

Wolfgang Hien

Arbeiten Männer gesundheitsriskanter als Frauen?

Neuere empirische Daten und Hypothesen

1. *Einleitung*

Schon in ihrer großen repräsentativen Studie »Die Männer« beschrieb die Soziologin Helge Pross (1978) die Problemkonstellation, die bis heute ihre Gültigkeit nicht verloren hat:

»Die Berufsrolle des Mannes ist heute fester Bestandteil seiner Geschlechtsrolle. Im günstigen Fall bietet sie ihm Gelegenheit, Gestaltungs- und Einflusswünsche zu befriedigen, (...) mitzumischen, den Lauf der Dinge zu bestimmen, die Fäden in der Hand zu halten.« (ebd.: 69)

Die Familie und familienbezogene soziale Lebensräume, so fand Pross heraus, sind dem Mann zwar rhetorisch wichtig, doch bestimmt sich männliche Identität zuerst und vor allen Dingen durch die Rolle im Arbeits- und Wirtschaftsleben und davon abgeleiteten Sphären der gewerkschaftlichen, verbandlichen und politischen Arbeit. Pross verdeutlicht dies an der Vaterrolle, zu der Männer geradezu in eine »männliche Distanz« gingen:

»Männer identifizieren sich so wenig mit der Vaterrolle, sie haben diese so wenig in ihr Bewusstsein und in ihre Gefühle aufgenommen, dass sie ihnen während der Tätigkeit in den Betrieben, Behörden, Parteien, Parlamenten kaum gegenwärtig ist. Viele Entscheidungen, die sie dort treffen, zum Beispiel über Raumplanung, Wohnungsbau, Verkehrswesen, werden gefällt, als ob es keine Kinder gäbe. In diesem Sinne sind wir gegenwärtig tatsächlich eine vaterlose Gesellschaft.« (ebd.: 137).

Grosso modo hat sich das bis heute nicht geändert, auch wenn es vielerlei Bemühungen für eine etwas familienfreundlichere Arbeits- und Sozialpolitik gibt. Wenn wir die gesamtgesellschaftliche Entwicklung betrachten, so liegt unverkennbar die prioritäre Betonung auf der Arbeit, der sich alle anderen Bereiche unterzuordnen haben. Die unternehmerischen Forderungen nach noch mehr marktorientierter Flexibilität und die damit zusammenhängende Zunahme der Single-Kultur in den großen Wirtschaftszentren sind Indikatoren dafür. Männer gehen mit der Kultur der Arbeitsgesellschaft in einem deutlich höheren Grade konform als Frauen, auch wenn diese unter einem massiven ideologischen und

faktischen Druck stehen, sich dieser Kultur anzupassen. Der Shell-Jugendstudie (Shell Deutschland Holding 2006) zufolge setzen männliche Jugendliche auf wirtschaftlichen Erfolg, Wettbewerb und Durchsetzungswillen, während weibliche Jugendliche zwar »fleißig und ehrgeizig« seien, doch zugleich deutlich mehr Wert auf soziale Bindungen und familienorientierte Lebensführung legten als ihre männlichen Pendanten. Hinter diesen Verteilungen deuten sich aber auch neue Strömungen an: Manche Männer werden in ihren Wertorientierungen eher »weiblicher«, manche Frauen eher »männlicher«.

Es wäre daher verfehlt, Männern und Frauen die unterschiedlichen Wertorientierungen qua Biologie zuzuschreiben. In der Forschung wurde vorgeschlagen, zwischen biologischem Geschlecht – sex – und sozialem Geschlecht – gender – zu unterscheiden (Döge 1999; Meuser 1998, 2005; Lademann und Kolip 2005; Connell 2006). Der vorliegende Aufsatz folgt dieser Terminologie. Das soziale Geschlecht wird als gesellschaftliche Konstruktion spezifischer Rollen verstanden, die auf der Grundlage allgemeiner und spezifischer Sozialisationsprozesse und der mit diesen transportierten kulturellen Muster gelernt, eingeübt und verinnerlicht werden. Gender- und Männerforschung gehen davon aus, dass der überwiegende Anteil des skizzierten männlichen Verhaltens soziokulturell bedingt ist. Der besseren begrifflichen Unterscheidung wegen seien diese sozialen Geschlechterrollen als Maskulinität und Feminität bezeichnet (Döge 1999), synonym bezeichnet als Männlichkeitsmuster und Weiblichkeitsmuster. Zwischen den Polen »reiner« Maskulinität und Feminität spannt sich ein breites Spektrum von »gemischten« Ausprägungen – wohlgernekt bei beiden Geschlechtern – auf. Wenn im Folgenden von Männlichkeitsmustern gesprochen wird, so ist damit die soziokulturell gewachsene und eingebundene Maskulinität gemeint, nicht das biologische Geschlecht. Diese Begrifflichkeit hat sich für die Geschlechterforschung und die gesamte sozialwissenschaftliche Forschung als äußerst fruchtbar erwiesen, auch und gerade für gesundheitsbezogene Fragestellungen.

Wie schlagen sich Männlichkeits- und Weiblichkeitsmuster in der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung nieder? Frauen weisen allen repräsentativen Daten zufolge – hier sind insbesondere der Bundesgesundheitsurvey (Rose und Jacobi 2006) und die BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung (BAuA 2007) zu nennen – eine signifikant höhere Krankheitsquote auf als Männer, zumindest auf der Ebene der subjektiven Gesundheit; gleichwohl liegt die Lebenserwartung der Frauen mit 81 Jahren deutlich – um 6,5 Jahre – über derjenigen der Männer (Luy 2006). Dieses in der Gesundheitsforschung als Gender-Paradox bekannte

Phänomen ist erklärungsbedürftig. Angeführt werden biologische – hier insbesondere genetische – und verschiedene soziale Faktoren. Erstere sind für maximal 1,5 Jahre dieser Differenz verantwortlich (ebd.), deren weit-aus größter Teil ist somit als Folge sozialer Risiko-Kontexte zu betrachten. Neben Lebensgewohnheiten werden Arbeitsbelastungen und soziale Lage als Einflussfaktoren für chronische Erkrankungen und Sterblichkeit diskutiert. In diesem Zusammenhang wurde die Hypothese eines leistungsorientierten, aggressiven und auf Gesundheit wenig Rücksicht nehmenden Arbeitsverhaltens der Männer entwickelt (Eickenberg und Hurrelmann 1998; Faltermaier 2004). Da die Lebenserwartung zwischen männlichen Beziehern niedriger und hoher Einkommen ein Gefälle von über 10 Jahren aufweist – einkommensstarke Männer werden im Schnitt 81 Jahre alt (Lampert et al. 2007) – greifen rein verhaltensbezogene Betrachtungen zu kurz. Es müssen vielmehr auch strukturelle Merkmale der modernen Arbeits- und Arbeitsmarktbedingungen einbezogen werden.

Besonders auffällig ist das Gender-Paradox bei schweren arbeitsbedingten Erkrankungen, die zur Erwerbsminderung führen (Bödeker et al. 2006). Als »Leiterkrankung« für Frühberentung haben mittlerweile psychische Störungen – insbesondere Depressionen – die Herz-Kreislauf- und Muskel-Skelett-Erkrankungen abgelöst. Erwerbsgeminderte sterben deutlich früher (Rehfeld 2006); alleine schon aus diesem statistischen Zusammenhang heraus, der sich auch sozio-psycho-somatisch plausibilisieren lässt – depressive Herz- oder Krebspatienten haben signifikant geringere Überlebenschancen als nicht-depressive (Hürny 1997; Gump et al. 2005; Asano et al. 2008) –, zeigt die Depression ein Risiko für vorzeitige Sterblichkeit an. Im Folgenden sollen zunächst der epidemiologische Forschungsstand zu arbeitsbedingten psychischen Erkrankungen und die darin auftretende Geschlechterdifferenz referiert und diskutiert werden. In einem zweiten empirischen Teil werden gender-relevante Forschungsergebnisse aus eigenen qualitativen Studien mit Werftarbeitern, IT-Beschäftigten und Pflegekräften dargestellt. In einem abschließenden Teil wird die These des gesundheitsriskanten Männlichkeitsmusters entwickelt, das nicht als biologisches, sondern als soziales Muster zu verstehen ist.

2. *Arbeitsbedingte Erkrankungen und Geschlechterdifferenz*

Virtanen et al. (2003) sind in einer Studie, welcher die Daten von mehr als 15 000 befragten Erwerbspersonen in Finnland – darunter 50 % Frauen – zugrunde lagen, dem Zusammenhang von Arbeitsmarktsituation und psychischem Gesundheitszustand nachgegangen. Die Studie kommt

zum Ergebnis, dass vor allem die Kombination von Arbeitslosigkeit und geringem Einkommen mit einem stark erhöhten Gesundheitsrisiko assoziiert ist. Die Odds Ratios wurden bezogen auf die Referenz »feste Arbeit« berechnet und hinsichtlich Alter, Gewicht, Rauchen, Alkohol, Optimismus und soziale Eingebundenheit adjustiert. Unter Langzeitarbeitslosen finden sich die höchsten Krankheitsraten. Auffallend ist, dass die Odds Ratio bei Männern deutlich größer ist als bei Frauen (mehr als dreifach vs. zweifach erhöhtes Depressionsrisiko).

Auch wenn die Kausalitäten in Querschnittsstudien wie dieser nicht endgültig klärbar sind, so ist die Annahme doch unwahrscheinlich, dass der Verlust des Arbeitsplatzes ausschließlich oder hauptsächlich bei schon Erkrankten erfolgt. Whooley et al. (2002) haben in einem 5-Jahres-Längsschnitt ein zweifaches Depressionsrisiko bei ursprünglich gesunden US-amerikanischen Arbeitern durch wiederholte oder länger andauernde Arbeitslosigkeit feststellen können, wobei auch hier Männer stärker reagierten als Frauen. Khlal et al. (2004) haben für ein großes französisches Kollektiv längsschnittanalytisch ein durch Arbeitslosigkeit hervorgerufenen Depressionsrisiko von 2,6 ermittelt; ähnliche Ergebnisse liegen aus Dänemark (Hansen et al. 2004) und vielen anderen Ländern vor (Gilchrist und Gunn 2007). Rose und Jacobi (2006) bestätigen im Prinzip die internationalen Befunde für die deutschen Verhältnisse. In ihrer Auswertung des Bundesgesundheits-Surveys kommen sie auf ein im Vergleich zu Erwerbstätigen mehr als doppelt so hohes Risiko psychischer Erkrankung bei Arbeitslosen, wobei der Effekt der Arbeitslosigkeit bei Männern deutlich stärker zu Buche schlägt als bei Frauen.

Rugulies et al. (2006) führten mit mehr als 4 000 Erwerbspersonen eine 5-Jahres-Studie durch und identifizierten Job-Unsicherheit als Risikofaktor. Bei Männern, die unter Job-Unsicherheit litten, fanden sie ein zweifach erhöhtes Depressionsrisiko, bei Frauen dagegen zeigten sich diesbezüglich keine Auffälligkeiten. Robertson Blackmore et al. (2007) haben bei 24 000 kanadischen Erwerbspersonen die Folgen von Job-Unsicherheit gemessen und fanden bei Männern ein relatives Risiko für Depressionen von 2,6, während das Risiko bei Frauen nicht erhöht war. Eine fehlende oder geringe soziale Unterstützung am Arbeitsplatz schlägt sich hingegen – zumindest in einem Teil der Studien – eher bei Frauen als bei Männern in einem erhöhten Depressionsrisiko nieder. Rugulies et al. (2006) fanden ein knapp zweifaches Risiko bei Frauen; für Männer lag dieses Risiko hier bei 1,1. Ähnliche Ergebnisse sehen wir bei Clays et al. (2007), nicht jedoch bei Robertson Blackmore et al. (2007), wo beide Geschlechter mit einem mehr als 2-fachen Depressionsrisiko auf fehlende soziale Unterstützung reagieren.

Die referierten Studienergebnisse verweisen auf den Umstand, dass der post-industrielle Arbeitsmarkt mit seinen ungesicherten Beschäftigungsverhältnissen und steigenden Flexibilitätsanforderungen ein bedeutsames Gesundheitsrisiko darstellt. Das auch in anderen Studien sichtbare höhere Risiko für schwere Erkrankungen bei Männern im Vergleich zu Frauen kommentieren Virtanen et al. (2003) folgendermaßen:

»Die hohe Geschlechter-Differenz in der Assoziation zwischen Arbeitslosigkeit und Depression 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.« (Ebd.: 1019f.; Übers. W.H.)

Die Arbeitsorientierung ist freilich nicht naturgegeben, sondern gesellschaftlich und kulturell bedingt. Das niedrigere Risiko bei Frauen lässt vermuten, dass es für die Gesundheit der Menschen besser ist, wenn sie sich von der Fixierung auf bestimmte Berufsbiographien und Karriere-muster lösen und sich mehr der Lebenswelt öffnen. Die Eingebundenheit in soziale Netzwerke – das »soziale Kapital« – wirkt sich schützend gegenüber Erkrankungen und fördernd für die Gesundheit aus (Phongsavan et al. 2006). Allerdings ist hier der epidemiologische Kenntnisstand recht widersprüchlich und die arbeits- und gesundheitswissenschaftliche Diskussion entsprechend kontrovers. Ludermitz und Lewis (2005) haben die Lebenssituation brasilianischer Frauen untersucht und fanden extreme Doppel- und Mehrfachbelastungen durch Haus- und Familienarbeit, durch informelle Arbeit – Putzen, Waschen und andere Minijobs – sowie durch die existenziellen Abhängigkeiten und Unsicherheiten, in denen sich Frauen in patriarchalen Kulturen befinden. Im Vergleich zu festangestellten Frauen tragen diese Frauen ein dreifach erhöhtes Risiko, psychisch zu erkranken. Dieser Befund lässt sich mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auch auf weiße Unterschichtkulturen in Nordamerika und in Europa übertragen. Eine kanadische Studie (Wang 2006), die bei Vorliegen einer Imbalance zwischen Arbeit und Familie ein fast 5-faches Depressionsrisiko feststellt, lässt eine dahinter liegende Gender-Problematik vermuten; leider sind die Daten nicht für Männer und Frauen getrennt aufgeschlüsselt.

In Teilen der arbeitswissenschaftlich orientierten Epidemiologie wird Arbeitsstress (»job strain«) als Resultante aus hohen Anforderungen (»high demands«) und gleichzeitig geringem Handlungsspielraum (»low control« bzw. »low decision latitude«) konzeptualisiert. Ein großer Handlungsspielraum kann hiernach – ebenso wie ein hohes Niveau sozialer Unterstützung (»social support«) – negative Wirkungen hoher Arbeitsanforderungen kompensieren. In der Arbeitswissenschaft wird

die Frage des Handlungsspielraums seit langem intensiv diskutiert (vgl. Hien 2006: 27ff.). Gemeinsamer Nenner der verschiedenen kategorialen Bestimmungen ist – im Sinne einer menschengerechten Gestaltung der Arbeit – das Postulat, dass der arbeitende Mensch über möglichst viele Aspekte seiner Arbeit selbst entscheiden und jene auch selbst gestalten können sollte.

Genau das aber wird den Arbeitenden vielfach verwehrt, sei es durch hierarchische, autoritäre Strukturen oder sei es durch vom Markt bzw. vom Kunden diktierte Formen der Arbeitsorganisation. Die neuere Forschung berichtet relative Risiken für Depression durch geringen Handlungsspielraum in Größenordnungen von 1,5 bis 2,0. Teils zeigen sich dabei nur geringfügige Gender-Unterschiede (Robertson Blackmore et al. 2007), teils ist von einem erhöhten Risiko für Männer (Melchior et al. 2007), teils aber auch von einer Risikoerhöhung bei Frauen (Clays et al. 2007) die Rede. Die inkonsistente Forschungslage ist durch unterschiedliche Zuschnitte der Kohorten bedingt, d.h. durch unterschiedliche Altersverteilung, unterschiedliche Berufsgruppen und unterschiedliche Qualifikationen. Auch sind hier wiederum unterschiedliche kulturelle Konstellationen zu berücksichtigen. Für die Situation in Deutschland zeigt sich hinsichtlich der Gender-Problematik in der letzten BIBB/BAuA-Befragung eine wichtige Auffälligkeit: Obwohl 59,4 % der Frauen – im Vergleich zu 45,1 % der Männer – von ständig wiederkehrenden Arbeitsvorgängen berichten, fühlen sich dadurch nur 13,3 % der Frauen belastet, während diese Quote bei Männern 15,6 % beträgt (BAuA 2007). Man könnte also vermuten, dass Frauen sich mit ihren im Schnitt restriktiveren Arbeitsbedingungen etwas besser arrangiert haben als dies Männer zu tun in der Lage sind. Die Frage ist nun, ob und in welcher Weise sich diese Gender-Differenz in Erkrankungsprozessen niederschlägt.

Bödeker et al. (2006) haben anhand eines umfangreichen Zahlenmaterials der Rentenversicherungsträger und des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung die Arbeitsbedingtheit von Frühberentungen untersucht. Hochgerechnet auf alle Frühberentungen können sie belegen, dass mindestens jeder dritte Fall einer gesundheitlich begründeten Frührente durch einen geringen arbeitsbezogenen Handlungsspielraum verursacht ist. Hierbei ist jedoch eine erhebliche Gender-Differenz festzustellen: Das Risiko einer Frühberentung ist bei Männern mit niedrigem Handlungsspielraum 2,6-mal so hoch wie bei solchen mit hohem Handlungsspielraum, wogegen bei Frauen dieses Risiko nur um den Faktor 1,6 erhöht ist. In berufsgruppenspezifischer (statt belastungsspezifischer) Betrachtung zeigen sich z.T. ebenfalls deutliche Gender-Unterschiede:

So ist das Frühberentungsrisiko bei männlichen Krankenpflegekräften um das 2,4-fache, bei weiblichen Angehörigen dieser Berufsgruppe jedoch nur um das 1,4-fache erhöht; bei männlichen Bürofachkräften liegt eine Risikoerhöhung um den Faktor 1,5 vor, während ihre weiblichen Pendanten in dieser Hinsicht keinerlei Auffälligkeit aufweisen (jeweils 16 Jahre und länger im betreffenden Beruf Tätige; Referenz: niemals in diesem Beruf Tätige).

Die niedrigeren Werte bei den Frauen bedürfen einer weitergehenden Interpretation. Zunächst geht in diese Berechnung die hohe Teilzeitquote der Frauen ein (bei weiblichen Pflegekräften rund 45 %), durch die sich der arbeitsbedingte Anteil der Frühberentung entsprechend reduziert. Des weiteren dürfte bei Frauen die Frühberentung als Ausstiegsmodus vermehrt von der Tendenz zum familien- bzw. partnerorientierten Berufsausstieg überlagert sein, d.h. sie verlassen – auch im Falle starken Gesundheitsverschleißes – das Arbeitsleben häufig auf anderem Wege als dem der Erwerbsunfähigkeits-Verrentung und tauchen schon von daher in der entsprechenden Statistik seltener auf. Schließlich spielt – zumindest im Bereich der psychischen Störungen – möglicherweise auch der Umstand eine Rolle, dass Männer gesundheitliche Beeinträchtigungen länger verdrängen und damit ihr Risiko einer späteren sehr schweren Erkrankung erhöhen, die dann überhaupt keine Erwerbstätigkeit mehr zulässt. Die Arbeitsunfähigkeitsstatistik gibt Hinweise, die diese Hypothese stützen. Danach liegt die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Frauen mit rund 164 AU-Tagen je 100 Versicherten um mehr als 70 % höher als bei Männern (96 AU-Tage je 100 Versicherte) (berechnet nach: BAuA 2008: 101). Dies deutet darauf hin, dass psychische Störungen von Frauen eher als von Männern ins professionelle Versorgungssystem getragen werden und dementsprechend auch früher behandelt werden können. Das bei Männern erhöhte Risiko, wegen psychischer Erkrankung gleich frühverrentet werden zu müssen, wäre gewissermaßen als die Kehrseite dieser Medaille zu betrachten.

Sicherlich arbeiten auch viele Krankenschwestern bis zu einem Punkt, »wo es nicht mehr geht«. Dass aber männliche examinierte Pflegekräfte, die etwa 20 % dieser Berufsgruppe ausmachen, nach wie vor ein höheres Risiko einer arbeitsbedingten Frühberentung tragen, hängt vermutlich einerseits mit einer besonders stark ausgeprägten Leistungsorientierung zusammen (die nicht identisch sein muss mit einer starken berufsethischen Orientierung). Immerhin sind knapp 50 % der Pflegedienstleitungen männlich. Andererseits fühlen sich Männer im Pflegeberuf möglicherweise öfter und stärker von fehlender Anerkennung, von Missachtungen der Arbeitnehmerrechte oder auch nur von Verletzungen

des Anstands und der Menschenwürde betroffen als Frauen. Diese Vermutung wird unterstützt durch den Befund Hasselhorns und Tackenberg (2004), dass männliche Pflegekräfte deutlich stärker ein Ungleichgewicht zwischen beruflicher Anstrengung und (materieller wie immaterieller) Belohnung empfinden.

Die arbeitsbedingten Anteile an den Frühberentungen wurden von Bödeker et al. (2006) auch nach Hauptdiagnosen ausgewertet. Bei langjährigen Krankenpflegern ist hiernach das Risiko, wegen einer psychischen Erkrankung in Frührente gehen zu müssen, um das 3,9-fache, bei männlichen Krankenpflegehelfern sogar um das 5,8-fache und bei Altenpflegern um das 2,3-fache erhöht. Bei weiblichen Angehörigen dieser Berufsgruppen sind die entsprechenden relativen Risiken deutlich niedriger (Krankenschwestern: RR = 1,7; bei Krankenpflegehelferinnen: RR = 2,8; Altenpflegerinnen: RR = 1,7). Die Daten lassen vermuten, dass Männer in diesen – im tradierten Verständnis immer noch mit »Frauentätigkeit« assoziierten – Berufen eine Arbeits- und Karriere-Orientierung (mit entsprechender Verausgabungsbereitschaft) entwickeln, die in vielen Fällen frustriert wird und deshalb gravierende psychische Beeinträchtigungen nach sich zieht. Weitere Daten zeigen zugleich, dass Frauen in männerdominierten Berufen deutlich höhere Risiken tragen als Männer. So ist das Risiko einer arbeitsbedingten Frühberentung bei Elektroinstallateuren nicht erhöht, bei Elektroinstallateurinnen hingegen um den Faktor 2 – insbesondere aufgrund psychischer Erkrankungen. Es darf vermutet werden, dass wiederum soziokulturelle Spannungen und Disparitäten als ursächlich in Frage kommen. Freilich sind hier die Fallzahlen zu klein, um eine statistisch gesicherte Aussage treffen zu können. Die starke Interpretationsbedürftigkeit dieser Zahlen machen zugleich die Grenzen einer rein quantitativ-epidemiologischen Forschung und die Notwendigkeit einer zusätzlichen, vertiefenden qualitativen Forschung deutlich.

3. *Arbeitsorientierung und Krankheit bei Werftarbeitern*

Im Folgenden werden empirische Ergebnisse aus zwei qualitativen Studien vorgestellt, welche die Arbeitsgruppe des Autors zwei Jahre nach der Werftschließung des Bremer Vulkan und – im Rahmen einer Nachfolgestudie – noch einmal 10 Jahre nach der Werftschließung durchgeführt hat (Hien et al. 2002, 2007). Interviewt wurden insgesamt 68 Personen, acht davon waren Ehefrauen ehemaliger Vulkan-Arbeiter. Es handelte sich um offene, erzählende – narrative – Interviews von in der Regel etwa 90-minütiger Länge. Das Erkenntnisinteresse dieser Untersuchungen war

nicht nur von dem Bestreben bestimmt, Arbeitsgeschichte und Arbeitssituation klassischer Industriearbeiter zu erfassen, sondern auch davon, biographische Verläufe und Krisen zu verstehen. Biographie ist mehr als die Faktizität der Arbeits- und Lebensgeschichte. In der Biographie kristallisieren sich die erlebten Erfahrungen und die Deutungsmuster, die der Mensch im Laufe seiner Interaktionen mit den stofflichen, sozialen und kulturellen Umwelten aufbaut. In dem Versuch, psychosozial und psychomental kontextuierten pathogenen und salutogenen Prozessen auf die Spur zu kommen, die durch standardisierte Befragungen nicht oder sehr schwer zu erfassen sind, ist qualitative Gesundheitsforschung immer auch biographische Forschung. Es soll hierbei betont werden, dass Wissenschaft immer auf mehrere methodische – quantitative wie qualitative – Zugänge angewiesen ist, um zu neuen und belastbaren Erkenntnissen zu gelangen. Es geht also nicht um ein methodologisches Entweder-Oder, sondern um ein Sowohl-als-auch.

Mit dem Ende des Bremer Vulkan 1997 ging nicht nur ein Stück regionale Industriegeschichte zu Ende, sondern auch eine Kultur, zu der harte körperliche Arbeit und gesundheitlicher Raubbau gehörten. Zum Zeitpunkt der Betriebsschließung waren die Werftarbeiter im Schnitt knapp 50 Jahre alt und ab diesem Alter meist auch körperlich stark angegriffen, insbesondere der Rücken, die Gelenke und die Atemwege – letztere vor allem durch Asbeststäube, Schweiß- und Brennauche. Hinzu kamen die enormen psychischen Belastungen durch den Konkurs, die zunehmende Unsicherheit, was aus dem Arbeitsplatz werden würde und schließlich der Schock der Erwerbslosigkeit. Die damit verbundenen Ängste – vor allen Dingen die Verlustängste hinsichtlich der Ernährerrolle – wurden von vielen Werftarbeitern kaum offen artikuliert und eher »in sich hineingefressen«. War es schon während der Vulkan-Zeit um die Gesundheit der Werftarbeiter nicht zum Besten bestellt, so hat sich nach der Werftschließung der Gesundheitszustand noch einmal verschlechtert. 10 Jahre nach der Werftschließung hat sich die Situation zwar verbessert; der Gesundheitszustand der ehemaligen Vulkan-Arbeiter liegt aber immer noch signifikant unter dem Niveau vergleichbarer Industriearbeiter.

Gegenwärtig haben die unter 50-Jährigen des Vulkan-Kollektivs zwar zu 90 % wieder Arbeit, die über 50-Jährigen aber sind meist zu krank, um zu arbeiten und befinden sich heute überwiegend in Erwerbsminderungsrente. Beachtenswert ist die nach wie vor stark ausgeprägte Arbeitsorientierung, auch wenn Arbeitsbedingungen und Arbeitslohn heute teilweise wesentlich schlechter sind als früher. Die Arbeitskultur auf der Werft war bestimmt von Kollektivität, Härte und Produzentenstolz. Wer anerkannt sein wollte, musste sich ein hohes Maß an Selbstkontrolle,

d.h. auch: an Härte und Durchhaltevermögen, angewöhnen. Persönliche Belastungen und Belastungsfolgen offen zu thematisieren galt als Zeichen von Wehleidigkeit und Schwäche. Der männliche Körper war das Instrument, das einem Identität verlieh, nicht zuletzt vermittelt über den Lohn und die Rolle des Familien-Ernährers.

Zum Männlichkeitsmuster gehört auch, familiäre Beziehungsarbeit zugunsten der Arbeitsorientierung zu vernachlässigen, in manchen Fällen sogar deren Notwendigkeit zu leugnen und zu vergessen. Dies wird in folgender Sequenz aus einem Interview mit einem ehemaligen Werftarbeiter deutlich:

»Im Schnitt ... haben wir 10, 12 Stunden, Sonnabend, Sonntag immer voll durchgemacht. Das war doch gang und gäbe. Das war nun mal so. Und ich sag immer, zu der Zeit war der Vulkan noch 'n Reparaturbetrieb. Und 'ne Reparatur, 'n Schiff kommt rein, der hat sein' Termin, die nächste Ladung. Der muss meinetwegen in 2 Tagen in Rotterdam sein oder in Hamburg, da kriegt der 'ne Ladung. Denn muss da eben rund um die Uhr ... (...). Wir ha'm doch alle gebaut, sag ich mal so ... obwohl ich jetzt im nachhinein, wo ich jetzt zu Hause bin, da hab ich mal so'n bißchen über ... das Arbeitsleben mal so durchlaufen lassen. Das hat man, wenn ich denn so mal alleine bin ... Die Kinder hat meine Frau großgezogen. Ich bin manchmal nach Hause gekommen, dann ha'm die schon geschlafen, oder wenn ich bin morgens losgefah'r'n bin um halb 5, denn ha'm se auch noch geschlafen. Es is' so. Die Kinder hat die Frau großgezogen (...). Wir ha'm doch mit'e Überstunden unser Haus mit bezahlt, sag ich mal, im Endeffekt. Es is' traurig, dass man das mal so auslegen muss. Man muss Überstunden machen, um sich was anschaffen zu können. Es is' doch so gewesen. Irgendwo hat es ja gelitten, aber ich muss sagen, meine beiden Jungs sind den geraden Weg gegangen, genauso wie ich, nech, die ha'm keine Konflikte mit'm Gesetz oder Haschen oder sonst wat. Sowas gibt es nich' bei uns in' Familie. Die ha'm beide sich auch was schon angeschafft mit dem Alter, und es läuft, nech. (...) Ich sag, wir ha'm schon alles mitgemacht. Ich sag, weißt du noch, wie wir gebaut ha'm, hier auf'm Vulkan, Überstunden, und anschließend bin ich da nachts hin, um halb 12, 12 bin ich nach Haus gekommen. So dreckig wie ich war ins Bett. Hab ich gesagt, kannst dich morgen früh duschen. Sag se, denn dusch' dich wenigsten ab. Ja, denn hab ich mich bloß abgeduscht und denn morgens rasiert, damit du wieder einigermaßen fit warst, damit du nich' wie so'n Strauchdieb hier ankommst. Ja, es is' so gewesen.«

Der Werftarbeiter definierte sich über seine Berufsarbeit, seine Leistung, das Einkommen, das er damit für seine Familie erzielte, und schließlich das Haus und den Wohlstand, den er für sie erreichte. Er war gleichsam eine Leistungsmaschine, beschaffte das Einkommen und stand für das materielle Wohlergehen der Familie ein, musste aber dafür soziale

und emotionale Bindungen vernachlässigen und sich somit selbst eines entscheidenden Stücks Wohlbefinden und Lebensqualität berauben. Das lassen ihn die vielen Gedanken, die er sich nach der Wertschließung machte und die er kaum zu Ende zu denken wagte, erahnen. Er hat seine Kinder als Kinder kaum gesehen, heute gehen sie ihre eigenen Wege. Durch die Zeilen spricht eine Trauer darüber, so wenig mit den Kindern, so wenig mit ihrem Leben, ihrer Freude und ihrem Leid, zu tun gehabt zu haben, letztlich die Trauer darüber, sich selbst soviel an emotionalem Leben versagt zu haben. Doch das Nachkriegsmodell des Wirtschaftswachstums, das als Norm für alle galt, legitimierte all das Gewesene. Es tut dies heute noch, obwohl dieses Modell längst ausgelaufen ist. Mit geradezu übermenschlicher Anstrengung hat der Interviewte »seinen Mann gestanden« und muss heute sehen, dass dies nicht alles ist, was ein Mensch an Glück und Befriedigung erreichen kann. Als Surrogat dient ein bestimmtes Verständnis von Bürgerschaftlichkeit, zu dessen Kernelementen Arbeitsdisziplin, Stärke und Härte gehören. Dieses Deutungsmuster wird von der Mehrheit der ehemaligen Werftarbeiter geteilt. Nur wenige sehen das heute anders, nur wenige stellen rückblickend ihre teilweise ruinöse Arbeitsorientierung in Frage.

4. Arbeitsorientierung von Männern und Frauen in IT-Berufen

Die IT-Branche – ein ebenfalls männerdominierter Wirtschaftssektor – gilt gleichsam als Leitbranche für die Wirtschaft der Zukunft. Wir haben in einer explorativen Studie, der 12 narrative Interviews mit älteren IT-Fachkräften – darunter zwei Frauen – zugrunde lagen, zu erkunden versucht, wie es um die gesundheitliche Situation der im IT-Bereich Arbeitenden jenseits der 50-Jahres-Grenze bestellt ist (Hien 2008a). Arbeit, Gesundheit und Lebensperspektiven wurden auch hier – ähnlich wie in den Vulkan-Studien – in einen biographischen Kontext gestellt. Die Interviewten stellten hinsichtlich ihrer Arbeitssituation übereinstimmend einen hohen Autonomiegrad heraus, welcher den Beschäftigten Freiheiten – hinsichtlich der Arbeitsinhalte, Arbeitsmethoden und der Arbeitszeit – gewährt, die in der klassischen Industriekultur geradezu undenkbar waren. Zugleich wird berichtet, dass der Druck auf jeden Einzelnen massiv gewachsen ist, ohne dass für dessen Bewältigung hinreichende zeitliche, sachliche und personelle Ressourcen zur Verfügung stehen. Insofern sind die Ausführungsbedingungen der Arbeit extrem restriktiv. Die Mitarbeiter neigen in dieser Situation zur Selbstüberforderung. Im Vergleich zu Beschäftigten anderer Wirtschaftsbereiche leiden IT-Fachkräfte in einem deutlich höheren Ausmaß an psychosomatischen

Beschwerden. Anspannungszustände dauern hier wesentlich länger, unter Umständen gehen sie über mehrere Monate. Neben dem Gefühl, nicht abschalten zu können, schleicht sich andauernd das Gefühl ein, die Arbeit nicht schaffen zu können. Schließlich fühlen sich Mitarbeiter/innen i.d.R. auch nicht in dem Maße wertgeschätzt, wie sie es nach all der Anstrengung eigentlich erwartet und in der Tat auch verdient hätten. Eine besonders harte Entwürdigung ihrer Person sehen hoch engagierte Arbeitnehmer/innen in der geradezu kommunikationsstrategisch verbreiteten Job-Unsicherheit.

Psychische Erkrankungen schlagen sich in der IT-Branche eher selten in einer dokumentierten Arbeitsunfähigkeit nieder. Stattdessen werden Medikamente genommen, und es wird versucht, mit »Arbeitstagen zu Hause« über die Runden zu kommen. Eine für die Arbeits- und Lebenssituation von IT-Beschäftigten – und zwar von Männern und Frauen gleichermaßen – typische Schilderung in unserem Projekt war der folgende Bericht eines IT-Experten:

»Ich habe im Laufe meines Lebens ab und zu Probleme, die sich manchmal bis hin zur tiefen Depression entladen haben (...). Ich will gar nicht so das Bild des Alten zeichnen, aber habe ich so eine Bitterkeit, eine Verbissenheit, völlig überarbeitet, dass eigentlich nichts mehr beruflich oder privat genießbar ist. So, immer wieder diese Phase durchzumachen, auch schon mal so etwas wie eine heftige Phase eines Mobbing erlebt zu haben. Es war einfach eine ... Konkurrenzsituation, wo ich dann auch mal das Feld geräumt habe oder so, das hat schon zu ziemlich tiefen Einschnitten geführt, die mich immer wieder phasenweise auch in eine therapeutische Begleitung bringen, um das mal so zu sagen. Die beste Therapie für mich ist meine Familie, wenn diese Zeit in der Familie oder der Erwartungsdruck, also der innere Erwartungsdruck, auch für die Familie Zeit zu haben, zu klein wird, dann gibt es leicht ein schnelles Chaos (...) Wenn sich so was über Phasen, wochenweise, auch jede Nacht, jeden Tag noch die Arbeit mit nach Hause schleppt, denn beginnen solche Ausbrenn-Phänomene. So, und dieses Aushalten von diesem Druck, den ich jetzt ja schon relativ lange habe, nicht weil mich jemand zwingt immer nur, sondern weil ich auch so ein Typ bin, den Druck gedenke ich zu bewältigen oder könnte ich vielleicht teilweise eigentlich bewältigen, dass ich mich doch auf die Rolle des Beraters besinne, also Lebenserfahrung, fachliche Erfahrung, soziale Kompetenz vielleicht im Vordergrund, vor Aktionismus stelle. (...) So, also da vielleicht mal ein bisschen rauszukommen. Ich glaube nicht, dass ich da wirklich rauskomme, aber es wäre eine Chance ... Viel zu oft bringe ich mich sehr aktionistisch ein, und der Job, den ich heute habe, der bringt mich da auch hin, heißt eigentlich, ständig am Ball sein, jeden Kontakt pflegen, der sich einem anbietet.«

Eine ungeheuer komplexe Schilderung. Da gibt es den Druck seitens der Arbeit, man muss »ständig am Ball sein«, da gibt es auch Mobbing und Missgunst, da gibt es aber auch die Eigenschaft des Ehrgeizes, des sich aktiv Darstellens, die möglicherweise auch zusätzliche Probleme im Arbeitsbereich schafft. Da gibt es vor allem aber eine persönliche Eigenschaft, sich selbst Druck zu machen und sich mehr Arbeit aufzuhalsen, als dies bei sachlich-nüchterner Betrachtung eigentlich notwendig wäre. Da gibt es schließlich auch den Druck der Familie, von dem nicht klar ist, wie viel davon auf das Konto der anderen Familienmitglieder geht und wie viel auf die Person des Erzählenden selbst. Er möchte jugendlich und locker wirken, tut dies auch oft, doch gelegentlich kippt seine persönliche Gestimmtheit völlig um: Er wird und wirkt verbittert, er wird geradezu ungenießbar für andere. Diese schlechte Stimmung »entlädt« sich, d.h. hier ist – im Gegensatz zu einer klassischen Depression, bei welcher der Betroffenen in Lethargie und völlige Untätigkeit verfällt – ein Interagieren, wenn nicht gar ein Ausagieren gegenüber der sozialen Umwelt zu spüren: Unzufriedenheit, Chaos, Disbalance. Der Erzählende deutet auch schon einen Ausweg aus dieser Situation an: Er könnte sich aus dem Tagesgeschäft herausziehen und mehr in eine Berater-Rolle hineinbegeben. Das wäre wahrscheinlich verbunden mit einem beruflichen Zurückstecken, vielleicht mit dem Verlust lieb gewonnener Positionen, doch wäre ein anderer Weg des Reputationsaufbaus eröffnet. Das aber macht auch Angst – das Risiko des Scheiterns ist immer gegeben – und so kommt der Erzählende zum Schluss, dass er es wohl nicht schaffe, aus dem Geflecht von äußerem und innerem Druck herauszukommen. Doch die Tür ist immer noch halb offen, die Chance zu einer Veränderung also immer noch gegeben. Zugleich wird hier eine Struktur-Analogie zwischen Branche und Person deutlich. Der Erzählende ist ein Mensch mit überaus hohen Ansprüchen an sich selbst, bis ins Detail differenzierend, reflektierend und sich mit einem hohen Maß an Selbstkritik prüfend. Das sind auch Eigenschaften, mit der die Informationstechnologie – gerade wenn sie den Anspruch der Organisationsgestaltung erhebt – sich nach außen und innen darstellt. Nie kann sie diesen Ansprüchen vollständig gerecht werden; genauso wenig kann dies ein einzelner Vertreter dieser Branche. Extremleistungen werden nicht oder nur ungenügend honoriert, am Horizont steht immer die nächste Frustration. Gefordert ist Selbstbeherrschung und ständige Anpassungsfähigkeit. Kaum verwunderlich, dass der ökonomisch bedingten Zwangslage eine psychische Zwangslage folgt mit den Leitsymptomen einer Erschöpfungsdepression, verbunden mit Verbitterung und Aggression – selbstredend gegen sich selbst. Aus der Struktur der Branche resultiert eine andauernde

Selbstüberforderung, aus der Selbstüberforderung resultieren – vermittelt über die wiederkehrende Frustration – Unsicherheit, Selbstzweifel, Selbstvorwürfe und Schuldgefühle.

Die von uns interviewten weiblichen IT-Fachkräfte waren vollzeitbeschäftigt, kinderlos und unverheiratet. Sie orientierten sich an der Leistungskultur ihrer männlichen Kollegen. Es wurde freilich auch über Kolleginnen berichtet, die aus familiären Gründen auf Teilzeit gegangen waren. Übereinstimmend war die Feststellung, dass diese Kolleginnen damit auf eine weitere Berufskarriere verzichteten oder verzichten mussten, d.h. dass sie mit weniger qualifizierter Arbeit betraut wurden. Ulrike Schraps (2006) hat in einer semi-quantitativen Studie Männer und Frauen in der IT-Branche hinsichtlich ihrer Arbeits- und Familienorientierung verglichen. Ihr Sample bestand aus 85 Personen – 31 davon weiblich – in IT-Startup-Betrieben. Sie fand einen signifikanten Geschlechterunterschied hinsichtlich der Integration der Lebenssphären Arbeit und Familie:

»Die Integration der Lebenssphären hat für die Frauen eine wesentlich höhere Relevanz als für die Männer: Sie denken nicht nur häufiger über Integrationsziele nach, solange sie kinderlos sind, sondern sie realisieren sie auch, sobald Kinder da sind. Für die Männer sind Integrationsziele dagegen nur von untergeordneter Bedeutung: 82 Prozent von ihnen nennen keine dahingehenden Zukunftsvorstellungen, keiner von ihnen hat Integrationsziele realisiert.« (Ebd.: 227)

Schraps hat auch nach dem Familienstand der Befragten differenziert. Die wenigen Männer, die über Integrationsziele nachdenken, leben in neun von zehn Fällen in einer Partnerschaft, während bei den Frauen sowohl Singles als auch Nicht-Singles über Integrationsziele nachdenken bzw. sie realisiert haben. Geschlechterunterschiede zeigten sich insbesondere im Konkretheitsgrad von Integrationsüberlegungen. Frauen nehmen das Konfliktpotential von familiären und beruflichen Verpflichtungen in einem arbeitszentrierten Umfeld sehr viel kritischer wahr als Männer. Einige befragte Frauen planen angesichts der zu erwartenden Konflikte von vornherein berufliche Einschränkungen bzw. entsprechende Betreuungslösungen ein, andere Frauen schieben den Zeitpunkt der Familiengründung eher weiter hinaus, weil sie sich diesen Konflikten noch nicht stellen wollen:

»Während die befragten Männer eine Familie in der Zukunft vor allem als persönliche Bereicherung betrachten, ohne dabei berufliche Abstriche zu antizipieren, fassen die Frauen vor allem die spätere Doppelbelastung durch eine Familie ins Auge und stimmen deswegen – im Sinne einer Doppelorientierung – ihre beruflichen und privaten Ziele in sehr viel höherem Maße aufeinander ab.« (ebd.: 231).

Einen Rollentausch, das bemerkt Schrapf ausdrücklich, kann sich keiner der befragten Männer, wohl aber einige – wenige – Frauen vorstellen, vorausgesetzt, die finanziellen Konstellationen bieten sich dazu an.

5. *Arbeitsorientierung bei Frauen und Männern in Pflegeberufen*

Pflegearbeit ist traditionell ein weiblicher oder weiblich dominierter Beruf, der zudem über lange Zeit mit religiösen Vorstellungen verwoben war. Erst die gesundheitspolitischen Reformen und Neuentwicklungen seit Mitte der 60er Jahre haben Weichen zu einer »säkularen« Professionalisierung der Pflegearbeit gestellt. Personen, die Ende der 60er oder Anfang der 70er Jahre ihre Pflegeausbildung begonnen haben, gehören heute zu den älteren Beschäftigten. Hier setzte ein Projekt an, das die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte zum Gegenstand hatte (Hien 2008b). Im Rahmen des Projekts wurden narrative Interviews mit 20 Pflegepersonen – darunter fünf Männer – aus Krankenhäusern sowie stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Im Krankenhausbereich waren alle vollzeitbeschäftigt, im Altenpflegebereich arbeiteten alle – Frauen wie Männer – reduziert, in der Regel etwa 30 Stunden pro Woche. Was wir sehen konnten, war eine durchgehend hoch ausgeprägte Arbeitsorientierung, in vielen Aspekten durchaus mit Werftarbeitern oder IT-Beschäftigten vergleichbar. Die seit Jahren angespannten und die sich gegenwärtig extrem verschärfenden Arbeitsbedingungen in der Pflege führen bei praktisch allen Pflegekräften dazu, andauernd am und in manchen Bereichen schon über dem Limit arbeiten zu müssen. Es werden kaum noch Pausen gemacht, Überstunden – auch unbezahlte – sind die Regel. Ein hohes Verantwortungsbewusstsein gegenüber den Patienten und Patientinnen führt die Pflegenden angesichts des immer offeneren Drucks der Ökonomisierung in persönliche Zerreißproben; die Pflegenden wählen überwiegend den Weg der freiwilligen intensiven und extensiven Mehrarbeit, um ihre Arbeit »halbwegs gut zu machen«. Dies auch auf die Gefahr hin, in schwere gesundheitliche Krisen zu geraten. Eine Krankenschwester aus einer onkologischen Station betont, dass die Arbeit »an sich« schon viel abverlange, dass es aber vor allem die »Strukturen« seien, »die einen so fertig machen«:

»Es ist auch eine Folge von Strukturen, finde ich, also das Drumherum. Erstens, es ist ein sehr anspruchsvolles Gebiet, es ist eine sehr hochwertige Tätigkeit, wo ich eigentlich auch denke, es wird viel abverlangt, auch an Sicherheiten, und was man alles zu erledigen und zu bedenken hat mit den ganzen Zytostasen, und dieser Stress, der macht was mit einem, das hält man eine gewisse Zeit durch

und dann irgendwann ..., weil, das sind ja Zeiten, wo mal ganz viel ist, die Patienten, die kommen wie ein Fluch auf einen zu, und wir sind dann so was von voll, wo man gar nicht mehr weiß, wo man sie hinpacken soll, und dann mit'm Mal, dann leert sich das wieder so'n bisschen, dann kommt man aber nicht so wirklich runter, man fragt sich denn: ›Hallo, was ist denn?‹, weil man vorher auf, weiß ich, 150 % gearbeitet hat, und nun muss man runter kommen und denkt immer: ›Äh? Ist ja gar nichts mehr zu tun, och‹, obwohl man immer noch 100 % belegt ist, das ist einfach ..., die Sensorik ist dann einfach ganz hoch, ja, und dann wieder der nächste Schub (...). Ich hatte zu dem Zeitpunkt 'ne Beziehung, und mein Partner sagte dann zu mir, wann ich denn mein Feldbett in der Klinik aufschlagen möchte, weil ich, was weiß ich, wenn ich Spätdienst hatte, war ich nie vor Elf zu Hause, meistens halb Zwölf, wenn ich den Frühdienst hatte, war ich nie vor Fünf zu Hause, und wenn man dann um Sechs anfängt, dann fragt man sich, man hat ja eigentlich 'nen 8-Stunden-Job, aber das ist dann fast 'n 12-Stunden-Job, teilweise ohne Pausen, oder man schiebt die dann mal so zwischen rein. Also, ich denke, so manches Mal, auf Grund des Stresses ist man entweder herzinferktgefährdet oder irgendwas Sonstiges, ist immer dann die Frage, was der Körper sich so gerade sucht.«

Die Überbelegung, bedingt durch gravierende Fehlsteuerungen und Fehlentscheidungen anderenorts, verwandelt den Umstand, dass hilfe- und behandlungsbedürftige Menschen kommen, zum bedrohlichen Unheil. Und diese Bedrohung nimmt kein Ende, der Stress-Zustand dauert an, die gesundheitlichen Folgen bleiben nicht aus. Und in der Tat sind die Krankheits- und krankheitsbedingten Frühberentungsquoten bei Pflegekräften erschreckend hoch, ebenso wie deren arbeitsbedingte Anteile (Bödeker et al. 2006). Die weiblichen Pflegekräfte berichteten übereinstimmend von der Schwierigkeit, sich selbst Grenzen zu setzen und der Gefahr, sich andauernd zu überfordern. In vielen Hinsichten gleicht das Arbeitsverhalten weiblicher Pflegekräfte dem tradierten Männlichkeitsmuster. Dabei überlagern sich freilich verschiedene soziokulturelle Phänomene: zum einen die Professionalisierung, zum anderen aber auch unterschiedliche genderspezifische Relevanzstrukturen. Hier kommt ein für den Pflegeberuf wichtiger Gesichtspunkt ins Spiel, der die bisherigen Überlegungen hinsichtlich Männlichkeits- und Weiblichkeitsmuster relativiert oder korrigiert: Ältere und erfahrene Schwestern zeichnen sich durch ein bemerkenswertes Maß an »Durchhaltevermögen« aus (vgl. hierzu: Flieder 2002: 110ff.). Ältere Schwestern haben meist eine jahrelange Doppelbelastung durchgestanden, nicht selten sind sie – z.B. als Vollzeitkraft im Krankenhaus – angesichts arbeitsloser Männer Allein- oder Hauptverdienerinnen in der Familie. Zugleich kommt – und darin

liegt das Problematische – das Durchhaltevermögen in vielen Aspekten dem Durchhalte-Syndrom sehr nahe.

In der Pflege – das zeigt unser Interviewmaterial recht eindeutig – sehen wir Männer, die eher »weicher« wirken, die sich offenbar ganz gut abgrenzen können und denen es teilweise besser als ihren weiblichen Kolleginnen gelingt, ihre beruflichen Ansprüche den realen Bedingungen anzupassen. Frauen in der Pflege neigen oftmals zur Überverausgabung und Entgrenzung, d.h. es fällt ihnen schwer, Abstriche von der Vollständigkeit und Perfektion zu machen, die sie »von Hause aus« gewohnt sind. Zugleich durchdringen bestimmte gesellschaftliche und kulturell überlieferte Stereotypen auch das Pflege-Milieu. Frauen verflüssigen ihren Kummer, ihren Ärger und ihren Frust in kommunikativen Fluchten, während Männer, auch wenn sie auf den ersten Blick kommunikativ erscheinen, »ihr Innerstes« ungern zeigen. Frauen – das ist die Hypothek der Tradition – haben es schwerer, sich bei Vorgesetzten Gehör zu verschaffen, während Männer zu Alleingängen neigen. Doch Überverausgabung, Selbstüberforderung, Problembewältigung, Abgrenzung und Solidarität ist kein Männer-Frauen-Problem, sondern eines, das alle gleichermaßen betrifft. Männer neigen zu einem schweigenden Körperpanzer, Frauen behelfen sich viel früher mit Sprechen und gegenseitiger Unterstützung, Männer gehen das Risiko ein, Krankheiten zu verschleppen. Insofern – und das würde auch die Erkenntnisse zu arbeitsbedingten Frühberentungen bestätigen (Bödeker et al. 2006) – ist das männliche Gesundheitsverhalten dadurch charakterisiert, sich für weniger belastet und gesünder zu halten und vor allem »nach außen« gesünder erscheinen zu lassen als man in Wirklichkeit ist.

Diese Sichtweise wird unterstützt durch Befunde der Frauengesundheitsforschung (z.B. Höppner 2004; Grunwald 2007), die von Ressourcen und Potentialen einer »gesunde(n) Weiblichkeit« ausgeht. In diesem Ansatz wird das »Leitbild des autonomen Subjekts« zurückgewiesen, da es männlich geprägt sei. Stattdessen wird ein »Selbst-in-Beziehung-Sein« hervorgehoben, das die Sorge um den Anderen als Bestandteil der Identität begreift. Die »Falle«, in die diese Orientierung hineingeraten kann, besteht nun darin, dass Frauen genau dem Bild des professionellen Helfens entsprechen und darin aufgehen, mit all den geschilderten Konsequenzen. So wurde von männlichen Interviewpartnern zwar konzidiert, dass ihre Kolleginnen eine bessere Fähigkeit hätten, auf ihre Gefühle zu hören, diese auch auszudrücken und sich Räume für eine nicht-zweckgebundene Kommunikation zu schaffen. Doch, und das wurde mehrfach kritisch eingewandt, zeigten Frauen eine Tendenz, Arbeitsthemen zu sehr »ins Persönliche« zu ziehen, auch weil

sie die Neigung hätten, Pflegearbeit immer noch als Teil des privaten Engagements anzusehen. Gerade der Hang zur Überperfektion, z.B. in hygienischen Dingen, zeige dies in besonderer Weise.

6. *Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen*

Die Befunde aus der arbeitswissenschaftlichen Epidemiologie und den arbeits- und gesundheitswissenschaftlichen qualitativen Studien sind nicht leicht auf einen Nenner zu bringen. Während Frauen über weite Phasen ihres Erwerbslebens eine höhere Prävalenz an arbeitsbedingten psychischen Erkrankungen aufweisen als Männer, gibt es jenseits des 50. Lebensjahres eine Schwelle, oberhalb derer die Prävalenz bei Männern scharf ansteigt und diejenige der Frauen erreicht oder übertrifft. Dieser Befund ist in erster Annäherung u.a. Verhaltenseigenschaften wie Durchhalte-Syndrom, Überverausgabung, Selbstüberforderung und Entgrenzung zwischen Arbeit und privatem Leben bei Männern zuzuschreiben. Doch in zweiter Annäherung sehen wir, dass diese Eigenschaften zunehmend auch die weibliche Erwerbsarbeit zu dominieren beginnen, wobei zugleich die dahinter liegenden strukturellen Determinanten einer umfassenden Ökonomisierung sichtbar werden.

Dieser Gesamtbefund verweist uns auf die Frage der sozial- und kulturgeschichtlich entstandenen modernen Arbeitsorientierung. Max Weber (1988) hat diese Arbeitsorientierung mit der innerweltlichen Askese der protestantischen Arbeitsethik in Verbindung gebracht. Die Menschen haben sich gemäß dieser Arbeitsideologie in die bestehenden Verhältnisse einzufügen und sich in ihnen zu bewähren. Anpassungsvermögen, Disziplin und Unterwerfung unter die Marktgesetze werden internalisiert und verdichten sich zu einem inneren Arbeitszwang, d.h. Arbeit wird zum Selbstzweck. Fromm (1990) spricht in Anlehnung an Weber von einem »unwiderstehlichen Drang zu harter Arbeit«, durch den »der Mensch zu seinem eigenen Sklaventreiber wurde« (ebd.: 73). Entscheidend ist nun, dass das historisch aus Handwerk, Bergbau und Manufaktur sich entwickelnde Fabrikwesen ein Postulat der Arbeitsdisziplin und der Härte gegen sich selbst und andere hervorbrachte, das sich zunächst hauptsächlich an Männer richtete (Eckart 1987). Insofern ist Horkheimer und Adorno (1969) zuzustimmen, wenn sie feststellen: »Furchtbares hat die Menschheit sich antun müssen, bis das Selbst, der identische, zweckgerichtete, männliche Charakter des Menschen, geschaffen war.« (ebd.: 40). Dies genau trifft den Kern dessen, was wir einleitend unter dem sozialen Muster der Maskulinität verstanden wissen wollten. Der historisch sozialisierte »männliche Körpertypus« (Meuser

2005) bringt ein Maschinenverständnis des Körpers zum Ausdruck und entspricht gleichsam einer Verdinglichung des Leibes. Diese Haltung wird erzeugt und verstärkt durch den Zugriff von Herrschaft und sozialer Kontrolle. Norbert Elias (1997) hat in seiner großen Studie »Der Prozess der Zivilisation« diesen Prozess als historisch formierte Verinnerlichung äußerer Zwänge und als Aufbau einer »Selbstzwangapparatur« beschrieben. Soziale Kontrolle ist auf Akzeptanz durch die Adressaten angewiesen. Die Wahrnehmung von Belastungszumutungen als solche, die Ahnung von negativen Belastungsfolgen muss unterdrückt und verleugnet werden, um nicht einen Ausschluss aus dem Arbeitssystem zu riskieren. Eine Integration vorsorgender Sichtweisen und Praktiken in den Arbeitsprozess erscheint als nicht machbar, nicht vorstellbar oder schlicht aussichtslos. Irgendwann brechen schwere Krankheiten »über einen herein«, und mit einem Mal spürt man, dass man vielleicht über Jahre oder Jahrzehnte hinweg »etwas falsch gemacht« hat. Ein positives Verhältnis zur Ent-Dinglichung des Körpers, zur leiblichen Selbstsorge, wächst lebensgeschichtlich, und – wie unsere qualitative Empirie zeigt – insbesondere dann, wenn sich gesundheitliche Krisen und biographische Brüche abzeichnen.

Arbeitsbezogene Männlichkeitsmuster werden im Zuge der Professionalisierung von traditionell frauentypischen Berufe in entscheidenden Aspekten auch von Frauen übernommen, dies zeigen unsere empirischen Ergebnisse aus dem Pflegeprojekt recht eindeutig. Männer tendieren zwar immer noch stärker als Frauen dazu, Belastungen nicht adäquat wahrzunehmen bzw. Belastungserfahrungen »aufzustauen«, bis sich manifeste Krankheits-Symptome zeigen; und auch diese werden – im Sinne einer mehrfachen Abwehr, wie sie schon von Mitscherlich (1967) untersucht wurde – möglichst lange bagatellisiert, d.h. im Klartext: Krankheiten werden solange systematisch verschleppt, bis ein Punkt erreicht ist, wo »nichts mehr geht« und eine Erwerbsunfähigkeit unausweichlich wird. Frauen gelingt es offenbar besser, schon während der Arbeitsphase gewisse Arrangements einzugehen, die es ihnen ermöglichen, Belastungen und Beschwerden klarer wahrzunehmen und sie zu artikulieren, aber es scheint ihnen kaum noch zu gelingen, sich weniger belastende Arbeitsbedingungen zu suchen bzw. diese weniger belastend zu gestalten. Die ökonomischen Kontexte lassen immer weniger »Nischen« und immer weniger »kleine Fluchten« zu. Christel Eckart (1987) weist darauf hin, dass Frauen dadurch immer mehr in Gefahr geraten, Anerkennung und Selbstbestätigung nach den im – männlich geprägten – Erwerbsleben herrschenden Maßstäben zu suchen. Zugleich weist unsere Empirie darauf hin, dass Männer eher auf ein gelingendes Produkt oder

technisches Projekt, Frauen eher auf gelingende soziale und emotionale Beziehungen hin orientiert sind. Dieses Anerkennungsbestreben nutzt der ökonomisierte Betrieb gnadenlos aus. Bei genauerer Analyse des qualitativen Materials werden strukturell pathologische Ähnlichkeiten zwischen Beruf und Person sichtbar. Im psychoanalytischen Diskurs (Kisker et al. 1987) gelten depressionsanfällige Personen als solche mit einem strengen Über-Ich und sehr hohen Ansprüchen an sich selbst. Ihre Leistungen werden aber von ihrer sozialen Umwelt – vom Management, von Kollegen, von Kunden – oftmals nicht in gebührender Weise gewürdigt, so dass sie fortwährenden Frustrationserlebnissen ausgesetzt sind. Wenn Ängste, Erschöpfungsdepressionen und depressive Neurosen, insbesondere solche mit psychosomatischen Auswirkungen, vorwiegend Menschen mit »einer Neigung, sich aus besonderer Gewissenhaftigkeit zu überfordern«, betreffen, und wenn darüber hinaus Potentiale des Widerstandes – gleichsam »gesunde Aggressionen« – unterdrückt und schließlich gegen einen selbst gerichtet werden, dann fällt ins Auge, dass genau diese Eigenschaften in Hochleistungs-Berufen eher erwünscht sind.

Arbeiten Männer also gesundheitlich riskanter als Frauen? Ja und nein. »Ja«, insofern sie in ihrem Arbeitsverhalten immer noch mehrheitlich dem Typus der Maskulinität entsprechen. »Nein«, insofern dies nicht allein den Personen, sondern den ökonomisch und kulturell gewachsenen Arbeitsstrukturen anzulasten ist und weil überdies auch Frauen zunehmend gezwungen sind, dem maskulinen Arbeitstypus zu folgen, wenn sie im Beruf bestehen und anerkannt sein wollen. Das System von Herrschaft ist kein dem Individuum äußerliches, sondern setzt sich – durch dessen Leib und Seele hindurch – im Erleben und Verhalten des Beherrschten fort. Zugleich entwickeln sich innere, oft nicht oder nur ansatzweise artikulierbare Widerstände. Es sind dies bei Frauen die immer noch vorhandenen Wünsche, Vorstellungen und oftmals konflikthaften Überlegungen, Arbeit und Familie miteinander zu verbinden bzw. diese Lebenssphären zu integrieren; es sind dies die – wie langsam auch immer – zunehmenden Wünsche von Männern, dem mörderischen Arbeitsstress zu entkommen und anders zu leben. Aber allzu oft bleiben diese Wünsche unartikuliert, was die Gefahr einer Verkehrung ins Somatische hervorruft. Der Leib-Körper sagt uns dann, dass ein Limit erreicht oder überschritten ist; im besten Fall evoziert dieser biographische Bruch die Ahnung oder auch konkretere Vorstellungen von anderen Lebensformen, die sich im Sinne von Feminität an Sorge und Selbstsorge und an einem weicheren, einem menschlicheren Umgang mit sich selbst und anderen orientieren.

Michael Zwick (2003) kristallisiert aus der Männerforschung folgenden Kern heraus:

»Die Verwundbarkeit einer Person ist dort am größten, wo ihr Lebensmittelpunkt betroffen ist. Aber auch der Umstand, dass sich unsere Gesellschaft im Zustand wachsender Dekomposition und Dekonstruktion befindet, mit einer rapiden Abnahme vormaliger soziokultureller Einbindungen und Gewissheiten, kann die Verankerung der Identität auf nur einen Lebensbereich riskant machen: Gesellschaftliche Krisen, wie etwa die Massenarbeitslosigkeit, aber auch die Krise der großen Institutionen der bürgerlichen Gesellschaft – Ehe, Familie, Kirchen, Parteien, Gewerkschaften – können unvermittelt auf die Lebensentwürfe von Menschen durchschlagen und als eine Bedrohung der gesamten Identität erlebt werden. Auch hier könnte eine größere Rollen- und Interessenvielfalt, die Pflege von Hobbies und von Freundschaftsnetzwerken Entlastung bringen.« (Ebd.: 15)

Die Vielseitigkeit der Persönlichkeit und die Rollenvielfalt in verschiedenen Lebenswelten müssen als wichtige Gesundheitsressourcen gesehen werden. Dies bedeutet, sich von der tradierten Fixierung auf die Arbeits- und Berufsrolle mit all ihrer statusgebundenen Symbolik zu verabschieden und sich für neue Erfahrungen zu öffnen. Betty Friedan (1997) referiert in ihrem Buch »Mythos Alter« eine Fülle von Studien, die sich mit der Unterschiedlichkeit des Gesundheitszustandes von Männern und Frauen befassen. Friedan unterzieht die sich teilweise widersprechenden Studienergebnisse einer Re-Interpretation und kommt zu folgendem Schluss: Je mehr es Frauen gelingt, ihre ausschließliche Ehe- und Mutterrolle zu verlassen und je mehr sie an beruflicher Eigenständigkeit, an Selbstwertgefühl und Durchsetzungsvermögen gewinnen, desto eher haben Frauen eine Chance auch im Alter noch gesund zu bleiben; und je mehr es Männern gelingt, ihre auf Beruf und Macht zentrierte Rolle zu überwinden und sich mehr häuslichen Tätigkeiten, dem Umgang mit Kindern, der Fürsorge und dem Aufbau sozialer Beziehungen außerhalb der Arbeitssphäre zu widmen, desto eher haben Männer eine Chance, gesund alt zu werden. Wenn es, so Friedan, beiden Geschlechtern gelingt, die Spaltung zwischen Arbeit und Liebe, zwischen Maskulinität und Feminität aufzuheben und »den Jugendwahn von männlicher Stärke, weiblicher Schönheit und materiellem Reichtum« hinter sich zu lassen, werden Möglichkeitsräume für eine erfüllende und kreative Bewältigung des Älterwerdens eröffnet.

Prävention geht fehl, wenn sie alleine an die Personen appelliert. Sie muss zugleich die betrieblichen, beruflichen, sozialen und kulturellen Strukturen, in welche die Gesundheits- und Krankheitsbiographien der

Menschen eingebettet sind, in den Blick nehmen. Dies verweist – weit über die Frage betrieblicher Geschlechterkulturen hinaus – auf neue Arrangements zwischen Arbeit und Leben, Beruf, Kindererziehung, Pflege der Alten und bürgerschaftlichem Engagement für beide Geschlechter. Es steht an, soziale und kulturelle Räume zu schaffen, in denen die Verantwortung für beruflichen Erfolg und Kindererziehung, für Einkommen, Emotionalität und Generativität von beiden Geschlechtern gleichermaßen übernommen und gelebt werden kann. Es steht zugleich an, soziale und kulturelle Räume zu schaffen, in denen Belastungen und Gesundheitsstörungen von Männern wie von Frauen frühzeitig wahrgenommen und thematisiert werden können – ohne Angst vor Sanktionen und ohne Angst, im Beruf oder in den privaten Beziehungen nicht mehr wertgeschätzt und anerkannt zu werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. Wolfgang Hien

Forschungsbüro für Arbeit, Gesundheit und Biographie

Am Speicher XI 9

28217 Bremen

kontakt@wolfgang-hien.de

Literatur

- Asano, H.; Takeuchi, K.; Sazasawa, Y.; Otani, T.; Koyama, H.; Suzuki, S. (2008): Predictive validity of the total health index for all-cause mortality assessed in the Komo-Ise cohort. *Journal of Epidemiology* 18: 68-76
- BAuA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) (2007): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2005. Hg. vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Dortmund: Eigendruck.
- BAuA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) (2008): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2006. Hg. vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Dortmund: Eigendruck.
- Bödeker, W.; Friedel, H.; Friedrichs, M.; Röttger, C.; Schröer, A. (2006): Kosten der Frühberentung. Abschätzung des Anteils der Arbeitswelt an der Erwerbs- und Berufsunfähigkeit und die Folgekosten. Bremerhaven: NW Verlag.
- Clays, E.; De Bacquer, D.; Leynen, F.; Kornitzer, M.; Kittel, F.; De Bacquer, G. (2007): Job stress depression symptoms in middle-aged workers – prospective results from the Belstress study. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 33: 252-259
- Connell, R. (2006): *Der gemachte Mann: Konstruktion und Krise von Männlichkeiten*. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag.
- Döge, P. (1999): *Männerforschung als Beitrag zur Geschlechterdemokratie*. Hg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin: Eigendruck.

- Eckart, C. (1987): Verschlingt die Arbeit die Emanzipation? Von der Polarisierung der Geschlechtercharaktere zur Entwicklung der Arbeitsmonade. Widersprüche, Heft 23, Juni 1987.
- Eickenberg, H.-U.; Hurrelmann, K. (1998): Warum fällt die Lebenserwartung von Männern immer stärker hinter die der Frauen zurück? In: Gesundheitsakademie/Landesinstitut für Schulen und Weiterbildung (Hg.): Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen? Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Elias, N. (1997): Über den Prozess der Zivilisation, 2 Bände. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Faltermaier, T. (2004): Männliche Identität und Gesundheit. In: T. Altgeld (Hg.): Männergesundheit. Weinheim: Juventa.
- Flieder, M. (2002): Was hält Krankenschwestern im Beruf? Eine empirische Untersuchung zur Situation langjährig berufstätiger Frauen in der Krankenpflege. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Friedan, B. (1997): Mythos Alter (The Fountain of Age). Reinbek: Rowohlt.
- Fromm, E. (1990): Die Furcht vor der Freiheit. München: dtv.
- Gilchrist, G.; Gunn, J. (2007): Observational studies of depression in primary care: what do we know? BMC Family Practice 8: 28.
- Grunwald, A. (2007): Frauensensible betriebliche Gesundheitsförderung. Darstellung von Einflussfaktoren am Beispiel von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen mittleren Alters im Krankenhaus. Diplomarbeit, Hochschule Bremen.
- Gump, B.B.; Matthews, K.A.; Eberly, L.E.; Chang Y.-F. (2005): Depressive symptoms and mortality in men: results from the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Stroke 36: 98-102.
- Hansen, D.G.; Søndergaard, J.; Vach, W.; Gram, L.F.; Rosholm, J.; Mortensen, P.B.; Kragstrup, J. (2004): Socio-economic inequalities in first-time use of antidepressants: a population-based study. European Journal of Clinical Pharmacology 60: 51-55.
- Hasselhorn, H.-M.; Tackenberg, P. (2004): Effort-Reward Imbalance bei Pflegepersonal in Deutschland im internationalen Vergleich – Ergebnisse von der europäischen NEXT-Studie. Zentralblatt für Arbeitsmedizin 54: 460-470.
- Hien, W. (2006): Arbeitsbedingte Risiken der Frühberentung. Eine arbeitswissenschaftlich-medizinsoziologische Interpretation des Forschungsstandes. Bremerhaven: NW Verlag
- Hien, W. (2008a): »Irgend wann geht es nicht mehr«. Älterwerden und Gesundheit im IT-Beruf. Hamburg: VSA.
- Hien, W. (2008b): Pflegen bis 67? Gesundheitliche Situation und Erwerbsminderung in Pflegeberufen, arbeitsbedingte Anteile und Präventionspotentiale. Abschlussbericht eines Forschungsprojektes für die Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.
- Hien, W.; König, C.; Milles, D.; Spalek, R. (2002): Am Ende ein neuer Anfang? Arbeit, Gesundheit und Leben der Werftarbeiter des Bremer Vulkan. Hamburg: VSA.
- Hien, W.; Spalek, R.; Joussem, R.; Funk, G.; v. Schilling, R.; Helmert, U. (2007): Ein neuer Anfang wars am Ende nicht. Zehn Jahre Vulkan-Pleite: Was ist aus den Menschen geworden? Hamburg: VSA.
- Höppner, H. (2004): Gesundheitsförderung von Krankenschwestern. Ansätze für eine frauengerechte betriebliche Praxis im Krankenhaus. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Horkheimer, M.; Adorno, T.W. (1969): Dialektik der Aufklärung. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Hürny, C. (1997): Psychische und soziale Faktoren in Entstehung und Verlauf maligner Erkrankungen. In: T. v. Uexküll et al. (Hg.): Psychosomatische Medizin. 5. Aufl. München: Urban und Schwarzenberg

- Khlat, M.; Sermet, C.; Le Pape, A. (2004): Increased prevalence of depression, smoking, heavy drinking and use of psycho-active drugs among unemployed men in France. *European Journal of Epidemiology* 19: 445-451.
- Kisker, K.P., Freyberger, H.; Rose, H.-K.; Wulff, E. (1987): *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Lademann, J.; Kolip, P. (2005): *Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter*. Robert-Koch-Institut, Berlin: Eigendruck.
- Lampert, T.; Kroll, L.E.; Dunkelberg, A. (2007): Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte* 42: 11-18.
- Ludermir, A.B.; Lewis, G. (2005): Is there a gender difference on the association between informal work and common mental disorders? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40: 622-627.
- Luy, M. (2006): *Differenzielle Sterblichkeit: die ungleiche Verteilung der Lebenserwartung in Deutschland*. Diskussionspapier. Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demographischen Wandels.
- Melchior, M.; Caspi, A.; Milne, B.J.; Danese, A.; Poulton, R.; Moffitt, T.E. (2007): Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological Medicine* 37: 1119-1129.
- Meuser, M. (1998): *Geschlecht und Männlichkeit. Soziologische Theorie und kulturelle Deutungsmuster*. Opladen: Leske und Budrich.
- Meuser, M. (2005): *Frauenkörper – Männerkörper. Somatische Kulturen der Geschlechterdifferenz*. In: M. Schroer (Hg.): *Soziologie des Körpers*. , Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Mitscherlich, A. (1967): *Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin*, Bd. 2. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Phongsavan, P.; Chey, T.; Bauman, A.; Brooks, R.; Silove, D. (2006): Social capital, socio-economic status and psychological distress among Australian adults. *Social Science and Medicine* 63: 2546-2561.
- Pross, H. (1978): *Die Männer. Eine repräsentative Untersuchung über die Selbstbilder von Männern und ihre Bilder von der Frau*. Reinbek: Rowohlt.
- Rehfeld, U. (2006): *Gesundheitsbedingte Frühberentung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 30*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Robertson Blackmore, E.R.; Stansfeld, S.A.; Weller, I.; Munce, S.; Zagorski, B.M.; Stewart, D.E. (2007): Major depressive episodes and work stress: results from a national population survey. *American Journal of Public Health* 97: 2088-2093
- Rose, U.; Jacobi, F. (2006): Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin* 41: 556-564.
- Rugulies, R.; Bültmann, U.; Aust, B.; Burr, H. (2006): Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish Work Environment Cohort Study. *American Journal of Epidemiology* 163: 877-887.
- Schrapf, U. (2006): *Frauen und Männer im IT-Bereich. Mehr Chancengleichheit durch neue Arbeitsformen? Dissertationsschrift*. FU Berlin.
- Shell Deutschland Holding (Hg.) (2006): *Jugend 2006. Eine pragmatische Generation unter Druck*. Frankfurt a.M.: Fischer
- Virtanen, P.; Liukkonen, V.; Vahtera, J.; Kivimäki, M.; Koskenvuo, M. (2003): Health inequalities in the workforce: the labour market core-periphery structure. *International Journal of Epidemiology* 32: 1015-1021.
- Weber, M. (1988): *Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus*. In: *Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie III*. Stuttgart: UTB.

- Wang, J.L. (2006): Perceived work stress, imbalance between work and family/personal lives, and mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41: 541-548.
- Whooley, M.A.; Kiefe, C.I.; Chesney, M.A.; Markovitz, J.H.; Matthews, K.; Hulley, S.B. (2002): Depressive symptoms, unemployment, and loss of income: The CARDIA Study. *Archives of Internal Medicine* 162: 2614-2620.
- Zwick, M. (2003): Männlichkeit als Risiko. Diskussionspapier im Rahmen des Tangens-Programms an der Fachhochschule Furtwangen. Eigendruck.