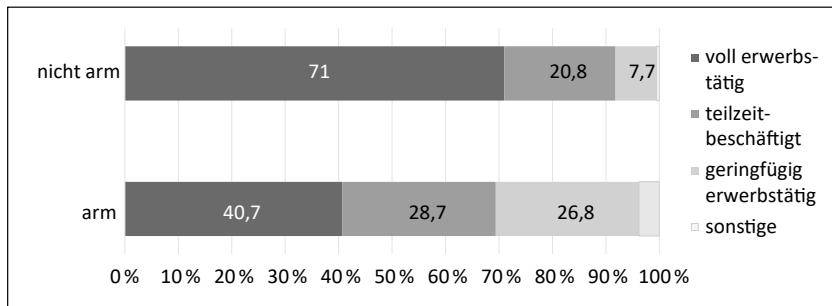
Abbildung 2 zeigt die prozentuale Entwicklung atypischer Arbeitsverhältnisse in der BRD. Dabei wird deutlich, dass es etwa ab 1990 zu einem deutlichen Anstieg der Anteile von ATB kam, der bis gegen Ende der ersten Dekade des dritten Millenniums anhielt. Seitdem gehen die Prozentzahlen wieder moderat zurück. Die Ursachen für die Zunahme der ATB ab 1990 lassen sich bis in die 1980er Jahre datieren, als eine erste Phase der Deregulierung unter der schwarz-gelben Regierungskoalition zu einer Flexibilisierung von Arbeitsbeziehungen in Verbindung mit einer Reduktion sozialer Sicherungsleistungen

führte (Oschmianski et al. 2014). Vor dem Hintergrund hoher Arbeitslosenzahlen und steigender Sozialausgaben kam es mit den „Hartz-Gesetzen“ in der zweiten rot-grünen Legislaturperiode unter Bundeskanzler Gerhard Schröder zur Fortsetzung der Deregulierungspolitik. Erklärtes Ziel war der Ausbau des Niedriglohnssektors durch ATB. Insbesondere die Deregulierung der Leiharbeit, beispielweise durch die Abschaffung der Begrenzung der Höchstdauer und den Wegfall des Synchronisationsverbots (Verbot der Identität der Beschäftigungsdauer in Ver- und Entleihfirma), führte fast zu einer Verdreifachung der Leiharbeit (Oschmianski et al. 2014).

### 2.2.3 Arbeitsvertragliche Konstellationen und Gesundheit

Auch wenn die Begriffe ‚atypische‘ und ‚prekäre‘ Arbeitsverhältnisse unterschiedliche Aspekte fokussieren und damit nicht synonym zu verwenden sind, zeigt die Empirie, dass atypische Erwerbsformen mit höherer Wahrscheinlichkeit mit Prekarität einhergehen, als solche, die als „normal“ gelten. So weist der Armutsbericht des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes 2018 aus, dass atypisch Beschäftigte zu höheren Anteilen von Armut betroffen sind (Aust et al. 2018: 29) (vgl. Abbildung 3).

**Abb. 3:** Armutsbetroffenheit nach Erwerbsform (Datenquelle: Aust et al. 2018)



Eine entscheidende Ursache für das erhöhte Armutsrisiko bei ATB ist die mangelhafte sozialen Absicherung. Die größten Lücken bestehen für Solo-Selbstständige und für geringfügig Beschäftigte, weil Teile der Sozialversicherung (z.B. die gesetzliche Rentenversicherung, die Arbeitslosenversicherung) nur dann Leistungen gewähren, wenn lange, lückenlos und beitragsstark eingezahlt

wurde (Brenke/Beznoska 2016; Schulze-Buschoff 2014). Zukunftsängste und Altersarmut können die Folge sein.

Auch weitere Benachteiligungen, wie erschwerte Teilnahme an Weiterbildungen, unregelmäßige Lohnzahlungen, fehlende Lohnfortzahlung bei Krankheit, ungünstige Arbeitszeiten oder Stellenstreichungen treffen atypisch Beschäftigte überproportional häufiger. Daneben sind z. B. Teilzeitbeschäftigte und Minijobber\*innen in betrieblichen Interessenvertretungen unterrepräsentiert (Schulze-Buschoff 2014). Für Solo-Selbstständige, die betriebliche Aufträge erledigen, besteht nach dem BetrVG überhaupt kein Mitbestimmungsrecht (Faller 2020a).

Oft wird argumentiert, dass ATB eine Chance darstellen, überhaupt am Arbeitsleben teilzuhaben und Betroffene zudem über diesen Weg in ein Normalarbeitsverhältnis einmünden könnten (Polzer et al. 2015). Zwar wurden im Jahr 2021 65 % (n = 423 000) der im ersten Halbjahr 2021 neu entstandenen Zeitarbeitsverhältnisse mit Personen geschlossen, die direkt zuvor keine Beschäftigung ausübten bzw. noch nie beschäftigt waren, allerdings ist die Fluktuation in dieser Branche extrem hoch, so dass 27 % aller im ersten Halbjahr 2021 geschlossenen Leiharbeitsverhältnisse bereits während des ersten Monats der Beschäftigung endeten (BA 2022a).

Die Gesundheitssituation von Beschäftigten in ATB muss der Metaanalyse von Hünefeld (2016) zufolge differenziert betrachtet werden. Während der allgemeine Gesundheitszustand bei Leiharbeit und Mehrfachbeschäftigung im Durchschnitt schlechter ist als bei Normalbeschäftigten, weisen Selbstständige und Solo-Selbstständige einen besseren allgemeinen gesundheitlichen Zustand auf. Daneben zeigt die Studie, dass Leiharbeit, (Solo-)Selbstständigkeit und Mehrfachbeschäftigung häufiger mit psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen einher gehen, als dies bei Erwerbstätigen in einer Normalbeschäftigung der Fall ist. Für die Teilzeitbeschäftigten weisen dagegen 65 % der Studien eine bessere psychische Gesundheit im Vergleich zu Personen in einer Vollzeitbeschäftigung auf. Bei befristeten Beschäftigungsverhältnissen ergibt sich ein inkonsistentes Bild bezüglich der psychischen Gesundheit (Hünefeld 2018)

Diese Gegenüberstellung macht deutlich, dass ATB nicht durchgängig zu negativen gesundheitlichen Effekten führen. Vielmehr muss nach Beschäftigungsform sowie deren Ausgestaltung und Passung mit individuellen Anforderungen differenziert werden. Dennoch zeigt die Forschungslage, dass insbesondere Befristung oder Leiharbeit neben der erhöhten Arbeitsplatzunsicherheit häufiger mit schlechten Arbeitsbedingungen (eingeschränkter Handlungsspielraum, mangelnde Einbindung ins Unternehmen, Monotonie, gefährliche Tätigkeiten) in Zusammenhang stehen (Hünefeld 2018).