

WOLFGANG HIEN

## Volkskrankheit Depression – auch eine Folge von schlechten Arbeitsbedingungen und Arbeitslosigkeit

*Depressionserkrankungen nehmen seit Jahren zu. Unbestritten ist, dass sie zu einem erheblichen Teil durch soziale Probleme – die Bedingungen am Arbeitsplatz und/oder auf dem Arbeitsmarkt – verursacht werden. Dazu bietet die deutschsprachige wissenschaftliche Literatur bislang recht wenig Information. Im folgenden Beitrag werden wichtige internationale Studien zum Thema vorgestellt. Der erste Teil dieses Beitrags erschien in Heft 8/9, der zweite in Heft 10 von Gute Arbeit. Im Teil I geht es vor allem um den Zusammenhang von Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit und psychischen Erkrankungen, insbesondere depressiven Störungen. Im Teil II werden die Arbeitsmarktprobleme von bereits psychisch Erkrankten, der Zusammenhang von Depression und Älterwerden, die Bedeutung von Freiräumen und Fragen der Prävention erörtert. Hier finden Sie beide Teile im Zusammenhang.*

### Depression – eine neue „Volkskrankheit“?

Jede dritte Frühberentung ist Folge einer psychischen Erkrankung. Im breiten Spektrum der psychiatrischen Diagnosen stellen Depressionen den Hauptanteil. Knapp 7% aller Frühberentungen sind Folge einer chronifizierten, d.h., einer chronisch gewordenen und dauerhaft erwerbsunfähig machenden depressiven Erkrankung. Um diese Diagnose zu erfüllen, sollen im Allgemeinen hierbei, neben den beiden Hauptkriterien einer fast täglichen und lang anhaltenden depressiven Verstimmtheit mit einem deutlich verminderten Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, von den folgenden sieben Symptomen mindestens drei erfüllt sein:

- ▶ Schlafprobleme,
- ▶ Veränderung des Aktivitätsniveaus (Verlangsamung oder Unruhe),
- ▶ Appetit (vermindert oder vermehrt) und Gewichtsverlust oder -zunahme,
- ▶ Energieverlust und/oder große Müdigkeit,
- ▶ negatives Selbstbild, Selbstvorwürfe, Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit,
- ▶ verminderte Konzentrationsfähigkeit, verminderte Fähigkeit zu denken oder verringerte Entscheidungsfähigkeit,
- ▶ wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Selbstmord.

In der deutschsprachigen medizinischen Literatur fehlen meist Ausführungen über die sozialen und gesellschaftlichen Ursachen der Depression. Insbesondere vermisst man hierzuland

de sozialepidemiologische Studien, wie sie im skandinavischen Raum, in Nordamerika und anderen Ländern seit Jahren durchgeführt werden. Epidemiologische Studien untersuchen Zusammenhänge zwischen einer spezifischen Erkrankung und möglichen Ursachen. Sie kommen im Ergebnis zu Aussagen über das relative Risiko derjenigen Kollektive, welche unter einer bestimmten Belastung stehen, im Vergleich zu einem weniger oder nicht belasteten Kollektiv. Mit anderen Worten: Das relative Risiko sagt aus, um wie viel Mal höher die Krankheitsrate bei belasteten Menschen ist, im Vergleich zu nicht oder weniger Belasteten. (Bei kleinen Kollektiven ist die statistische Schwankungsbreite, die man mit Hilfe des sogenannten Vertrauensbereiches misst, größer, d.h. die Aussage mitunter sehr unsicher; daher werden immer die „Vertrauensgrenzen“ angegeben.)

### Zentrales Problem: Geringer Handlungsspielraum

Schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde von Medizinern auf die Zusammenhänge zwischen Industriearbeit und „Nervenerkrankungen“ hingewiesen. Herausgerissen aus ihrem ländlichen oder handwerklichen Kontext mussten viele Arbeiter/innen Fabrikdisziplin, Akkord- und Fließbandarbeit als hoch belastend empfinden. Insbesondere erwies sich der geringe Handlungsspielraum bei der Arbeit – fest vorgegebene Stückzahlen und/oder fest vorgeschriebene und ständig wiederkehrende (repetitive) Arbeitsvorgänge – als krankmachend. (In der internationalen Literatur wird der geringe Handlungsspielraum

auch mit „low control“ gleichgesetzt, d.h. der/die Beschäftigte verfügt über sehr wenig Einflussmöglichkeiten, die Arbeit und den Arbeitsablauf selbst zu kontrollieren.)

Derartige Einengungen bei der Arbeit gehören leider nicht der Vergangenheit an – ganz im Gegenteil: Bödeker u.a. (2002) haben ein aus mehreren Fragen zusammengesetztes Konstrukt des geringen Handlungsspielraums gebildet und hierfür die Prävalenzen (d.h. hier: die Quote der durch diesen Faktor belasteten Erwerbstätigen) auf zwei Belastungsniveaus berechnet. Sie kom-

*Der Autor*  
Dr. Wolfgang Hien, Bremen, Arbeits- und Gesundheitswissenschaftler. Kontakt: whien@gmx.de.



men zu den Ergebnis, dass in der Erwerbsbevölkerung 50% der Personen häufig und 91% der Personen insgesamt (häufig plus selten) unter einem geringen Handlungsspielraum leiden.

Die deutschen Befunde stimmen recht genau mit denen der internationalen

Tabelle 1

Gesundheitsstörung	Job-Beanspruchung	Relatives Risiko (95 %-Vertrauensbereich)
Depression	niedrig	1,0
	hoch	2,54 (1,35-4,75)
Ängstlichkeit	niedrig	1,0
	hoch	3,15 (1,48-6,70)
subjektive Gesundheit	niedrig	1,0
	hoch	1,66 (0,86-3,22)
Gesundheitsstörung	Job-Unsicherheit	Relatives Risiko (95 %-Vertrauensbereich)
Depression	niedrig	1,0
	hoch	3,49 (1,90-6,41)
Ängstlichkeit	niedrig	1,0
	hoch	3,29 (1,71-6,33)
subjektive Gesundheit	niedrig	1,0
	hoch	3,72 (1,97-7,04)

(Zahlen nach D'Souza u.a. 2003)

#### Anmerkung zu den Tabellen

Hinter der Angabe des relativen Risikos steht in Klammern der Vertrauensbereich. Dies ist ein Maß für die Schwankungsbreite eines Ergebnisses. Im Allgemeinen wird ein 95%-Vertrauensbereich angegeben. Bei kleinen Kollektiven ist die statistische Schwankungsbreite größer als bei großen Kollektiven, d.h. die Aussage ist bei kleinen Kollektiven mitunter sehr unsicher. Wenn die untere Vertrauensgrenze unter 1,0 liegt, ist die Risikoaussage statistisch unsicher. Oder umgekehrt: Liegt die untere Vertrauensgrenze über eins, so gilt die Risikoaussage als sicher.

epidemiologischen Literatur überein:

So finden auch D'Souza u.a. (2003) bei eher professioneller (d.h. höher qualifizierter)

Arbeit in Australien einen Anteil von 50% mit geringen Handlungsspielraum. Zu bedenken ist hierbei: Die Befragten messen ihren

Handlungsspielraum an ihren Arbeitserwartungen und ihrer Qualifikation. Das bedeutet: Auch wenn streng tayloristische Arbeit heute weniger verbreitet ist als früher, so führen doch enge Arbeits- und Zeitvorgaben und schlechte Rahmenbedingungen bei der Arbeit zu einengenden und damit belastenden Arbeitssituationen. Einen nicht unwesentlichen Teil daran haben EDV-Programme und EDV-gestützte Arbeitsanweisungen, Vorgaben und Kontrollen. Derartige Entwicklungen und die in manchen Bereichen des Dienstleistungssektors (z.B. Call Center) zu beobachtende Wiedereinführung tayloristischer Arbeitsmethoden sollten zum Anlass für arbeitswissenschaftliche Beratung und gesundheitsförderliche Projekte gemacht werden.

#### Geringer Handlungsspielraum führt zu „erlernter Hilflosigkeit“

In der Ursachendiskussion zu depressiven Störungen ist die These von der „erlernte(n) Hilflosigkeit“ (Seligman 1975/1999) eine der bekanntesten.

Danach gerät der Mensch bei objektiv nicht vorhandenem Handlungsspielraum in einen sich selbst bestätigenden Prozess der erlernten Hilflosigkeit. Hilflosigkeit entsteht also in einer Situation, die nahe legt, dass Handeln entweder gar nicht möglich ist oder ohne jede Folge bleibt. Es entwickelt sich ein Teufelskreis, an dessen Ende eine manifeste Depression (oder eine andere psychische oder psychosomatische Erkrankung) wahrscheinlich ist. Der kranke Mensch glaubt nun nicht mehr, dass er sein Leben kontrollieren kann und er über aktives Handeln seine Belastungen und seine Leiden vermindern oder bewältigen kann, selbst dann nicht mehr, wenn sich Handlungschancen auftun. Alle Anstrengungen erscheinen vergeblich; das Leben nimmt die Färbung von Hoffnungslosigkeit und

Sinnlosigkeit an. Besonders tragisch wirkt sich eine unverschuldete Arbeitslosigkeit aus. Sie wird von den Menschen meist als Ausschaltung jeglichen Handlungsspiel-

raums erlebt. Dies belegt eine große epidemiologische Studie in 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 können.

Es gibt freilich viele Gegenthesen; ein ernstzunehmender Einwand gegen die Relevanz der Arbeitsbedingtheit bei Erkrankungsprozessen im Allgemeinen und bei psychischen Erkrankungen im Besonderen soll hier angesprochen werden. Er kommt ursprünglich von Antonovskys Salutogenese-Konzept (salus = Gesundheit; Salutogenese = Entstehung und Förderung der Gesundheit), das in der empirischen Forschung mittlerweile in vielfältigen Variationen angewandt wird. Es geht hierbei um personale Gesundheitsressourcen, welche zumeist als feste Persönlichkeitseigenschaften gesehen werden: Wenn Menschen in der Lage

sind, ihre soziale Umwelt – also auch ihre Arbeitsbedingungen – zu verstehen, mit ihnen aktiv umzugehen und der damit von ihnen mit geschaffenen Situation Sinn zuzuschreiben, dann wird ihr „Kohärenzsinn“ als hoch eingeschätzt (im englischen: sense of coherence bzw. SOC). In vielen Studien wird mit der Feststellung, dass ein niedriger SOC regelmäßig mit einer höheren Erkrankungsquote zusammenkommt, dieser Zusammenhang zugleich auch kausal – d.h. in dem Sinne, dass ein niedriger SOC die Krankheit verursacht - interpretiert.

Doch sind hier erhebliche Zweifel angebracht. Bei genauerem Hinsehen zeigt sich, dass hohe Arbeitsbelastungen, mangelnder Handlungsspielraum, mangelnde soziale Unterstützung, mangelnde soziale Verankerung und schließlich auch Arbeitslosigkeit unabhängige Prädiktoren für einen niedrigen SOC darstellen (Krantz/Östergren 2004). Das bedeutet: Der SOC ist seinerseits wiederum abhängig von Arbeits- und Lebensbedingungen, die von außen auf das Individuum einwirken und deren Gestaltung Grenzen auferlegt sind. Personen, die unter hohen Arbeitsbelastungen stehen, tragen ein über zweifaches Risiko, in einen unteren SOC-Bereich abzufallen, d.h. es geht ihnen deutlich an Lebenssinn verloren. Aus der Biografieforchung ist wohl bekannt, in welchem Ausmaß negative Lebensereignisse und/oder negative Lebensbedingungen sich auf das leibliche Selbst und damit auf die Gesundheit niederschlagen (Müller 2005). Es wäre an der Zeit, sich diese Erkenntnisse für eine arbeitsbezogene Prävention zu eigen zu machen.

#### Zusammenhänge zwischen Arbeit und Depression

Eine australische Forschergruppe (D'Souza u.a. 2003) untersuchte 1188 „professionell“ Beschäftigte, d.h. studierte und gut ausgebildete Personen – 50% von ihnen waren in Führungspositionen - hinsichtlich Depression, Ängstlichkeit und allgemeinem Gesundheitszustand, wobei sie auch nach der selbst eingeschätzten Gesundheit – der subjektiven Gesundheit - fragten. Sie fragten nach hohen Arbeitsanforderungen, geringer Kontrolle – beide Größen werden

zusammengefasst im Faktor „hohe Beanspruchung“ (job strain), manchmal schlicht auch als „Stress bei der Arbeit“ bezeichnet - und nach Job-Unsicherheit. Die Ergebnisse zeigen einen hohen Zusammenhang zwischen Job-Beanspruchung und Job-Unsicherheit einerseits und psychischen Erkrankungen andererseits. Die relativen Risiken wurden gegengerechnet für Geschlecht, Familienstand, negativer Affektivität, Teilzeitbeschäftigung, schwere Krankheiten, Tod eines nahen Verwandten und vergleichbare Probleme, d.h. die berechneten Risiken wurden um diese Faktoren bereinigt. Es zeigte sich, dass Beanspruchung und Unsicherheit voneinander unabhängige Risikofaktoren für Erkrankungen sind. Die Prävalenzen lagen bei niedrigen Belastungen generell unter 10%, bei hohen Beanspruchungen zwischen 10 und 16% und bei hoher Unsicherheit zwischen 24 und 28% (siehe Tabelle 1).

Erhärtet wird dieser Verdacht durch eine Studie von Wang (2005), die auf Daten von 6663 repräsentativ befragten erwerbstätigen Kanadiern basiert, die im Rahmen des nationalen Gesundheitssurveys erhoben wurden. Den Forschern gelang es, in der Erhebungswelle 1996/97 diese mehr als 6000 Personen aus einer 12 Monate zuvor durchgeführten Erhebung für ein Interview wiederzugewinnen. Die Personen wurden im ersten Untersuchungsschritt in vier „Stressgruppen“ unterteilt (wenig, mittelmäßig, viel und sehr viel Stress am Arbeitsplatz). Zu diesem Zeitpunkt litt keiner der in die Studie eingeschlossenen Personen an einer depressiven Störung. Im 12 Monate später stattgefundenen Untersuchungsschritt wurde nach depressiven Störungen (im Sinne der oben angegebenen Kriterien) gefragt. Diejenigen, die unter sehr viel Stress bei der Arbeit

litten, wiesen eine drei unteren Gruppen. Auch hier wurden soziodemografische, psychosoziale und klinische Faktoren herausgerechnet, und es zeigte sich im Ergebnis, dass neben niedrigem Qualifikationsgrad und traumatischen Lebensereignissen mit einem relativen Risiko von 2,3 eine hohe Stressbelastung bei der Arbeit das höchste Risiko bildet, innerhalb von 12 Monaten eine Depression zu erleiden. Hier liegt unseres Wissens zu dieser Fragestellung zum ersten Mal eine Längsschnittsstudie mit Kohortencharakter vor, deren Ergebnisse nicht ernst genug genommen werden können.

**Flexibilitätsanforderungen kontra Stabilitätsbedürfnis**

Weber u.a. (2006) haben unlängst – in einem Leitartikel des Deutschen Ärzteblatts - darauf hingewiesen, dass die moderne Arbeitswelt mit ihren Flexibilitätsanforderungen und Unsicherheiten dem menschlichen Grundbedürfnis nach Stabilität in den sozialen Beziehungen immer weniger gerecht wird. Depressionen und Angststörungen sind gleichsam vorprogrammiert, wenn Arbeitsleben, Arbeitsbiografie und Arbeitssituation immer unplanbarer werden, d.h. Loyalität und Vertrauen gehen verloren. Flexibilität, Mobilität und Konkurrenz werden, so die eindringliche Warnung der Autoren, zu einem rasch wachsenden massiven Gesundheitsrisiko, wenn der Wirtschaftsdynamik nicht begrenzende Maßnahmen entgegengesetzt werden.

Darauf weist auch der US-amerikanische Sozialforscher Richard Sennett (2005) hin, dem bei seinen Studien in neuen Dienstleistungsberufen genau dieser Verlust von Grundvertrauen aufgefallen ist. Als besonders gravierend hinsichtlich der gesundheitlichen Folgen sieht Sennett die Management-

Technik des innerbetrieblichen Wettbewerbs an: Mehrere Arbeitsgruppen konkurrieren um ein bestimmtes Ziel, wobei die Verlierer in der Regel auch ihren Arbeitsplatz verlieren. Sennett bemerkte nicht nur einen äußeren hohen Angstpegel in diesen Unternehmen, sondern auch eine Zersetzung des sozialen Kapitals, d.h. der sozialen Beziehungen zwischen den Mitarbeiter/innen wie auch der familiären und generativen Bezüge: Wer Wert auf stabile Partnerbeziehungen und vor allem auf Kinder und die notwendige Kinderbetreuung als Elternteil legt, wird vom Management als „dependant“ (abhängig) abqualifiziert. Dies bedeutet, dass „die Kultur des neuen Kapitalismus“ (Sennett) nicht nur soziale Beziehungen am Arbeitsplatz, sondern soziale Beziehungen überhaupt zerstört. Vor diesem Hintergrund kann Weber u.a. (2006) nur zugestimmt werden, wenn sie die „Wiederentdeckung der Humanität“ als die große Herausforderung des kommenden Jahrzehnts proklamieren.

**Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Depression**

Eine finnische Studie (Virtanen u.a. 2003), der die Daten von 15000 befragten Personen zugrunde lag, kommt zum Ergebnis, dass vor allem eine mit geringem Einkommen verbundene Arbeitslosigkeit ein hohes Gesundheitsrisiko bildet. Die relativen Risiken wurden rechnerisch abgeglichen gegen Alter, Geschlecht, Gewicht, Rauchen, Alkohol, Optimismus und soziale Eingebundenheit. In der folgenden Tabelle sind die relativen Risiken angegeben, wobei in Klammern der 95%-Vertrauensbereich angegeben ist (siehe Tabelle 2).

Arbeitslosigkeit, verbunden mit niedrigem Einkommen, zeigt eindeutig

**Tabelle 2**

Relative Risiken für Männer			
sozialer Status	subjektive Gesundheit	medizinischer Status	Depressions-Erkrankung
feste 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)
Relative Risiken für Frauen			
feste 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)

Zahlen nach Virtanen u.a. 2003

die höchsten Krankheitsraten. Auch wenn die Kausalitäten in einer Querschnittsstudie nicht endgültig zu klären sind, so ist die Annahme doch unwahrscheinlich, dass der Verlust des Arbeitsplatzes und die Schwierigkeiten einer Wiedereinstellung ausschließlich bei schon Erkrankten erfolgen sollte. Zugleich dürfte es für Personen, die aufgrund einer längeren Arbeitslosigkeit erkrankt sind, sehr schwer sein, einen neuen Arbeitsplatz zu finden. Die Autoren weisen darauf hin, dass der post-industrielle Arbeitsmarkt mit seinen ungesicherten Beschäftigungsverhältnissen und den steigenden Flexibilitätsanforderungen zu einem Gesundheitsrisiko werden kann, das auch im Längsschnitt genauer untersucht werden sollte.

Das auch in anderen Studien sichtbare höhere Risiko für schwere Erkrankungen bei Männern im Vergleich zu Frauen kommentieren die Autoren folgendermaßen: Die hohe Geschlechter-Differenz in den Risikorate deutet darauf hin, „dass die männlichen Werte immer noch stark an der Arbeit orientiert sind, während Frauen der Familie und anderen Lebensbereichen mehr Bedeutung zumessen“ (Virtanen u.a. 2003, S. 1020). 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 Berufsbiografien 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 sollte auch für die betrieblichen Verhältnisse ernst genommen werden.

#### **Psychisch Erkrankte: vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen**

Die neuen Arbeitswelten, die teilweise auf dem Gelände der alten Industrieanlagen entstehen, sind für die Mitglieder der alten Arbeitskultur unerreichbar; sie sind gleichsam hermetisch davon ausgeschlossen. Das gilt nicht nur für ältere, oftmals körperlich eingeschränkte, sondern insbesondere zunehmend auch und gerade für psychisch Erkrankte. Aus der sozialwissenschaftlichen Rehabilitationsforschung (Kardorff/Ohlbrecht 2006)

wird verstärkt auf die verhängnisvolle Folge der Entwicklung der Arbeitsgesellschaft für diese wachsende gesellschaftliche Gruppe hingewiesen: Die zunehmenden Anforderungen an den Einzelnen hinsichtlich Selbstvermarktung, Selbstorganisation, Autonomie und Eigenverantwortung versperren den Benachteiligten in der Tendenz strukturell einen Zugang zum ersten Arbeitsmarkt. Soziologen haben diese Entwicklung als Individualisierung bezeichnet; auf dem Arbeitsmarkt ist das sich selbst vermarktende Individuum gefragt. An die persönliche Berufs- und Lebensplanung werden heute, im Vergleich zu den eher geschlossenen Arbeits- und Lebenskulturen der Vergangenheit, ungleich höhere Anforderungen gestellt. Die Menschen sind heute zu einer aktiven Gestaltung ihrer Biografie gezwungen. Dies verlangt hoch entwickelte soziale Kompetenzen, Risikobereitschaft, aber auch die Fähigkeit, eigene Erwartungen bei Fehlschlägen realitätsangemessen zu korrigieren, d.h. dies verlangt einen reflektierten Umgang mit der eigenen Psyche. „Menschen mit kognitiven, emotionalen und sozialkommunikativen Beeinträchtigungen, krankheits- oder behinderungsbedingt verlangsamten körperlichen und geistigen Reaktionen und anderen Beschränkungen der körperlichen Belastbarkeit können diesen Anforderungen nur selten oder nur begrenzt gerecht werden“ (Kardorff/Ohlbrecht 2006, S. 15).

Die Zahlen sprechen für sich: Erwachsene mit psychischen Störungen sind nur noch zu 22% erwerbstätig. Chronisch Kranke respektive Beeinträchtigte werden in die Arbeitslosigkeit und in Folge dessen entweder in den so genannten geschützten Arbeitsmarkt und/oder in die Sozialhilfe und/oder – falls überhaupt die anwartschaftlichen Voraussetzungen vorliegen - in eine Erwerbsminderungsrente abgedrängt. Die mit dieser Situation verbundene starke Institutionenabhängigkeit der betroffenen Menschen schwächt individuelle Selbsthilfepotenziale, schränkt die Möglichkeiten einer Kontrolle über das eigenen Leben ein, verstärkt Gefühle des Ausgeliefertseins und der sozialen Wertlosigkeit. Kardorff und Ohlbrecht merken an, dass es in der arbeits- und sozialpolitischen Wirk-

lichkeit bislang kaum Anzeichen dafür gibt, dass die besonderen Belange dieser immer größer werdenden Betroffenenengruppe berücksichtigt werden.

#### **Präventive Arbeitsgestaltung auch für Leistungsgewandelte**

Festzuhalten ist: Die Frage, wodurch die Zunahme körperlicher und psychischer Erkrankungen von Erwerbspersonen in der Arbeitslosigkeit begründet liegt, kann nicht linear beantwortet werden. Es muss von der Annahme einer komplexen physisch-psychischen Wechselwirkung ausgegangen werden. Beigetragen hierzu haben langjährige physische Belastungen und psychosoziale Krisenbelastungen gleichermaßen. Ohnmachtsgefühle während und nach der aktiven Arbeitsphase – welche einen subjektiv empfundenen geringen oder völlig fehlenden Handlungsspielraum anzeigen – kulminieren in Prozesse, in denen das Verdrängte – das Bedürfnis nach Leben, Anerkennung und Glück – in psychischen und psychosomatischen Krankheiten „zur Sprache kommt“. Die hohen Erkrankungsziffern bei Arbeitslosen sind ein untrügliches Anzeichen hoher Belastungen, deren Folgen zum weiteren Ausschluss aus dem Arbeitsleben führen. Diese Überlegung führt zu folgendem Zwischenfazit: Beinhaltet eine präventive Arbeitsgestaltung auch Möglichkeiten der Integration leistungsgewandelter Personen, ggf. kombiniert mit entsprechenden Teilzeitmodellen, so wäre damit nicht nur das Leid der Arbeitslosigkeit vermieden oder vermindert; es wären damit auch positive Weichen gestellt für eine Prävention arbeitsbedingter Frühberentungen.

#### **Älterwerden im sozialen Zusammenhang**

Wenn mit zunehmendem Alter körperlich-biologische Fähigkeiten abnehmen und sich zudem gesundheitliche Störungen einstellen, verändern sich die persönlichen Potenziale der betroffenen Person. Mit dem Alter nimmt die Häufigkeit von Depressionen zu. Medizinische Diagnosen sind hier freilich ein wenig geeigneter Maßstab. Als entscheidend für Leistungsfähigkeit und Leistungswillen hat sich der subjektiv empfundene Gesundheitszustand in seiner Relation zur objektiven

gesellschaftlichen und beruflichen Situation herausgestellt. Hierfür haben Johann Behrens u. a. (1998) den Begriff der „relativen Gesundheit“ geprägt. Ob ein älterer, gesundheitlich beeinträchtigter Mensch fähig und bereit ist, am Arbeitsleben teilzuhaben, hängt nicht nur von seinem körperlichen Zustand, sondern auch – und in vielen Fällen sogar wesentlich – von einer Reihe psychosozialer, beruflicher und außerberuflicher Bedingungen ab, nicht zuletzt von der Nachfrage nach seinen besonderen Potenzialen.

In der neueren sozialgerontologischen und arbeitswissenschaftlichen Literatur wird verstärkt auf ein hohes Maß an produktiven Ressourcen Älterer hingewiesen. Die Frage, wie eine gesellschaftliche Organisation und eine gesellschaftliche 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, berufsbiografische Erfahrungen der Betroffenen aufzugreifen, ihre Zukunftsperspektiven bzw. biografischen 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 alternsgerechten Arbeit und eines alternsgerechten Lebens herstellt, anstatt und anstelle einer Phase der biografischen Verdichtung des Arbeitslebens bis zur Lebensmitte und der dann folgenden Ausschließung der älter und krank Gewordenen aus dem Arbeitsmarkt. Anzumerken ist, dass der im europäischen Raum benutzte Begriff der „Beschäftigungsfähigkeit“ nicht weiterhilft, ja sogar als diskriminierend und ausschließend 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, dass Menschen sich darin wieder bewegen und tätigwerdend entwickeln können?

#### **Zur Altersstruktur von Teams**

Ein nicht zu unterschätzendes Problem ist die „richtige“ Alterszusammensetzung des Teams. 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 zielt deswegen darauf, schrittweise arbeitskulturell heterogene Gruppen zu schaffen. Entscheidend sei, so Jasper, schließlich, dass positive kulturelle Aspekte der Arbeit, wie z. B. anregendes, offenes Betriebsklima, Vertrauenskultur und Beteiligung der Beschäftigten von den Führungskräften und Vorgesetzten gefördert würden. Denn diese kulturellen Aspekte stehen bei allen Generationen hoch im Kurs.

Die Organisationsentwicklung einer verbesserten Kommunikation, Kooperation und insbesondere der Transfer von Erfahrungswissen stellen sich freilich nicht von selber her, sondern müssen 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.

#### **Menschen brauchen Freiräume und sozialen Kontakt**

Die Lösungswege liegen auf der Hand: Verfestigte Strukturen, zu denen auch das Durchgreifen des Marktregimes auf scheinbar subjektivierte Arbeitsverhältnisse gehört, müssen aufgebrochen werden. Wichtig ist, kommunikative Freiräume und damit auch Möglichkeiten einer solidarischen differenziellen Arbeitsgestaltung

zu schaffen. Das 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. Das hat umgekehrt wiederum – das zeigen Erfahrungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung – ausgesprochen positive Effekte für die Team-Atmosphäre selbst.

Die Arbeitswelt ändert sich gegenwärtig in rasantem Tempo. Arbeitnehmer/innen müssen mehr selbst entscheiden und sind in stärkerem Maße für ihr Arbeitsergebnis und die Einhaltung von Terminen verantwortlich. Einengungen bei der Arbeit entstehen in dieser Situation durch schlechte Rahmenbedingungen, mangelnde Ressourcen, mangelnde Unterstützung und widersprüchliche Arbeitsanforderungen. Doch der Zeitdruck bleibt. Mangelnder Handlungsspielraum äußert sich dann mitunter in mangelnden Möglichkeiten des Austausches mit Kollegen und Kolleginnen oder in der Unmöglichkeit, einmal „Luft zu holen“. Hier muss aus arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Sicht darauf hingewiesen werden, dass Menschen Freiräume brauchen. Das ist wichtig, auch für nicht zweckgerichtete Kommunikation. Genau diese „Nischen“ sind ein wesentliches Moment der sozialen Unterstützung, d.h. genau in diesen „unkontrollierten“ Bereichen findet jene statt und kann sich gesundheitsförderlich entfalten.

Zu den Arbeitsablaufbedingungen gehören nach wie vor persönliche Kontakte, Absprachen, Hilfestellungen, Vorlieben, Vermeidungen und hinsichtlich dieser sehr persönlichen Präferenzen auch arbeitsteilige Arrangements. All dies kann durch eine

moderne EDV-gestützte Arbeitsorganisation, die gleichsam anonym die Beschäftigten zuweilen mit täglichen oder gar stündlichen Arbeitsanweisungen konfrontiert und ihnen „die Luft zu atmen nimmt“, erheblich erschwert oder gar verunmöglicht werden. Einem gesundheitsförderlichen Unternehmensmanagement und einer gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung muss daran gelegen sein, derartigen Einengungen so weit wie möglich entgegen zu treten oder sie erst gar nicht aufkommen zu lassen.

#### **Fazit: Prävention ist möglich**

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 (Feldes 2006).

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

#### **Literatur**

- Behrens, J./Elkeles, T./Schulz, D. (1998): Begrenzte Tätigkeitsdauer und relative Gesundheit. In: Heinz, W.R. u. a. (Hrsg.): Was prägt Berufsbiografien? 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. Forschungsbericht 946 der BAuA. Bremerhaven: NW-Verlag
- D'Souza, R.M. u. A. (2003): Work and health in a contemporary society: demands, control, and insecurity. In: Journal of Epidemiology and Community Health, Band 57, S. 849-854.
- Feldes, W. (2006): Das betriebliche Eingliederungsmanagement – Grundzüge einer wirksamen Präventionsstrategie. In: Gute Arbeit, 18. Jahrgang (vorher: Arbeit-und-Ökologie-Briefe). Heft 1/2006, S. 17-20.
- Jasper, G. (2004): Unterschiedliche Potenziale jüngerer und älterer Mitarbeiter erschließen und nutzen. In: Busch, R. (Hg.): Altersmanagement im Betrieb. München: Rainer Hampp, S. 219-238.
- Kardorff, E.v./Ohlbrecht, H. (2006): Die Bedeutung der Arbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel – soziologische Anmerkungen zur beruflichen Rehabilitation. In: Heilpädagogik online, Juli-Ausgabe.
- Krantz, G./Östergren, P.-O. (2004): Does it make sense in a coherent way? Determinants of sense of coherence in Swedish women 40 to 50 years of age. In: International Journal of Behavioral Medicine, Band 11, S. 18-26.
- Müller, R. (2005): Die Biografie als gesundheitliche Kategorie. In: Kuhn, J. u. a. (Hrsg.): Leben um zu arbeiten. Betriebliche Gesundheitsförderung unter biografischem Blickwinkel. Frankfurt a. M.: Mabuse, S. 43-55.
- Seligman, M.E.P. (1975/1999): Erlernte Hilflosigkeit. Weinheim: Beltz.
- Sennett, R. (2005): Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin: Berlin-Verlag.
- Virtanen, P. u. A. (2003): Health inequalities in the workforce: the labour market core-periphery structure. In: International Journal of Epidemiology, Band 32, S. 1015-1021.
- Wang, J. (2005): Work stress as a risk factor für major depressive episode(s). In: Psychological Medicine, Band 35, S. 865-871.
- Weber, A./Hörmann, G./Köllner, V. (2006): Die Epidemie des 21. Jahrhunderts. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 13, S. A834-A841.

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 Mög-

lichkeiten 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 proklamiert - 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.