

**Dr. Wolfgang Hien**

**Arbeitsbedingte Frühberentungen –  
Präventionspolitische Gestaltungsspielräume**

Vortrag im Rahmen der hochschulübergreifenden Projektinitiative ExplorAging am 17. April 2007 im Sprengel Museum Hannover

Dr. Wolfgang Hien  
Forschungsbüro für Arbeit, Gesundheit und Biographie  
Am Speicher XI 9,  
28217 Bremen

[kontakt@wolfgang-hien.de](mailto:kontakt@wolfgang-hien.de)  
[www.wolfgang-hien.de](http://www.wolfgang-hien.de)

## **Kurzfassung**

Trotz einer von Politik und Wirtschaft breit getragenen Offensive für die Beschäftigung Älterer, werden diese personalpolitisch nach wie vor diskriminiert. Dies hat mit dem Umstand zu tun, dass mit dem Alter die körperlichen und sinnen-gebundenen Fähigkeiten abnehmen. Was aber alle Beteiligten begreifen müssen, ist die arbeitswissenschaftlich und gerontologisch nachgewiesene Tatsache, dass mit dem Älterwerden sich die persönlichen Potentiale in einigen wesentlichen Aspekten auch positiv verändern. Von ganz besonderer Bedeutung ist die Frage, wie chronischen Erkrankungen – und in diesem Zusammenhang auch krankheitsbegründeten Frühberentungen - vorgebeugt werden kann. Insbesondere schwere psychische Erkrankungen nehmen unter der Erwerbsbevölkerung drastisch zu. Neuere Studien zeigen, dass ein wesentlicher Teil der chronischen Erkrankungen und der Frühberentungen ungünstigen Arbeitsbedingungen zuzuschreiben sind, also als arbeitsbedingt angesehen werden müssen. Ein zusätzliches Gesundheitsrisiko birgt drohende oder eingetretene Erwerbslosigkeit. Bei der Betrachtung arbeits- oder arbeitslosigkeitsbedingter Erkrankungen zeigt sich, dass Männer im Vergleich zu Frauen ein deutlich höheres Erkrankungsrisiko tragen. Dies hat mit der durch die herrschende Kultur besonders ausgeprägten Arbeitsorientierung zu tun, die sich als gesundheitlich kontraproduktiv erweist. Weitere Daten unterstützen die These, dass Gesundheit relativ und ist von vielen Einzelfaktoren und Prozessen abhängig ist. Der Beitrag will darauf hinweisen, dass personalpolitische Optionen bei alternden Belegschaften existieren und vielfältige präventionspolitische Gestaltungsspielräume vorhanden sind, die genutzt werden sollten.

## **Frühberentung – Ausdruck eines Missverhältnisses zwischen Arbeit und Gesundheit**

Die Beschäftigungsquote der 55-64-Jährigen liegt in Deutschland wie in der EU mit etwa 38 % weit unterhalb der erstrebten 50 %, die von vielen Industrienationen, insbesondere von den skandinavischen Ländern, bereits heute weit überschritten wird. Zugleich hat sich die deutsche Bundesregierung zum Ziel gesetzt, das Renteneintrittsalter auf 67 Jahre zu erhöhen. Doch sprechen die aktuellen Zahlen eine ganz andere Sprache: Der aktuell reale Renteneintritt lag 2004 bei 60 Jahren (Männer 59,8 Jahre; Frauen: 60,9 Jahre). Der tatsächliche Austritt aus dem Erwerbsleben liegt bei 58,5 Jahren (Pfeiffer / Simons 2004, S. 26), ein Umstand, der auf betriebliche Abfindungsregelungen und insbesondere den sog. erleichterten Leistungsbezug der Bundesagentur für Arbeit verweist (vgl. dazu: Büttner u.a. 2005). Anzumerken ist hierbei, dass die passive Phase der Altersteilzeit als Beschäftigungszeit gilt. Unter Einbeziehung der Personen, welche sich in dieser Phase befinden, würde das Erwerbsaustrittsalter also noch tiefer liegen. Nach Mitteilung von Simons (2006) liegt unter Einbeziehung der Altersteilzeit der reale Erwerbsaustritt gegenwärtig bei etwa 57,5 Jahren. Gleichwohl sind die Zahlen schwierig zu ermitteln und unterliegen selbst bei Fachleuten merkwürdigen Konfusionen. Differenziert man nach Branchen, so kann es kaum verwundern, dass beispielsweise in der Baubranche mit etwa 55 Jahren oder in der Stahlindustrie mit 56 Jahren die aktive Erwerbsarbeit beendet wird, ohne dass eine zweite Berufskarriere hierbei wahrscheinlich ist. In vielen Branchen und Berufen, auch bei personenbezogenen Dienstleistungen – wie z. B. in der Krankenpflege – ist nicht abzusehen, wie es gelingen sollte, bis zum 67. Lebensjahr Arbeit und Gesundheit positiv miteinander zu vereinbaren. Mit steigendem Alter nimmt der Anteil der Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen zu. Im VW-Nutzfahrzeuge-Werk Hannover wächst der Anteil gesundheitlich Beeinträchtigter ab dem 35. Lebensjahr bis zum 50. Lebensjahr stetig von rund 15 % auf ca. 50 % an (Spieker 2004). Ähnliche Zahlen sind auch für die anderen Wirtschaftszweige zu vermuten. Sie werden sich generell mit dem steigenden Durchschnittsalter der Beschäftigten erhöhen. Die Gesellschaft steht vor der Alternative, entweder präventive betriebliche Strukturen zu schaffen oder einen erneuten Anstieg der Frühberentung in Kauf zu nehmen.

Wie gestaltete sich die Entwicklung der Frühberentung in der Nachkriegszeit? Zunächst lag der Anteil der Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten an allen Berentungen aufgrund der Kriegsinvalidität bei über 60 %, um dann in den 70er Jahren auf 45 % und in den 80er Jahren auf 30 % abzufallen. Diese Quote ist in den 90er Jahren aufgrund eines rentengesetzlich erschwerten Zugangs weiter gesunken und liegt – nunmehr gemessen als Erwerbsminderungsrente an der Gesamtberentung - 2004 bei 20 %, d. h. immer noch geht jede/r fünfte Versicherte aufgrund einer chronischen Erkrankung in die Frührente (vgl. Rehfeld 2006 mit vielen weiteren wichtigen Zahlen hierzu). Nachdem zunächst das durchschnittliche Erwerbsminderungseintrittsalter in der Nachkriegszeit auf etwa 58 Jahre gestiegen war, sinkt es seit 1980 wieder kontinuierlich. Betrug dieses in 1990 noch 54 Jahre, so ist es seither weiter gefallen und beträgt gegenwärtig relativ genau 50 Jahre (für beide Geschlechter). Das niedrige Eintrittsalter in die Erwerbsminderung lässt auf die Schwere der gesundheitlichen Einschränkungen schließen. Deren Spektrum hat sich in den letzten Jahren einschneidend verändert: Mit 34 % stehen mittlerweile psychische Erkrankungen an erster Stelle aller Frühberentungsgründe. An Einzeldiagnosen imponiert die Depression mit 6,3 % aller Frühberentungen. Der Zusammenhang zwischen diesem Faktum und den erhöhten psychischen Belastungen in der Arbeitswelt ist evident, wenn auch im Detail schwer zu erforschen.

Morbidität sowie Lebenserwartung bzw. Sterblichkeit stehen in einem engen Zusammenhang mit sozioökonomischen Determinanten, d. h. mit sozialer Lage und Qualität des Lebenslaufs einer Person. Soziale Ungleichheit bei Krankheit und vorzeitigem Tod sind sozialepidemiologisch gut belegt (Helmert u.a. 2000). Dies bestätigen auch die Daten aus der Frühberentungsforschung: „Die aus gesundheitlichen Gründen mit einer Erwerbsminderung früher aus dem Erwerbsleben ausscheidenden Rentner haben eine deutlich niedrigere Lebenserwartung“ (Rehfeld 2006, S. 17). Die fernere Lebenserwartung von 65jährigen Frührentnern des früheren Bundesgebietes liegt im Vergleich mit den übrigen Altersrentnern sowohl bei den Männern (- 3,7 Jahre) als auch Frauen (-3,5 Jahre) deutlich niedriger. Der Sachverhalt gilt auch für die neuen Bundesländer: Männer -4,0 Jahre, Frauen -3,4 Jahre (ebenda). Vor diesem Hintergrund werden sozialpolitische Zielsetzungen wie die Ausdehnung des aktiven Erwerbslebens in ihrer Allgemeinheit äußerst problematisch.

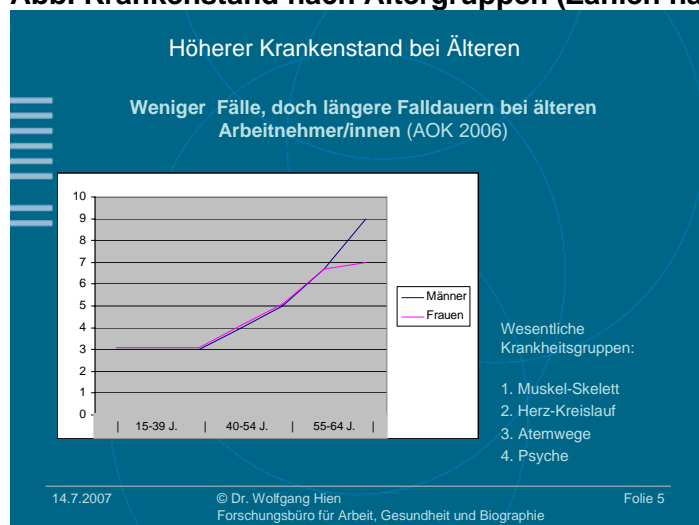
Es lohnt sich, bevor wir weiter in das Thema einsteigen, etwas genauer auf den Begriff der Arbeit einzugehen. In dem zum Klassiker avancierten Lehrbuch der Sozialmedizin von Schäfer / Blohmke (1972) lassen die Autoren keinen Zweifel daran, dass sie unter Arbeit eine zum Zwecke des Lebensunterhaltes erzwungene Tätigkeit verstehen, wobei die Arbeit einen Pol des Tätigkeitskontinuums markiert, an dessen anderem Ende das Spiel steht. Der Beruf ist insofern zwischen Arbeit und Spiel anzusiedeln. „Das Zusammenspiel von Beruf und Arbeit stellt sich dann so dar, dass zwischen den Extremen der rein erzwungenen Arbeit, deren extreme Form die Galeere wäre, zum völlig freien Spiel alle Übergänge existieren“ (ebenda, S. 18 f.). Damit stellen sich Schäfer / Blohmke in die griechisch-aristotelische Tradition, in der sich Arbeit und Freiheit, Lebensunterhalt und Sinn, gegenseitig ausschließen. Diese Sichtweise gewann über Augustinus und die Reformation einen prägenden Einfluss auf unsere Kultur. So hält Wendland (1963) den Gedanken, dass Arbeit sinnerfüllend sein müsse, für völlig abwegig. „Das ist eine idealistische Erwartung, die von vornherein abgewiesen werden muss. Der Realismus des lutherischen Berufsbegriffs ist von diesem Idealismus völlig frei“ (ebenda, S. 98). Ganz anders die jüdische Tradition, an die sich auch die sozialen Lehren der Arbeiterbewegung und des sozialen Katholizismus angeschlossen haben. Hier ist Arbeit nicht nur Mühsal, sondern auch schöpferisches und sinnvolles Tun. Im Anschluss an die katholische Soziallehre schreibt Neuberger (1985): „Arbeit dient der Entfaltung und Erfüllung der vollen menschlichen Berufung. Sie ist deshalb so zu gestalten, dass sie der Würde des Menschen, seiner Bewusstheit, schöpferischen Kraft und Freiheit gerecht wird, sowie seine körperlichen und geistigen Anlagen entwickelt und nicht schädigt“ (ebenda, S. 18). Dem folgend hat sich die Arbeitswissenschaft in ihren Kerndefinitionen (Luczak u.a. 1987) darauf geeinigt, dass Arbeit in dem Sinne menschengerecht zu sein habe, als sie schädigungslos, ausführbar, beeinträchtigungsfrei und so gestaltet ist, dass die arbeitenden Menschen „Handlungsspielräume entfalten, Fähigkeiten erwerben und in Kooperation mit

anderen ihre Persönlichkeit erhalten und entwickeln können“ (ebenda, S. 59). Die Gesundheitswissenschaft hat sich dieser Sichtweise angeschlossen und betont, dass eine menschengerecht gestaltete Arbeit Wesentliches zur Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung in der Gesellschaft beizutragen habe. Die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen bedarf geradezu der Sphäre der Arbeit, in der Lebensunterhalt und Freiheit, Anstrengung, Anerkennung und Gesundheit im Sinne aktiver Beteiligung am gesellschaftlichen Leben nicht mehr auseinanderfallen, sondern – zumindest der Tendenz nach - zusammengehen. Hacker u.a. (1995) weisen auch darauf hin, dass Arbeitsstrukturen verhaltensprägend sind und durch eine Veränderung dieser Strukturen gesundheitsrelevantes Verhalten effizient zu beeinflussen ist. All diese Feststellungen sind wichtig, wenn wir Erwerbsunfähigkeit vorbeugen und altersgerechte Arbeitsgestaltung fördern wollen.

## Gesundheit ist relativ – einige empirische Befunde und Diskussion der Begrifflichkeiten

Eine seltsame Paradoxie beherrscht Politik und Wirtschaft in Deutschland: Arbeitnehmer/innen sollen bis zum 67. Lebensjahr arbeiten, doch kaum ein Arbeitgeber ist bereit, Ältere (ab 50-Jährige) zu beschäftigen. In manchen Branchen (z. B. IT) gehören schon 40-Jährige zu den Älteren. Ältere werden aus Unternehmen hinausgedrängt (mit und ohne Abfindung). Ältere Arbeitlose haben kaum eine Chance, eingestellt zu werden und Ältere gelten in Unternehmen als „Belastung“ oder gar als „Ballast“. Das ist eindeutig Altersdiskriminierung. Warum ist das so, was sind die tatsächlichen oder vorgeblichen Gründe hierfür? Personalwirtschaftler sagen in etwa Folgendes: Ältere sind meist kränker, weniger belastbar und weniger leistungsfähig, sie sind weniger flexibel, weniger kreativ und weniger lernbereit und sie sind hinsichtlich der Arbeitsbedingungen und Gehaltserwartungen viel zu anspruchsvoll. Selbst, wenn an diesen Behauptungen „etwas dran“ ist: Nicht thematisiert wird hierbei die reale Komplexität der Sachverhalte. Nicht thematisiert wird die Frage, welches Konzept von Arbeit, Arbeitsleistung, Arbeitsbedingungen und Anpassungsfähigkeit dieser Beurteilung zugrunde gelegt wird. Zunächst zu den Krankheiten: Arbeitnehmer/innen sind in höheren Altersgruppen tatsächlich kränker; zwar gibt es bei ihnen weniger Fälle, doch sind im Schnitt die Falldauern länger (AOK 2006). Bei Männern steigt ab dem 55. Lebensjahr der Krankenstand auf 9-10 %, Frauen bleiben mit 7-8 % etwas dahinter zurück. In einigen Berufsgruppen wie z. B. Krankenpflege oder Büroberufe liegen freilich Frauen im Krankenstand wesentlich höher als Männer.

**Abb. Krankenstand nach Altergruppen (Zahlen nach AOK 2006)**



## Arbeitsunfähigkeitstage pro Person pro Jahr bei ausgewählten Berufen

Arbeitsunfähigkeitstage				
Arbeitsunfähigkeitstage pro Person pro Jahr bei ausgewählten Berufen				
Beruf	< 30 J.	30-39 J.	40-49 J.	> 50 J.
<b>Männer</b>				
Bürofachkräfte (M)				
- alle Diagnosen	6,0	6,0	8,3	10,5
- Muskel-Skelett	0,6	0,8	2,0	3,0
- Psyche	0,4	0,5	0,8	0,9
Krankenpfleger				
- alle Diagnosen	8,0	9,5	10,1	28,9
- Muskel-Skelett	0,9	2,2	3,1	10,8
- Psyche	0,3	0,5	0,2	0,4
<b>Frauen</b>				
Bürofachkräfte (F)				
- alle Diagnosen	9,1	8,4	11,2	14,9
- Muskel-Skelett	1,1	1,2	2,3	4,0
- Psyche	0,8	0,8	1,2	1,1
Krankenschwestern				
- alle Diagnosen	11,2	13,0	17,0	26,2
- Muskel-Skelett	1,5	2,9	4,2	7,3
- Psyche	0,6	1,4	2,0	2,3

(Berechnung: BKK-Team Gesundheit)

14.7.2007 © Dr. Wolfgang Hien Folie 11  
 Forschungsbüro für Arbeit, Gesundheit und Biographie

Nach wie vor stehen Muskel-Skelett-Erkrankungen an erster Stelle, gefolgt von Herz-Kreislauf- und Atemwegs-Erkrankungen. An vierter Stelle stehen mittlerweile die psychischen Erkrankungen. Diese Krankheitsgruppe gewinnt seit einigen Jahren sowohl quantitativ wie qualitativ stark an Bedeutung. Nun ist es interessant, wie in Öffentlichkeit und Fachwelt über die Zunahme psychischer Erkrankungen – es sind hauptsächlich Depressionen, Angststörungen und psychosomatische Erkrankungen – diskutiert wird. Wurden bei den körperlichen Erkrankungen im Wesentlichen Einflüsse des Lebensstils und des „normalen“ Altersverschleißes für gesundheitliche Probleme verantwortlich gemacht, so sind es bei den psychischen Erkrankungen in den Augen einiger Meinungsführer vor allem Faktoren der persönlichen Disposition und des veränderten Diagnoseverhaltens der Ärzte, die der zunehmenden gesellschaftlichen Akzeptanz psychologischer Themen bzw. dem allgemeinen kulturellen Wandel in unserer Gesellschaft geschuldet seien.

Unklar sind die Begrifflichkeiten: Was heißt eigentlich „Gesundheit“ und was hat Gesundheit mit der Arbeitswelt zu tun? Nach heutigem Verständnis (Waller 2006) ist Gesundheit die Fähigkeit, sich aktiv mit seiner stofflichen und sozialen Umwelt auseinander zu setzen und sie möglichst selbstständig zu gestalten. Es geht also nicht nur um das körperliche, soziale und mentale Wohlbefinden, sondern um die Möglichkeit des aktiven Eingreifens. Dazu gehört auch die Arbeit, insofern diese als Stoffwechselprozess zwischen Mensch und Natur begriffen wird. Arbeit in diesem Sinne ist nicht gleichzusetzen mit den Arbeitsformen, wie sie sich im Rahmen der Konkurrenzverhältnisse, der Rationalisierung und Intensivierung durchgesetzt haben, und auch nicht mit den unter „Beschäftigungsfähigkeit“ subsumierten Anpassungsleistungen. Ein älterer Automobilarbeiter, der körperlich beeinträchtigt, aber psychomental höchst kreativ und sensibel ist, mag für die Fließarbeit nicht mehr „tauglich“ sein, kann aber in einem wohlverstandenen Sinne durchaus „gesund“ sein. Was er benötigt, ist ein geeignetes Tätigkeitsfeld, eine andere Art und Weise, „produktiv“ zu sein. Die Altersforschung (Baltes 2004) weist uns darauf hin, dass hier noch sehr viele Möglichkeiten brach liegen; die Gesellschaft als Ganzes muss sich entschließen, diese Möglichkeiten zu entdecken und zu entwickeln.

Hilfreich für die weitere Diskussion zur Frage der Erwerbsfähigkeit Älterer ist das Konzept der „relativen Gesundheit“ (Behrens u.a. 1998). Menschen sind nie ganz gesund und nie ganz krank. Ihr Wohlbefinden und ihre Leistungsfähigkeit ist die Resultante vieler verschie-

dener Faktoren. Eine Studie zur Berufs- und Berentungsorientierung von Patienten nach einer koronaren Bypass-Operation (Gerhardt 1999) ergab folgendes Bild: Arbeiter hatten noch zu 14 % eine klare Berufsorientierung; 60 % wiesen eine eindeutige Berentungsorientierung auf. Ganz anders verhielt es sich mit der Gruppe aus Angestellten, Beamten und Selbständigen: Sie wollten zu 57 % wieder zurück in den Beruf; nur 16 % waren auf eine Berentung eingestellt. Hieraus kann der Schluss gezogen werden: Gesundheit ist relativ und wird beeinflusst von folgenden Faktoren: (a) subjektives gesundheitliches Befinden. (b) Anerkennung der Leistungen und Erfahrungen, (c) Sinnerfüllung im Beruf und im beruflichen Lernen, (d) Utopiefähigkeit bzw. Möglichkeitssinn und nicht zuletzt (e) den Stand der finanziellen Absicherung. Das Konzept der relativen Gesundheit berücksichtigt, dass der Gesundheitszustand und die Einschätzung der eigenen Möglichkeiten der Arbeits- oder Beschäftigungsfähigkeit immer nur im Verhältnis zu den objektiv gegebenen Möglichkeiten bestimmbar erscheinen. Damit ist das Verhältnis angesprochen, das sich zwischen körperlicher und mentaler Leistungsfähigkeit einschließlich des schon stattgehabten Verschleißes einerseits und den Leistungsanforderungen eines ganz bestimmten Arbeitsplatzes oder Berufsgebietes andererseits herstellt. In das Konzept der relativen Gesundheit geht ein, dass – über den körperlichen Verschleiß hinaus – Gesundheit auch etwas mit dem Veralten oder der Erweiterung der Qualifikation und mit dem Verlust oder dem Erhalt des betrieblich-sozialen Status' und der damit verbundenen Reputation zu tun hat. Im weitesten Sinn wird also die Frage der Erwerbsminderung von einer Vielzahl gesellschaftlicher, kultureller und persönlicher Faktoren beeinflusst.

Eine Studie zur **Berufs- und Berentungsorientierung** von Patienten nach einer koronaren Bypass-Operation (Gerhardt 1999) ergab folgendes Bild:

### Berufs- und Berentungsorientierung

Eine Studie zur **Berufs- und Berentungsorientierung** von Patienten nach einer koronaren Bypass-Operation (Gerhardt 1999) ergab:

	Klare Berufsorientierung	Klare Berentungsorientierung
Arbeiter	14%	60%
Angestellte, Beamte und Selbständige	57%	16%

***Gesundheit ist relativ und wird beeinflusst von folgenden Faktoren:***

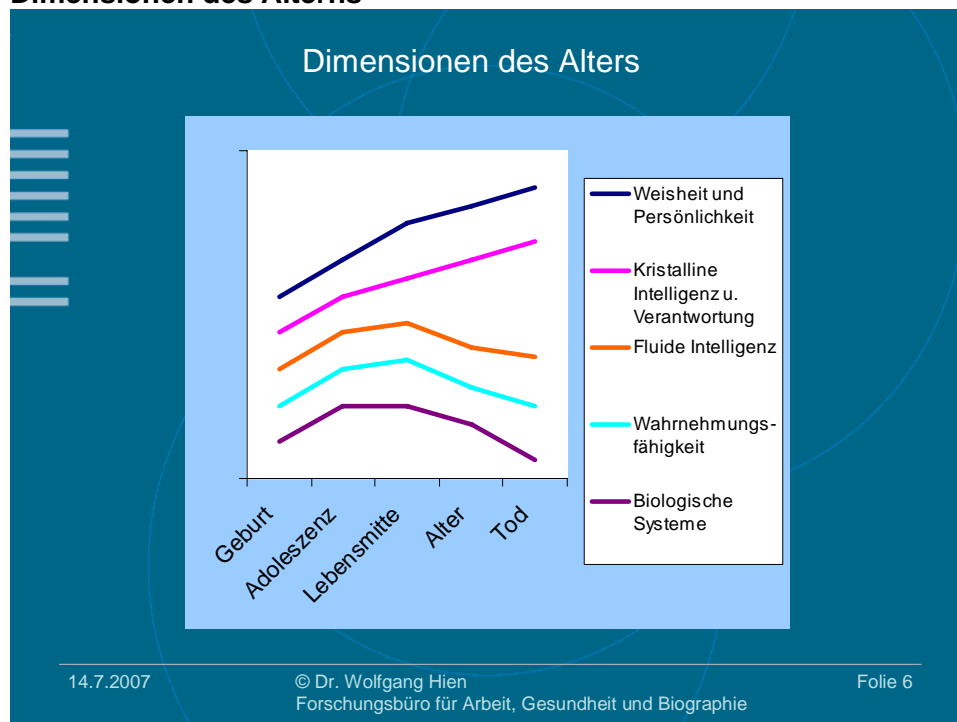
1. Subjektives gesundheitliches Befinden
2. Anerkennung der Leistungen und Erfahrungen
3. Sinnerfüllung im Beruf und im beruflichen Lernen
4. Utopiefähigkeit bzw. Möglichkeitssinn
5. Finanzielle Absicherung

14.7.2007
© Dr. Wolfgang Hien  
Forschungsbüro für Arbeit, Gesundheit und Biographie
Folie 18

Es ist die vielleicht nicht ganz triviale Tatsache festzuhalten, dass älter werdende Menschen sich in ihren biologischen und kognitiven Systemen verändern. Während körperliche und sinnesphysiologische Fähigkeiten, Reaktionsschnelligkeit und Arbeitsgedächtnis – all dies wird unter dem Begriff der fluiden Intelligenz zusammengefasst – zurückgehen, erhöht sich das Niveau des Erfahrungs-, Erinnerungs-, Überblicks- und Zusammenhangswissens. Ausgeprägter werden Verantwortungsbewusstsein und die Fähigkeit, sich selbst und andere realistischer einzuschätzen, sich seiner eigenen Stärken und Schwächen bewusster zu werden und Grenzen besser sehen und beurteilen zu können. Kurzum: Erfahrung und die verschiedenen Aspekte der reiferen Persönlichkeit – hier hat sich der Begriff der kristallinen Intelligenz eingebürgert – entwickeln sich im Verlauf des Älterwerdens weiter. Dies bedeutet aber, dass Arbeitsplätze, Arbeitsanforderungen und Arbeitsstrukturen, die einmal für 20-50-

Jährige entworfen und konstruiert wurden, nicht mehr passen für älter werdende Personen. Der Altersforscher Paul Baltes plädiert in diesem Zusammenhang für eine neue Sicht des Produktivitätsbegriffs: „Ältere Menschen haben andere Interessen, andere Motive, andere Stärken. Außerdem fällt es ihnen schwerer, Neues zu lernen. Aber sie sind gut, wenn es um sozial-emotionale Intelligenz geht. (...) Eine Kultur des Alterns braucht einen anderen Produktivitätsbegriff als einen rein ökonomischen. Ältere Menschen werden Dinge produzieren, die wir heute nicht als normales Produkt bezeichnen. Das ist die Transformation, die diese Gesellschaft noch vor sich hat: ein neues Konzept von Produktivität.“ (Baltes 2003). Die Erkenntnis einer altersgerechten Gestaltung der Arbeitsstrukturen hat sich bislang leider nicht durchgesetzt. Immer noch ziehen es viele Unternehmen vor, entweder Jüngere einzustellen oder Ältere durch betriebliche Fitness-Programme den schwieriger werdenden Arbeitsbedingungen anzupassen, statt diese in ihrem Zuschnitt grundsätzlich so zu verändern, dass älter werdende Arbeitende mit und in ihnen zurechtkommen können.

### Dimensionen des Alterns



### Neuere Studien zu arbeitsbedingten Erkrankungen und Frühberentungen

Selten wird in der öffentlichen Diskussion ernsthaft die Frage nach arbeitsweltbezogenen Ursachen von chronischer Krankheit und Frühberentung aufgeworfen. Die Forschungsergebnisse der Arbeitsgruppe um Wolfgang Bödeker, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, haben hier einen entscheidenden Fortschritt in die Diskussion gebracht (Bödeker u.a. 2002; Bödeker u.a. 2006). Nach diesen Berechnungen sind mind. 30 % der Erkrankungen als arbeitsbedingter Anteil zu sehen, d.h. ein Drittel aller Erkrankungen sind durch schlechte Arbeitsbedingungen und unterlassene Primärprävention im Betrieb zu erklären. Arbeitsbedingt bedeutet, dass das relative Risiko (RR), welches die Intensität des Zusammenhangs angibt, als statistisch signifikante Überzufälligkeit für eine bestimmte Berufs- oder Tätigkeitsgruppe nachgewiesen werden kann. Oder anders formuliert: Arbeitsbedingt heißt, dass den Arbeitsbedingungen – im Vergleich zu einer Kontrollpopulation oder im vorliegenden Fall: gegenüber dem Durchschnitt aller Berufe – ein ursächlicher oder deutlich mitursächlicher Anteil am erhöhten Krankheitsgeschehen zugeschrieben werden kann. Ursächlich kann in diesem Zusammenhang auch im Sinne von auslösend, verstärkend oder beschleunigend verstanden werden. Weitere Teilursachen liegen in der Regel vor und können in einer

multivariaten Analyse ermittelt werden. Der Unterschied zu Berufserkrankungen ist der, dass dort eine „wesentliche“ Verursachung, d.h. ein meist sehr hohes relatives Risiko gefordert ist, hinter der in der Regel andere Teilursachen verschwinden oder deutlich zurückstehen. Als einen der hauptsächlichen Belastungsfaktoren haben die Autoren den geringen Handlungsspielraum bei der Arbeit identifiziert.

**Bödeker u.a. (2006): Relative Risiken (RR) einer arbeitsbedingten Frühberentung nach mehr als 15 Jahren in gleicher Tätigkeit (Beruf bzw. Belastungsart)**

Relative Risiken		
Bödeker u.a. (2006): Relative Risiken (RR) einer arbeitsbedingten Frühberentung nach mehr als 15 Jahren in gleicher Tätigkeit (Beruf bzw. Belastungsart)		
Tätigkeitsart M = Männer F = Frauen	Männer RR	Frauen RR
Bürofachkräfte M = 736 F = 1.356	1,45 (1,33-158)	0,96 (0,90-1,03)
Krankenpfleger/-schwestern M = 102 F = 352	2,39 (1,90-3,01)	1,37 (1,21-154)
immer Schichtarbeit M = 1.314 F = 453	1,38 (1,30-1,48)	1,58 (1,42-1,76)
Schwere körperliche Arbeit M = 1.314 F = 12	1,62 (1,49-1,75)	1,78 (0,95-3,43)
geringer Handlungsspielraum - hohe Ausprägung M = 2.748 F = 784	2,61 (2,34-2,92)	1,60 (1,41-1,81)
- gesamt M = 14.301 F = 10.754	1,61 (1,50-173)	1,27 (1,19-1,36)

14.7.2007 © Dr. Wolfgang Hien Folie 10  
Forschungsbüro für Arbeit, Gesundheit und Biographie

Der Vergleich der AU-Daten und der Frühberentungsrisiken und der darin enthaltenen Geschlechterunterschiede verweist auf einige bedeutsame Problemfelder, zu deren Bearbeitung einige Hypothesen eingeführt werden sollen. Männer tendieren augenscheinlich dazu, Belastungen, Befindensstörungen, Beschwerden und Erkrankungs-Symptome nicht oder nur ungenügend wahrzunehmen. Sie tendieren dazu, Erkrankungen zu verleugnen und zu verschleppen. Es gibt einen „Point of no return“, ab dem die Erkrankungen nicht mehr unterdrückt werden können, d.h. so massiv ausbrechen, dass längere Arbeitsunfähigkeiten und schließlich eine Erwerbsminderung eintritt. Zugleich muss davon ausgegangen werden, dass Frauen mit ihren Belastungen und Erkrankungen bewusster umgehen; ihre Bereitschaft, Krankheiten „anzunehmen“ wirkt sich wahrscheinlich präventiv auf das Auftreten schwerer und chronifizierter Formen aus. Dies zeigt sich auch in internationalen Studien, auf die noch näher einzugehen sein wird. Von besonderer Bedeutung sind hierbei die psychischen Erkrankungen.

Schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde von Medizinern auf die Zusammenhänge zwischen Industriearbeit und Nervenerkrankungen hingewiesen (Radkau 1998, S. 190 ff.). Herausgerissen aus ihrem ländlichen oder handwerklichen Kontext mussten viele Arbeiter/innen Fabrikdziplin, Akkord- und Fließbandarbeit als hoch belastend empfinden. Alle klassischen industriesoziologischen und industriepsychohygienischen Untersuchungen seit den 20er Jahren, welche sich mit den Folgen tayloristischer Arbeit für den Menschen befassten, fokussierten auf Faktoren, die sich mit der Kategorie des geringen Handlungsspielraums fassen lassen (Übersicht bei Thoma 1978, S. 96 ff.). So kommen Zalesnik u. a. (zit. bei Thoma) in ihrer 1970 publizierte Metaanalyse zu dem Ergebnis, dass unqualifizierte und

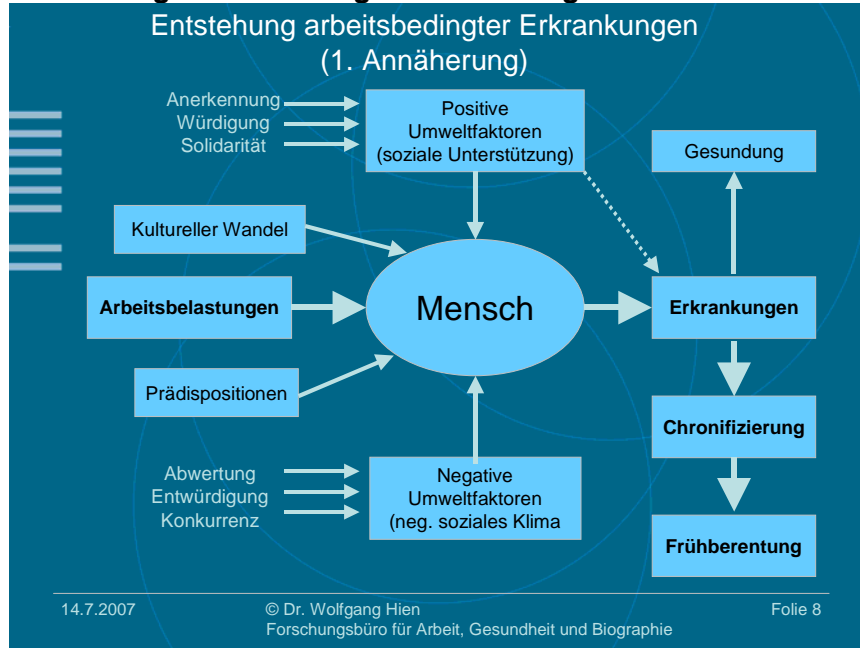


ein­förmige Arbeit, Einengung bei der Arbeit und Machtlosigkeit hinsichtlich der Möglichkeit, seine eigene Arbeit zu kontrollieren, ein hohes Risiko beinhalten, eine psychische Erkrankung zu erleiden. Ein geringer Handlungsspielraum war geradezu konstituierend für den Taylorismus: Steigerung der Arbeitsproduktivität durch extreme Zersplitterung der Arbeit in einzelne, kurzzyklische, repetitive Teiltätigkeiten, woraus logisch Dequalifizierung, Monotonie und Entfremdung folgten. Der Taylorismus, Ende des 19. Jahrhunderts als „wissenschaftliche Methode der Betriebsführung“ in der amerikanischen Auto- und Elektroindustrie eingeführt, stieß aufgrund hoher krankheits- und motivationsbedingter Ausfälle bald an seine Grenzen. Dennoch versuchten Verbände wie z. B. der REFA-Verband und bestimmte Unternehmen bis in unsere Tage, tayloristische Prinzipien aufrecht zu erhalten oder wieder einzuführen, obwohl sie sozial- und gesundheitspolitisch kontraproduktiv sind.

Dennoch kann nicht bestritten werden, dass sich die Arbeitsstrukturen in den letzten Jahrzehnten stark gewandelt haben. Zwar gibt es nach wie vor tayloristische Arbeitsformen, doch werden sie überlagert von neuen Arbeitsformen der indirekten Steuerung und der „neuen Autonomie“. Wenn dennoch viele Befragte sich in ihrer Arbeit eingeengt sehen und nur wenig Möglichkeiten sehen, über die Ausführung der Arbeitsaufgaben selbst zu bestimmen, dann muss dieses Antwortverhalten in Zusammenhang mit neuen Belastungserfahrungen interpretiert werden. Aus heutiger Sicht kann gesagt werden: In der Regel ist geringer Handlungsspielraum als subjektive Empfindung verursacht durch hierarchische, bürokratisierte oder aber vom Markt bzw. vom Kunden diktierte Formen der Arbeitsorganisation. Geringer Handlungsspielraum bei der Arbeit ist zudem oftmals gepaart mit unqualifiziertem Führungsverhalten, Informations- und Kommunikationsblockaden und Verantwortungsdruck für Arbeitsvorgänge, die vom Einzelnen nicht beeinflussbar sind. Diese Faktoren erhöhen massiv – auch und gerade in ihrer Konstellation – den arbeitsbedingten Stress und schaffen auf diese Weise höchst ungünstige Voraussetzungen für Krankheitsentstehung und Krankheitsverlauf. Auch wenn es dem Arbeitnehmer frei steht, eigene Prioritäten zu setzen, seine Arbeitsinhalte und -methoden zu variieren, seine Zeit selbst einzuteilen und seine Kooperationspartner bedingt frei zu wählen, so werden die hierdurch erreichten Vorteile wieder aufgezehrt durch strikte und oftmals unverrückbare Terminvorgaben, durch unverhältnismäßig hohen Verantwortungsdruck, durch extreme Ausdehnung der Arbeitszeit und schließlich auch durch einen höheren Grad an erforderlicher Selbstkontrolle.

Es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass die neuen – und oftmals ungesicherten – Beschäftigungs- und Arbeitsformen auch dazu führen, dass viele Arbeitnehmer/innen krank zur Arbeit gehen. Hinter den offiziellen Krankenstandszahlen verbergen sich so auch verschleppte Krankheiten, die chronifizieren und schließlich zu durchaus vermeidbaren krankheitsbedingten Frühverrentungen führen. Zugleich ist damit auch evident, dass persönliche Verhaltensweisen und Orientierungen in den Prozess von Gesunderhaltung und Krankheitsentstehung eingehen. Gesellschaft, soziale Strukturen, Unternehmens- und Arbeitskultur und viele weiteren Faktoren modulieren diesen Prozess.

## Entstehung arbeitsbedingter Erkrankungen



## Arbeitslosigkeit als krankmachender Faktor – ein bisher vernachlässigter Aspekt

Seit der in der Wissenschaftsgeschichte schon fast legendären Studie „Die Arbeitslosen von Marienthal“ (Jahoda et al. 1933/1975) ist wohlbekannt, dass Arbeitslosigkeit, vor allem wenn sich keine Aussicht auf Arbeit zeigt, zu depressiven Stimmungen und in einem relevanten Ausmaß auch zu manifesten depressiven Erkrankungen führen kann. Marie Jahoda et al. zogen bei ihrer Untersuchung die entscheidende Trennungslinie zwischen „Gebrochenen“ und „Ungebrochenen“. Die Forscher/innen machten die mittlerweile in der sozialhistorischen Forschung (Milles 1998) vielfach bestätigte Beobachtung, dass mit anhaltender materieller Not und schwindenden objektiven Hoffungen die Gruppe der Ungebrochenen bröckelt und immer mehr Betroffene der Apathie und Verzweiflung anheim fallen würden. Aufbegehrende und Eigensinnige, die ihr Recht einfordern, werden nach und nach von der Systemlogik der Sozialversicherung eingeholt. Die Geschädigten passen sich mehr und mehr den Vorgaben und dem Rhythmus der Organisationen an, argumentieren zusehends funktional, verlieren ihre Eigeninitiative und werden schließlich von der Prozesslogik des Sozialversicherungssystems abhängig. Sie klammern sich an den Gedanken der sozialrechtlichen Anerkennung und leben gleichsam in Versorgungsphantasien, die alle alternativen Initiativen ersticken.

In einer späteren Arbeit hat Jahoda (1983) fünf sozialpsychologische Kategorien respektive Erlebnisweisen herausgearbeitet, nach denen die Arbeit für den Menschen eine positive Funktion besitzt:

- eine regelmäßige Aktivität,
- eine feste Zeitstruktur,
- kollektive Zielsetzungen,
- soziale Horizonterweiterung sowie
- sozialer Status und Identität.

Die Erlebnisweisen beschreiben einen auf dem Boden der modernen Arbeits- und Industriegesellschaft historisch gewachsenen wie individuell verinnerlichten psychischen Ist-Zustand. Arbeiten und Leben sind nicht nur sozialpolitisch und kulturell – hier ist an das protestantische Arbeitsethos zu denken, das unsere Gesellschaft geprägt hat – eng miteinander verknüpft; diese Bilder stecken tief im kollektiven Unbewussten. So recht bewusst wird einem

der Wert der Arbeit eigentlich erst durch die Arbeitslosigkeit oder durch die chronische Arbeitsunfähigkeit. Erst dann merkt der Mensch, was er „an der Arbeit gehabt hat“. Dieser psychologische Zustand ähnelt dem des Kranken, der erst in der Krankheit den Wert eines gesunden Körpers zu schätzen lernt. Diese Ähnlichkeit ist nicht ganz zufällig, lässt sich doch in der Arbeitsgesellschaft ein gesunder Körper mit Leistungs- und Arbeitsfähigkeit in einen Bedeutungszusammenhang bringen. Alfred Adler, neben Sigmund Freud einer der Väter der psychosomatischen Medizin, war der Auffassung, dass die Anerkennung der eigenen Leistung durch andere eine notwendige und unverzichtbare Bedingung für das Gefühl ist, in der Gesellschaft einen sozialen Wert zu haben (Rattner / Danzer 1997). Soziale Anerkennung und soziale Unterstützung sind zentrale Faktoren zur Aufrechterhaltung oder Schaffung von Gesundheit. Unter diesem Vorzeichen wird der Betrieb als Ort einer sozialen Lebenswelt erlebt, der Menschen Orientierung, Halt und Vertrauen spendet. Der Verlust dieses Ortes wird umso schmerzhafter erlebt, als keine Alternativen zur Verfügung stehen und auch gar nicht zur Verfügung stehen können, soweit sich darum niemand Gedanken gemacht hat.

Mit den fünf sozialpsychologischen Kategorien der Arbeit ist zunächst einmal der Beitrag bezeichnet, den die Lohnarbeit für die Bildung des Lebenssinns der meisten Menschen – zumindest im Rahmen des alten kulturellen Modells – für lange Zeit geleistet hat. Doch muss es aus sozial- und gesundheitswissenschaftlicher Sicht erlaubt sein, diesen psychologischen und sozialen Ist-Zustand kritisch zu hinterfragen. Sehr deutlich wird das Problematische der Jahoda-Kategorien bei der Diskussion des Zeit-Problems. Die Lohnarbeit war eine mächtige historische Instanz zur Zeit-Disziplinierung, zur Anpassung der subjektiven, psychologischen Zeit an die objektive, physikalische Zeit. Die Individuen mussten – bei Strafe des Untergangs – lernen, sich dem Zeitregime des Kapitals zu unterwerfen. Wert und Anerkennung definierten sich über akkumulierte Quanten fremdbestimmter Zeit. Am deutlichsten wurde dieser Sachverhalt in Fließbandarbeit und Akkordsystem. Die „regelmäßige Aktivität“ schloss aus ihrem Rahmen selbstbestimmte Eigenzeit und kreatives inneres Zeiterleben aus und reduzierte es auf ein Minimum der Freizeit, soweit diese überhaupt wirklich frei sein konnte. Dies galt für die Hausarbeit der Arbeiterfrau gleichermaßen. Die Wahl des sozialen Horizonts, der kollektiven Zielsetzung und des sozialen Status war vor diesem Hintergrund im alten kulturellen Modell keine freie. Jeder Mann oder jede Frau, der oder die sich aus diesem gesellschaftlich gesetzten Rahmen entfernte, verließ seine oder ihre Kultur und wurde sehr schnell zum Außenstehenden, zum Fremden, zum Verdächtigen. Im alten kulturellen Modell war die persönliche Identität eng an die der zugewiesenen sozialen Identität des Arbeiters und der Arbeiterfrau gekoppelt. Ein Ausbrechen aus diesem „stählernen Gehäuse der Hörigkeit“, wie jene Situation vor 100 Jahren von Max Weber benannt wurde, erforderte schon sehr viel Mut und darüber hinaus die feste innere Überzeugung, „zu etwas anderem geboren“ zu sein. Die Entwicklung des modernen Kapitalismus hat – darauf weist der französische Soziologe Andre Gorz (2000) in seiner Diskussion der fünf strukturierenden Funktionen Jahodas hin – die Realisierbarkeit und Lebbarkeit der regelmäßigen, in feste Orts- und Zeitstrukturen und einer in feste Kollektive eingebetteten Arbeitsaktivität längst unterminiert. Wir leben mittlerweile in einer Zeit von sich global ausbreitenden Formen prekärer, temporärer, flexibler, diskontinuierlicher, ungesicherter und individualisierter Arbeitsverhältnisse. Dieses neue kulturelle Modell der Arbeit kann dem Menschen nicht mehr das an Sicherheit und Geborgenheit bieten, was Jahoda noch meinte. Die von ihr herausgearbeiteten Kategorien sind freilich nicht überflüssig geworden; sie müssen nur im Rahmen eines neuen kulturellen Modells der Arbeit modifiziert werden. Angesagt sind mehr Selbstbestimmung und mehr Vielfältigkeit in der Wahl der Aktivitäten, Zeitstrukturen, sozialen Horizonte, kollektiven Zielsetzungen und sozialen Rollen, welche zum Aufbau und zur Aufrechterhaltung einer gelungenen Identität nötig sind.

Die Beobachtung einer engen Assoziation von Arbeitslosigkeit und Krankheit hat sich seit Jahoda et al. vielfach bestätigen lassen; doch kam zunehmend die Frage auf, ob wir hier nicht Krankheiten sehen, die bereits zuvor, d.h. in der aktiven Erwerbsphase, erworben wurden. Dieser Selektionshypothese steht die These der krankheitsverursachenden Arbeitslosigkeit, auch als Kausationshypothese bezeichnet, gegenüber (Elkeles 1998; Holleder

2006). Die Daten der Krankheitsartenstatistik sind eindeutig: Arbeitslose stehen – mit einem mehr als doppelten relativen Risiko – an der Spitze der durch psychische Erkrankungen begründeten Arbeitsunfähigkeitstage. Aus dem sozioökonomischen Panel wissen wir: Langzeitarbeitslose sind mit ihrem Leben so unzufrieden wie Pflegebedürftige (DIW 2004). Ältere Langzeitarbeitslose tragen ein hohes Erwerbsminderungsrisiko. Allein die mit der Dauer der Arbeitslosigkeit ansteigende Morbidität spricht für die Arbeitslosigkeit als Kausalfaktor. Ebenso könnte mit gleichem Recht behauptet werden, dass sich in der Arbeitslosigkeit langjährig angehäuften Belastungen und Belastungsfolgen respektive Folgen sozialer und personaler Konflikte zeigen, die zuvor unterdrückt, verdrängt und verleugnet wurden. Es gibt Daten, die für eine Kausalkette Arbeitslosigkeit – Krankheit – Frühberentung sprechen. Schon Elkeles et al. (2000) haben anhand einer großen Längsschnittstudie mit AOK-Daten festgestellt, dass Statuspassagen in Arbeitslosigkeit bei Älteren in hohem Maße zum Übergang in die Frühberentung führen.

Verallgemeinernd und anknüpfend an Antonovskys These vom Kohärenzsinn darf vermutet werden, dass drohende und eingetretene Arbeitslosigkeit zumindest dann, wenn sie völlig unfreiwillig in das Leben der Betroffenen tritt, Ursache eines deutlichen Sinnverlustes ist. Die Betroffenen erleben sich und ihr Erfahrungswissen entwertet. Sie erleben einen Status- und Reputationsverlust, der selbst „robusten Naturen“ viel abverlangt und bei wiederholten Erfahrungen dieser Art an deren Selbstbild nagt. Dies sind Traumatisierungsereignisse, die Menschen in einem Teufelskreis der Abwertung und Selbstabwertung hineinbringen können. Eine „Sinnzufuhr“ von außen – wie in manchen psychotherapeutischen Schulen angestrebt – muss versagen, wenn hierfür der objektive Resonanzboden zerstört ist. Mit anderen Worten: Der Mensch braucht ein Mindestmaß an äußerer Anerkennung und Bestätigung, um sich selbst Trost und Zuversicht zusprechen zu können. Dies soll nicht heißen, dass dies immer nur über die Arbeit bzw. den offiziellen Erwerbstätigen-Status möglich ist. Denkbar sind andere Lösungen der sozialen Kontextuierung, auf die freilich noch nicht sehr viele Gedanken verwendet wurden.

Arbeitslosigkeit wird von den Menschen meist als Ausschaltung jeglichen Handlungsspielraums erlebt. Dies belegt eine große epidemiologische Studie aus Finnland (Virtanen u.a. 2003): Die Autoren weisen darauf hin, dass der post-industrielle Arbeitsmarkt mit seinen ungesicherten Beschäftigungsverhältnissen und den steigenden Flexibilitätsanforderungen zu einem deutlichen Gesundheitsrisiko werden kann. Es lohnt sich, die Ergebnisse dieser großen finnischen Studie genauer zu beleuchten. Auffallend sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

## Virtanen u.a. (2003): Relative Risiken für *Männer*

sozialer Status	Subjektive Gesundheit	medizinischer Status	Depressions-Erkrankung
festе Beschäftigung (nicht befristet)	1,0	1,0	1,0
atypische Beschäftigung (befristet)	1,34 (0,97-1,86)	1,33 (1,02-1,73)	1,41 (1,01-1,97)
Arbeitslosigkeit, Einkommens kompensiert	1,06 (0,75-1,50)	1,45 (1,07-1,95)	2,09 (1,50-2,92)
Arbeitslosigkeit, niedriges Einkommen	2,38 (1,89-3,00)	1,95 (1,57-2,44)	3,43 (2,73-4,33)

Virtanen u.a. (2003)

14.7.2007 © Dr. Wolfgang Hien  
Forschungsbüro für Arbeit, Gesundheit und Biographie Folie 14

## Virtanen u.a. (2003): Relative Risiken für *Frauen*

sozialer Status	Subjektive Gesundheit	medizinischer Status	Depressions-Erkrankung
festе Beschäftigung (nicht befristet)	1,0	1,0	1,0
atypische Beschäftigung (befristet)	1,28 (0,91-1,81)	1,38 (1,06-1,75)	1,50 (1,14-1,76)
Arbeitslosigkeit, einkommens-kompensiert	1,28 (1,02-1,62)	1,07 (0,89-1,30)	1,42 (1,14-1,76)
Arbeitslosigkeit, niedriges Einkommen	2,31 (1,84-2,89)	1,48 (1,21-1,81)	1,99 (1,61-2,46)

Virtanen u.a. (2003)

14.7.2007 © Dr. Wolfgang Hien  
Forschungsbüro für Arbeit, Gesundheit und Biographie Folie 15

Der Kommentar von Virtanen u.a. hinsichtlich des – auch in anderen Studien sichtbaren – deutlich höheren Risikos für schwere Erkrankungen bei Männern im Vergleich zu Frauen lautet folgendermaßen: Die hohe Geschlechter-Differenz in den Risikorateen deute darauf hin, „dass die männlichen Werte immer noch stark an der Arbeit orientiert sind, während Frauen der Familie und anderen Lebensbereichen mehr Bedeutung zumessen“. Das niedrigere Risiko bei Frauen lässt vermuten, dass es für die Gesundheit der Menschen besser ist, wenn sie sich von der Fixierung auf Berufsbiographien und Karrieremuster lösen und sich mehr der Lebenswelt öffnen. Schützend gegenüber Erkrankungen und fördernd für die Gesundheit ist die Eingebundenheit in soziale Netzwerke. Eine neuere deutsche Studie (Rose / Jacobi 2006) bestätigt die internationalen Befunde in einem Vergleich zwischen Männern und Frauen. Untersucht wurde das Risiko, durch Arbeitslosigkeit eine psychische Erkrankung zu

erleiden. Danach sind erwerbstätige Frauen kränker, wohingegen die Erwerbslosigkeit bei Männern das Erkrankungsrisiko deutlich höher steigen lässt als bei Frauen. Das relative Risiko liegt bei Männern fast doppelt so hoch wie bei Frauen.

### Psychische Erkrankungen bei Erwerbstätigen und Erwerbslosen in Deutschland (Bundesgesundheits-Surveydaten mit N = 1578 Männern und N = 1859 Frauen), Odds Ratio adjustiert nach Alter und sozialer Schicht

**Psychische Erkrankungen in Deutschland**  
 Daten des Bundesgesundheits-Survey mit 1578 Männern und 1859 Frauen,  
 Odds Ratio adjustiert nach Alter und sozialer Schicht

Männer	Prävalenz bei Erwerbstätigen	Prävalenz bei Erwerbslosen	Odds Ratio (95%-Konfidenzint.)
Alkoholabusus	6,7 %	8,8 %	1,47 (0,75-2,90)
Depression	5,3 %	12,8 %	2,53 (1,39-4,62)
Dystymie	2,9 %	10,4 %	3,00 (1,52-5,94)
Phobie	7,9 %	18,4 %	2,12 (1,27-3,54)
Somatoforme Störung	7,9 %	16,8 %	1,96 (1,16-3,33)
<b>Frauen</b>			
Alkoholabusus	1,5 %	1,8 %	0,88 (0,24-3,19)
Depression	9,8 %	15,8 %	1,56 (0,98-2,51)
Dystymie	4,0 %	10,5 %	2,12 (1,16-3,87)
Phobie	18,4 %	24,6 %	1,35 (0,91-2,00)
Somatoforme Störung	15,1 %	17,5 %	1,07 (0,69-1,67)

(Zahlen nach Rose / Jacobi 2006)

14.7.2007      © Dr. Wolfgang Hien      Folie 17  
 Forschungsbüro für Arbeit, Gesundheit und Biographie

Dieser Geschlechterunterschied zeigt sich auch in der bereits zitierten Studie von Bödeker et al (2006). Männliche Bürofachkräfte tragen für eine arbeitsbedingte Frühberentung ein relatives Risiko von 1,45; bei weiblichen Bürofachkräften ist das Risiko nicht erhöht. Bei Krankenpflegern steigt das Risiko auf 2,39, während es bei Krankenschwestern „nur“ 1,37 erreicht. Der geringe Handlungsspielraum verursacht in seiner hohen Ausprägung bei Männern ein Risiko von 2,61, bei Frauen ein Risiko von 1,60. Diese Geschlechter-Differenz bleibt auch bei einer mittleren Ausprägung des geringen Handlungsspielraums erhalten. Zieht man zur weiteren Interpretation die Arbeitsunfähigkeitsdaten der Berufsgruppen der Bürofachkräfte und der Pflegeberufe hinzu (genauer hierzu: Hien 2006), so fällt auf, dass bei Männern auch in höheren Altersgruppen psychiatrische Diagnosen konstant unter einem Tag pro Jahr bleiben, während sie bei Frauen ab dem 40. Lebensjahr auf mehr als einen Tag und bei Krankenschwestern gar auf mehr als 2 Tage steigen. Aus dem Vergleich der AU-Daten und der Frühberentungsrisiken ergeben sich folgende Thesen: Männer tendieren dazu, Belastungen, Befindensstörungen, Beschwerden und Erkrankungs-Symptome nicht oder nur ungenügend wahrzunehmen. Sie tendieren dazu, Erkrankungen zu verleugnen und zu verschleppen. Es gibt – wie bereits vermutet - einen „Point of no return“, ab dem die Erkrankungen nicht mehr unterdrückt werden können, d.h. so massiv ausbrechen, dass längere Arbeitsunfähigkeiten und schließlich eine Erwerbsminderung eintritt. Frauen gehen mit ihren Belastungen und Erkrankungen bewusster um; ihre Bereitschaft, Krankheiten „anzunehmen“ wirkt sich wahrscheinlich präventiv auf das Auftreten schwerer und chronifizierter Formen aus.

Die starke Arbeitsorientierung und das „Durchhalte-Syndrom“ bis zum Zusammenbruch sind untrügliche Kennzeichen eines kulturell tradierten Männlichkeitsmusters bzw. eines „männlichen“ Arbeits- und Bewältigungsmusters mit hoher somato-psychischer Verausgabung, starker Betonung des Einzelkämpfertums, Prestigebewusstsein und Dethematisierung von Belastungen, Beanspruchungen und gesundheitlichen Beschwerden. Eickenberg / Hurrelmann (1998) bringen dieses Verhaltensmuster der Männer mit ihrer gegenüber Frauen signifikant

niedrigeren Lebenserwartung in Verbindung. Die Arbeitsorientierung ist freilich nicht naturgegeben, sondern gesellschaftlich und kulturell bedingt. Es ist also für die Gesundheit der Menschen besser, wenn sie sich von der Fixierung auf Berufsbiographien und Karrieremuster lösen und sich mehr der Lebenswelt öffnen. Schützend gegenüber Erkrankungen und fördernd für die Gesundheit ist die Eingebundenheit in soziale Netzwerke. Diese Erkenntnis gilt es auch für die betrieblichen Verhältnisse ernst zu nehmen. Zu bemerken ist: Männlichkeitsmuster werden im Zuge neuer Arbeitsformen auch von Frauen im Arbeitsleben übernommen. Angela Schmidt, selbst Software-Entwicklerin, schreibt folgende halbironisch gemeinten, doch eigentlich zutiefst ernsten Sätze: "Diese Härte ist halt das Leben. Indem ich mich unter diesen Bedingungen bewähre, im Kampf ums Überleben bestehe, diene ich einer größeren Sache. ... Je elender es mir geht, je mehr ich mich selbst bekämpfen muss, desto größer ist auch mein Heldentum" (Schmidt 2000, S. 33). Dieses Heldentum ist es, welches Gegenstand unserer Betrachtung ist. Was Max Weber bereits Anfang des 20. Jahrhunderts mit dem Begriff des "stählernen Gehäuses der Hörigkeit" angesprochen hat, in das die moderne Arbeitsgesellschaft uns zwingt, wurde von Horkheimer und Adorno in ihrer „Dialektik der Aufklärung“ (1944/1969) aufgegriffen und weitergeführt. „Furchtbares“ - so formulieren sie – „hat die Menschheit sich antun müssen, bis das Selbst, der identische, zweckgerichtete, männliche Charakter des Menschen, geschaffen war.“ (ebenda, S. 40) Es bleibt nicht aus, dass eine derartige Selbstdisziplinierung sich als krankmachend erweist.

### **Einbeziehung der biographischen Perspektive – eine notwendige Erweiterung**

Die Erörterung der unterschiedlichen Faktoren des Arbeitslebens, der Arbeitslosigkeit, der Arbeits- und Lebensorientierung und schließlich des Kohärenzsinn – hier ließen sich analog auch die Begriffe Vulnerabilität und Resilienz diskutieren - zeigen, wie verwickelt und zuweilen paradox die Zusammenhänge von Belastungen, Entlastungen, Erkrankungen und Geneesungen sein können, wie komplex das Ineinandergehen von strukturellen und personengebundenen Faktoren tatsächlich stattfindet. All dies spielt sich im biographischen Verlauf ab; und die methodologische Diskussion muss sich, will sie nicht an ihrem Gegenstand vorbeischaun, der spezifischen Problematik biographischer Analyse stellen. Aber was ist Biographie? „Biographie ist mehr und etwas anders als unsere Lebensgeschichte. Sie ist das mit Bedeutung versehene Ergebnis eines umfassenden Stoffwechsels des Menschen mit den sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Welten, die ihn umgeben.“ (Keil 2006, S. 135) Diese erlebte, erlittene, erdachte, widerfahrene, geplante, gestaltete und immer wieder gescheiterte und korrigierte Lebensgeschichte mit all ihren Paradoxien wird geprägt durch Vorstellungen und Erfahrungen von der eigenen Handlungsfähigkeit, vom Vermögen, Ereignisse der Außenwelt - z. B. der Erwerbssphäre - in die eigene Biografie integrieren zu können und der Fähigkeit, Kontrolle über den eigenen Körper und die eigenen Handlungsvollzüge in der konkreten Arbeitssituation ausüben zu können. „Arbeit und Gesundheit werden also über eine leibzentrierte Subjektivität in biographischer Entwicklung erfahren und praktiziert. Zu alltagsweltlichen Erfahrungen gehört, dass das individuelle leibliche Selbstgefühl als Basis der Identität mit seinem Muster von innerer und sozialer Kohärenz durch gesundheitliche Krisen und/oder instrumentalisierende risikohafte Arbeitsformen gefährdet werden kann.“ (Müller 2006)

Biographie ist keine rein kognitive Angelegenheit. Sie umfasst die menschliche Person in ihrer umfassenden Leiblichkeit. Der Leib ist Medium unserer Welthabe und zugleich Medium unserer Verankerung in der Welt. Der Leib ist zugleich wahrnehmend, formend, gebend, und zur gleichen Zeit auch wahrnehmbar, formbar, empfangend. Der Leib-Körper-Gegensatz drückt die Spannung aus zwischen dem, was mich trägt und dem, was mich belastet. Normalerweise fühlen und empfinden, sprechen und handeln wir mit Hilfe unseres Leibes, ohne diesen dabei zu bemerken. Erst Situationen der Begrenzung - Müdigkeit, Krankheit, Alter, Sterben - machen uns schmerzlich klar, dass wir einen Leib haben. Solche Situationen

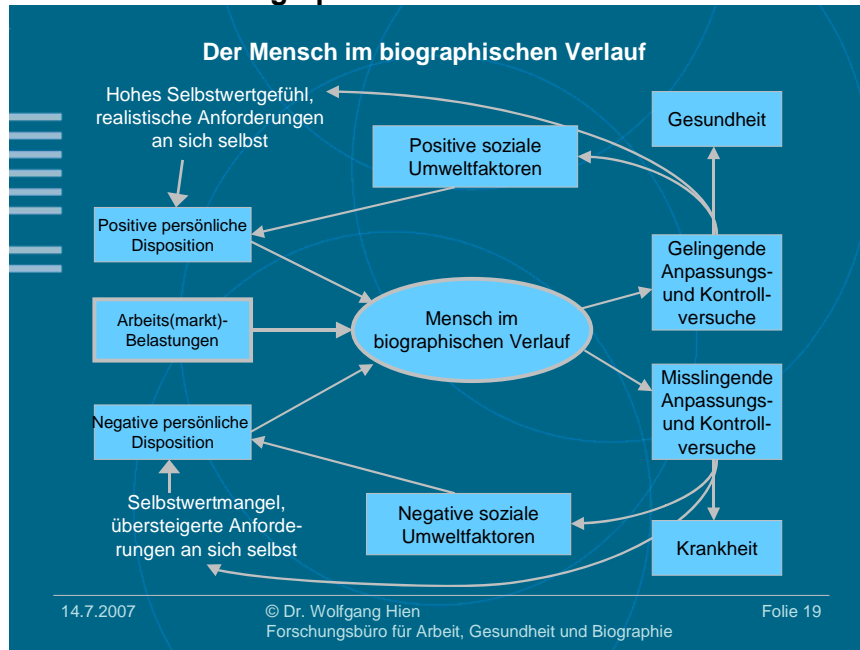
"schieben das Medium in den Vordergrund und lassen die Welt in den Hintergrund treten." (Danzer 1995, S. 169) In seinem Leib ist der biographische Verlauf geradezu "eingeschrieben", mehr noch: Er verkörpert die Biographie selbst. Der Überschuss an vermeintlichem Sinn wird gebrochen durch einen Überschuss an Realität, der nicht nur jede Intention hinter dem Gegebenen zurückbleiben lässt, sondern auch den Sinn überformt, gravierend verändert, vielleicht sogar - aus dem Leiden heraus - völlig neu erschafft, als Figur der Klage und Anklage, nicht selten als Figur von Schuld und Sühne. In der Grenzsituation des Ausgeliefertseins "fällt uns die Wirklichkeit ins Wort, sie überkommt uns." (Waldenfels 1980, S. 107) Wir erfahren den eigenen Leib in seiner körperlichen Verletzlichkeit. In biographischer Perspektive erlebt der Betroffene einen elementaren Bruch, der einer Erschütterung gleichkommt: Sein Leib, d.h. sein Vehikel des Zur-Welt-Seins, sein "Instrument", bedeutete ihm doch, sich auf ein bestimmtes Milieu einzulassen, sich mit einem bestimmten Vorhaben zu identifizieren, sich darin beständig zu engagieren. Nun ist das Milieu zum Feind, das einstige Vorhaben zum Gegenstand des Verzichts, der Entsagung und der schmerzhaften Reminiszenz geworden.

Ist nun die Struktur der konkreten Arbeitswelt so gestaltet, dass sie dazu tendiert, den Menschen „aufzusaugen“, sind Symptome des sich wehrenden Leibes, der sich widersetzenden Psyche, der verletzten Leib-Seele-Einheit, über kurz oder lang zu erwarten. Alheit (1996) weist darauf hin, dass es in vielen Hinsichten Struktur und Individualität in unserer Biographie gleichsam eine Synthese eingehen. Sicherlich darf gefragt werden, ob nur ein ganz bestimmter Persönlichkeit-Typus in einem bestimmten Beruf „landet“ bzw. in ihm auf längere Zeit verbleibt, oder ob die normative Kraft des Faktischen – der Druck des Milieus, der Regeln, der Werte und der Orientierungen – so prägend ist, dass Menschen ganz verschiedener Herkunft, ganz verschiedener Sozialisation und ganz verschiedener Eigenart gleichsam „homogenisiert“ werden. Wir werden diese Frage nicht bis ins Letzte beantworten können. Es lässt sich jedoch vermuten, dass beide Faktoren, d.h. die Struktur der Branche bzw. des Arbeitsmilieus wie diejenige der Persönlichkeit, eine Ähnlichkeit aufweisen und zugleich eine ähnlich machende Triebkraft wirksam werden lassen, wobei die Hauptrichtung stärker vom Milieu zum Individuum geht als umgekehrt.

Im allgemeinen ätiologischen Modell der Entstehung chronischer und zur Frühberentung führender Erkrankungen spielen neben der Arbeitswelt, für deren Einfluss eine Fülle gut gesicherten empirischen Materials vorliegt, auch Faktoren der Persönlichkeit und solche des gesellschaftlichen Kontextes eine nicht zu leugnende Rolle. Beide Co-Faktoren wirken zusammen und beeinflussen wiederum – in der biographischen Perspektive – sowohl Strukturen der Arbeitswelt wie auch das Bewältigungsverhalten. Das ätiologische Modell kann insofern im Sinne eines systemischen Modells erweitert werden: Belastungen treffen auf eine bestimmte, von sozialen Umwelt- und Persönlichkeitsfaktoren beeinflusste biographische Struktur und wirken über ge- oder misslingende Anpassungs- und Kontrollversuche zyklisch verstärkend in Richtung Gesundheit oder Krankheit. Selbstvertrauen und realistische Anforderungen an sich selbst erhöhen die Gesundheitschancen, Selbstwertmangel und übersteigerte Anforderungen an sich selbst erhöhen die Krankheitsrisiken. Es liegt auf der Hand, dass derartige Persönlichkeitsfaktoren selbst wiederum beeinflusst werden von sozialen Umweltfaktoren, seinen dies nun Arbeitsbereichs-, Arbeitsmarkt- oder übergeordnete soziale Kontexte. Hierin liegen nicht die einzigen, aber doch entscheidende Schlüssel für die Weichenstellung hinsichtlich des Aufbaus oder auch des Abbaus relevanter Gesundheitsressourcen. Günstige soziale Bedingungen stärken die individuelle Widerstandskraft und damit auch die Distanz zu Personen und Dingen, die belasten, enttäuschen, verletzen oder verunsichern können, ungünstige soziale Bedingungen erhöhen die Vulnerabilität.



## Der Mensch im biographischen Verlauf



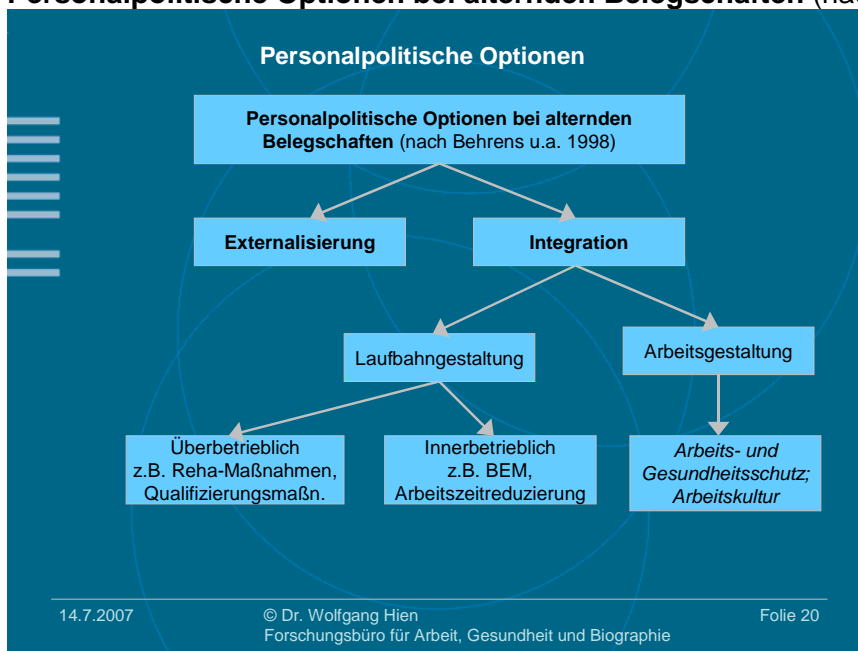
Als Gesamtergebnis lässt sich festhalten: Hohe Dauerbelastungen führen, wenn die Ressourcen erschöpft sind, zu chronischen Erkrankungen und hierdurch begründeten Frühberentungen. Ein geringer Handlungsspielraum ist hierbei von imponierender Bedeutung. Vor dem Hintergrund des empirischen Materials für die hoch relevanten Berufsgruppen „Büro“ und „Pflege“ lassen sich die Ergebnisse von Bödeker u.a. (2006) im der generellen Tendenz grundsätzlich plausibilisieren. Doch scheinen Fragen zum Handlungsspielraum von den Befragten – je nach Lage der individuellen betrieblichen Situation – in verschiedener Weise konnotiert zu sein. Überall da, wo sich der standardisierende und direktive Zugriff des Managements als Autonomieeinschränkung auf die Situation des Individuums niederschlägt, werden Antworten, die einen geringen Handlungsspielraum anzeigen, semantisch mit dem Gefragten übereinstimmen. Doch überall da, wo das Management sich zurücknimmt und die Individuen dem direkten Marktzugriff überlassen, wird die Autonomie als Belastung empfunden, d.h. in diesen Fällen werden Antworten nicht dem ursprünglich gemeinten Sinn des geringen Handlungsspielraums entsprechen. Mit anderen Worten: Wenn sich Arbeitende dem Diktat eines hohen Handlungsspielraums aussetzen, werden sie dies genauso als einen auf ihnen lastenden Druck empfinden wie jene, denen der Vorgesetzte permanent „im Nacken“ sitzt. Es ist freilich nun nicht mehr der Vorgesetzte, sondern der Markt, auf den ich – bei Strafe der Exklusion – schnell, zielsicher, effizient und effektiv zu reagieren habe. In solchen Fällen sitzt einem genauso „die Angst im Nacken“ wie in der klassischen Arbeitssituation.

### Die Arbeitswelt so gestalten, dass Menschen darin in Würde älter werden können

Behrens u.a. (1998) haben in Längsschnittstudien berufsbiographische Verläufe und kritische Übergänge untersucht. Neben der von Betrieben häufig genutzten Option der Externalisierung älterer, leistungsgewandelter Beschäftigter finden sie auch verschiedene Formen der Integration. Die wichtigsten Integrationsoptionen sind die des präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutzes und die der überbetrieblichen und innerbetrieblichen Laufbahngestaltung. Behrens u.a. argumentieren, dass diese Maßnahmen kulturell eingebettet sein müssen. Nötig ist eine Veränderung der Arbeitskultur in Richtung eines Entgegenwirkens gegen Reputationsverlust und Entmutigung älterer Arbeitnehmer/innen. Der Gedanke der Laufbahngestaltung wurde in den Arbeitswissenschaften durchgehend positiv rezipiert. Gefordert wird ein umfassender Einstellungswandel aller Beteiligten. Die Personalpolitik kann einen Beitrag dazu leisten, indem sie den älteren Mitarbeitern ihre Potentiale bewusst

macht und die Rahmenbedingungen schafft, die dem älteren Mitarbeiter die Möglichkeit eröffnen, seinen Beitrag zum Unternehmenserfolg zu leisten. Doch die Frage, wie Arbeitsplätze aussehen könnten, an denen ältere, zuweilen mit erheblichem Erfahrungswissen ausgestattete Erwerbspersonen in Würde arbeiten können, geht weit über die Ebene der Unternehmenspolitik hinaus. Es ist die Frage danach, wie eine gesellschaftliche Organisation und eine gesellschaftliche Kultur von Altersarbeit aussehen könnte und sollte, die sowohl den Bereich der Arbeit wie auch den Bereich des Lebens miteinander altersgerecht vermittelt. Gesellschaftliche Teilhabe ist hierbei nicht nur vom Gegenstand, sondern auch von der Methode her als Schlüsselbegriff zu verstehen. Partizipation ist eine für die optimale Nutzung produktiver Ressourcen Älterer notwendige Bedingung: Betriebliche Anforderungen und Veränderungen müssen von den Betroffenen nicht nur als verstehbar, handhabbar und sinnvoll erlebt werden, sondern auch als beeinflussbar und gestaltbar. Ausgehend von der Grundidee einer differenziellen Arbeits- und Laufbahngestaltung muss eine partizipative Gestaltbarkeit allenfalls von den Rahmenbedingungen her als kollektive, doch vom konkreten Gegenstand und vom konkreten Prozess her hauptsächlich als individuelle gesehen werden. Die Verschiedenheiten der Persönlichkeiten, Potentiale, Fähigkeiten, Erfahrungen, aber auch der körperlichen Einschränkungen, kurz: die Verschiedenheit der Berufs- und Belastungsbiographien macht ein methodisches Eingehen auf den je individuellen biographischen Kontext unumgänglich.

### Personalpolitische Optionen bei alternden Belegschaften (nach Behrens u.a. 1998)



Entscheidend ist, dass alle betrieblichen und überbetrieblichen Akteure kooperieren. Für Personalleitung und Führungskräfte einerseits wie für Betriebs- und Personalräte andererseits ist es unerlässlich, mit Betriebsärzten, Sicherheitsfachkräften, Schwerbehinderten-Vertretungen und vor allem mit den Fachleuten der Arbeitsbehörden, Integrationsfachdienste, der Rentenversicherung, der Berufsgenossenschaft und der Krankenkassen zusammenzuarbeiten. Zusätzlich ist es geraten, Berufs- und Branchenverbände, Kammern, Gewerkschaften und weitere überbetriebliche Stellen einzuschalten, um deren Erfahrungswissen einzubeziehen. So ergeben sich, wenn alle Möglichkeiten in Betracht gezogen werden, 5 Ebenen präventionspolitischer Gestaltungsräume: Person, Betrieb, Branche, Arbeits- und Sozialpolitik und schließlich die Gesellschaftspolitik mit der in ihr vorherrschenden Leitkultur. Zur Prävention gehören die Änderung der persönlichen Einstellung zum Älterwerden, die Öffnung gegenüber neuen Möglichkeiten und die Abkehr von der protestantischen Arbeitsethik genauso wie die betrieblichen und überbetrieblichen Strukturen, welche

die arbeitenden Menschen prägen. Betrieb und Branche müssen erkennbar Arbeitsbedingungen verbessern und Anstrengungen hinsichtlich Handlungsspielraum, Gesundheitsschutz und altersgerechter Gestaltung, auch altersgerechter Arbeitszeitgestaltung – also einer echten Altersteilzeit – unternehmen. Die Politik hat diese Anstrengungen zu honorieren und flankierende Unterstützung durch verbesserte Rahmenbedingungen zu schaffen. Schließlich und endlich müssen alle Beteiligten daran arbeiten, sich von einer gesellschaftlichen Leitkultur zu verabschieden, in der Werte wie gesund und fit, anpassungsfähig und flexibel, interessiert an jeder neuen technischen Mode hoch im Kurs stehen. Sie zeigen nichts anderes als eine Verinnerlichung des herrschenden ökonomischen Produktivitätsdiktats. So kann unmöglich eine Wende zu einer altersgerechten Arbeit und Wirtschaft zustande kommen. Was wir brauchen ist eine Leitkultur, die das Motto „In Würde älter werden“ auch für die Arbeitswelt ernst nimmt. Hier wären andere Leitwerte zur Geltung zu bringen: altersgerechte Arbeitsgestaltung, altersflexibilisierte Arbeitsstrukturen, Anerkennung von Erfahrungs- / Erinnerungswissen und Schaffung sozialer Räume für die veränderte Produktivität Älterer.

Ein in diesem Zusammenhang nicht zu unterschätzendes Problem stellt die "richtige" Alterszusammensetzung des Teams dar. Wenn Arbeitsgruppen aus Mitarbeiter/innen verschiedenen Alters zusammengesetzt werden sollen, ist dies keine triviale Aufgabe (Jasper 2004). Es muss darauf geachtet werden, dass nicht eine Altersgruppe in einem Team dominiert. Dann nämlich entwickelt diese Altersgruppe Abschottungsmechanismen gegenüber Anderen. Damit sinkt auch die Motivation der gering repräsentierten Altersgruppe in solchen Teams. Eine kluge Personalpolitik orientiert sich deswegen auf das schrittweise Schaffen arbeitskulturell heterogener Gruppen. Entscheidend ist schließlich, dass positive kulturelle Aspekte der Arbeit, wie z. B. anregendes, offenes Betriebsklima, Vertrauenskultur, Partizipation der Mitarbeiter/innen von den Führungskräften und Vorgesetzten gefördert werden. Denn diese kulturellen Aspekte stehen bei allen Generationen hoch im Kurs. Die Organisationsentwicklung einer verbesserten Kommunikation, Kooperation und insbesondere der Transfer von Erfahrungswissen stellt sich freilich nicht von selber her, sondern muss über Mentoring und Coaching zielgerichtet gelenkt und unterstützt werden. Den Trägern von Erfahrungswissen, so Jasper, sei es oftmals gar nicht klar über welche Erfahrungen, Kompetenzen und Potenziale sie verfügen. Genau dies müsse ihnen deutlich gemacht werden; ihnen müsse dabei geholfen werden, dieses Wissen sichtbar zu machen und zu strukturieren.

### Präventionspolitische Gestaltungsräume:

Präventionspolitische Gestaltungsräume:	
1. Ebene: Person	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Älterwerden annehmen</li> <li>• Möglichkeitssinn entwickeln</li> <li>• Angst vor Neuem abbauen</li> <li>• Arbeitsorientierung überdenken</li> </ul>
2. Ebene: Betrieb	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Handlungsspielräume erweitern</li> <li>• Gesundheitsförderung u. BEM entw.</li> <li>• differenzielle Arbeitsgestaltung ermöglichen</li> <li>• Arbeitswechsel u. Qualifizierung ermöglichen</li> <li>• altersgemischte Teams aufbauen</li> </ul>
3. Ebene: Branchen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitszeitreduzierung als tarifpolitisches Thema</li> <li>• Weiterbildung und Umqualifizierung</li> <li>• Information (Arbeitgeber, Arbeitnehmer)</li> </ul>
4. Ebene: Arbeits- und Sozialpolitik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• med. und berufl. Rehabilitation verbessern</li> <li>• neue berufliche Ausbildungen ermöglichen</li> <li>• Rahmenbedingungen schaffen für Arbeitszeitreduzierung u. echte Altersteilzeit</li> </ul>
5. Ebene: Gesellschaftspolitik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veränderung der Leitkultur</li> </ul>

14.7.2007 © Dr. Wolfgang Hien Forschungsbüro für Arbeit, Gesundheit und Biographie Folie 22

Die Frage, wie eine Kultur von Altersarbeit unter Berücksichtigung der relativen Gesundheit aussehen könnte und sollte, verweist auf den gesellschaftlichen und institutionellen Umgang mit den Erfahrungen, den Kompetenzen und möglicherweise auch den Widerständen der

Betroffenen selbst. Einerseits geht es darum, berufsbiographische Erfahrungen der Betroffenen aufzugreifen, ihre Zukunftsperspektiven bzw. biographischen Entwürfe aufzunehmen und mit einer Kultur von Arbeiten und Leben im Alter zu vermitteln oder zu integrieren. Dabei geht es auch um die Frage, wie ein gesellschaftlicher Diskurs organisiert werden kann, der Akzeptanz und Legitimierung einer altersgerechten Arbeit und eines altersgerechten Lebens herstellt, anstatt und anstelle einer Phase der biographischen Verdichtung des Arbeitslebens bis zur Lebensmitte und der anschließenden Ausschließung älter und krank Gewordener aus dem Arbeitsmarkt. Anzumerken ist, dass der im europäischen Raum benutzte Begriff der „Beschäftigungsfähigkeit“ nicht weiterhilft, ja sogar als diskriminierend und abschließend gewertet werden muss. Denn Beschäftigungsfähigkeit wird gemessen an den Anforderungen des real existierenden Arbeitsmarktes. Für diese, in weiten Teilen nicht menschengerechten Verhältnisse, sind viele Menschen nicht mehr beschäftigungsfähig. Der Gedankengang müsste umgekehrt gehen: Wie und in welcher Weise müssen die Verhältnisse – im Sinne einer gesundheitsgerechten Gestaltung – geändert werden, damit Menschen sich darin wieder bewegen und tätigwerdend entwickeln können?

Verfestigte Strukturen, zu denen auch das Durchgreifen des Marktregimes auf scheinbar subjektiviertere Arbeitsverhältnisse gehört, müssen aufgebrochen werden. Wichtig ist, kommunikative Freiräume und damit auch Möglichkeiten einer solidarischen differenziellen Arbeitsgestaltung zu schaffen. Dies bedeutet, dass die Arbeitsgruppen oder Teams die unterschiedlichen Fähigkeiten und Neigungen ihrer Mitglieder stärker in der Aufgabenverteilung berücksichtigen. Notwendig sind innere wie äußere Teamvariationen hinsichtlich job rotation und job enrichment. Entweder werden Belastung, Beanspruchung, Bewältigung usw. im Team selbst oder in Gesundheitszirkeln besprochen. Verkrustete Strukturen lassen sich nicht per Dekret, sondern nur kommunikativ verflüssigen. Es ist sinnvoll, kommunikative Prozesse mit solchen der Entspannung zu komplettieren. Im Büro wie in der Pflege sind Arbeitsplatzprogramme für entspannende Bewegung angezeigt. Dies hat umgekehrt wiederum – das zeigen Erfahrungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung - ausgesprochen positive Effekte für die Team-Atmosphäre selbst. In einer Arbeitswelt, in der Arbeitnehmer/innen zunehmend für ihr Arbeitsergebnis und die Einhaltung von Terminen verantwortlich sind, trotz schlechter Rahmenbedingungen, mangelnder Ressourcen, mangelnder Unterstützung und widersprüchlicher Arbeitsanforderungen, brauchen Arbeitnehmer/innen dringend Entlastung. Es müssen Möglichkeiten des Austausches mit Kollegen und Kolleginnen geschaffen werden, Möglichkeiten, einmal „Luft zu holen“. Aus arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Sicht muss darauf hingewiesen werden, dass Menschen auch nicht-funktionale Freiräume brauchen. Genau diese „Nischen“ sind ein wesentliches Moment der sozialen Unterstützung, d.h. genau in diesen „unkontrollierten“ Bereichen findet soziale Unterstützung statt und kann sich gesundheitsförderlich entfalten.

Gesundheitliche Einschränkungen müssen nicht immer und nicht notwendigerweise zur Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit führen. Stunden entsprechend ergonomisch ausgestattete und hinsichtlich der Arbeitsinhalte attraktivere Arbeitsplätze zur Verfügung, könnten die durch den Abbau biologischer Systeme sich einstellenden Einschränkungen kompensiert werden. Zugleich lassen sich auch soziale Handlungsräume im Betrieb schaffen, die Leistungsgewandelten weiterhin einen sinnvollen und würdevollen Arbeitseinsatz ermöglichen. Dies ist eine Frage des Integrationsmanagements, dessen Möglichkeiten durch die Präventionsvorgaben des neuen SGB IX deutlich verbessert wurden. In den Betrieben müssen altersflexible Arbeits- und Arbeitszeitstrukturen aufgebaut werden, d.h. Arbeit muss so organisiert werden, dass Menschen bei ihrer Berufstätigkeit soweit wie möglich gesund älter werden können. Durch eine selbstgesteuerte differenzielle Arbeitsgestaltung können somit auch neue Möglichkeiten für gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer/innen geschaffen werden, d.h. Teamentwicklung, Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung und Integrationsmanagement müssen als miteinander verzahnte Prozesse betrachtet werden. All diese Fragen verweisen auf die grundsätzliche Frage, ob unsere Gesellschaft ihren Mitgliedern Möglichkeiten schafft oder bereitstellt, in Würde älter zu werden. Es geht also darum, ob unsere Gesellschaft ihren Mitgliedern – so wie in den Altenberichten der Bundesregierung auch prokla-

miert - das unveräußerliche Recht auf einen dritten Lebensabschnitt zubilligt, d.h. auf ein Leben, das ohne vorzeitiges Leiden und in aktiver Muße und Kreativität geführt werden kann.

## Literatur

- Ahlheit, P. (1996): Biographisches Lernen als gesellschaftlicher Veränderungsprozess. In: Ahlheim, K. / Bender, W. (Hg.): Lernziel Konkurrenz? Erwachsenenbildung im „Standort Deutschland“. Opladen: Leske und Budrich, S. 179-196.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit. Tübingen: Verlag der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Baltes, P.B. (2003): Wiedergeburt am Arbeitsplatz (Interview). In: DIE ZEIT Nr. 27, 26. Juni 2003, S. 31.
- Baltes, P.B. (2004): Das Zeitalter des permanent unfertigen Menschen. In: Busch, R. (Hg.): Altersmanagement im Betrieb. Ältere Arbeitnehmer zwischen Frühberentung und Verlängerung der Lebensarbeitszeit. München: Rainer Hampp Verlag, S. 35-52.
- Behrens, J. / Elkeles, T. / Schulz, D. (1998): Begrenzte Tätigkeitsdauer und relative Gesundheit. In: Heinz, W.R. u.a. (Hg.): Was prägt Berufsbiographien? Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung Nr. 215. Nürnberg: Druckhaus Bayreuth, S. 196-228.
- Bödeker, W. / Friedel, H. / Röttger, C. / Schröer, A. (2002): Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen. Bremerhaven: NW-Verlag.
- Bödeker, W. / Friedel, H. / Friedrichs, M. / Röttger, C. / Schröer, A. unter Mitarb. v. Fachinger, U. (2006): Kosten der Frühberentung. Abschätzung des Anteils der Arbeitswelt an der Erwerbs- und Berufsunfähigkeit und die Folgekosten. Bremerhaven: NW-Verlag.
- Büttner, R. / Brussig, M. / Weiß, W. (2005): Die Deutschen gehen wieder später in Rente – arbeiten sie auch länger? In: Jahrbuch 2005 des Instituts für Arbeit und Technik (IAT). Gelsenkirchen: IAT-Eigendruck, S. 65-76.
- Danzer, G. (1995): Psychosomatische Medizin. Konzepte und Modelle. Frankfurt a.M.: Fischer.
- DIW (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung) (2004): Langzeitarbeitslose sind mit ihrem Leben so unzufrieden wie Pflegebedürftige. Pressemitteilung v. 28. Juli 2004.
- Eikenberg, H.-U. / Hurrelmann, K. (1998): Warum fällt die Lebenserwartung von Männern immer stärker hinter die der Frauen zurück? In: Gesundheitsakademie (Hg.): Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen? Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag, S. 77-98.
- Elkeles, T. (1998): Arbeitende und Arbeitslose. In: Schwartz, F.W. et al. (Hg.): Das Public Health Buch. München: Urban und Schwarzenberg, S. 516-525.
- Elkeles, T. / Schulz, D. / Kollek, B. / Behrens, J. (2000): Erwerbsverläufe und gesundheitsbezogene Statuspassagen. In: Arbeit, Band 9, S. 306-320.
- Gerhardt, U. (1999): Herz und Handlungsrationalität. Biographische Verläufe nach koronarer Bypass-Operation zwischen Beruf und Berentung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Gorz, A. (2000): Arbeit zwischen Misere und Utopie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Hacker, W. / Rosenbrock, R. / Siegrist, J. (1995): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. In: Public Health Forum, 3. Jg., Heft 10, S. 34-35.

Hien, W. (2006): Arbeitsbedingter Risiken der Frühberentung. Eine arbeitswissenschaftlich-medizinsoziologische Interpretation des Forschungsstandes. Bremerhaven. NW-Verlag.

Helmert, U. / Bammann, K. / Voges, W. / Müller, R. (Hg.) (2000): Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim/München: Juventa.

Hollederer, A. (2006): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und ungenutzte Potentiale von Prävention und Gesundheitsförderung. In: Badura, B. / Schellschmidt, H. / Vetter, C. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2005. Berlin: Springer, S.219-239.

Horkheimer, M. / Adorno, Th. W. (1944/1969): Dialektik der Aufklärung. Frankfurt a.M.: Fischer.

Jahoda, M. / Lazarsfeld, P.F. / Zeisel, H. (1933/1975): Die Arbeitslosen von Marienthal. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Jahoda, M. (1983): Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert. Weinheim: Beltz.

Keil, A. (2006): Dem Leben begegnen. Vom biologischen Überraschungsei zur eigenen Biographie. Kreuzlingen: Ariston.

Luczak, H. u.a. (1987): Arbeitswissenschaft. Kerndefinition – Gegenstandskatalog – Forschungsgebiete. Frankfurt a. M.: RKW-Eigendruck.

Milles, D. (1998): Übergänge in die Invalidität als Bilanzierung gesundheitlicher Belastungen im Lebensverlauf. In: Heinz, W.R. et al. (Hg.): Was prägt Berufsbiographien? Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung Nr. 215. Nürnberg: Druckhaus Bayreuth, S. 229-243.

Müller, R. (2006): Vorwort zu: Hien, W.: Arbeitsbedingte Risiken der Frühberentung. Bremerhaven: NW-Verlag.

Neuberger, O. (1985): Arbeit. Begriff – Gestaltung – Motivation – Zufriedenheit. Stuttgart: Ferdinand Enke.

Pfeiffer, U. / Simons, H. (2004): Früheruhestand vor dem Ende. Köln: Deutsches Institut für Altersvorsorge.

Radkau, J. (1998): Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler. München: Carl Hanser.

Rattner, J. / Danzer, G. (1997): Medizinische Anthropologie. Ansätze einer personalen Heilkunde. Frankfurt a.M.: Fischer.

Rehfeld, U. (2006): Gesundheitsbedingte Frühberentung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 30. Berlin: Robert-Koch-Institut.

Rose, U. / Jacobi, F. (2006): Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin, Band 41, S. 556-564.

Schäfer, H. / Blohmke, M. (1972): Sozialmedizin. Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin. Stuttgart: Georg Thieme.

Schmidt, A. (2000): Mit Haut und Haaren - Die Instrumentalisierung der Gefühle in der neuen Arbeitsorganisation. In: Denkanstöße - IG Metall in der IBM. Frankfurt a. M.: Industriegewerkschaft Metall.

Simons, H. (2006): Persönliche Mitteilung (Austrittsalter aus dem Erwerbsleben) im März 2006 an den Verfasser.

Spieker, H. (2004): Qualität der Arbeit – gesund in die Rente. In: Busch, R. (Hg.): Altersmanagement im Betrieb. Ältere Arbeitnehmer zwischen Frühberentung und Verlängerung der Lebensarbeitszeit. München: Rainer Hampp Verlag, S. 195-205.

Thoma, P. (1978): Psychische Erkrankungen und Gesellschaft. Eine medizinsoziologische Analyse. Frankfurt a.M.: Campus.

Waller, H. (2006): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 4. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.