Hans Böckler Stiftung
Mitbestimmung · Forschung · Stipendien

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 108, Dezember 2018

Kellnern – das schafft keiner bis 67

Eine Fallstudie zu chronischen Belastungen und Erkrankungen im Gastgewerbe

Wolfgang Hien

FORSCHUNGS-
FÖRDERUNG

Der Autor

Dr. Wolfgang Hien ist Arbeitswissenschaftler und Medizinsoziologe, Leiter des Forschungsbüros für Arbeit, Gesundheit und Biographie (Bremen), Senior Researcher an der Humboldt-Universität zu Berlin (Institut für Rehabilitationswissenschaften) und zurzeit tätig im Projekt „Neue Allianzen für gute Arbeit mit bedingter Gesundheit – nachhaltige Beschäftigungssicherung durch Kooperation betrieblicher und außerbetrieblicher Akteure“, gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung, Projektleitung Prof. i.R. Dr. Ernst von Kardorff.

© 2018 by Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
www.boeckler.de

„Kellnern – das schafft keiner bis 67“ von Wolfgang Hien ist lizenziert unter

Creative Commons Attribution 4.0 (BY).

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell. (Lizenztext: https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

ISSN 2509-2359

Inhalt

Zusammenfassung 4

1. Hintergrund und Problemaufriss 5

1.1 Beschäftigungssituation, Arbeitsbedingungen und gesundheitliche Belastungen 5

1.2 Exkurs: Ein Blick in die internationale epidemiologische Forschungsliteratur 8

1.3 Beschäftigungssicherung im Kontext sozialrechtlicher Unterstützungsmöglichkeiten 10

2. Material und Methode 14

3. Ergebnisse und Diskussion 18

3.1 Die Inhaber: „Kein Zuckerschlecken“ – Arbeitskultur zwischen Tradition und Innovation 18

3.2 „Es geht gar nichts mehr“ – Krankheit als absolute Grenze, der Ausstieg unabwendbar 21

3.3 „Man muss auf die Zähne beißen“ – Durchhalten trotz chronischer Krankheit 29

3.4 „Hotelkoch geht nur eine gewisse Zeit“ – eine Subkultur voller Extrembelastungen 35

3.5 „Die Bedingungen sind echt unterirdisch: Es ist gut, sich was anderes zu suchen.“ 41

3.6 „Die Arbeit im Gastgewerbe baut mich auf“ – Beispiele positiver Berufsorientierungen 49

4. Zusammenführung und Folgerungen 60

Literatur 68

Zusammenfassung

Die vorliegende Fallstudie unternimmt den Versuch, Struktur und Kultur des überwiegend klein- und mittelbetrieblich geprägten Gastgewerbes darzustellen und auf die Frage hin auszuleuchten, wie im Gastgewerbe Betriebe und Beschäftigte mit Älterwerden, chronischer Erkrankung, Wiedereingliederung und Teilhabe am Arbeitsleben umgehen. Die empirische Basis hierfür bilden 20 offene, narrativ-episodische Interviews, welche im Rahmen eines theoretischen Samplings akquiriert, durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet wurden. Von besonderem Interesse waren subjektive Deutungsmuster gesundheitlich Belasteter und chronisch Erkrankter. Im Ergebnis zeigen sich sehr unterschiedliche betriebliche und persönliche Konstellationen, die vom abrupten Berufsausstieg bis zur uneingeschränkt positiven Berufsorientierung reichen. Durchgängig sind die Muskel-Skelett-Belastungen hoch, und jeder zweite Befragte leidet unter Schulter-, Rücken- oder Knie-Erkrankungen, die bei Dauerbelastung chronifizieren. In nur wenigen Fällen konnten Betriebe und Betroffenen auf überbetriebliche Hilfen und Unterstützung zurückgreifen. Am Beispiel des Gastgewerbes wird erneut sichtbar, wie dringend erforderlich die Bildung neuer Allianzen zur Beratung und Unterstützung im Falle von chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Arbeitsleben ist[1].

1 Die Studie entstand im Rahmen des von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Projektes „Neue Allianzen für gute Arbeit mit bedingter Gesundheit – nachhaltige Beschäftigungssicherung durch Kooperation betrieblicher und außerbetrieblicher Akteure“, das an der Humboldt-Universität zu Berlin am Institut für Rehabilitationswissenschaften unter der Leitung von Prof.i.R. Dr. Ernst von Kardorff durchgeführt wird und in dessen Rahmen die Situation gesundheitlich beeinträchtigter und/oder älterer Arbeitnehmer/innen in vier unterschiedlichen Arbeitskulturen untersucht wird (Handwerk, IT-Sektor, ambulante Pflege und Hotel-/Gaststättengewerbe, um gezielte Ansatzpunkte zur Förderung und Sicherung nachhaltiger Beschäftigung in KMU-Betrieben zu identifizieren. Das Projekt ist Teil eines Forschungsverbundes der Hans-Böckler-Stiftung (https://www.boeckler.de/44414_110642.htm). Ich danke Ernst von Kardorff für hilfreiche Hinweise und Henrieke Ehnert sowie Helena Hoffmann für Korrekturen und Formatierung.

1. Hintergrund und Problemaufriss

1.1 Beschäftigungssituation, Arbeitsbedingungen und gesundheitliche Belastungen

Im deutschen Gastgewerbe sind etwa 2,2 Millionen Menschen beschäftigt, etwa 550.000 davon in der Hotellerie und etwa 1,6 Millionen in der Gastronomie. 90 Prozent der im Gastgewerbe Angestellten arbeiten in Betrieben, die zur Kategorie der kleinen und mittleren Unternehmen zählen, 76 Prozent arbeiten in Betrieben mit weniger als 50 Beschäftigten (Statistisches Bundesamt 2017). Die überwiegende Zahl der im Gastgewerbe Beschäftigten besitzt keinen einschlägigen Berufsabschluss (Maack et al. 2013). Nur etwa die Hälfte der Arbeitnehmer/innen ist sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Die atypische Beschäftigung überwiegt: Mehr als die Hälfte arbeitet in Teilzeit[2] oder als geringfügig Beschäftigte/r (NGG 2017; Gerstenberg/Wöhrmann 2018). Das heißt aber nicht, dass im Gastgewerbe die tägliche Arbeitszeit nur wenige Stunden betragen würde – das Gegenteil ist der Fall: Trotz überwiegenden Anteils von Teilzeit und Minijobs beträgt die durchschnittliche Arbeitszeit im Gastgewerbe 37 Wochenstunden (Ebenda). In hoch frequentierten Gastronomiezentren sind mehr als zwölf Stunden täglich und oftmals sechs Tage die Woche üblich. Bezahlt wird meist der Mindestlohn für nur wenige Stunden, sodass der Stundenlohn, umgerechnet auf die tatsächlichen Arbeitszeiten, bei mindestens einem Drittel der Beschäftigten unterhalb des gesetzlichen Mindestlohns liegt (DIW 2017; Pusch 2018). Im Ranking der durchschnittlichen Bruttomonatsverdienste der Arbeitnehmer/innen bildet das Gastgewerbe mit 1.870 Euro das Schlusslicht (Statistisches Bundesamt 2017). Einkommen lässt sich hier nur mit den sogenannten Trinkgeldern erzielen – nach groben Schätzungen von Insidern kann damit das Einkommen um 50 bis 100 Prozent erhöht werden. Das Gastgewerbe ist in unserer Gesellschaft allgegenwärtig, und jede/r von uns nimmt diese Dienste wie selbstverständlich in Anspruch. Wer genauer hinschaut, kann feststellen, dass ältere Beschäftigte im Gastgewerbe deutlich unterrepräsentiert sind – was auch durch die Datenlage eindeutig bestätigt wird (Schlote-Sautter/Herter-

2 Das Statistische Bundesamt zählt auch Beschäftigungen unter 35 Wochenstunden zu den atypischen Verhältnissen, in der richtigen Annahme, dass man/frau davon in vielen Fällen nicht leben kann. Dass insbesondere viele Frauen Teilzeit arbeiten möchten, ist meist deren spezifischen Lebensverhältnissen – Sorgearbeit für Kinder und Alte – geschuldet. Damit sind zugleich neue Abhängigkeitskontexte verbunden, nicht zuletzt die Aufstockung mit Hartz-IV-Leistungen.

Eschweiler/Keller 2018, S. 71 f.). Aus arbeitswissenschaftlicher Sicht ist es eher unwahrscheinlich, dass ältere und gesundheitlich angeschlagene Menschen acht Stunden oder mehr im Stehen und Laufen arbeiten und schwere Teller und schwere Tabletts heben und tragen können (GfA 2007). Ein weiteres Thema sind die Arbeitszeiten: Vor dem Hintergrund des allgemeinen Lebens- und Arbeitsrhythmus ist die Lage der Arbeitszeiten im Gastgewerbe geradezu antizyklisch: Wenn andere Menschen Pausen, Feierabend, Wochenende oder Urlaub genießen, stellen sich im Gastgewerbe Stoßzeiten ein. Das schränkt die Freiheitsgrade in der sozialen Lebenswelt der in dieser Branche Arbeitenden enorm ein. Beerheide et al. (2018) haben eine umfassende Studie zum Gastgewerbe vorgelegt, die viele relevante Gesichtspunkte dieser Arbeitskultur benennt.[3] Der interaktive Charakter der personenbezogenen Dienstleistungsarbeit im Hotel- und Gaststättengewerbe lebt von der kontinuierlichen Abstimmung und Kooperation mit Kundinnen und Kunden sowie Kolleginnen und Kollegen. Die Handlungsspielräume der einzelnen Mitarbeiter/-innen sind begrenzt. Im überwiegenden Fall der Fälle sind die Beschäftigten den Erwartungen sowohl der Gäste („Der Kunde ist König“) wie den Flexibilisierungsanforderungen ihrer Arbeitgeber/innen unterworfen. Im kleinbetrieblich geprägten mikropolitischen Raum herrscht in der Regel ein starkes Machtgefälle ohne erkennbares Gegengewicht – fast flächendeckend fehlen gewerkschaftliche und betriebliche Interessenvertretungen, der gewerkschaftliche Organisationsgrad ist gering.

Diese insgesamt problematischen Befunde werden auch durch Ergebnisse einer repräsentativen Beschäftigtenbefragung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin bestätigt (Gerstenberg/Wöhrmann 2018): Das Ausmaß der Arbeitsbelastungen im Gastgewerbe ist überdurchschnittlich hoch, ebenso das der gesundheitlichen Beschwerden. Vor dem Hintergrund dessen, dass im Gastgewerbe überdurchschnittlich viel jüngere Menschen arbeiten und die Fluktuation hoch ist, wird es nicht überraschen, dass die subjektive Gesundheit dennoch positiv eingeschätzt wird: 66 Prozent der im Gastgewerbe Beschäftigten schätzen ihren Gesundheitszustand als gut und sehr gut ein, während

3 Im Kontext unseres Forschungsprojektes wird der Begriff der Arbeitskultur in einem weiten Sinne verwendet. So gesehen umfasst Arbeitskultur sowohl das konkrete und in der Branche bzw. in dem Gewerk übliche Arbeitshandeln als auch die tradierten Werte, Normen und subjektiven Deutungsmuster, die für die Branche und die darin verorteten Berufssparten und Betriebsformen charakteristisch sind. Ein wichtiger Teil der Arbeitskultur ist der Umgang mit spezifischen Belastungen und Erkrankungen, aber auch das positive Kompetenzerleben und der jeweilige Berufsstolz. Unser Arbeitskultur-Begriff ist also dem der Unternehmenskultur bzw. dem der betrieblichen Sozialordnung übergeordnet (Blasczyk 2018)

dies in der allgemeinen Erwerbsbevölkerung nur 63 Prozent tun. Im Vergleich zur Gesamtwirtschaft ist der Krankenstand im Gastgewerbe unterdurchschnittlich (Knieps/Pfaff 2017). Einer Feinanalyse der AOK im Rheinland zufolge liegt das Gastgewerbe mit 3,9 Prozent weit unterhalb des in dieser Region durchschnittlichen Krankenstandes von 5,7 Prozent (BGF 2016). Das heißt keinesfalls, dass Gastro-Beschäftigte gesünder sind als andere Erwerbstätige. Aus Experteninterviews wissen wir, dass viele Gastro-Beschäftigte in ihren freien Zeiten einen Arzt aufsuchen und um therapeutische Hilfe ersuchen, aber nicht krankgeschrieben werden wollen. Zu vermuten ist hier ein spezifisches Moment der Arbeitskultur im Gastgewerbe: Trotz teilweise extremer physischer, psychischer und sozialer Belastungen sind viele in dieser Branche Tätigen aus den unterschiedlichsten Gründen hoch motiviert und haben ein positives Verhältnis zu ihrer Arbeit. Mitzuspielen scheint aber auch ein Moment der Angst – die Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren, bei älteren Beschäftigten auch die Angst, aufgrund der Drohkulisse der Hartz-Gesetzgebung in die relative Armut und die Kontrolle einer institutionenabhängigen Lebenslage zu fallen (Hien 2018). Die Zahlen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung zeigen, dass diese Ängste berechtigt sind: Nur 16 Prozent der Kellner/innen sind älter als 50 Jahre – in der Gesamtwirtschaft ist diese Quote mit 32 Prozent doppelt so hoch –, die Arbeitslosenquote liegt bei den über 50-Jährigen Kellner/innen mit 13 Prozent über dem über allen Altersgruppen gebildeten Durchschnitt von 11 Prozent (IAB 2018a), im gesamten „Berufsfeld Gastronomie- und Reinigungsberufe“ errechnet sich eine noch deutlich höher liegende Arbeitslosenquote der über 50-Jährigen von 22 Prozent (IAB 2018b).

In einer jüngst veröffentlichten Branchenanalyse der Arbeitnehmerkammer Bremen (Salot 2018) wird das Gastgewerbe als wachsender Wirtschaftssektor identifiziert, der gleichwohl mit vielen gravierenden Problemen belastet ist: Gnadenlose Konkurrenz, unattraktive Arbeitszeiten, stressiges Arbeitsumfeld, schlechte Bezahlung und ein rauer Ton – alles Faktoren, die zu einem vermeintlichen Fachkräftemangel führen. Der Branchenbericht der Bremer Kammer geht dieser vor allem vom Hotel- und Gaststättenverband vorgetragenen Klage nach und stellt nach einer arbeitsmarktanalytischen Recherche fest: „Das Gastgewerbe taucht hier an keiner Stelle als ein besonders kritischer Bereich auf“ (Ebenda, S. 102). Es gibt deutlich mehr Arbeitsstellenbewerber als offenen Stellen. Immer seien es ganz bestimmte Betriebe, in denen die Fluktuation hoch sei. Besonders schlechte Arbeitsbedingungen sprächen sich in der Branche herum, sodass nach einer gewissen Zeit niemand mehr dort arbeiten wolle. Zudem gebe es in bestimmten Bereichen des Gastgewerbes – auch und gerade in Hotelketten – eine deutli-

che Tendenz zur Altersdiskriminierung (Ebenda S. 75). Es gibt Inhaber, die einen relevanten Teil des Trinkgeldes einbehalten (Ebenda S. 85). Bedrückend ist das niedrige Lohnniveau. Bei vielen Beschäftigten grassiert die berechtigte Angst vor Altersarmut (Ebenda S. 88). Der Kammerbericht sieht in allgemeinverbindlichen Branchentarifverträgen einen Ansatzpunkt.[4]

1.2 Exkurs: Ein Blick in die internationale epidemiologische Forschungsliteratur

Die internationale arbeits- und gesundheitswissenschaftliche Studienlage zum Gastgewerbe zeigt eine über dem Durchschnitt der allgemeinen Erwerbsbevölkerung liegenden Prävalenz gesundheitlicher Beschwerden. Zugleich zeigen die Studien einen signifikanten Einfluss psychosozialer Faktoren. Schon in Bereich der klassischen Unfallgefahren – Brand- und Schnittverletzungen in der Küche – ist dieser Zusammenhang zu sehen. Einer japanischen Studie zufolge steigen die Unfallrisiken mit steigenden psychosozialen Anforderungen und psychischen Belastungen auf mehr als das Doppelte. In einer in New York durchgeführten Querschnitts-Befragung (Kim et al. 2013) klagen 84 Prozent der Restaurantkräfte über muskuloskelettale Beschwerden, die Prävalenz schwerer Symptome betrug 25 Prozent. Bei den über 40-jährigen Restaurantkräften nahm die Häufigkeit der gelegentlichen Beschwerden zu, diejenige der schweren Symptome jedoch ab. Hier zeigt sich ein „Healthy-Worker“-Effekt, d. h. ein Selektionseffekt, in dessen Gefolge gesundheitlich belastete Beschäftigte diese Tätigkeit verlassen und Beschäftigte mit einer sehr guten körperlich-konstitutionellen Ausstattung in ihrer beruflichen Tätigkeit verbleiben. Gleichwohl werden körperlich positive Ressourcen durch hohe Belastungen gleichsam aufgebraucht. Kaum überraschend ist der Befund, dass häufiges schweres Heben und Tragen die Prävalenz der schweren Symptome verdoppelt. Das Interessante an dieser Studie: Mit dem Alter steigt auch die Diskriminierung durch das Management, und Altersdiskriminierung steigert das Risiko für Beschwerden und insbesondere das der oberen Extremitäten, insbesondere des Schulterbereichs. Hier liegt die Prävalenz um mehr als das Vierfache über jener der Beschäftigten ohne Diskriminierung. Besonders

4 In Bremen wurde ein im Frühjahr 2018 zwischen der Gewerkschaft Nahrung-Genuss-Gaststätten (NGG) und dem Deutschen Hotel- und Gaststättenverband (Dehoga) abgeschlossener Tarifvertrag vom Senator für Wirtschaft, Arbeit und Häfen im Sinne eines erhöhten Mindestlohns im bremischen Gastgewerbe für rechtlich allgemeinverbindlich erklärt.

betroffen sind ältere Frauen asiatischer Herkunft. Dass fehlende soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Management signifikant negative Effekte auf die Gesundheit der Arbeitenden haben, ist durch eine Vielzahl von Studien hinlänglich gesichert (Hämmig 2017; Baek et al. 2017). Nicht-unterstützende und diskriminierende Vorgesetzte können das betriebliche Leben zu Hölle machen; unterstützende und aufbauende Vorgesetzte können Ressourcen zur besseren Bewältigung von Belastungen bereitstellen. Eine in Quebec durchgeführte Untersuchung (Laperriere/Messing/Bourbonnais 2017) zeigt ähnlich hohe Prävalenzen wie die New-Yorker-Studie. Auffallend in der Quebecer Studie ist die besondere Belastung und Beanspruchung der weiblichen Servierkräfte. Mit 45 Prozent Schulterschmerzen liegt die Prävalenz – über alle Altersgruppen gemittelt – bei Frauen doppelt so hoch wie diejenige bei Männern. Negativen Einfluss hatte die Serviererinnen-Kunden-Beziehung. Das Forscher/innen-Team hat in teilnehmenden Beobachtungen festgestellt: Viele Servierkräfte und insbesondere viele weibliche Servierkräfte stellen das Wohl des Gastes über das des eigenen, m. a. W.: Um den Gast zufriedenzustellen, wird oftmals schneller und vor allem ergonomisch ungünstiger und mit ungünstigeren Bewegungen gearbeitet als dies vom Arbeitsablauf eigentlich sein müsste. Frauen übertragen dabei alte Rollenmuster auf ihre Arbeitssituation. Eine groß angelegte französische Sekundäranalyse der Sozialversicherungsdaten (Nanyan/Ben Charrada 2018) fand 1411 Fälle von Kompensationsforderungen, die im Jahr 2014 wegen arbeitsbedingter muskuloskelettaler Schäden im Gastgewerbe angezeigt wurden. Aufgegliedert nach Betriebstyp waren Mitarbeiter/innen in Fast-Food-Ketten mit einer Inzidenz von 1,0/1.000 Fällen am geringsten vertreten, während diejenige von Mitarbeitern/-innen in traditionellen Restaurants mit 1,7/1.000 etwas höher lag. Mit 7,2/1.000 – das ist mehr als das Vierfache im Vergleich zu traditionellen Restaurants – lag die Inzidenz in Betriebskantinen oder sonstigen vertragsgebundenen Servicebetrieben besonders hoch. Zusammengenommen mit Fast-Food-Ketten hat sich hierfür der Begriff der Systemgastronomie eingebürgert. Insgesamt sind auch hier, wie in den Studien zuvor, mehr Frauen als Männer betroffen; ebenso ist ein deutlicher Healthy-Worker-Effekt sichtbar. Im Kontrast dazu steigen bei Betriebskantinen mit steigendem Alter und steigender Betriebszugehörigkeit auch die angezeigten Muskel-Skelett-Erkrankungen. Als Hauptgrund sehen die Autoren nicht den Betriebstyp als solchen an, sondern den Umstand, dass die Beschäftigungsdauer an diesen Arbeitsplätzen, im Gegensatz zu den anderen Betriebstypen, besonders hoch ist: Mehr als die Hälfte der Beschäftigten weist hier eine Betriebszugehörigkeit von über 20 Jahren auf.

1.3 Beschäftigungssicherung im Kontext sozialrechtlicher Unterstützungsmöglichkeiten

Angesichts des demographischen Wandels stellt sich die Frage, wie in einer derart beschäftigungsintensiven Branche wie dem Gastgewerbe die organisatorischen und kulturellen Arbeitsbedingungen so verbessert werden können, dass Menschen darin auch im mittleren und höheren Alter arbeiten können. Beerheide et al. (2018) stellen zwar diese Frage, doch gehen sie auf die besondere Problematik der bereits chronisch Erkrankten im Gastgewerbe nicht oder nur sehr vorsichtig ein. Sie sehen die Weiterbeschäftigung älterer Mitarbeiter/innen mit bedingter Gesundheit hinsichtlich der besonderen Probleme des Gastgewerbes eher skeptisch (Alaze-Hagemann et al. 2018, S. 356). Es kann nicht bestritten werden: Sowohl Betriebe als auch Betroffene stellt das Problem „Weiterarbeit bei chronischer Krankheit“ vor große Herausforderungen. Mit dem 2004 im Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) rechtsverbindlich verankerten Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) steht Beschäftigten und Betrieben zwar ein prinzipiell nützliches Instrument zur Verfügung, das allerdings mit seinen formalisierten Verfahrensschritten und Dokumentationspflichten in KMU-Betrieben nur begrenzt umsetzbar ist. Hinzu kommt, dass in kleineren Betrieben in der Regel die Möglichkeiten, welche die Deutsche Rentenversicherung im Rahmen der im SGB IX vorgesehenen Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben bietet, weitgehend unbekannt sind und zudem alternative Beschäftigungsmöglichkeiten (etwa nur an der Kasse oder in der Abrechnung zu arbeiten) begrenzt sind. Auch die zusätzlichen Hilfen, die das SGB VI – § 31: Hilfen zur Prävention und Gesundheitsförderung bietet– sind ebenfalls unbekannt, ganz zu schweigen von den durch das Bundesteilhabegesetz geschaffenen Möglichkeiten, Beratungs- und Integrationsfachdienste einzuschalten, wenn es um die Beschäftigungssicherung von einer Behinderung bedrohter Personen geht. Die Kooperation sowohl der Sozialversicherungs- und Reha-Trägern untereinander als auch dieser mit den Betrieben und Betroffenen kann hier als mangelhaft bezeichnet werden. Dringend erforderlich sind daher „Neue Allianzen“ überbetrieblicher Hilfen, Beratungsangebote und Vernetzungen. Doch derartige Allianzen müssen den klein- und mittelbetrieblichen Arbeitskulturen und Lebenswelten angepasst sein.

Die europäischen Richtlinien zu Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, die hierzulande in Form des Arbeitsschutzgesetzes und den zugeordneten Rechtverordnungen – so z. B. die Lastenhandhabungsverordnung – umgesetzt sind (Pieper 2017), bestimmen, dass jede/r Arbeit-

nehmer/in das Recht auf ergonomisch angemessene Arbeitsbedingungen hat. Die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz gab 2007 eine Informationsbroschüre für Arbeitgeber/innen und Arbeiternehmer/innen im Gastgewerbe heraus (OSHA 2007), in der die einschlägigen Gefährdungen und die möglichen Abhilfemaßnahmen aufgelistet sind. So wird hier ausdrücklich der Einsatz von Servierwagen für den Geschirrtransport genannt. In einem von der Berufsgenossenschaft herausgegebenen Infoblatt für die Beschäftigten werden diese mit folgender Frage zu mehr Gesundheitsschutz aufgefordert: „Kann ich die zu transportierenden Gegenstände auch schieben oder ziehen?“ (BGN 2008). Nun weiß jede/r aus eigener Anschauung, dass derartige gesetzlich geforderte Arbeitserleichterung in der gastgewerblichen Praxis äußert schwer umzusetzen sind. Die Gasträume müssten geometrisch anders und großzügiger gestaltet werden, was eine Einbuße von Sitzplätzen zur Folge hätte. Der Arbeitstakt müsste dem Schieben und Ziehen angepasst sein, was dem Wunsch der Gäste nach schneller und individueller Bedienung widerspricht[5]. Die Arbeitsorganisation müsste entsprechend umgestellt werden. All das – zusammen mit dem prekären Lohnniveau – würde das Essen in Gaststätten, Restaurants und Hotels erheblich verteuern. Ein Vergleich mit der Schweiz ist angebracht. Dort verdienen Kellner/innen im Vergleich zu Deutschland im Schnitt das Doppelte (Lohncheck 2018), dort werden deutlich häufiger ergonomisch wirksame Hilfsmittel wie Servier- und Transportwagen eingesetzt, dort arbeiten auch im Servicebereich deutlich mehr Ältere, und die Arbeitszeiten sind Teil der flächendeckend bindenden Kollektivverträge und werden deutlich strenger kontrolliert, nicht zuletzt von den Beschäftigten selbst (UNIA 2018). All dies zeigt, dass die Probleme des hiesigen Gastgewerbes – wie in den meisten europäischen Ländern – zugleich auch Probleme der gesellschaftlichen Kultur sind. Die übergeordnete und letztlich auch politisch zu entscheidende Frage[6] ist, wie viel uns Dienstleistungsarbeit wert ist.

5 Anders als in stationären Pflege folgt die Organisation im Gastgewerbe eher den Wünschen und Bedürfnissen der Gäste als die betriebsablaufbezogene Versorgung im Pflegeheim, in dem die „Bewohner“ Nur selten eine proaktive und gestaltende Rolle einnehmen

6 Eine verbesserte rechtliche Regulierung und eine häufigere und sanktionsbewehrte Kontrolle – so wünschenswert diese auch sein mögen – bergen allerdings zwei Gefahren: Besonders kleine Familienbetriebe – etwa von Migranten betriebene Suppenküchen und Schnellimbisse – würden dadurch in ihrem Bestand gefährdet und man müsste mit Reaktanz gegenüber der empfundenen Überregulierung rechnen. Der angesprochene Mentalitätswandel ist eine langfristige Angelegenheit. Solange gilt: „Lieber sich den Bauch verrenken als dem Wirt was schenken“, und solange die Witze des Typs „…Kollege kommt gleich“ nicht abreißen, hinter denen die sofortige Wunscherfüllung steht, wird sich nicht viel ändern. Hier geht es eher darum, dass die Interessenvertretungen der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer auf Branchenebene

Erklärungsbedürftig ist, wie eine Branche mit derart schwierigen Arbeitsbedingungen und schlechter Entlohnung es schaffen kann, sich zu behaupten und immer wieder Arbeitende an sich zu binden. Die Gründe sind vielfältig (Goedicke/Beerheide 2018). Zum einen erzeugt das Erleben gelingender Dienstleistungsinteraktion Motivationen und Bindungen eigener Art. „Zum anderen lassen sich im Gastgewerbe Erwerbswünsche nach ‚Nicht-Normalarbeitsverhältnissen' verwirklichen, […] und die Branche bietet in größerem Umfang Integrationschancen für Personengruppen mit schwacher Verhandlungsposition am Arbeitsmarkt, z. B für Zugewanderte oder Personen ohne Berufsabschluss" (Ebenda, S. 17). Zu bedenken ist, dass zum einen bei den überwiegend jüngeren Beschäftigten arbeitsbedingte Erkrankungen oftmals noch nicht chronifiziert sind und zum andern, weil die „Gefühlskultur" (Hochschild 1983/2006) im Gastgewerbe vorgibt, dass alle „gut drauf" sein müssen: nur wenn dieses Bedingung erfüllt ist, klappt der Umsatz und stimmt das Trinkgeld. Die besondere Charakteristik der Interaktionsarbeit im Dienstleistungssektor ist schon längere Zeit Gegenstand arbeitssoziologischer Forschungen. Hinzuweisen ist auf die klassische Studie von Arlie Russell Hochschild am Beispiel von Flugbegleitern/innen (Ebenda). Neuere Forschungen bauen darauf auf (Dunkel/Weihrich 2012); auch zur Interaktionsarbeit im Gastgewerbe wurde geforscht (Hoffmann et al. 2012). Vier Kernelemente der Interaktionsarbeit wurden herausgearbeitet: Kooperationsarbeit, Gefühlsarbeit, Emotionsarbeit und Subjektivierung. Die Kooperationsnotwendigkeit, sowohl zwischen den Beschäftigten – beispielsweise zwischen Küche und Service – als auch zwischen Beschäftigten und Gästen ist evident, ebenso die Pflege der Gefühle des Gastes, was zugleich eine Kontrolle des eigenen Emotionshaushaltes erfordert. Die Arbeit des Kellners und der Kellnerin ist zudem geradezu prototypisch für subjektivierendes Arbeitshandeln, d. h. die Arbeitsperson ist gehalten, ihre ganze Persönlichkeit in den Arbeits- und Interaktionsprozess einzubringen. Zwei soziologische Stimmen zum Gastgewerbe: „Wir haben es mit einer fluiden Ordnung von Dingen und Menschen zu tun, die unter anderem auf Körperlichkeit und situativem Handeln aufruht [sic!] und sich als ein Tanzen oder ein Jonglieren mit den Dingen und den Gästen beschreiben lässt" (Böhle/Stöger/Weihrich 2015, S. 58). „Das Handeln wird dabei maßgeblich durch z. T. diffuse Informationsquellen und Stimmungslagen sowie durch die Fähigkeit diese zu erspüren und wahrzunehmen geleitet. Notwendig dafür ist die Schaffung einer temporären Intimität, die dieses Handeln ermöglicht aber auch – wie bei den anderen Merkmalen – Risiken der Selbstverleugnung impliziert"

gemeinsam überlegen, wie auch der Gast langfristig und freundlich zu Verhaltensänderungen motiviert werden kann.

(Goedicke/Beerheide 2018, S. 22). Eine Frage des vorliegenden Projektes ist, wie sich bestimmte betriebspolitische und persönliche Konstellationen auf die Arbeitsbedingungen und somit auf die Belastungssituation auswirken. Nicht einbezogen sind dabei Großbetriebe der Systemgastronomie und Hotelketten, in denen kapitalorientierte unternehmenskulturelle Momente überwiegen und sich die Frage der Arbeitsbedingungen anders stellt.

2. Material und Methode

Die Beschäftigungssicherung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen ist in Klein- und Mittelbetrieben besonders problematisch. Hierfür müssen geeignete überbetriebliche Beratungs-, Unterstützungs- und Kooperationsformen geschaffen werden. Mit den damit verbundenen Fragen befasst sich ein von der Hans-Böckler-Stiftung gefördertes Forschungsprojekt an der Humboldt-Universität zu Berlin mit dem Titel „Neue Allianzen für gute Arbeit mit bedingter Gesundheit – nachhaltige Beschäftigungssicherung durch Kooperation betrieblicher und außerbetrieblicher Akteure“.[7] In der folgenden Fallstudie soll ein Einblick in die Arbeitskultur des Gastgewerbes – mit dem Fokus: längere Krankheit und Rückkehr zur Arbeit bzw. Arbeit mit chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen – gegeben werden. In der vorliegenden Fallstudie wird unter Arbeitskultur die in einer Branche im Kontext der darin vertretenen Berufe und Arbeitsanforderungen zu findende Gesamtheit vorherrschender Traditionen, Überzeugungen, Orientierungen und Verhaltensmuster verstanden.[8] Die Arbeitskultur des Gastgewerbes ist nicht nur durch die Charakteristika der personenbezogenen Dienstleistungen, der damit verbundenen Emotionsarbeit und der sozial einschränkenden Arbeitszeiten gekennzeichnet, sondern auch durch ein besonderes betriebliches Machtgefälle, besondere Abhängigkeiten, oftmals auch familiäre Strukturen und – insbesondere bei älteren Beschäftigten – Ängste vor Arbeitslosigkeit und Armut. Nicht vergessen werden sollte, dass gerade alt eingesessene Betriebe in ländlichen und kleinstädtischen Regionen eng mit lokalen Traditionen verbunden sind und darüber auch für die Beschäftigten eine Identifikationsfolie gegeben wird, mit denen aber auch Verpflichtungen symbolisch kommuniziert werden, die zu besonderem Engagement und zu Überstunden unter dem Motto „Stolz auf …“ „motivieren“. Zugleich ist in vielen Bereichen des Gastgewerbes eine Jugendzentriertheit zu beobachten, im Rahmen derer Arbeitsprozess und Eventereignisse ineinanderfließen. Dem wird in der vorliegenden Studie nachzugehen sein.

Die folgende Darstellung beruht auf 22 teilweise leitfadengestützten und überwiegend narrativ-episodische Interviews.[9] Vier Interview-

7 Siehe Fußnote 1.

8 Siehe Fußnote 3.

9 19 Interviews hat der Verfasser selbst geführt, zwei Interviews wurden uns vom Dortmunder Projekt INDIGHO – „Innovation und demografischer Wandel im Gaststätten- und Hotelgewerbe“ – zur Verfügung gestellt, wofür dem Projektleiter Arno Georg zu danken ist (zum Kontext des INDIGHO-Projektes vgl. Beerheide et al. 2018), aus einem im Institut für Rehabilitation der Humboldt-Universität zu Berlin angesiedelten Reha-Projekt entstammt ein weiteres Interview, dessen Zurverfügungstellung ich Sa-

partner/innen waren Inhaber (ein Hotel, ein Restaurant, ein Café, eine Jugendherberge), 18 Interviewpartner/innen waren abhängig Beschäftigte. Gefragt wurde nach Berufseinstieg und -verlauf, nach Krankheiten und der persönlichen und betrieblichen Umgangsweise damit. Die abhängig Beschäftigten verteilen sich auf die Sub-Branchen wie folgt: Gastronomie (N = 11), Hotel (N = 4), Service in einer Klinik (N = 2), Koch in einer Klinik (N = 2), wobei die beiden Klinik-Köche zuvor viele Jahre in Hotels gearbeitet haben, diesen Arbeitsort aber aus gesundheitlichen Gründen verlassen mussten. Hinsichtlich der gastgewerbespezifischen Berufe finden sich im Sample fünf Restaurantfachkräfte, drei Köche und zwei Hotelfachkräfte; der Rest des Samples hatte andere Grundberufe oder war – meist nach abgebrochenem Studium – „ungelernt". Der Modalwert, d. h. der häufigste Wert der Altersverteilung, liegt zwischen 50 und 54 Jahren. Diese Altersgruppe ist mit N = 7 besetzt, älter als 55 waren N = 8 Personen, jünger als 50 waren N = 8 Personen, fünf davon jünger als 45 Jahre. Frauen und Männer hielten sich im Sample die Waage, was in etwa auch der Verteilung in der Branchenpopulation entspricht. Die Betriebsgrößenklassen der Betriebe, in denen die Interviewten arbeiten oder arbeiteten, schwanken zwischen 5 und 150 Beschäftigten, wobei die Klasse 10 bis 50 Beschäftigte weitaus am häufigsten besetzt ist. Alle Betriebe waren, abgesehen von einer Ausnahme im Bereich der Systemgastronomie[10], selbstständige wirtschaftliche Einheiten. Eine betriebliche Interessenvertretung gibt es nur in zwei Fällen: in der Jugendherberge und in einer Reha-Einrichtung. Alle Interviewten hatten – mehr oder weniger ausgeprägt – mit gesundheitlichen Problemen zu kämpfen, in sieben Fällen gab es einen Berufswechsel wegen gravierender Erkrankungen, in drei Fällen verließen die Befragten ihr ursprüngliches Berufsfeld wegen prophylaktischer und allgemeiner Erwägungen, unter anderem, weil sie keine Verbesserungsmöglichkeiten hinsichtlich der Arbeitsbedingungen sahen. Neun Befragte äußerten sich hinsichtlich ihrer gastgewerblichen Arbeitsmotivation eindeutig positiv, drei Befragte ließen Zweifel erkennen, ob sie diese Arbeit noch weitermachen können oder wollen.

Die Interviews wurden zwischen Mai und Dezember 2017 an verschiedenen Orten durchgeführt: Bremen, Hamburg, Holstein, Wendland, Thüringen, Bergisches Land, schwäbische Alp, Schwarzwald, München und zwei touristische Zentren in den Alpen. Die Interviews fanden bei

scha Blasczyk verdanke. Die Transkripte wurden mit dem Kürzel HOGA gekennzeichnet.

10 Unter Systemgastronomie wird ganz allgemein alles an Gastronomie verstanden, was nicht der klassischen Individualgastronomie entspricht: Fast-Food-Ketten und andere Restaurant-Ketten, in denen standardisiertes Essen angeboten wird, aber auch Kantinen und Catering-Betriebe.

den Leitungskräften im jeweiligen Betrieb statt, bei den Beschäftigten teilweise zu Hause, teilweise in einer Reha-Klinik und teilweise in den Büroräumen des Autors. Der Feldzugang erwies sich als schwierig. Gefragt wurde nach der Bereitschaft, über das Thema „Krankheit bei Beschäftigten“ zu sprechen, was sowohl bei Leitungskräften wie bei Beschäftigten – aus ganz unterschiedlichen Motiven – zunächst deutliche Vorbehalte hervorrief. Viele Mails oder Anrufe bei Inhabern und Inhaberinnen wurden mit dem Satz beantwortet: „Wir haben keine Kranken“, selbst von denen, die bei Krankenkassen für ihre gesundheitsförderliche Betriebskultur gelobt werden. Hilfestellung beim Feldzugang gab es durch die Arbeitnehmerkammer Bremen und einen Fachdienst für berufliche Integration; die überwiegende Zahl der Interviewpartner/innen konnte durch eine breit gestreute Mailumfrage des Verfassers in seinem beruflichen und privaten Umfeld akquiriert werden. Es ergaben sich auch einige „Zufallstreffen“ bei Restaurant- oder Hotelbesuchen. Die Interviewten wurden über Datenschutz und Anonymisierung aufgeklärt, und sie gaben unter diesen Voraussetzungen ihr Einverständnis. Die Interviews dauerten zwischen einer halben und zwei Stunden; sie wurden vollständig transkribiert, paraphrasiert (Heinze 1987) und ansatzweise inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring 2005), wobei folgende Grobkategorien bzw. Gliederungsgesichtspunkte leitend waren: Allgemeine Arbeitssituation, betriebspolitische Konstellationen, Krankheiten und Leidensgeschichten sowie Hinweise auf subjektive Deutungsmuster. Die in den Transkripten enthaltenen Namen wurden anonymisiert; persönliche, örtliche oder fachliche Konstellationen wurden verfremdet[11].

Feldzugang und Darstellung der Ergebnisse folgen einer Anordnung nach Fallkonstellationen, die in Anlehnung an die Grounded Theory eine komparative und kontrastierende Betrachtung erlauben, wobei Typenbildung und theoretische Sättigung im Forschungsprozess sich wechselseitig beeinflussen (Rosenthal 2015, hier insbes. S. 79 ff. und 89 ff.). Die Interviews wurden in Gruppen eingeteilt bzw. typisiert, doch nicht im Sinne von Idealtypen, sondern im Sinne von realen Merkmalen und Konstellationen. „Die Generalisierung soll über das Typische, über Repräsentanz, und nicht über Repräsentativität erreicht werden“ (Lamnek/Krell 2016, S. 382). Bestimmte, besonders charakteristisch erscheinende Passagen wurden hermeneutisch hinsichtlich ihres latenten Sinngehaltes hinterfragt und auf der Folie einiger soziologischer Theorien – so z. B. jener der Rollendistanz (Goffman 1961/73; Dreitzel 1978; Abels 2010, S. 183 ff.) – diskutiert. Das Interaktionsgeflecht der Gastronomie schreibt sich in die leiblichen Biographien ihrer Träger ein. So werden

11 Vergleiche Datenschutzkonzept zum Projekt, das auf Anfrage eingesehen werden kann.

aus Arbeitsgeschichten Leidens- und Krankheitsgeschichten, deren Entstehungs- und Verlaufskontexte explorativ erkundet wurden. Von besonderem Interesse sind Diskrepanzen zwischen geschilderten „äußeren Ereignisabläufen“ und „inneren Reaktionen“ der von den Ereignissen Betroffenen (Schütze 1983, S. 285 f.), d. h. zwischen Faktizität und Deutungsmuster. Aufgrund des gewählten Erhebungsinstrument und des Zuschnitts des dieser Studie zugrundeliegenden Forschungsvorhabens sind dem Erkenntnispotential zwar forschungslogische Grenzen gesetzt. So sind Aussagen über die biographische Gesamtformung der betroffenen Köche und Kellner/innen nicht möglich. Gleichwohl können Hypothesen zur Frage gebildet werden, warum sich Menschen im Gastgewerbe so schwer tun, sich für gesundheits- und alternsgerechte Arbeitsbedingungen einzusetzen.

Der Anspruch einer explorativen qualitativen Studie kann nicht sein, ein repräsentatives Bild der Wirklichkeit zu zeichnen. Es geht vielmehr darum, sozialen Phänomenen eines Feldes – in unserem Fall des Gastgewerbes – nachzuspüren und charakteristische Merkmale seiner spezifischen Arbeitskultur mit Blick auf Gesundheitsgefährdungen und das Arbeiten mit gesundheitlichen Einschränkungen beispielhaft sichtbar werden zu lassen. Gleichwohl muss ein kritischer Blick auf die Zusammensetzung des Samples geworfen werden. Abzuschätzen ist, ob Kernbereiche des Feldes gut „getroffen“ werden, d. h. abzuschätzen sind Selektionseffekte, die durch die spezifischen Probleme des Feldzugangs erzeugt werden. Dass die befragten Inhaber ihr Arbeitsfeld positiv sehen, wird kaum verwundern, ebenso wenig der Umstand, dass chronisch viele erkrankte Mitarbeiter/innen ihre Arbeit eher kritisch sehen. Erstaunlich und deutungsbedürftig ist, dass die Hälfte der Befragten trotz gesundheitlicher Einschränkungen eine positive, zumindest eine bedingt positive Arbeitsorientierung aufweist. Vor dem Hintergrund der gastgewerbetypischen Zufriedenheitsdaten (Gerstenberg/Wöhrmann 2018; Beerheide et al. 2018) darf daher angenommen werden, dass unser Sample durchaus charakteristische Momente der Arbeitskultur des Gastgewerbes und die darin üblichen Umgangsweisen mit gesundheitlichen Problemen einfängt. Die Darstellung der Ergebnisse versucht, ein möglichst plastisches und farbiges Bild zu zeichnen. Daher werden im Folgenden verhältnismäßig viele O-Töne zu lesen sein, auch um dem Leser und der Leserin Gelegenheit einer eigenen Lesart zu bieten.

3. Ergebnisse und Diskussion

3.1 Die Inhaber: „Kein Zuckerschlecken“ – Arbeitskultur zwischen Tradition und Innovation

Die befragten Inhaber leugneten nicht die Härte ihres Geschäfts und die Härte ihrer Arbeit, betonten aber zugleich Werte wie diejenige der familiären Tradition, der unternehmerischen Verantwortung und der Lust an kreativen Innovationen. Herr A., Inhaber eines hanseatischen Traditionsrestaurants (HOGA-1), das etwa 65 Mitarbeiter/innen beschäftigt, steht für eine Unternehmerpersönlichkeit, die – vor dem Hintergrund unserer Kenntnisse über die Gesamtbranche – als vorbildlich, ja fast als singulär bezeichnet werden kann. Er erläuterte den für ihn wichtigen Zusammenhang zwischen „alter Kundschaft“, die regelmäßig zu Gast sind, und der Stammbelegschaft in Küche und Service. Er versuche, personalpolitisch seine Mitarbeiter/innen „zu pflegen“. Es sei in seinem Betrieb sehr wichtig, dass die teilweise sehr alten Gäste auch von älteren Kellnern und Kellnerinnen bedient werden. In Stoßzeiten wie z. B. im Weihnachts- oder Ostergeschäft, beschäftige er bis zu 15 weitere „altgediente“, z. T. pensionierte Mitarbeiter/innen, „die das auch sehr gerne machen“. Es sei zu verkraften, wenn dann immer mal wieder Mitarbeiter/innen wegen Bandscheiben-, Knie- oder Krampfader-Operationen ausfallen. Eine krebserkrankte Köchin sei schon länger abwesend, aber er habe die Hoffnung, dass sie bald wieder einsteige. Der Betrieb werde von einem Betriebsarzt betreut, der sich auch um die Wiedereingliederung kümmere. Auch Integrationsamt und Integrationsfachdienste seien in seinem Betrieb aktiv, um bestimmte Arbeitsplätze besser zu gestalten. Zwei interne Sicherheitsbeauftragte besuchten regelmäßig Seminare der Berufsgenossenschaft. Dieser Betrieb scheint vieles vorbildlich zu gestalten, und mehrere „Testbesuche“ des Verfassers in diesem Restaurant vermitteln den Eindruck einer alternsgerechten Arbeits- und Interaktionsatmosphäre – in der Branche ein nicht allzu häufig festzustellender Befund.

Ähnlich vorbildlich, wenn auch mit einer etwas anderen Perspektive und mit einer ganz anderen Konstellation, ist der Betrieb Herrn B.’s, Inhaber eines gehobenen Restaurants mit Hotelbetrieb und insgesamt etwa 25 Mitarbeitern/-innen (HOGA-7). Herr B. schwört auf Innovation: Man müsse sich immer wieder „neue Dinge, kleine Events, Kunst an den Wänden, Life-Musik“ einfallen lassen, um für Gäste attraktiv zu bleiben und seinen Mitarbeitern/-innen zugleich auch „Lust zu machen, am Ball

zu bleiben“. Die Arbeit müsse „einfach Spaß machen“, denn allein des Geldes wegen lohne sich das Gastgewerbe nicht, da gebe es deutlich lukrativere Möglichkeiten. Er, so der befragte Inhaber, mache diese Arbeit gerne, weil er Freude daran habe, „anderen eine Freude zu machen“. Auf die Frage, wie er mit Krankheit in seinem Betrieb umgehe, gab er zu Protokoll, eine ernsthafte Erkrankung sei in seinem Betrieb bisher noch nicht vorgekommen, doch sollte dies einmal der Fall sein, und es handele sich um eine/n „verdiente/n Mitarbeiter/in“, dann würde er alles tun, um ihr oder ihm die Rückkehr an den Arbeitsplatz zu ermöglichen.

Frau C., Inhaberin eines Landhotels (HOGA-11), in dem der Verfasser sich über mehrere Tage zu einem Seminar aufhielt, betonte die Ambivalenz der Arbeitskultur: „Die Arbeit im Hotel- und Gaststättengewerbe ist an sich schon eine große Herausforderung, kein Zuckerschlecken, ist aber auch eine schöne Sache.“ Frau C. hob die Bedeutung sowohl der Familientradition als auch der dörflichen Gemeinschaft hervor. Die etwa 30 Mitarbeiter/innen – Durchschnittsalter ca. 45 Jahre – kommen alle vom gleichen Dorf, alle kennen sich schon lange. Es wird sichtlich viel und schwer gearbeitet, doch eine Atmosphäre von Hektik wird vermieden. Außergewöhnlich war die Beobachtung, dass im Gastraum Servier- und Transportwagen benutzt wurden. Auf meine Frage hin, ob es bei ihren MA-innen auch solche gibt, die eine längere Krankheit durchgemacht haben u/o eine gesundheitliche Beeinträchtigung haben, antwortete Frau C. überraschend ausführlich:

„Ja, die hatten wir und die haben wir. Wir haben jetzt gerade eine Mitarbeiterin, die schon zwei Monate krank ist, Operation an der Hüfte, auch Bandscheibe, entsprechend mit starken Beschwerden auch im Rücken- und im Beinbereich, wie gesagt, die schon 6 oder 8 Wochen nicht mehr da ist, und heute im Prinzip gesagt hat, sie kann noch nicht kommen, und dann wird es hier vor Ort eine Wiedereingliederungsphase geben, wenn es soweit ist, und dann schauen wir schon, welche Tätigkeiten sind ok, oder können wir ggf. umsetzen oder umplanen oder was verändern. […] Wir haben Frauen, bei denen eine Totaloperation ansteht, wo klar ist, dass sie sicher zwei Monate außen vor ist, und danach die nächsten vier Wochen erst mal nichts Schweres heben darf. Wir gucken dann einfach, inwieweit ist dies vom Einsatz her möglich, inwieweit ist das Team dann auch bereit, für die Betroffene mit einzuspringen, zu unterstützen, oder z. B. auch unser Küchenchef, der im Moment Rippenbrüche hat, zwar jetzt wieder da ist, aber entsprechend noch einen Bei-Koch mit dabei hat, der halt entsprechend ihm unter der Arme greift und die schweren Töpfe hebt. […] Wir müssen halt immer so ein bisschen ausgleichend, integrierend und miteinander eben agieren, denn solche Sachen können nur funktionieren, wenn das Team das eben mit unterstützt. Wenn bei uns Mitarbeiter sagen, sie können nicht kommen, dann können die auch nicht kommen. Dann sind die auch krank, dieses Vertrauen ist da. Und wenn sie kommen können, kommen die auch, und dann helfen wir auch, das ist klar.“

Angesprochen auf die unterschiedlichen Charaktere und Menschentypen in einem auf die Qualität personenbezogener Dienstleistungen ausgerichteten Betrieb kam die Befragte auf die einen personalpolitischen Aspekt zu sprechen, welcher in der Arbeitswissenschaft als differenzielle Arbeitsgestaltung (Ulich 1997) bekannt ist:

„Wir haben ja viele Mitarbeiter, die sind durchaus verschieden, und ich gucke dann: Der eine ist ein Früh-Morgen-Mensch, der andere ist ein Nacht-Mensch. Also wo wir schon gucken, wie können wir das so ein bisschen auffangen, denn wenn er ein Morgenmuffel ist, brauche ich ihn nicht morgens um 6 Uhr auf der Matte stehen haben, weil: Das ist nicht sein Biorhythmus. Das bringt nichts, also setze ich ihn mittags oder abends ein. Und ich frage auch nach dem Zuhause, wir reden darüber, denn Menschen können nur gut arbeiten, wenn Zuhause alles gut läuft. Und so gebe ich auch ‚ab und zu', wenn es mal zu Hause nicht läuft, dann kommt der Mitarbeiter und sagt, ‚Hör zu, ich brauche jetzt zwei oder drei Tage, um die Sachen in Ordnung zu kriegen, dann bin ich wieder voll da.' So läuft das, d. h. entsprechend werden dann auch die Dienstpläne angepasst."

Das Gespräch kam schließlich auf die Frage Schwerbehinderung und Integrationsamt. Es gibt mehrere Schwerbehinderte, doch über Hilfen vom Integrationsamt war der Inhaberin nichts bekannt. Auch die Hilfen seitens der Rentenversicherung und der Unfallversicherung waren nicht bekannt. Dennoch gibt es in diesem Betrieb eine Kultur der Integration, freilich nicht in formalisierter, sondern in einer den „Bordmitteln" angepassten Form.

Eine gänzlich andere Konstellation fand sich in einer Jugendherberge in Schleswig-Holstein. Der Leiter, Herr D., befragt nach der Problematik chronisch erkrankter Mitarbeiter/innen, klagte über die „völlig ausbleibende Unterstützung von außen" (HOGA-4). Die Jugendherberge beschäftigt 35 Personen, und in den letzten Jahren seien fünf Mitarbeiterinnen an Krebs erkrankt, drei Mitarbeiterinnen seien verstorben. Gerade jetzt sei eine weitere Küchenhilfe an Krebs erkrankt: „Das ist einfach furchtbar. Denn: Gerade diese Kollegin ist sehr arbeitsorientiert, sie ist immer da gewesen – eine starke und super gute Arbeiterin, die fest anpacken konnte". Wenn solche Mitarbeiterinnen krank würden, sei das „ein riesiges Problem für so einen kleinen Laden". Zugleich gehe ihm, den Leiter, die Krankheit dieser oftmals langjährigen Mitarbeiterinnen „sehr an die Nerven". Das sei „alles sehr bitter, für alle Beteiligte". Auf meine Frage, wie er denn die Situation manage, antwortete er:

„Solche Probleme kriege ich eigentlich gar nicht in den Griff, nur mit schlechter Improvisation. Denn Krebs bedeutet ja nicht nur: OP, und dann ist alles wieder gut, sondern: Lange Phasen der Chemotherapie, mal ein paar Wochen da, dann ein paar Wochen wieder krankgeschrieben, dann wieder da, aber dann sieht man, es geht nicht oder noch nicht, und so geht das immer so fort und so fort. Einstmals starke und vitale Frauen, und jetzt sind sie aufgrund der Krankheit schwach, können nicht mehr schwer heben und tragen – und das ist in einer Jugendherberge halt elementar – und ermüden schnell. Im Grunde muss

das das Rest-Team die Arbeit mitmachen, während der AU-Zeiten ebenso wie während der Anwesenheitszeiten, oft bis zu zwei Jahren nach der OP. Dass jemand wieder vollständig gesund und leistungsfähig wird, steht zwar in den Lehrbüchern, doch das stimmt ja offensichtlich nicht. Im Gegenteil: Nach zwei Jahren bricht oft der Krebs neu aus, und die Frau landet nach Jahren des Leidens im Hospiz."

Wir sprachen dann über betriebliche Lösungen oder Teil-Lösungen oder auch „Nicht-Lösungen". Er habe es bisher nicht übers Herz gebracht, die langfristig Erkrankten durch eine neue Kraft zu ersetzen, weil er immer hoffe, dass „alles wieder gut" werde. Doch sehe er langsam, dass es oft oder sogar fast immer nicht mehr gut werde. Herr D. sagte, das Hauptproblem für alle Beteiligten sei die Ungewissheit. Er wünsche sich, genauer zu erfahren, wie es um die Prognose steht, damit man sich darauf einstellen könne. Doch da stelle sich das Medizinsystem „dumm". Und wenn es tatsächlich so sei, dass Ungewissheit bleibt, dann würde er sich doch eindeutig mehr Unterstützung von außen wünschen. Keine Institution habe ihm irgendetwas an Hilfen angeboten, und er wisse auch gar nicht, wie solche Kontakte hergestellt werden können. Er habe auch versucht, die Ausfälle mit zeitvertragsgebundenen Aushilfskräften zu überbrücken. Doch bestünde das Problem darin, dass Fachkräfte schwer zu bekommen seien, „und wenn eine Kraft gut ist, will sie fest eingestellt werden und nicht nur befristet". Wie dieses Problem arbeitspolitisch zu lösen sei, wisse er nicht.

3.2 „Es geht gar nichts mehr" – Krankheit als absolute Grenze, der Ausstieg unabwendbar

Im Gastgewerbe ist immer wieder ein fließender Übergang zwischen abhängiger Beschäftigung und Selbständigkeit zu beobachten. Gerade weil der Beruf des Kellners oder des Kochs mit dem Älterwerden schwer in Einklang zu bringen ist, scheint die Selbständigkeit ein Ausweg zu sein. Doch nur wenigen gelingt es, die ökonomischen Bedingungen einmal vorausgesetzt, den Übergang auch längerfristig erfolgreich zu gestalten. Ein 52-jähriger Koch, Herr E., aufgrund eines schweren Motorradunfalls und dessen Folgeschäden aus seinem Beruf „ausgestiegen", hatte sich erfolglos als Geschäftsführer verschiedener Restaurants versucht und konnte sich schließlich in einer gastronomiefernen Dienstleistungsbranche etablieren, wenn auch nur in einem „mittleren Position". Er fasste am Ende seines Interviews die entscheidenden Punkte der Arbeitskultur des Gastgewerbes zusammen (HOGA-11):

„Also ich habe die Erfahrung gemacht, dass die Gastronomie sehr viele, ich würde sagen, verschleißt. Dass die Anforderungen, dass du ständig abrufbar bist, einsatzbereit bist, mit dem Stress umgehen kannst da und dazu noch kreativ sein musst, das halten nicht viele Leute sehr lange durch. Und es gibt heute […] viele arbeitslose Gastronomie-Mitarbeiter, die einfach den steigenden Anforderungen überhaupt nicht mehr gerecht werden können und darum nicht mehr zurückfinden da in ihren alten Job. Weil je älter du bist, desto anfälliger bist du natürlich auch, gesundheitlich. […] Und wenn du meinetwegen einmal gewohnt warst zu delegieren, oder du hast einen eigenen Bereich für dich gehabt und musst dann im nächsten Laden wieder von irgendjemanden wieder erklärt bekommen, was zu tun ist und was nicht, und musst dich da wieder unterordnen, das ist nicht immer leicht. Also die meisten älteren Mitarbeiter, die ich hatte, die haben keine verantwortungsvollen Jobs mehr gemacht, oder wenige jedenfalls. Wie gesagt, der Stress ist dabei. Auch wenn du eine Diskothek hast, und die ist voll, und da stehen die in Dreierreihen, stehen hinter der Theke und wollen alle gleichzeitig was zu trinken haben. Das ist im Prinzip nichts anderes … als wenn du meinetwegen ein komplettes Gericht zusammenkochen musst, oder musst dich dann noch mit den anderen absprechen, von wegen: ‚Pass auf, ich habe das Fleisch jetzt drin, du musst jetzt gleichzeitig zusehen, dass du dein Gemüse da an den Start kriegst, ja? Und da drüben muss der Salat so langsam fertig sein, weil, der darf ja nicht so lange stehen, sonst fällt er zusammen und die Soße, die darf nicht zu lange stehen, sonst geht sie ab, also die setzt sich dann ab!‘ Die Sauce Hollandaise beispielsweise, ja. Dieses Ganze, das ist ein ständiges Koordinieren, und wenn man das Ganze, […] weil einer ausgefallen ist, dass man für den einspringen muss am Wochenende, […] das geht also auf die Motivation. Ich weiß warum so viele Gastronomie-Betriebe sterben, weil der Chef einerseits sich die ganze Handarbeit gar nicht mehr leisten kann oder die Leute nicht bezahlen kann, die das Ganze eben fertigen, oder du bist gezwungen, nur noch aus der Ratio oder aus der Metro zu leben, […] kaufst dir dann aber eben, was weiß ich, irgendwelche sündhaft teuren Geräte, die dann auch wieder kaum einer bedienen kann, weil heute alles computergesteuert ist, ja. Das sind so viele Gewissenskonflikte, die du da ausleben musst oder auslebst ständig, du machst dich da irgendwie selber zum Sklaven nachher.“

In dieser Schilderung werden dem Interviewer geballte Informationen zur Kultur und zu den technischen und operativen Problemen des Gastgewerbes gegeben. Zugleich schimmern Traurigkeit, Enttäuschung, vielleicht sogar Verbitterung durch die Passage hindurch, weil der Erzählende alle berichteten Positionen selbst innehatte: Er war sowohl Chefkoch wie Kochgehilfe, er war Restaurantleiter und ist gescheitert, er hat die ganze „Ochsentour“ selbst durchgemacht, doch eine nachhaltige Berufskarriere wollte sich nicht einstellen. Der Erzähler stellt die Situation des Gastgewerbes zwar realistisch, doch zugleich als unabänderlich dar, so als sei die soziale Wirklichkeit eine Naturgewalt und nicht von Menschen gemacht. Damit teilt es seine Sichtweise mit vielen in seiner Branche. Alternative Gestaltungsmöglichkeiten bleiben verdeckt oder werden erst gar nicht in Erwägung gezogen. Das mag auch daran liegen, dass in der Gastronomie der Zeittakt und die „Vordringlichkeit des Befristeten“ (Luhmann 2007), also „die Suppe muss warm auf den Tisch“, ein Denken in Alternativen blockieren. Hinzu kommt, dass gerade bei den KMU-Betrieben oft der Blick von außen fehlt und damit auch

die Korrektur oder auch die Unterstützung, auch wenn es durchaus einen spezifischen Blick nach außen – zur Konkurrenz hin – gibt.

Eine besondere Problematik der Branche muss in dem Umstand gesehen werden, dass Krankheiten auch schon in jüngeren Jahren auftreten können, wenn Belastungen aufgrund von Vorerkrankungen oder mangelnden körperlichen oder seelischen Ressourcen nicht mehr bewältigt werden können oder schlichtweg die Belastungen zu hoch werden. Der folgende Interviewpartner, Herr F. (HOGA-2) ist 35 Jahre alt und hat jahrelang als Minijobber in einem Restaurant gearbeitet, das während der Sommermonate einen großen Biergarten betreibt und in diesen „Hochzeiten" mehr als 100 Minijobber beschäftigt. Die Kernbelegschaft besteht aus 10 Mitarbeiter/innen – neben dem Inhaber ein stellvertretender Geschäftsführer, ein Chefkoch, zwei Schichtleiter, drei Vorarbeiter sowie Kassenpersonal und Schließer. Der Interviewte hob in seiner Erzählung auf die große Hektik ab, die diese Arbeitskultur kennzeichne. In Kombination mit der Arbeitsschwere – bis zu zwölf 0,5-Liter-Gläser auf einem Tablett, und dies über lange Wege und viele Stufen, das ginge in die Schulter-, Arm- und Kniegelenke, insbesondere dann, wenn im Sommer „16 Stunden und mehr, am Stück und praktisch ohne Pause" gearbeitet würde. Man schleppe sich krank zur Arbeit, weil Krankheitszeiten nicht bezahlt werden. Auch noch junge Beschäftigte hätten sich schon vor dem Schichtbeginn Spritzen beim Orthopäden geholt, mein Gesprächspartner trug zeitweise Stützbänder, in der Hoffnung, damit die Belastung ein wenig reduzieren zu können. Nicht wenige Kellner/innen nähmen Drogen, einmal wegen der Schmerzen, zum anderen gegen Erschöpfung und Müdigkeit. Nachdem für Herrn F. ein Punkt erreicht war, „an dem einfach nichts mehr ging", kündigte er und wechselte in eine andere Tätigkeit im Dienstleistungssektor.

Im gleichen Betrieb schied auch der stellvertretende Geschäftsführer aus Krankheitsgründen aus dem Betrieb aus (HOGA-8). Es handelt sich um einen türkischstämmigen 40-jährigen Mann, Herr G., der vor etwa 20 Jahren sein BWL-Studium abgebrochen hatte, um danach in dem Betrieb, in dem er schon als Student gejobbt hatte, mit sozialversicherter Vollzeit „einzusteigen". Nach vielen Jahren Arbeit in diesem Betrieb stellte sich eine Deformation des Schultergelenks ein, verbunden mit anhaltenden stechenden Schmerzen und dem zunehmenden Unvermögen, den Arm auf Schulterhöhe zu heben. Diagnostisch wurden ein Sehnenanriss und ein Kapselriss im Schultergelenk festgestellt, verbunden mit einer Schleimbeutel- und chronifizierter Sehnenentzündung. Notwenige Therapien nahm der Betroffene nur sporadisch wahr, einerseits, weil er familiär sehr eingebunden war, andererseits, weil er sich „Einkommensverluste nicht leisten konnte". Dennoch: Eine OP war unvermeidbar, wo-

rauf eine neunwöchige Krankschreibung folgte. Dass sich weder der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) noch Deutsche Rentenversicherung (DRV) meldeten, mag nicht überraschen, doch auch die zuständige Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN) kam nicht auf den Betroffenen zu. Dieser ging ab der zehnten Woche wieder arbeiten, und nach kurzer Zeit traten erneut unerträgliche Schmerzen auf. Anzumerken ist, dass auch der Arbeitgeber sich nicht sonderlich danach erkundigte, wie seinem Mitarbeiter geholfen und wie die Arbeit anders aufgeteilt und organisiert werden könnte. Es gab kein BEM und auch kein BEM-ähnliches Verfahren. Der Betroffene selbst konnte sich nicht vorstellen, wie die Arbeit anders hätte organsiert werden können, beispielsweise nur hinter dem Tresen zu arbeiten, keine schweren Teller mehr zu tragen etc. Für ihn stand die Frage im Raum: Entweder voll einsatzfähig als Schichtleiter, der selbst mit anpacken kann, oder kündigen. Letzteres war schließlich der Fall.

„Was soll ich denn machen? Soll ich mich degradieren lassen zur Bardame oder will ich meine Autorität als Schichtleiter und Geschäftsführer behalten? Dann muss ich auch alles machen können und darf mich nicht vor den schweren Arbeiten drücken. Wenn ich kein Vorbild für meine Leute sein kann, dann kann ich diese Arbeit nicht weiter machen. Und nur am Schreibtisch hinten zu arbeiten und die Abrechnungen zu machen, ist nicht mein Ding. Also kündige ich, was soll ich denn sonst machen? Ich kann die Arbeit nicht mehr ausführen, also muss ich mir was anderes überlegen."

Über Hilfestellungen der Sozialversicherungs- und Rehabilitationsträger war dem Erkrankten nichts bekannt; auch wies ihn kein Arzt auf diese Möglichkeiten hin. Dem Erkrankten wurde nicht einmal eine medizinische Reha-Maßnahme angeboten, ganz zu schweigen von einer beruflichen Reha. Über derartige Möglichkeiten ist, wie mir der Interviewte bestätigte, in den Betrieben der Gastronomie in der Regel nichts bekannt. Bemerkenswert ist schließlich die komplette Abwesenheit der zuständigen Berufsgenossenschaft, der BGN. Muskel-Skelett-Erkrankungen bei Kellnern und Kellnerinnen haben prinzipiell arbeitsbedingte Anteile. Die Berufsgenossenschaft ist gesetzlich zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen verpflichtet. Zudem ist eine Schultererkrankung wie die hier beschrieben – eine nach zehn Jahren schweren Hebens und Tragens auftretende Erkrankung – mit dem Verdacht behaftet, eine Berufserkrankung zu sein, was lege artis immer entsprechende Präventionsmaßnahmen auslösen müsste. Insgesamt scheint, wie diese Fallgeschichte zeigt, im Gastgewerbe eine Kultur der De-Thematisierung arbeitsbedingter Gesundheits-gefahren zu dominieren. Der Erkrankte versuchte, ins Immobiliengeschäft einzusteigen, allerdings mit nur mäßigem Erfolg. Er stand unter enormen finanziellem Druck, auch weil er einem traditionellen Familienbild anhängt, nach dem der Mann in der Lage sein

muss, Frau und Kindern einen angemessenen Lebensstandard zu bieten. Die Geschäfte liefen jedoch nicht so, dass sich ein dementsprechend ausreichendes Ein- und Auskommen einstellen konnte, im Gegenteil: Der Schuldenberg vergrößerte sich. Kurz nach dem Interview setzte sich der Betroffene in die Türkei ab, um dort mit seiner Familie bei Verwandten Zuflucht zu suchen. Der Kontakt zu seinen alten Freunden und Kollegen in seiner norddeutschen Heimatstadt ist abgebrochen.

Eine weitere Fallgeschichte lässt sich in die charakteristische Fallkonstellation einordnen.[12] Herr Wessel ist 41 Jahre alt. Er hatte schon in jungen Jahren depressive Phasen, und es geling ihm nicht, einen Berufsabschluss zu erreichen. Er studierte verschiedene Fächer, brach aber dann das Studium ganz ab. Durch ein Zusammenwirken glücklicher Umstände konnte er in der Systemgastronomie Fuß fassen und sich – während einer Beschäftigungszeit von zwölf Jahren – zum stellvertretenden Filialleiter einer Fast-Food-Kette hocharbeiten. Die Arbeit verschaffte ihm ein hohes Maß an Anerkennung und Befriedigung, doch überstiegen die Arbeitsbelastungen schließlich seine Bewältigungsressourcen. Nach eigenen Aussagen kam dann ein manifester psychischer Zusammenbruch, dem eine längere Krankschreibung, die – von ihm selbst betriebene – Kündigung seines Arbeitsverhältnisses, ein persönlicher Rückzug einschließlich des Verlustes seiner wichtigen Beziehungen und seiner sozialer Kontakte folgte. Herr Wessel kam in den Genuss psychotherapeutischer Begleitung und einer längeren stationären medizinischen Rehabilitation, während der er begann über seine Arbeit und sein Leben zu reflektieren.

„Als stellvertretender Restaurantleiter ist man so ziemlich Mädchen für alles, man ist natürlich der Restaurantleiter im Fall von Abwesenheit des Restaurantleiters, d. h. man ist für die wirtschaftliche und personelle Lage dieses Restaurants verantwortlich. Ich hab immer in Restaurants gearbeitet, das ja sieben Tage die Woche vierundzwanzig Stunden auf hatte, d. h.: Ich hatte einen Wechselschichtplan, der nicht besonders freundlich geschrieben war. Ich war eigentlich nur arbeiten, jedenfalls fühlt es sich zumindest jetzt so an. Ich hatte natürlich meine tarifvertraglich vorgeschriebenen Zeiten frei, aber so richtig entspannen konnte ich da nicht.“ (REHA-1).

„Ich bin ein Mensch der sehr loyal ist, und wenn ich merke, dass mich da jemand fördert, dann bin ich auch bereit, mehr zu geben, als eigentlich gesund für mich ist […]. Das heißt, ich hab natürlich mehr als 40 Stunden gearbeitet […],wir ham keine Überstunden bezahlt bekommen […], das hat niemanden interessiert. Hauptsache, es waren mehr als 170 Stunden. […] Ein soziales Umfeld hatte ich gar nicht mehr, wenn ich mal privat was unternommen habe, dann eigentlich nur noch mit Arbeitskollegen, das war aber auch nichts wirklich Substanzielles.“ (REHA-1)

12 Dieses Interview entstammt einem Reha-Projekt des Instituts für Rehabilitation der Humboldt-Universität zu Berlin (siehe Fußnote 8). Der Name des Interviewten ist verfremdet.

Herr Wessel schildert gut nachvollziehbar seine Arbeitssituation und lässt durchblicken, dass ihm die Anerkennung als Führungskraft viel Selbstwertgefühl gegeben hat. Doch der Preis hierfür war hoch: Bedingt durch ungünstige Schichtdienste vernachlässigte er seine Partnerschaft und seinen angestammten Freundeskreis. Herr Wessel leugnet nicht seine psychische Anfälligkeit, und in der Tat geriet er in eine hochgradig paradoxe Lebenssituation: Die Anerkennung am Arbeitsplatz stabilisierte ihn und destabilisierte ihn zugleich. Seine Ich-Stärke wurde genährt wie nie zuvor in seinem Leben, d. h. die Arbeit gab ihm Kraft und Bestätigung, doch in genau dem Maße, wie dies geschah, wurden ihm Ressourcen geraubt, die er dringend benötigt hätte, um die hohen Belastungen zu bewältigen. Eine innere Regulation, Überverausgabung zu vermeiden und dennoch den Arbeitsaufgaben gerecht zu werden, hätte von ihm ein Selbstkonzept erfordert, sich Zumutungen zur Wehr zu setzen und zugleich Loyalität zu zeigen. Es ist hier nicht der Ort zu entscheiden, ob dies prinzipiell möglich gewesen wäre oder im Arbeitsmilieu der Systemgastronomie eher illusorisch ist. Doch es kann festgestellt werden, dass Herr Wessel gerade durch die spezifische Anerkennung seiner Vorgesetzten und die spezifische Unternehmensbindung und Identifikation, die hieraus erwuchs, sich in eine emotionale Abhängigkeit vom Unternehmen hat hineinziehen lassen, die seine Lebens- und Leistungsfähigkeit auszehrte. Während seiner Rehabilitation kristallisierte sich seine Einsicht, dass er auf keinen Fall in die Gastronomie zurückkehren kann, eben weil hier die Verführungskräfte hinsichtlich einer erneuten Überverausgabung zu stark sind. Er äußerte den Wunsch nach einer beruflichen Umschulung. Doch die Reha-Einrichtung unterstützte diese Orientierung nicht und stufte ihn – Herr Wessel erinnert den O-Ton – als „schwierigen Patienten“ ein. Es folgten mehrere sozialmedizinische Begutachtungen bei Arbeitsagentur und Rentenversicherung. Die Sozialversicherungsträger schieben sich gegenseitig die Verantwortung für das weitere Vorgehen zu. Nach wie vor ist Herr Wessel arbeitslos, was ihm nach eigener Aussage nicht guttut. Die weitere Entwicklung ist offen.

Was im Gastgewerbe schon in jüngeren Jahren passieren kann, ist umso wahrscheinlicher bei älteren in dieser Branche Beschäftigten. Beispielhaft sei die Fallgeschichte von Frau H. erzählt (HOGA-9). Ich lerne Frau H. in einer Reha-Klinik kennen. Sie ist 55 Jahre alt, hat früher in einer Landwirtschaftlichen Produktionsgenossenschaft im Büro gearbeitet, war dann lange Hausfrau und Mutter, vor zehn Jahren kam es zur Scheidung, seither arbeitete sie als Teilzeit-Reinigungskraft sozialversicherungspflichtig in einem Hotel. Doch vor etwa zwei Jahren kamen „die Knieprobleme“, konkret: Gonarthrose mit längeren Krankschreibungs-

phasen, schließlich die Kündigung. Seit etwa einem Jahr ist Frau H. arbeitslos. Sie wurde operiert – zunächst eine Endoprothese am rechten Knie – und kam dann im Rahmen der Anschlussheilbehandlung (AHB) in die Reha-Klinik. Ein halbes Jahr später erfolgte die zweite OP am rechten Knie, wieder mit einer AHB. Frau H. hat nach wie vor viele Schmerzen an beiden Knien. Es ist nicht klar, ob die OPs auf Dauer eine signifikante Verbesserung bringen. Frau H. erzählte:

„Ja, dann kamen die Knieprobleme, und dann ging das einfach nicht mehr. Der Chef konnte mich nicht mehr beschäftigen. Was sollte er denn auch machen? Naja, dann kam die Reha, und die Sozialarbeiterin half mir, einen Antrag auf Schwerbehinderung zu stellen. Der wurde aber nicht genehmigt."

Meine Frage, ob es denn nicht ein BEM oder doch zumindest ein Gespräch über andere Einsatzmöglichkeiten gegeben habe, beantwortete Frau H. negativ. Die Agentur für Arbeit hatte keine Nachfragen, Frau H. wurde auch nicht weitervermittelt, da sie – im O-Ton der Arbeitsagentur –"mit Ihren gesundheitlichen Problemen und in Ihrem Alter" als „ohnehin nicht vermittelbar" galt. Einen Widerspruch beim Versorgungsamt hat sie nicht eingelegt, sie wusste nicht, dass das möglich gewesen wäre. Nun will sie es erneut mit einem Antrag auf Anerkennung als Schwerbehinderte versuchen. Infolge ihres Alters und auch wegen ihrer starken Übergewichtigkeit sehen offenbar alle Verantwortlichen keine Chance für einen beruflichen Wiedereinstieg oder eine berufliche Rehabilitation. Nun steht eine Frühberentung an, und Frau H. wird, da die Rente nur etwa 600 Euro betragen wird, Hartz IV beantragen müssen. Mein Erstaunen darüber, dass die Rentenversicherung nicht eine andere Alternative sieht, z. B. eine Umschulung auf Büroarbeit bzw. eine Auffrischung der dazu notwenigen Kenntnisse, beantwortete Maria wie folgt:

„Ach ja, das investieren die doch nicht mehr in mich. Ich bin für die doch viel zu alt, oder etwa nicht? Das hat man mir immer auch so gesagt, ja jetzt auch die Sozialberaterin in der Reha-Klinik: ‚Bei Ihnen lohnt sich das nicht mehr.' Ich muss halt mit dem zurechtkommen, was jetzt eben ist. Ich kann ja nebenher noch ein bisschen aushelfen im Dorf, da und dort, soweit ich halt kann, und mir eben ‚schwarz' ein bisschen was dazu verdienen, ich kann ja z. B. in der Altenpflege einspringen oder sowas, nicht jetzt schwer heben, aber mal eine bisschen ‚betütteln' oder so. Dafür reicht's noch, denk ich. Ich muss halt einsehen, dass ich nicht mehr viel machen kann und muss mich begnügen, mit dem was halt geht."

Mir blieb unklar, wie die Rentenversicherung diesen Fall ohne den Versuch abhandeln kann, die Weichen in eine andere Richtung zu stellen. Auf meine Frage, ob nicht vielleicht doch, z. B. wenn sich die Knie etwas erholen und sie sich wieder besser bewegen kann, eine Umschulung sinnvoll wäre, nahm ich bei Frau H. eine eher verhaltene Reaktion wahr. Sie merkte an, „Schule" sei wohl „nicht das Richtige" für sie. Hieraus war

eine Angst zu spüren, die sie lebensgeschichtlich vor „Schule“ und vor „Lernen“ begleitet. Dass möglicherweise diese Angst auch abgebaut werden könnte, war in der Reha-Klinik kein Thema. Eine entsprechende psychologische Beratung fand nicht statt.[13]

Was diesen Fallgeschichten gemeinsam ist, ist das resignative Sich-Abfinden, ein Sich-Arrangieren mit einer als alternativlos wahrgenommenen Situation. Die Betroffenen sehen nicht, wie sie ihre Situation hätten ändern können. Ihnen erscheint der Ablauf des Geschehens im Großen und Ganzen unabänderlich. Die Betroffenen sehen keine Chance, frühzeitig und wirksam in die Gestaltung der Verhältnisse einzugreifen, sie in eine andere Richtung zu lenken und so die negativen Folgen für die eigene Lebenswelt und die eigene leibseelische Existenz abzuwenden oder wenigstens zu mindern. Es ist zu vermuten, dass derartige Erfahrungen des Unabänderlichen oder des Nicht-Beeinflussbaren lebensgeschichtlich schon in früheren Jahren gemacht worden sind. Der Verzicht auf eingreifende Aktivitäten – sich beispielsweise rechtliche Informationen einzuholen, entsprechende Rechte betrieblich und überbetrieblich einzufordern, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen und zu verbünden – lässt eine Assoziation mit „erlernter Hilflosigkeit“ aufkommen, wie sie von Seligman (1979) beschrieben worden ist. Man müsse „sich begnügen mit dem, was halt geht“, sagt Frau H. – das könnte zunächst als positive Akzeptanz des Gegebenen begriffen werden, d. h. als diejenige Weisheit, sich nicht am außerhalb des im eigenen Machtbereich liegenden aufzureiben. Doch kann die Haltung des Sich-Begnügens vor dem Hintergrund der sozialversicherungsrechtlichen Möglichkeiten auch als ein Verzicht auf Auseinandersetzung und als Verzicht auf Widerstand verstanden werden. Erlernte Hilflosigkeit und Depression stehen in einem Wechselverhältnis, d. h. die Gefahr ist nicht von der Hand zu weisen, dass ein Hinnehmen misslicher, unangenehmer und nachteiliger, möglicherweise sogar demütigender Umstände zu anhaltender Niedergeschlagenheit, anhaltender innerer Lähmung und somit zur Depression führt. Die Fallbeispiele lassen eine Selbstabwertung durchscheinen, wodurch Handlungskompetenzen hinsichtlich der Auseinandersetzung um eine andere Weichenstellung ihrer jeweiligen Arbeitsbiographie erodieren oder gar nicht erst entstehen können. Gleichwohl ist dies keine zwangsläufige Entwicklung. Aus unseren Fall-

13 Immerhin hätte über eine Anpassungsqualifizierung gesprochen werden können, Für derartige Qualifizierungsmaßnahmen stimmt die Annahme, dass es sich „nicht mehr lohnt“, nicht. Die „Schulangst“ schließlich ist eine häufig von Reha-Beratern berichtete Erfahrung. Und tatsächlich fordert bei durchgeführten Qualifizierungsmaßnahmen das abwehrende und vermeidungsorientierte Verhalten der Betroffenen den „Typus Schule“ geradezu heraus – eine vor dem Hintergrund sozialisierter Muster und autoritätsgebundener Lebenserfahrung durchaus erklärliche Konstellation.

betrachtungen ergibt sich ein deutlicher Zusammenhang mit den jeweiligen individuellen biografischen Lernkurven bzw. den Chancen, solche überhaupt erst zu entwickeln.

3.3 „Man muss auf die Zähne beißen“ – Durchhalten trotz chronischer Krankheit

Es erstaunt, dass viele im Gastgewerbe Arbeitende trotz chronischer Krankheiten eine positive Arbeitsorientierung aufweisen. Sie gehen trotz Schmerzen und gesundheitlicher Einschränkungen arbeiten, entweder weil sie sich noch bis zur Rente „durchbeißen“ wollen oder müssen, oder weil sie an ihrer Arbeit „hängen“ und sich nichts anderes vorstellen können. Frau I., 54 Jahre alt und ursprünglich gelernte Facharbeiterin für Fernsprechverkehr, arbeitet seit der „Wende“ im Gastgewerbe (HOGA-10). Sie lebte lange in der Stadt U. der ehemaligen DDR, bevor sie in einen nahegelegenen kleineren Ort zog. Dort ist sie seit einigen Jahren Teil der „Stamm-Mannschaft“ einer Dorfgaststätte, die Mittagstisch, Essen auf Rädern und Abendkarte anbietet. Frau I. macht alles, was anfällt: Küche, Bedienung und Ausfahrt. Schon als Jugendliche verlor sie eine Niere, später stellten sich zweitweise schwere Allergien und Neurodermitis ein, vor zwei Jahren erlitt sie einen mittelscheren Schlaganfall und eine Embolie, seit einem Jahr leidet sie an einer schweren Augenerkrankung und einer massiven Seheinschränkung, der durch eine OP begegnet werden soll. Wahrscheinlich stehen Schlaganfall und Augenerkrankung in einem Zusammenhang. Frau I. ist seit einem Jahr krankgeschrieben, doch sie ist fest entschlossen, nach der OP wieder an ihren Arbeitsplatz in der Dorfgaststätte zurückzukehren. Sie hat sich selbst um die Anerkennung als Schwerbehinderte gekümmert, und sie hat aufgrund ihrer eigenen Bemühungen seit einigen Monaten einen Grad der Behinderung von 70. Doch Versorgungsamt und Integrationsfachdienst haben sich weder bei ihr noch in ihrem Betrieb gemeldet.[14] Zwar kam sie zur OP-Vorbereitung in eine Reha-Klinik, doch mit Erstaunen musste sie feststellen, dass man dort medizinisch gar nichts machen, sondern lediglich versuchen wollte, sie zur Beantragung einer Erwerbsunfähigkeitsrente zu überreden. Dem hat sie nicht stattgegeben und stattdessen angefangen, sich selbst kundig zu machen. Die medizinischen Schwierigkeiten bestehen in den Wechselwirkungen der vielen

14 Lege artis sind Versorgungsamt wie auch die anderen Reha-Träger und Fachdienste nicht verpflichtet, auf die betroffene Person zuzugehen. Dieses Beispiel zeigt also sehr deutlich die dringende Notwenigkeit einer überbetrieblichen und betroffenennahen Beratung.

Medikamente, die Frau I. nehmen soll. Frau I. fand einen Arzt, der sich auf ihre besondere Krankheitssituation einzustellen bereit war. Frau I. kann auf die soziale Unterstützung ihres Mannes zurückgreifen. Das hilft ihr, sich auch „im Außen" besser zu bewegen. Frau I. sagt, aufgrund ihrer früheren Facharbeiter-Tätigkeit habe sie das Selbstbewusstsein, sich um ihre Belange zu kümmern (HOGA-10):

„Man soll da nicht zurückstecken jetzt. Viele haben da Schamgefühle oder irgendwas. Andere kriegen es auch, und denen steht es, meiner Meinung nach, überhaupt nicht zu. Einer, der raucht, oder die Fettsucht, wo jeder eigentlich seinen Teil eigentlich dazu beiträgt – anstandslos wird der unterstützt und gemacht und getan, aber einer, wo wirklich mal krank ist, der muss drum kämpfen, dass er irgendwas kriegt. […] Müsste man von amtlicher Seite ja gesagt kriegen, aber da kriegst halt auch von niemandem etwas gesagt. Entweder du hörst mal irgendwo was, schnappst was auf, setzt dich ans Internet, recherchierst. Also, du kannst nur so weiterkommen. Und dann musst du halt dann auch, wenn du hingehst, irgendwo aufs Amt oder irgendwas, musst du dann auch gleich mit Fakten kommen. Dass sie sich nicht drehen und wenden können jetzt."

Frau I. will arbeiten, sieht aber viele Hürden vor sich, die sie abräumen muss. Einerseits sind dies medizinische Probleme, andererseits sind dies aber auch sozialrechtliche Probleme. Sie will nicht berentet werden, sondern Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben bekommen. Und hier scheinen sich die regional zuständigen Behörden und Institutionen schwer zu tun. Die notwendigen Informationen musste sie sich selbst zusammensuchen. Das ist beachtlich und verlangt dem Betrachter viel Respekt ab. Doch was zugleich durchschimmert, ist eine Verbitterung hinsichtlich einer von ihr empfundenen Ungerechtigkeit: Ihrer Auffassung nach bekommen Leute Unterstützung, denen sie aufgrund von Selbstverschuldung ihrer Krankheit „eigentlich" gar nicht zusteht. Dass diese Haltung ihrerseits ungerecht gegenüber beispielsweise hormon- oder medikamentenabhängig Adipösen sein könnte, kommt ihr nicht in den Sinn. Gleichwohl spricht die Interviewte hier ein moralisches Dilemma des Sozialstaats an: Solidarität ist nicht beliebig dehnbar. Die Sozialdemokratie hatte immer schon den Verdacht, dass die „Lumpenproletarier" auf Kosten der „anständigen" Arbeiter schmarotzen und den Solidargedanken untergraben: Hier könnte man ähnlich wie Hochschild (2017) von einer „Tiefengeschichte" sprechen, die gleichsam durch Frau I. hindurchspricht.

Eine scheinbar ganz anders gelagerte, gesundheitlich weniger dramatische, doch in der lebensweltlich-biographischen Tendenz ähnliche Fallkonstellation zeigt sich im Fall von Frau J. (HOGA-12; vgl. dazu: Hien 2018), die ich seit längerem persönlich kenne. Es handelt sich um die Erfahrungen einer 58-jährigen weiblichen Fachkraft im Hotelgewerbe, die seit 10 Jahren trotz verschiedener gesundheitlicher Einschrän-

kungen in einem ursprünglich deutsch geführten Hotelbetrieb in Südfrankreich arbeitet und dort bis zur Rente weiterzuarbeiten gewillt ist. Zuvor war sie lange in einem Industrieunternehmen in der Stadt V. beschäftigt, in dem sie gut verdiente. Sie lebte sehr sparsam und schaffte es, sich ein gewisses Vermögen aufzubauen, das sie u. a. in einer Eigentumswohnung anlegte, in der sie nicht selbst wohnt, sondern aus der sie Miete beziehen kann. Nun arbeitet sie immer von April bis Oktober in der Region W. an der französischen Mittelmeerküste. Sie betont, dass sie das Klima und die Landschaft liebt und dass diese Tatsache ein wesentliches Moment für ihr Verbleiben an diesem Arbeitsplatz darstellt. „Für diesen Ort nehme ich auch viele Dinge bei der Arbeit in Kauf, die ich sonst nicht in Kauf nehmen würde." Und die „Dinge" entwickelten sich dann auch anders als ursprünglich gedacht. Das kleine deutsche Reiseunternehmen wurde – einschließlich des Hotels – von einem Schweizer Reiseunternehmen aufgekauft. Es wurde neue Hierarchien aufgebaut, und Frau J. musste vielfältige Aufgaben übernehmen: Rezeption, Service, Küche, Bar, Zimmerreinigung, Animation und einiges mehr. Sie wurde und wird in der Reiseleitung eingesetzt, oftmals mehrere Tage in der Woche. Die physischen und psychischen Arbeitsbelastungen sind enorm, und die gesundheitlichen Folgen sind für Frau J. sehr deutlich spürbar: Zur Schulter-, Rücken- und Knieproblematik kommt eine schwere Hauterkrankung hinzu, verbunden mit erheblichen Schlafstörungen. Auf meine Frage, warum sie nicht einen Weg sucht, aus diesem Arbeitsfeld herauszukommen, reagierte sie angefasst und empört (HOGA-12):

„Willst Du, dass ich in Hartz IV falle und sie mir alles wegnehmen, was ich mir vom Mund abgespart habe? Das weißt Du doch selber: Eine alte Frau will niemand mehr einstellen. Ich habe es ja versucht, die letzten Jahre, mich immer wieder in hiesigen Hotels beworben, aber immer nur Absagen. Die wollen junge Leute, nicht 'ne alte Schachtel. Immer freundliche Absagen. Und beim Arbeitsamt meinten sie, die Sache mit der Industriekauffrau könnte ich vergessen. Ich bin ja lange raus, und da hat sich so viel verändert, all das mit den Computern und so. Das kann ich also vergessen. Also was soll ich machen? Ich habe mich auch bemüht, mich selbstständig zu machen, aber auch da winkte das Arbeitsamt ab. Ich hab Einiges probiert und nichts Adäquates bekommen. Ein Hotel hier im Dorf hat mich dann doch eingestellt und nach drei Monaten gemerkt, dass es mich nicht zahlen konnte. Das war unheimlich blöd, hätte ich gerne gemacht. Und jetzt? Wenn ich nicht verarmen will – und ich möchte ja meiner Tochter und vor allem meinen Enkeln noch was geben können –, dann muss ich weiterarbeiten. Und zwar bei denen (dem Hotel in Südfrankreich, W.H.), so beschissen das auch ist."

Frau J. wehrte im weiteren Gespräch Gedanken an eine medizinische und berufliche Reha mit dem Argument ab, sie sei „doch gar nicht krank". Die Krankheitsverleugnung hilft ihr, das Selbstbild einer starken Person aufrechtzuerhalten, die auch weiterhin hart arbeiten kann. Diese

ihre Haltung wird durch die Drohkulisse verstärkt, die das Hartz-IV-System aufgebaut hat. Das Wissen um sozialen Abstieg und das Wissen um Armut bauen sich wie Mauern vor ihrer leiblichen Existenz auf. Doch das Wort „Angst“ kommt im gesamten Interview nicht vor. Der Gesamtkontext spricht für eine massive und konsequent alle Wunden oder verwundbaren Stellen abdichtende Angstabwehr (Haubl et al. 1986, S. 190 ff.). Frau J. will alles vermeiden, was sie in eine Lage bringen könnte, vom Nominativ sozialer Stigmatisierungsprozesse in den Akkusativ zu rutschen. Ihre Strenge und Selbstachtung verbieten es, in eine derartige Objektrolle zu gelangen.

Nicht ganz unähnlich, jedoch mit einem deutlich positiveren betrieblichen Kontext gestaltet sich der biographische Entwurf von Frau K., 51 Jahre alt und seit 30 Jahren als Kellnerin in der Gastronomie beschäftigt. Sie ist seit 10 Jahren „Stammkraft“ in der gleichen Gastwirtschaft (HOGA-14). Zu Beginn des Interviews betonte Frau K., sie arbeite „sehr gern als Kellnerin“ und sie könne sich „Nicht anderes vorstellen“. Gleichwohl ist auch hier ein Durchhalteverhalten sichtbar, das den gesundheitlichen Problemen zu trotzen versucht. Frau K. hat ein sehr gutes Verhältnis zum Inhaberehepaar („Wir sind inzwischen befreundet“). Die Gastwirtschaft – „eine durchaus gehobene Gastronomie mit regionalen Angeboten“ – hat ca. 12 Angestellte, fast alle davon in Vollzeit. Frau K. hat vor ca. 25 Jahren ihr Studium abgebrochen, weil sie merkte, dass Kellnern „ihr Beruf“ ist. Sie hat ihren Schritt nie bereut. Sie sagt: „Zum Kellnern ist man geboren, und wenn du das merkst, musst du das auch leben!“ In der Gastronomie müsse man ein sehr gutes Händchen für Menschen haben, und das habe sie. Natürlich seien die Belastungen zeitweise enorm, beispielsweise wenn andere Mitarbeiter/innen wegen Krankheit ausfallen und man selbst dann Doppelschichten einlegen müsse. Aber das sei in der Gastronomie eben üblich, und es gebe durchaus auch einige Nischen – Erholungszeiten, z. B. mit dem Chef in der Küche ein Schwätzchen halten –, so dass man auch mal 16 Stunden arbeiten könne. Frau K. räumt ein, dass der Zusatzverdienst durchaus ein Motivanreiz für Überstunden ist. Sie hatte vor einigen Jahren einen Bandscheibenvorfall, der mittels Physiotherapie ganz gut bewältigt werden konnte. Frau K. hat, wenn am Rücken Probleme auftauchen, „eine Stützschiene im Spind, die ich dann mal eine Schicht lang anziehe – und dann ist es wieder gut.“ Wichtig sei, dass man „alle seine Glieder zusammenhält“, sich also möglichst nicht verletzt. Denn Probleme mit dem Handgelenk oder Schultergelenk können in der Konsequenz zur Berufsaufgabe führen. Frau K. hat fast keine krankheitsbedingten Ausfallzeiten, mit einer Ausnahme: Vor drei Jahren war sie anlässlich eines ursprünglich kleinen Eingriffs an der Gebärmutter und eines konsekutiven

schweren Operationsfehlers mit lebensgefährlichen Darmverletzungen vier Monate im Krankenstand. Dazu erzählte sie (HOGA-14):

„Das sollte ein ganz kleiner Eingriff werden, ambulant, und ich hätte abends also wieder nach Hause gekonnt. Aber es kam anders. Die haben endoskopisch aus Versehen den Dünndarm angeschnitten, mir ging es immer schlechter, die haben das aber erst während der nächsten Tage gemerkt, alles hatte sich schon im Bauchraum verteilt, ich hing nur noch am seidenen Faden am Leben, dann haben sie mich komplett aufgeschnitten, weil sie dann den ganzen Bauchraum aushöhlen und sauber machen mussten. Meine Chefin hat mich dann besucht und auch später immer wieder begleitet, mich z. B. ins Krankenhaus gefahren, wenn es Not am Mann war, das hat ja mehrere Rückfälle mit Entzündungen gegeben. Daran kannst du sehen, wie unser Verhältnis ist, das ist wie in einer Familie."

Auf meine Frage, ob es körperliche Nachwirkungen dieser großen Krankheitsphase gibt, erwähnte Frau K., dass sie immer wieder mit Darmschmerzen zu tun hat, auch mit Krämpfen und Koliken, sie aber gute Schmerztabletten habe, die sie dann fallweise nimmt. „Manchmal muss man sich halt auf die Zähne beißen!" Auf meine Frage, ob und wie man in der Gastronomie alt werden könne, erläuterte Frau K. verschiedene Wege, die man sich eben suchen müsse, so z. B. in einer Weinstube arbeiten, ohne Essen, oder in der Administration eines größeren Betriebes. Man müsse kontinuierlich „im Leben bleiben und sich gut informieren". Aber das schafften viele nicht, und so komme es dann zum Ausstieg aus dem Beruf. Auf meine Frage, wohin dieser Ausstieg denn führe, kam die knappe Antwort: „In die Armut." Man verliere dann schnell den Kontakt, manche führen dann noch Taxi, aber sie wisse darüber nicht viel. Frau K.:

„Das Problem in der Gastronomie ist, dass die meisten von Laden zu Laden hoppeln, und dann sind sie 45, und dann will sie keiner mehr. Dann fängt der Rücken an, und das und jenes kommt, dann will dich auch keiner mehr. Aber z. B. bei mir: Ich bin jetzt sehr mit dem Laden verwachsen, und die werden mich unterstützen, auch wenn ich nicht mehr so voll leistungsfähig bin, da wird sich immer 'ne Lösung finden, z. B. vier Tage arbeiten, nicht mehr in die Nacht rein usw. Und das geht – ist aber schon auch ein bisschen abhängig von der Kultur in der Stadt, wo auch viele ältere Leute in die Gaststätten gehen und das Ganze nicht so 'ne Jugendkultur ist."

Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass die Fälle dieses Konstellationstypus nicht nur von einem Durchhaltesyndrom durchwoben, sondern auch durch ein gewisses Maß an Krankheitsverleugnung mitgeprägt sind. Andererseits wird die Situation sehr realistisch beschrieben. Muskel-Skeletterkrankungen sind als Element des Berufs bekannt, andere Krankheiten werden im Rahmen einer Schicksalsattribution gesehen. Was die Situation so negativ überformt, ist der Umstand, dass die Informationen über Hilfsmöglichkeiten nicht vorhanden sind und

auch von außen keine Informationen proaktiv an die in KMU-Betrieben Beschäftigten herangetragen werden.

Die Betroffenen versuchen, ihre Gesamtsituation unter Kontrolle zu bringen, auch ihre Krankheiten, die sie als Teilbereich in ihren klar abgesteckten Lebensplan einzubauen versuchen. „Das Herunterspielen von Krankheitssymptomen, selbst noch die versehrte Körperlichkeit als taugliches Arbeitsinstrument zu bewahren, ist oftmals eine überlebensnotwendige Haltung, wobei hier ‚Überleben' kein objektivistisch verstandenes Problem, sondern ein in traditionellen Handlungsmustern bereits interpretiertes meint" (Horn/Beier/Wolf 1983, S. 151). Sich nicht in Frührente schicken zu lassen, Krankschreibung, Reha-Maßnahmen und Arbeitslosigkeit abzulehnen, sich mit Stützgurten, Medikamenten und Fitnesstraining „über Wasser zu halten" – das alles sind Strategien, sich die alternsbedingten und verschleißbedingten körperlichen Erscheinungen – soweit es eben geht – „vom Leib zu halten". Hier wird ein Auseinanderfallen von Arbeitskörper als Maschine, die zu funktionieren hat, und lebendiger Leiblichkeit als Medium von Genuss und Handlungsfähigkeit offenkundig. Leiblichkeit ist immer auf andere Menschen bezogen und ist insofern immer auch Zwischenleiblichkeit, Interaktion, Sozialität. Der Leib ist – materialistisch gesehen – vom Körper abhängig, und ein geschädigter oder überbeanspruchter Körper wird schließlich den Leib „mitnehmen" und soziale Beziehungen durchkreuzen (Fuchs 2000, S. 132 f.).

Ergänzend zu unserer eigenen Erhebung sei noch auf die Probleme der Altersdiskriminierung und der Angst vor Altersarmut hingewiesen, die im Branchenbericht der Arbeitnehmerkammer Bremen hervorgehoben werden (Salot 2018). Ein Hotelfachmann in einem Vier-Sterne-Haus gibt zu Protokoll:

> „In der Gastronomie werden Ältere diskriminiert. Im Service sollen alle immer hübsch und jung sein. Ab 50 wird es schwer. Da passt man dann in das Bild nicht mehr rein. In den Hotels arbeiten fast nur noch junge Leute. Nach 15 Jahren im Hotel habe ich natürlich nicht mehr so viel Energie. Und dann versuchen sie andere Leute ranzuholen und den Älteren zu kündigen. Und das läuft in vielen Hotels so. Es gibt auch nur ganz selten Kellner, die älter sind als 40."

Die Bremer Kammer entnimmt ihren Beschäftigungsbefragungen den besorgniserregenden Befund, dass die Arbeitsbedingungen in der Branche so belastend sind, dass sich die Beschäftigten in der Regel nur sehr schwer vorstellen können, bis zur Rente in der Gastronomie zu arbeiten. 42 Prozent der Befragten sagen aus, dass sie aus gesundheitlichen Gründen wohl vermutlich mit 50 Jahren aus dem Gastgewerbe aussteigen werden. Dies ist im Branchenvergleich mit Abstand der höchste Wert, deutlich höher als im Baugewerbe, wo sich 31 Prozent nicht vor-

stellen können, noch jenseits des 50. Lebensjahres arbeiten zu können. All dies schürt die Angst, im Alter zu verarmen. 51 Prozent der im Gastgewerbe Beschäftigten sagen aus, dass sie im Alter ihren Lebensstandard nicht werden halten können. Auch dies ist über alle Branchen gesehen der mit Abstand höchste Wert.

3.4 „Hotelkoch geht nur eine gewisse Zeit" – eine Subkultur voller Extrembelastungen

Von Herrn E., der aufgrund seines Motorradunfalls seinen Kochberuf aufgeben musste, wurde schon berichtet. Doch es muss nicht unbedingt ein Unfall mit folgenreichen Verletzungen sein, es reichen schon die „normalen" Verschleißerkrankungen, um als Koch „den Berufslöffel" abzugeben – nach beinahe übereinstimmenden Aussagen unserer Interviewpartner – spätestens ab dem 45. Lebensjahr. Herr L., vom den im Folgenden die Rede sein soll (HOGA-17), sieht sogar das Alter von 35 Jahren als Scheidepunkt an. Herr L., jetzt 48 Jahre alt, schildert sehr ausführlich, wie er schon als Kind und Jugendlicher gerne mit seiner Mutter zusammen kochte. Er schildert seine ersten Berufsjahre, in denen er unterschiedliche Erfahrungen, unter anderem auch im Ausland, sammeln konnte. Er war in verschiedenen – wie er selbst immer wieder betonte – „hochklassigen" Restaurants tätig. Er beschreibt ausführlich und z. T. sehr detailliert und fachlich kompetent, was und wie dort gekocht wurde, wie die Abläufe waren, welches „hochkarätige" Publikum zu bedienen war, wie die verschiedenen Arbeitsatmosphären, Arbeitsbedingungen, Hierarchien, Zuständigkeiten und Aufgabengebiete waren. Immer wieder, auch in späteren Phasen des Interviews, kommt Herr L. auf seine berufliche „Höherentwicklung" zu sprechen. Herr L. erzählt ausführlich, dass er zu einer beliebten und allseits geschätzten „Führungsperson" wurde. Er habe sich im harten Milieu der Hotelküchen immer durchsetzen müssen. Er betont sehr apodiktisch, dass seiner Meinung nach Frauen nicht in die Küche passten, weil es darin viel zu „hart" und viel zu „brutal" hergeht. Doch die Härte hat seinen Preis. Herr L. hatte immer schon, wie er konzediert, einen „empfindlichen Darm". Im Alter von 30 Jahren verschlimmerten sich seine gesundheitlichen Probleme:

„Ich bin damals vom Hotel X, wo ich zehn Jahre gearbeitet habe, weggegangen, weil ich Probleme bekommen habe vom Stress her mit meinem Verdauungssystem, weil ich habe, wie man so schön sagt, einen nervösen Magen gekriegt, mehr der Darm bei mir. Und das […] zog sich eigentlich schon von meiner Lehre her hin, weil der Stress war anscheinend für mich gar nichts (lacht), war eigentlich […] – eigentlich war ich ein Schöngeist, sage ich mal so, ein Träumer eher, und da passte der Stress irgendwie nicht zu. Aber man hat sich

dem Ganzen angepasst und das hat sich durch den ganzen Jahren, sage ich jetzt mal von 1980 an bis heutzutage, dann immer mehr gesteigert mit dem Stress, mit meinem Magen-Darm-System, und dann hat mir der Arzt empfohlen, mir doch mal einen geregelten Dienst zu suchen. Und zwar einen, wo man dann nur eventuell Frühdienst hat, und da blieb halt nur die Systemgastronomie, also sprich: Krankenhäuser und große Kantinen über."

Hier offenbart der Erzähler den entscheidenden Umbruch in seiner Lebensgeschichte, basierend auf einem entscheidenden Problem: Er gehört definitiv nicht zu den sogenannten Starken, den Durchsetzungsfähigen, den hart und rücksichtslos Agierenden, nein: Er sah sich von seiner ursprünglichen Persönlichkeit her als „Schöngeist" und „Träumer". Er musste sich in einem schmerzhaften Anpassungsprozess erst langsam an die Härte des Berufslebens in der Küche gewöhnen, musste die Initiationsriten durchstehen, musste sich unterwerfen, musste lange auf Anerkennung warten und sich kreative Arbeitsvorstellungen versagen. Sein Darm war seine Schwachstelle, er reagierte bereits in der Lehrzeit auf psychische Belastungen und Überbeanspruchungen mit nervösen Darmstörungen, die sich in den darauf folgenden Jahren – wie er an anderer Stelle des Interviews erklärte – zu einem Morbus Crohn auswuchsen. Herr L. erreichte einen Punkt, an dem „nichts mehr ging", genauer: ab dem er nicht mehr in der gehobenen Gastronomie weiterarbeiten konnte. Er wechselte mit Hilfe eines Freundes in eine Krankenhausküche.

An späterer Stelle berichtet Herr L. von einer noch dramatischeren Zuspitzung seiner langen Krankheit. Aufgrund der vielen Darmentzündungen erlitt er einen Darmdurchbruch, der – während der Arbeitszeit in der Klinik – glücklicherweise gerade noch rechtzeitig operativ behandelt werden konnte. Würde man einer psychoanalytischen Hypothese folgen, ließe sich die Situation von Herrn L. vielleicht im Sinne eines psychodynamischen Modells der Sozio-Psycho-Somatik deuten (Hildmann 1986). In dieser Sichtweise werden Morbus-Crohn-Patienten als zumeist sehr anpassungswillige, ja: gefügige Persönlichkeiten geschildert, die es allen irgendwie recht machen wollen. Es wird oftmals eine enge Mutterbindung festgestellt und, trotz Ablösungswunsch, eine Unfähigkeit, sich aus jener zu lösen. Gleiches gilt selbstredend für die Vorgesetzten, auf die die ambivalenten Bindungsmuster übertragen werden. Die Widerstandsimpulse, die sich offensichtlich in Stress-Situationen verstärken, richten sich dann über einen Autoimmunmechanismus gegen den eigenen Körper, in diesem Fall gegen die Schleimhaut des Darms. Ein Satz von Hildmann ist besonders bedenkenswert: Zu beobachten sei bei diesen Patienten eine „Distanzlosigkeit", die „oft einer unbeholfenen, aber ausgeprägten Tendenz, sich beliebt zu machen" entsprängen. Am Ende

des Interviews verdichten sich noch einmal die Ambivalenzen und inneren Widersprüchlichkeiten Herrn L.'s:

„Also Schöngeister haben da in dem Beruf nur wenig verloren, die haben es auch sehr schwer, weil die, sage ich mal, durch diese harten Umgangsformen und diese harten Stresssachen […] ja, das konzentriert sich ja immer auf die Schwachen, das ist ja überall so. Und wenn du da jemand bist, der von zuhause aus schon mal ein etwas so bisschen introvertierter ist oder sich auch nicht zu wehren weiß oder so, der ist in der Gastronomie eben aufgeflogen."

Herr L. hatte nicht wirklich eine Chance auf eine „gehobene" berufliche Zukunft. Er konnte sich nicht gut wehren gegen Zumutungen und Zuschreibungen. Ein anderes Problem wird, auch und gerade im Zusammenhang mit Arbeitszeit, im Erzählstrom angesprochen: Die Unmöglichkeit, zumindest die Schwierigkeit eines privaten Lebens zu „normalen", d. h. sozialverträglichen und familienfreundlichen Zeiten. „Wenn man in der Gastronomie ist, kennt man auch meistens nur Leute, die in der Gastronomie arbeiten". Herr L. hat keine Familie und lebt in keiner engen Bindung. Im Bestreben nach einer kognitiven Dissonanzverminderung muss er, wie jeder biographische Protagonist, seinen Lebensweg legitimieren (Arnold 1985, S. 63). „Wenn eine solche Dissonanz besteht, wird der Mensch versuchen, sie herabzumildern, indem er entweder sein Handeln oder seine Überzeugung und Grundsätze ändert. Wenn er seine Handlungen nicht ändern kann, wird ein Meinungswandel eintreten" (Festinger, zit. nach Arnold, ebenda).

Die Aufschichtung des erfahrenen Leids in Ausbildung und Berufspraxis zu einer persönlichkeitsbestimmenden Gesamtformung wird durchbrochen und konterkariert von einer autobiographischen Thematisierung, einer Selbstsicht, die Aspekte des Heldentums, des Außergewöhnlichen, aber auch des Tragischen anklingen lässt. Wahrscheinlich ist dem Akteur der hier vorliegenden Lebensgeschichte nicht bewusst, dass seine „Melodie" des Berufsstolzes einer Partitur folgt, die sich als autobiographische Inszenierung beschreiben lässt. Krankheit wird zu einem Beweis für eine stattgehabte Verausgabung – eine Verausgabung, die ihn an den Rand seiner Existenz gebracht hat. Horn/Beier/Wolf (1983) nennen diese Legitimationsfigur eine „Inszenierung", die vom Wunsch nach ultimativer Anerkennung geleitet ist. „Im Zentrum des Interesses steht dabei die Anerkennung von Leistungen und Belastungen." Das unbewusste Ziel der Inszenierung ist die lang ersehnte Erleichterung oder die erhoffte Akzeptanz der schon gelebten Erleichterung durch die soziale Umwelt. Im vorliegenden Fall ist dies wohl das Bedürfnis nach Zustimmung des Freundeskreises zur Entscheidung des Arbeitsplatzwechsels ins Krankenhaus. Zugleich soll aber die soziale Umwelt wissen, dass im Biographieträger „eigentlich" sehr viel mehr Poten-

tial vorhanden war und ist. Auch dafür erheischt jener Anerkennung und Bewunderung. Ja, es geht letztlich um die Bewunderung einer außergewöhnlichen Karriere, die es so aber gar nicht gab, aber gut hätte geben können, wäre der Protagonist mit einer anderen Resilienz ausgestattet gewesen.

Auch die folgende „Koch-Geschichte“ ist eine des Wechsels vom Hotel ins Krankenhaus. Herr M. (HOGA-13) zog Ende der 1960er Jahre als Jugendlicher von der Pfalz nach Baden-Württemberg, um Koch zu lernen, arbeitete 20 Jahre in einem Spitzenhotel, erwarb während dieser Zeit eine Qualifizierung als Küchenmeister, gründete eine Familie, baute ein Haus und wechselte dann als Koch in ein Krankenhaus, wo er 28 Jahre arbeitete und schließlich vor einem Jahr in Rente ging. Herr M. ist in einigen Heimatvereinen und in der Kirchengemeinde sehr aktiv, seine Kinder sind „aus dem Haus“, er lebt seit 10 Jahren mit einer neuen Lebensgefährtin in einem schönen Anwesen. Das Grundstück liegt am Berghang, in der Nähe eines Waldes und umgeben von einer traumhaften Landschaft. Ich fragte meinen Gesprächspartner im Rahmen eines ersten Telefoninterviews, ob man als Koch in einem gehobenen Hotel bis 65 oder gar 67 arbeiten könne. Seine Antwort:

„Keinesfalls. Hotelkoch – das geht einfach nur eine gewisse Zeit. Die Arbeit des Kochs ist eine schwere, eine sehr schwere Arbeit. Und die Arbeitszeiten sind alles andere als familienfreundlich. Das genau war damals der Grund, dass ich gewechselt habe in den Öffentlichen Dienst, in ein Krankenhaus. Meine kleinen Kinder damals, die haben gesagt, wenn da mal was ist mit uns, da bist du nie da – das war wie so’n Stich damals. Da hab ich plötzlich gemerkt: ich hab’ eigentlich nix von meinen Kindern. Und dann hab ich halt gesucht, und das ging dann ganz schnell, dann hab ich ganz nah zu unserem Haus die Arbeit im Krankenhaus gefunden. Das war klasse. Der Sprung verdienstmäßig allerdings war gut 500 DM, also schon ein Batzen, das war schon ein Einschnitt. Aber im ÖD gibt es schon einige Möglichkeiten, mein Oberchef war mir wohlgesonnen, und nach einen Jahr hatte ich wieder das Gehalt, was ich vorher auch hatte. […] Nochmal: Die Arbeit als Koch ist, zumindest im Hotel- und Gaststättengewerbe, sehr schwer. Das kann man nicht ewig machen. Die ganze Zeit stehen, dann heiß und kalt, raus in Kälte wieder, in die Tiefkühlkammer, dann wieder an den heißen Herd, rauf und runter, der Stress vor allen Dingen, wie es halt ist im Hotelgewerbe. […] Schwer Heben und Tragen, Rücken- und Gelenkerkrankungen, dann die vielen Stoffbelastungen, Lungen- und Allergieerkrankungen, Hitze und Kälte, d. h. auch Rheuma und solche Sachen, und überhaupt: Gelenkrheuma, ganz schlimm, das haben viele da, das ist sehr verbreitet bei den Köchen.“

Meiner Nachfrage nach den gesundheitlichen Folgen der langjährigen Belastungen wich mein Gesprächspartner zunächst aus, um dann zögernd einen Zusammenhang mit seinem Arbeitsleben in Erwägung zu ziehen:

„Ich hab jetzt gerade mit einem Bandscheibenvorfall zu kämpfen, das kommt aber wahrscheinlich von meinem Hausbau und allem, was ich hier noch so am

Wuchten bin, naja, vielleicht sind das aber auch ein bisschen die Spätfolgen von der Arbeit früher. Ja, früher, da hat man das halbe Rind ins Kreuz gekriegt, vom Wagen rausgetragen, da hat man dann so'n Lumpen über den Buckel gekriegt, so'n halbes Rind auf'n Buckel von so'nem kleinen Kochlehrling, das hat 100 Kilo gewogen, was ich tragen musste war fast doppelt so schwer wie ich – aber sowas, das war normal [betont!]. Und wenn man so jung ist, dann merkt man das noch gar nicht so, erst später. Und man kann wirklich sagen: Es bleibt nichts in den Kleidern hängen!"

Auf meine Frage, wie denn in der Branche mit dem Älterwerden umgegangen wird, eingedenk seiner Anmerkung, dass können man nicht ewig machen, antwortete Herr M.:

„Entweder du arbeitest dich hoch in eine Position, dass du nicht mehr so schwer arbeiten musst, da bist du mehr oder weniger an der Seite, wo geschrieben und organisiert wird, bist also dann im Management, ein paar Stufen höher gestiegen und hast dann gar keinen Kochkittel mehr an, doch dann gibt's noch ein großes oder: Ein Großteil der Köche, und ich kenne viele, die haben aufgehört, weil sie einfach die Arbeit nicht mehr gepackt haben. […] Die Belastungen und den Stress, das hatte ich alles nachher nicht mehr. Im Krankenhaus war alles geregelt. Und kein Stress mehr. Da hast du deine geregelte Arbeitszeit, von 6 bis 14 Uhr, dann Feierabend. Das war dann eine schöne Zeit, muss man sagen."

Auf die generelle Frage, was denn aus den Köchen werde, wenn sie das Hotel verlassen, antwortete Herr M: Wohin diese Menschen gingen und welche Arbeiten sie dann annähmen, sei ganz unterschiedlich. Neben der Kochtätigkeit in Krankenhäusern, Pflegeheimen, Catering-Betrieben und Kantinen „sattelten" viele um auf andere Berufe, z. B. auf Gärtnerei, oder sie fahren Taxi. Älter als 40 oder 45 werde niemand als Koch im Hotel- und Gaststättengewerbe, doch die Spur derer, die gehen, verliere sich recht schnell, insbesondere, wenn sie in einen ganz und gar fremden Berufszweig gingen. Manche schafften es, ein eigenes Restaurant zu gründen, was natürlich immer auch eine Geldfrage sei. An diesem Schritt bzw. an den schnell wachsenden Schulden scheiterten viele, und die landeten dann in Hartz IV.

Vier Wochen nach diesen Interviews habe ich – weil ich mich ohnehin auf einer Dienstreise durch Baden-Württemberg befand – Herrn M. in seinem Haus besucht. Überaus überrascht war ich von seinen Präzisierungen der jeweiligen Passagen und Episoden seines Arbeitslebens. Die ersten 20 Jahre waren unterbrochen durch mehrere Stellenwechsel und einen insgesamt siebenjährigen Versuch der Selbständigkeit, der an Kapitalmangel scheiterte. Es handelte sich um ein gut besuchtes Ausflugsrestaurant, das aber – weil die Küche viel zu klein war – dringender Umbaumaßnahmen bedurft hätte. Doch das Geld fehlte, und der Versuch scheiterte. Außerordentlich überraschend und verblüffend war schließlich die Geschichte – gleichsam eine „zweite Version" –, die er über seine Arbeit im Krankenhaus erzählte. Die Zeit als Koch im Kran-

kenhaus war alles andere als problemlos, und sie war keinesfalls eine Position auf höherer Hierarchieebene – Herr M. hatte immer einen Küchenchef als Vorgesetzten. Mit einem dieser Chefs entspannte sich eine jahrelange Auseinandersetzung, die bis zum völligen körperlichen und psychischen Zusammenbruch Herrn M.'s und schließlich auch des Küchenchefs führte. Dieser wollte M. von Anfang an nicht als Mitarbeiter, doch M. bekam die Stelle aufgrund seiner guten Kontakte zu den örtlichen Heimatverbänden. Mitarbeiter eines Vorgesetzten zu werden, der jenen von Anfang an ablehnt, ist gleichbedeutend mit einem vorprogrammierten Dauerkonflikt: subtile und offene Schikanen auf der einen Seite, subtile und offene Reaktanz auf der anderen Seite. Nach etwa fünf anstrengenden Jahren eskalierte die Situation und entlud sich in einer massiven bis zur Handgreiflichkeit reichenden Auseinandersetzung. Beide Protagonisten waren danach krankgeschrieben, es wurde ein neuer stellvertretender Küchenchef eingestellt, der alte Küchenchef kündigte und Herr M. nahm seine untergeordnete Stellung wieder ein. Er konnte sich mit dem neuen Chef arrangieren und konnte seine Tätigkeit die letzten 15 Jahre – er sagte wörtlich – „in stiller Erduldung" bis zur Rente ausführen. Gravierender noch als die arbeitsanamnetischen waren die krankheitsanamnestischen Details, die M. im Nachhinein erzählte. Kurz nach seiner Berentung erlitt er, wie bereits berichtet, einen schweren Bandscheibenvorfall, der aufgrund unerträglicher Schmerzen und Lähmungserscheinungen eine größere OP erforderlich machte. Die genaue Durchleuchtung der Wirbelsäule ergab den bedenklichen Befund, dass sich schon vorher – wahrscheinlich schon im Lehrlingsalter – viele Bandscheibenschäden ereignet haben mussten. O-Ton: „Die gesamte Wirbelsäule war von oben bis unten angeknackst." Das musste, so meine Nachfrage, doch immer mit Schmerzen verbunden gewesen zu sein. M.'s Antwort: „Ja sicher tut das immer weh, aber daran gewöhnt man sich."

Warum Herr M. erst bei einem persönlichen Treffen – ohne, dass ein „Band" mitlief – mit den doch einigermaßen problematischen Einzelheiten seiner Arbeitsbiographie „herausrückte", muss Gegenstand hermeneutischen Vermutungen bleiben. Es liegt auf der Hand, dass M. sich selbst gegenüber seine eigene Geschichte beschönigt – hier zeigt sich die inhärente Legitimationslogik des sozialen Deutungsmusters. Der Bogen zwischen einem Lebensentwurf voller beruflicher und familiärer Ideale und der Jahrzehnt um Jahrzehnt sich herstellenden Ernüchterung mündet in einem Prozess der Dissonanzverminderung, der bestimmte Erinnerungen vergessen oder verblassen und das materiell und ideell Erreichte in den Vordergrund rücken lässt. Immerhin lebt er nun in einem schönen Haus, führt eine erfüllende Beziehung und gilt im Dorf als

anerkannte Person. Diese Positivposten überstrahlen den dornigen Weg der Arbeitsgeschichte offenbar bei Weitem. M. wirkte bei dem persönlichen Treffen nicht verbittert. Es darf angenommen werden, dass seine religiösen Überzeugungen ihm den inneren Halt gegeben haben, all die Unbill und Widrigkeiten, die er hat erleiden müssen, zu überstehen und zu bewältigen.

3.5 „Die Bedingungen sind echt unterirdisch: Es ist gut, sich was anderes zu suchen.“

Drei meiner Befragten äußerten sich eindeutig negativ zum Berufsfeld des Gastgewerbes – sie waren auch schon „ausgestiegen“ oder waren gerade dabei, dies zu tun; ein älterer Befragter äußerte erhebliche Zweifel, ob das Gastgewerbe noch das sei, was es zu Anfang seiner Berufslaufbahn gewesen war. Zunächst zu Frau N. (HOGA-6), die in einer sehr ländlich geprägten, aber touristisch aktiven Region lebt. Sie ist gelernte Restaurantfachfrau, 58 Jahre alt und jetzt selbständig, vermietet Ferienwohnungen, macht Ernährungsberatung, gibt Kochkurse und kocht für ihre Gäste. Frau N. stieg nach längerer Kinderpause vor ca. 10 Jahren wieder in ihren Beruf ein. Die Erfahrungen, die sie machen musste, waren sehr ernüchternd. Obwohl sie körperlich und geistig „immer noch auf der Höhe“ sei, betrachteten sie die Gastro-Chefs als „zu alt“ und daher nicht mehr voll leistungsfähig. Unter den Gastronomen gebe es, so meine Gesprächspartnerin, „zwei Arten“: Die einen seien sehr familiär und versuchten tatsächlich, innerhalb ihrer Familie, ihrer Verwandtschaft und ihres Freundeskreises die notwendigen Kräfte zu gewinnen. Ihr Führungsstil sei patriarchalisch-fürsorglich. Sie bildeten auch Nachwuchs aus, den sie ebenfalls in ihre „Großfamilie“ mit aufnehmen. Die anderen seien „schlichtweg nur kapitalistisch“. Sie witterten im Gastro-Geschäft „schnelles Geld“ und seien „mit allen Wassern gewaschen“. Das heißt: Sie nähmen die Zuschüsse der Arbeitsagentur für ältere Arbeitskräfte – das sind nach Aussage von Frau M. bis zu 6 Monatsgehälter –, sie nähmen auch die Zuschüsse des Integrationsamtes für schwerbehinderte Arbeitskräfte, sie nähmen auch Zuschüsse des Landes für Neugründungen und Steuererleichterungen der Kommunen in Anspruch. Nach knapp sechs Monaten kündigten sie die „Alten“ und „Behinderten“ und stellten neue ältere und behinderte Kräfte ein, ohne dass sie irgendwelche Zuschüsse zurückzahlen müssten. Frau M. hält das für Betrug. In die familiär geführten Betriebe kam sie nicht hinein, sodass sie zunächst, bevor sie sich selbständig machte, noch verschiedene andere

Wege beschritt. Sie fing als Gastro-Kraft bei einer Reha-Einrichtung an, musste jedoch nach sechs Monaten feststellen, dass auch diese Einrichtung sie unter fadenscheinigen Argumenten wieder entließ. Sie recherchierte und berichtete im Interview, dass auch die Reha-Klinik sich dieser „Tricks" bediente und auf diese Weise viel Steuergeld „abzapfte". Ihrer Beobachtung nach arbeite diese Klinik auch in anderen Berufsbereichen mit diesen Methoden. Der „Turnover" bei Physiotherapeuten/-innen und anderen Gesundheitsberufen sei enorm. Nach zwei Jahren sei die Belegschaft „fast ausgewechselt". Frau N. vermutet, dass diese Dinge im Grunde rechtswidrig sind, doch von den politisch Verantwortlichen gedeckt werden. Sie sieht in diesen Praxen eine gezielte Diskriminierung älterer und gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitskräfte. Sie hat für sich die Konsequenz gezogen und sich – das ermöglichte eine Erbschaft – selbständig gemacht.

Eine andere, doch in der Beurteilung der gastgewerblichen Kultur ähnliche Geschichte schilderte Frau O., 40 Jahre alt. Sie absolvierte nach dem Abitur in der Stadt X eine weit abgelegene Ausbildung zur Hotelfachfrau. „In der Außenansicht" erschien das Unternehmen, in dem sie lernte, als modern und weltoffen, doch in der „Innensicht" machte Frau O. Bekanntschaft mit einer „durchgehend autoritären und rückwärtsgewandten Betriebskultur". Die Führungskräfte hätten ihre Launen vor allem an den Lehrlingen ausgelassen. Bei kleinsten Verfehlungen oder auch nur bei mutmaßlichen oder unterstellten Fehlern wurden Auszubildende wochenlang zu schweren Putzarbeiten in der Küche abgeordnet, wo „eine für die heutige Zeit fast unglaubliche Hierarchie" vorherrschte (HOGA-19):

„Die Hotellehrlinge wurden vom Koch-Azubi im ersten Lehrjahr überwacht, dieser wurde vom Koch-Azubi im zweiten Lehrjahr überwacht, dieser wiederum vom Koch-Azubi im dritten Lehrjahr und so weiter. Das war ein unglaubliche Hierarchie und Drangsaliererei. […] Und wenn mich der Direktor irgendwie auf dem ‚Kieker' hatte, das war furchtbar. ‚Ich wollte Himbeerkuchen und keinen Erdbeerkuchen', obwohl er ‚Erdbeerkuchen' gesagt hatte, und dann: ‚Ab zum Kloputzen!' Und dann die Kleidervorschriften, Rockzwang! Nein, das war nicht zum Aushalten, zu schweigen von den irren Arbeitszeiten. Körperlich, aber auch seelisch, ist man bei diesen Arbeitsverhältnisse eigentlich immer total kaputt."

Frau O. schilderte eindrücklich die für die Gastro-Szene wohl nicht unübliche psychosoziale Atmosphäre: Wenn man den ganzen Abend „bedient" habe, dann sei man eigentlich gar nicht in der Lage, „in seinem Kämmerlein einfach ins Bett zu gehen". Sie erläutere plastisch die psychomentale Stimmung, in der man sich dann befindet (HOGA-19):

„Man ist aufgekratzt und will noch was unternehmen, will um jeden Preis noch ausgehen, einfach, um sich dann mal fallenzulassen und sich selbst auch mal

bedienen zu lassen. Nach dem Motto: ‚Man muss sich's auch mal gut gehen lassen.' Also da ist, sagen wir mal, von den nicht so tollen Gehältern der Leute da bestimmt einiges wieder versickert, weil sie dann unbedingt halt auch irgendwo hin mussten und sich auch Champagner einschenken lassen mussten oder so. Also es war so eine Kompensation von diesem ‚Ich bediene die ganze Zeit Leute' zum ‚Ich werde dann auch bedient', ja: ‚Ich bin auch wer'. Ja, so ist das."

Frau O. bezweifelte schließlich den Sinn der Ausbildung:

„Also sagen wir mal so: Ein richtig guter Koch, der muss sicherlich eine Ausbildung haben, der muss wirklich Leidenschaft dafür haben, der muss eine Erfahrung haben, aber es gibt da auch viele, die einfach nur zuarbeiten, die eben nur schnibbeln, die nur das und das anrühren. Das kann im Prinzip jeder. […] Ja, dann das Bedienen, einen Kaffee irgendwo hinbringen, ein Essen irgendwo hinbringen, wieder abtragen oder so, kann besser oder schlechter auch mehr oder weniger jeder. Zimmer putzen kann eigentlich auch jeder. Und ich glaub', das ist auch immer die Crux bei diesen Berufen, dass man eigentlich die Tiefe der Ausbildung gar nicht bräuchte, je nachdem, wie spezialisiert die Leute dann arbeiten. Ich glaub', dass inzwischen auch relativ viele Leute einfach ins Hotel- und Gaststättengewerbe kommen, weil sie sonst nichts anderes kriegen. Aber ich kann nur sagen: Die Bedingungen sind echt unterirdisch: Es ist gut, sich was anderes zu suchen"

Frau O. merkte, dass sie physisch und psychisch der Arbeit im Hotel nicht gewachsen war, genauer: dass sie nicht bereit war, angesichts der Verhältnisse in der Hotellerie ihre physische und psychische Gesundheit aufs Spiel zu setzen. Sie sattelte nach der Ausbildung ins Reisefach um, qualifizierte sich weiter und bekleidet heute einen Management-Job in der Reisebranche.

Ähnlich gestaltete sich die Situation für Herrn P., 38 Jahre alt, seit vielen Jahren als Restaurantfachkraft in einem hoch frequentierten Betrieb im „Ausgeh-Viertel" einer Großstadt tätig (HOGA-20). Chef dieses Betriebs mit etwa 70 Beschäftigten ist ein agiler Unternehmertypus mit Migrationshintergrund und ausgeprägtem Geschäftssinn, ein „Selfmademan", der keinerlei Ausbildung besitzt. Dennoch genehmigte ihm die Handelskammer eine Ausbildungsberechtigung, die er dazu nutzt, viele Lehrlinge als Billigarbeiter/innen einzusetzen. Schon die jungen Leute müssen teilweise bis zu 12 Stunden am Tag arbeiten und schwere Teller und Tabletts heben und tragen. So ist es nicht verwunderlich, dass schon in jungen Jahren merkliche Gesundheitsprobleme auftreten. In diesem Betrieb sei, so Herr P., das Wort „Arbeitsschutz" ein Fremdwort. So z. B. müssten sich die Beschäftigten selbst um richtige Arbeitsmaterialien, um geeignete Arbeitsschuhe und Arbeitshandschuhe kümmern. Es gebe nicht einmal eine Personaldusche, die doch eigentlich Vorschrift sei, zumindest für das Küchenpersonal, insbesondere als Erste Hilfe bei Verätzungen oder Verbrennungen. Eine Sicherfachkraft, ein Betriebsarzt oder irgendjemand von der Berufsgenossenschaft sei

„in diesem Betrieb noch nie aufgetaucht“. Herr P. hat seit einiger Zeit mit einem eingeklemmten Rückennerv zu tun, der ihm immer wieder üble Schmerzen bereitet. Er hat sich um therapeutische Hilfe bemüht und macht in seiner Freizeit entsprechende krankengymnastische Übungen. Seine Erläuterungen bestätigen erneut die Situationsbeschreibung der anderen Interviewpartner/innen. Zugleich werden neue, kritische Akzente gesetzt, was bestimmte Aspekte des Problems „Arbeit und Gesundheit“ noch einmal deutlicher ausleuchtet (HOGA-20):

„Man muss zu Hause andere Bewegungen einüben, weil nämlich durch das Kellnern die Bewegungen halt auch sehr automatisiert sind in der Gastronomie irgendwann. Also das ist dann so, dass man hier mal zwei Teller trägt, die auch relativ schwer sind, das ist halt von den Fingern her schwer, man merkt das irgendwie, also man hat die Technik halt irgendwo raus, und man schafft es auch mit den Tellern bis zum letzten Tisch, aber wenn an dem Tisch dann jemand sitzt, der das nicht bestellt hat, man dann am falschen Tisch ist: Der Weg zurück zur Küche, der wird dann schon schwierig, weil der Körper halt merkt, okay, soweit kann ich, und ab da wird’s dann schwer sozusagen. Also das ist halt so automatisiert drin irgendwie, dass der Körper halt auch weiß, okay, bis dahin habe ich die Kraft, da ist das auch gar kein Problem, aber wenn dann drei Omas da sitzen, die sagen: ‚Nee, weiß ich nicht, möcht’ ich nicht‘, dann merkt man dann, wie das so anfängt.“

Auf meine Frage, wie lange man diese Arbeit machen kann, antwortete Herr P.:

„Ältere Kellner findet man selten in dem Gewerbe, also zumindest so in den einzelnen Restaurants. Das ist selten, dass man da wirklich mal jemanden sieht, der 40, 45 ist. Da hört’s dann teilweise auf. Oder es sind dann die Chefs, oder die leitenden Angestellten, die dann da irgendwie noch so ein bisschen mitmischen. Aber ich sag mal ganz ehrlich: Auch die Jüngeren halten den Stress oft nur mit Drogen aus. Ja, mit viel Schmerzmitteln und einer hoffentlich guten Physiotherapie kann man das bestimmt einige Jahre strecken, aber irgendwann ist, glaube ich, auch Schluss.“

Auf die Frage, was zu ändern ist – insbesondere was eine bessere Chance für die Weiterbeschäftigung älterer Mitarbeiter/innen angeht – und wie Änderungen, wie ein Umdenken und eine andere Betriebskonzeption herbeigeführt werden könnten, antwortete Herr P.:

„Das ist eine schwierige Frage. Also auf jeden Fall müssten gesundheitlich irgendwelche Projekte zur Prävention angeboten werden. Auf jeden Fall Aufklärung, was der Job eigentlich mit sich bringt, auch auf die Gefahr hin, dass man dafür auch stigmatisiert oder auch schikaniert wird vom Arbeitgeber. Und sonst generell; Ja, man müsste sehen, dass man irgendwie eine Betriebsstruktur aufbaut, wo das halt auch so geht, dass die älteren Leute dann halt eine andere Arbeit machen, dass die dann halt nicht mehr ewig rumlaufen müssen, dass die dann halt eher Organisatorisches machen oder Warenannahme und sowas. Das ist ja eigentlich ein großer Bereich, der da zuzählt irgendwie, das kann man bestimmt auch so machen, wenn man es denn wollen würde.“

Herr P. kündigte kurze Zeit, nachdem das Interview geführt worden war, sein Arbeitsverhältnis in diesem Betrieb und entschloss sich zu einem perspektivischen Berufswechsel. Ich habe nachgehakt und erfuhr: Er möchte sein Abitur nachmachen und einen sozialen Beruf anstreben. Denkbar sei auch, eine Laufbahn als Gewerkschaftssekretär einzuschlagen, sagt er. Er sei schon länger gewerkschaftlich aktiv, doch das habe im Betrieb, als „das durchsickerte", erhebliche Missstimmungen, vor allem seitens des Arbeitgebers, gegeben. Am enttäuschendsten sei die Uninteressiertheit der Kollegen und Kolleginnen, die nicht einmal für die Unterstützung einer Betriebsratswahl zu gewinnen gewesen seien. Hier sehe er noch einen erheblichen Bedarf an Aufklärung. Gerade dieser Punkt, dass man nicht ewig jung bleibt und dass es ein Altern mit entsprechenden körperlichen Begleiterscheinungen gebe, müsse sehr viel stärker ins Bewusstsein der Gastgewerbe-Beschäftigten gerückt werden.

Mit einem in der Tat seltenen Betriebsrat im Gastgewerbe, konkret: einem 62-jährigen Oberkellner eines mittelgroßen Alpenhotels mit Restaurantbetrieb, wo schon vor Jahren ein Betriebsrat durchgesetzt wurde, konnte ich ein ausführliches Interview führen. Es handelt sich um Herrn Q (HOGA-18), der mit mir das Gespräch suchte, nachdem er erfahren hatte, dass ich im Nachbarhotel einen Betriebsrätekurs abhalte. Das Gespräch fand in „seinem Restaurant" statt. Von zu Hause aus Österreicher, strahlte mein Gesprächspartner eine fast feierliche Würde aus. Er ist in Fachkreisen eine angesehene Person und sitzt im Präsidium regionaler Kammern, wo er sich insbesondere für die Ausbildung von Köchen und Restaurantfachkräften engagiert. Herr Q. eröffnete, nachdem ich in einigen wenigen Sätzen meine Fragestellung angedeutet hatte, seine Erzählung mit den Worten: „Ich bin seit 48 Jahren im Beruf, gelernter Kellner, ich habe eine Liebe zu diesem Beruf, so was gibt's ja heute gar nicht mehr!" Er habe seine Lehre mit 15 begonnen, sei danach, „wie sich das gehört", einige Jahre auf Wanderschaft gegangen, habe in verschieden Städten Deutschlands, Österreichs und der Schweiz gearbeitet, auch eine Zeit in Frankreich, sei mehrere Jahre Kellner auf Kreuzfahrtschiffen gewesen und habe erst danach nach einem Ort gesucht, an dem er bleiben wollte. Seine Wahl sei auf den Ort X. gefallen, auf ein renommiertes Traditionshaus mit gutem Ruf. Dort sei er relativ schnell Oberkellner geworden, arbeite in diesem Haus seit fast 30 Jahren und habe in dieser Zeit mehr als 400 Lehrlinge ausgebildet. Er liebe noch immer seinen Beruf, er wisse, dass er einer der letzten Vertreter dieses Berufsverständnisses sei. Das sei sehr schade, „das macht mich schon ein bisserl traurig, ja sehr sogar, aber was soll ich machen". Herr Q. beklagte, dass „sein Haus" gerade an eine internatio-

nale Hotelkette verkauft werde. Er werde sich wohl auf die neue Situation nicht mehr einstellen können und den Weg in die Pensionierung suchen. Denn der neue Besitzer werde wahrscheinlich Billigkräfte einstellen und niemanden mehr haben wollen, der noch den „Kriterien eines guten Kellners“ entspricht. Auf die Frage, wie er diese Kriterien beschreiben würde, betonte Herr Q. dass man als Kellner „ein bestimmtes Auftreten“, „eine gute Präsentation“, erlernen und sich angewöhnen und dass man eine „Persönlichkeit“ haben oder entwickeln müsse. Die Frage sei freilich, ob das noch honoriert würde (HOGA-18):

„Ja, das fängt ja schon bei den Gästen an. Die wollen ja heute billig essen, eine ordentliche Betreuung, ja eine fachlich gute und ordentliche Betreuung: Das weiß ja kaum einer noch, was das ist, bei den Gästen. Wissen Sie: Ein guter Kellner muss ja auch Psychologe sein, er kümmert sich um den Gast, er kriegt raus, was er braucht, was er gerne isst, was er trinken möchte, was zu ihm passt, das Gespräch mit dem Gast, die ganze Psychologie, ja, das wollen ja viele Gäste gar nicht mehr, sie wissen das gar nicht mehr zu schätzen. Die haben ganz andere Interessen, sie können das gar nicht mehr genießen, fachlich ordentlich und auf hohem Niveau betreut zu werden. Das tut weh.“

Dann wandte sich Herr Q. den „jungen Leuten“ zu, d. h. den jungen Leuten, „die im Gaststättengewerbe anfangen, aber zu 80 Prozent nach kurzer Zeit wieder das Handtuch werfen.“ Die jungen Leute seien heutzutage sehr „verwöhnt“ und wollten beispielsweise nicht zu früh anfangen, nicht zu spät heimkommen, „am Wochenende, wenn’s geht, auch nicht arbeiten, und schon gar nicht an Weihnachten und Silvester“. Und wenn mal einer mitmache, stünden „am nächsten Tag die Eltern auf der Matte“. Herr Q. betonte, dass er seit 30 Jahren immer an Weihnachten und Silvester arbeite, er kenne das gar nicht, an den Feiertagen zu Hause zu sein. Der Kellnerberuf habe noch bis in die 1980er Jahre hohes gesellschaftliches Ansehen gehabt, das schwinde aber seither aber immer mehr:

„Der Kellner, und wenn du älter wurdest, der Oberkellner erst recht, das war eine Respektsperson, er fühlte das, er war geehrt, er hatte aber auch große Verantwortung, er war Vorbild fürs Team, und das Team stand zu ihm, das war eine gute Gemeinschaft, das hat gerade an Festtagen, und wenn Hochzeiten und Geburtstage waren, super funktioniert – ja so war das. […] Für seriöse Traditionsbetriebe sehe ich keine Zukunft mehr, die alten Inhaber sterben weg, die Söhne verkaufen an Ketten, dann kommen junge Manager, in der Regel keine Ahnung vom Fach, aber Chef spielen wollen, und die wollen auch gar niemanden mehr vom Fach. Die sagen: ‚Geht doch auch so.´ Also werden jetzt immer mehr Studenten, abgebrochene Studenten, Gelegenheitsleute usw. eingestellt, auch Leute aus Polen, Tschechien, Slowenien, Italien usw., alles Ungelernte, die werden kurz geschult, maximal vier Wochen, dann voll ins Geschäft genommen, nur noch mit unteren Lohnklassen, also viel schlechter bezahlt als ein Gelernter, maximal 1.300 brutto, dazu noch den Anteil aus dem Trinkgeldtopf, das schwankt aber stark, je nach Wetterlage. In ein paar Jahren werden immer mehr die Ketten den Markt dominieren, und dann wird es wird keine gelernten Kräfte mehr geben. Ich erlebe sehenden Auges den Tod meines Berufes. Die

Inhaber dann der großen Ketten, die Kapitalseite, die setzt nur noch auf Kurzfristökonomie, die wollen gar nichts Langfristiges mehr, die wollen auch nicht, dass da ein gutes Team wächst, das gut miteinander kann, nein, die wollen geradezu den dauernden schnellen Wechsel. Beständigkeit – das ist das Problem. Wollen wir noch Beständigkeit oder wollen wir keine Beständigkeit mehr? Diese Frage muss beantwortet werden. Dass heutzutage absolut Fachfremde Geschäftsführer eines Restaurant werden können, da müsste die Politik gegensteuern. Das müsste eigentlich unterbunden werden, aber das ist ein frommer Wunsch. Doch die Politik läuft ja in eine ganz andere Richtung."

Die Erzählung Herr Q.'s vermittelt den Eindruck einer „guten alten Zeit", in der noch Traditionen gepflegt und „natürliche Ordnungen" respektiert wurden. Eine solche Ordnung war die „gute Gemeinschaft", die freilich strikt hierarchisch gegliedert war, in Unterordnung, ja: Unterwerfung derer, die nicht an der Spitze standen, zur notwendigen Tugend gehörte. Und zur „alten Kultur" gehörte die patriarchale Fürsorge. Nun ist die heute sich vielerorts sich durchsetzende Betriebsordnung nicht gerade egalitär, und es gibt Geschäftsführer, die nach harten betriebswirtschaftlichen Kriterien „durchgreifen", keine Rücksicht auf Traditionen oder Tugenden legen und sich kaum an „Fürsorge" gebunden fühlen. Die historische Situation des Umbruchs, in dem sich – wie an diesem Beispiel sehr gut sichtbar – zumindest ein Teil des Gastgewerbes befindet, ist nicht einfach zu beurteilen. Überspitzt ließe sich sagen: Die Kommando-Kultur wird abgelöst durch ein neoliberales Regime der Konkurrenz atomisierter Wirtschaftssubjekte. Vermarktlichung und ökonomische Macht durchdringen die Subjekte, doch in diesen entwickeln sich widerständige Momente des Eigensinns, der Subversion und der Neubestimmung dessen, was als „gutes Leben" gelten kann, möglicherweise auch neue Formen der Solidarität (Zoll 1993). Wir wissen nicht, mit welchen Geschwindigkeiten und welchen Brüchen sich diese Entwicklungen zeigen werden. Gleichwohl ist es aus der Perspektive Herrn Q.'s verständlich, der alten Kultur nachzutrauern. Und es gibt Momente, einen denen ein kurzes und verführerisches warmes Licht der alten Kultur aufscheint. Als Herr Q gerade am Argumentieren war, näherte sich eine junge Kellnerin, die offenbar unser Gespräch belauscht hatte. Herr Q. nahm sie in den Arm, und sie sagte:

„Ja, der Herr (Q), bei dem hab ich gelernt, und da hab ich auch alles fürs Leben gelernt, der Herr (Q) ist für mich wichtiger als mein Vater. Ich war ja mehr mit ihm zusammen als mit meinem Vater. Ich wollt' ja dann was anderes machen, aber das war nix, und nun bin ich wieder zum Herrn (Q) zurückgekommen, da gefällt's mir einfach am besten. Da werd' ich auch mal gelobt, wenn ich gute Arbeit mache."

Herr Q. brachte dann noch ein für ihn wichtiges Thema zur Sprache: „die Küche". Er betonte den Wert qualitativ hochstehender Gerichte. Dafür brauche man gute Chefköche. Und er, als Oberkellner („Ober"), müsse

mitbestimmen können, wer in der Küche ist, „sonst wird das ganz schwierig“. Das müsse „von oben“ gedeckt sein. Wenn das von oben nicht gewollt sei, schlechtes Essen und schlechte Küche geduldet oder gar gewollt seien, dann mache die Arbeit „keinen Spaß mehr“. Er habe in „seinem Restaurant glücklicherweise bis jetzt noch das Niveau halten können“. Mit seinem jetzigen Chefkoch arbeite er seit über 10 Jahren zusammen. Das funktioniere hervorragend, doch es merke an, dass üblicherweise mehr oder weniger große Konflikte zwischen Küche und Service bestehen, die für alle Beteiligten zu einer erheblichen Stressbelastung führen können. Daher predige er immer: „Wichtig ist eine gute Kommunikation, eine gute Kooperation, die Chemie muss stimmen“. Der Zusammenhang sei, so Herr Q, eindeutig: Gutes und hochwertiges Essen, gute Köche, eine gute Kooperation mit dem Service und zufriedenen Gäste, die eine gute Esskultur schätzen. Wird das bald nur Vergangenheit sein? Wir kamen schließlich und endlich zu meiner Eingangsfrage zurück: „Wie kann man im Kellnerberuf alt werden?“ Seine Antwort:

„Wenn du älter wirst, dann wirst du Oberkellner, bekommst besondere Führungsaufgaben. So war das jedenfalls früher, überall war das so, auch bei euch in Bremen oder in Hamburg. Ein älterer Kellner, der erfahren war, den konnte man überall einsetzen, oder der bekam – böswillig ausgedrückt: ein Gnadenbrot, aber das ist das nicht – der bekam besondere Aufgaben für Hochzeiten, für Geburtstage, für alles Mögliche. […] Wenn da ein Ball war auf’m Parkett, der hatte das Know-How, der hat die Jungen geschult, und die haben das dann bis morgens um sechs gemacht, und er wusste, die machen das. Der wusste alles, das war ein Maître de Plaisir. Oder die Älteren waren in Reservestellung für schwierige Gäste, für Reklamationen usw. Aber heute läuft so was ja anders. Das machen die heute auf ‚Event-Management‘, da braucht man den erfahrenen Kellner nicht mehr. Es ist irgendwie eine andere Kultur. Nein, ich weiß nicht, wie die Zukunft aussehen wird.“

Wir verabschiedeten uns, und er gab mir Folgendes mit: „Schauen Sie mich an! Ich bin einer der letzten Vertreter einer sterbenden Zunft!“ Als er das sagte, hatte ich das Gefühl, als habe er Tränen in den Augen. Mir ging es, ehrlich gesagt, fast genauso. In dieser kurzen Zeit hatte er es geschafft, eine Beziehung zu mir aufzubauen und mich ein Stück in seine Gefühlswelt mitzunehmen, eine Aufgabe – die Gefühlsarbeit – die personenbezogenen Dienstleistungsberufen eingeschrieben ist.

3.6 „Die Arbeit im Gastgewerbe baut mich auf“ – Beispiele positiver Berufsorientierungen

Einen etwas anderen Blick haben Gastro-Beschäftigte, die es geschafft haben, in irgendeiner Weise sich eine arbeitskulturelle Nische zu erobern, in der noch Tradition gelebt werden kann, oder denen es gelungen ist, mit Hilfe einer sozialen und/oder fachlich-ergonomischen Unterstützung sich einen Arbeitsbereich aufzubauen, in dem sie sich wohlfühlen können. Die Lebensgeschichte von Herrn R. verkörpert einen solchen Fall. Herr R. ist 55 Jahre alt und arbeitet in einer bayerischen Ausflugsgaststätte. Die „Rundreise“ durch Bayern zeigte verschiedene Facetten. Im konkreten Fall war ein Kellner zu erleben, der ein hohes Maß an Arbeitszufriedenheit ausstrahlte. In der Stadt Y. der ehemaligen DDR hatte Herr R. das Kellnern „von Grund auf“ gelernt. Das sei immer schon sein Traumberuf gewesen, und das sei auch heute noch so. Herr R. wechselte nach der „Wende“ nach Z., einem touristisch frequentiertem Großdorf in Bayern. Er erzählte viele Geschichten über die Verköstigung Hunderter oder gar Tausender von Menschen bei großen Veranstaltungen, er erzählte von Hochzeiten und Trauerfeiern, und er stellte schließlich fest: „Ein Kellner ist letztlich ein Schauspieler“. Dazu habe man Talent oder eben auch nicht. Auch wenn seine Erzählung – die hier nicht im Detail wiedergegeben werden kann – von einem Geist der Freude durchweht war, so mischte sich schließlich ein Hauch von Wehmut hinzu, sofern die Belastungen und das Älterwerden in diesem Beruf angesprochen wurden (HOGA-15):

„Klar, man merkt die Beanspruchung mit der Zeit. Heben und Tragen – ein Kellner geht nie ‚leer‘– Essen hin, gebrauchtes Geschirr zurück. Jetzt bin ich ja nicht so schwach gebaut, ich hab’ eine sehr gute Muskulatur, ich hab’ zehn Jahre lang geturnt. Also richtig Geräteturnen gemacht, und da hat man schon eine Grundmuskulatur. Aber das ist schon, ja, das ist schon ein Haufen, was man da trägt am Tag. Ein englischer Teller, der hat so knapp über einen Kilo, und wenn’s mal pressiert, wenn’s schnell gehen muss, dann räumt man natürlich richtig ab mit einem Tragebesteckteller, mit einem Restteller und mit dem Gestapelten, aber da nimmt man schon mal sieben, acht Stück davon. Und das ist ja nicht nur das Gewicht für kurze Zeit, sondern man stapelt es ja auf, da steht man ja ein paar, zwei oder drei Minuten mit. Das ist selbstverständlich. Also vom Körperlichen her […]. Solange das noch geht, ich fühle mich fit, ich fühl’ mich noch nicht so alt, solange mach’ ich das auch noch. Also ich lass’ mich jetzt da nicht deswegen, weil einer denkt, oh ja, ein 50 Jahre alter Kellner, also der gehört aber […]. Ja, wir haben schon ganz viele Junge gehabt. Zuverlässigkeit ist wichtig, also für meinen Arbeitgeber, nicht warum jemand den Beruf machen will, sondern wichtig ist, dass ich zuverlässig bin. Man kann meinen Chef anrufen, ich glaub, ich hab’ noch nie in den 15 Jahren unentschuldigt gefehlt, noch nicht einen Tag, das gibt’s nicht. Wenn nun was ist, ruf’ ich an: ‚Du, mir ist soundso, das hab’ ich oder das‘. Selten. Krank? Naja, wenn man krank ist, ist

man krank. Ich hab mal zwei, drei, vier Jahre gehabt, wo ich null Krankentage hatte, also gar keine mehr, und da hat mich da was erwischt, […] da war der Arm bis dahin dick, das ging halt nicht. Ich hab' zum Doktor gesagt da: ‚Du, ich muss Morgen arbeiten', der sagt: ‚Sepp, das geht nicht. Das geht gar nicht!' naja, dann war das halt so. Dann hat' ich letztes Jahr mit der Schulter was, da war eine Entzündung drinne, drei Wochen. Da hat mein Chef gesagt: ‚Bleib vier Wochen daheim, kurier' die Schulter aus, ich brauch dich gesund. Ja, so war das […].

Herr R. hat sich sehr gezielt diesen Betrieb mit diesem Inhaber – der zugleich der Küchenchef ist – gesucht. Herr R. verstand sich schnell sehr gut mit seinem neuen Chef – sie sind heute eng befreundet. Auch wenn es manchmal einen anderen Anschein habe, so sei es im Grunde „ein kleiner Betrieb", und das solle, so Herr R., auch so bleiben. Natürlich wisse man nicht, wenn der Chef den Betrieb irgendwann an seine Kinder übergebe, was diese dann machen werden. Doch Herr R. hofft, dass sie die Tradition weiterführen. Ich habe Herrn R. auf die Sorgen seines „Oberkellner-Kollegen" Herrn Q. angesprochen. Herr R. kann das alles sehr gut nachvollziehen, doch er hofft auf den Trend, in der Gastbranche – so wie in der Brauereibranche – wieder mehr auf „small is beautiful" zu setzen.

Herr R.'s Eingangs-Satz „Ein Kellner ist letztlich ein Schauspieler" kann als Schlüsselsatz angesehen werden, der gleichsam – um im Bild zu bleiben – die übrige Erzählung „aufzuschließen" in der Lage ist. Die menschliche Existenz ist immer ein „Doppelgängertum" von leiblichen Ich und Rolle, die jeder Mensch in unterschiedlichsten Weisen und Richtungen einnehmen muss. Der Begriff des Doppelgängers stammt von Helmuth Plessner und wurde von der späteren Soziologie (Dreitzel 1968) und Anthropologie (Fuchs 2000) gewinnbringend aufgegriffen. Nun besteht die Lebenskunst darin, zwischen leiblichem Ich und Rolle eine Art fließendes Gleichgewicht herzustellen, d. h. im Lebensprozess genug Distanz zu wahren, doch diese auch nicht zu groß werden zu lassen. Sich als Schauspieler zu begreifen in einer beruflichen Rolle, die im Gegensatz zum Theater weder Probe noch Aufführungsende kennt, sondern die ganze Arbeitszeit über „durchläuft", birgt die Gefahr, die Distanz zur Rolle zu verlieren. Die der Person in Ich- und Rollenidentität schmilzt zusammen „und der Mensch wird zu jener Marionette, die er von zu Hause aus nicht sein kann" (Dreitzel 1968, S. 222). Wer in seiner Rolle völlig aufgeht, vergibt sich auf Dauer aller außerberuflichen Sinnhorizonte, verliert sich im Geschehen des beruflichen Alltags, „lässt sich geschehen", verliert an innerer Kraft und innerer Orientierung, brennt aus und schliddert am Abgrund der Depression entlang und stürzt, wenn es kein Korrektiv gibt, in den Abgrund der „Selbstentfremdung" (Fuchs 2000, S. 265). Dieses Korrektiv scheint in der erzählten Fallgeschichte der Chef zu sein, der auch mal sagt: „Kurier dich aus!" Doch wird dies

auch in Zukunft so sein? Oder werden sich Kontextfaktoren ändern? Das wissen wir nicht. Doch bleibt, wenn wir die körperlichen und psychischen Belastungen des gastronomischen Arbeitsfeldes in Rechnung stellen, eine extensiv und intensiv wahrgenommene Arbeitsrolle, zumindest ein „Tanz am Rande eines Geröllfeldes". Gerade weil Herr R. seine Arbeit sehr gerne macht, wäre eine verlässliche korrektive Vergewisserungsmöglichkeit, so z. B. eine überbetriebliche Anlaufstelle für ältere Kellner/innen, wünschenswert.

In einer Nische in einem ganz anderen Sinne konnte sich Frau S. arrangieren (HOGA-3). Ihre Lebensgeschichte sei angedeutet: Nach langjähriger und hinsichtlich Arbeitsatmosphäre und Betriebsklima unbefriedigender Arbeit in einer Bäckerei konnte sie mit Hilfe der Arbeitsagentur eine Ausbildung zur Restaurantfachkraft absolvieren. Danach – sie war schon über 50 Jahre alt – kam sie im Küchen- und Service-Bereich einer ambulanten Reha-Einrichtung unter, ein Betrieb mit etwa 50 Beschäftigten, was sich als ausgesprochener Glücksfall erwies. Frau S. flogen aufgrund ihres freundlichen und kommunikativen Wesens die Sympathien sowohl der Mitarbeiter/innen wie auch die der Patienten/-innen zu. Nach einiger Zeit erlitt sie aber Schwächeanfälle, die sich nach und nach als herzbedingt herausstellten. Ein bisher unerkannt gebliebener angeborener Herzfehler hatte sich zu einem ernsthaften Problem ausgewachsen, sodass die Implantation eines Defibrillators unumgänglich wurde. Frau S. ist jetzt 60 Jahre alt, schwerbehindert und physisch nicht sehr belastbar. Eine Frühverrentung lehnte sie kategorisch ab, und dies aus verschiedenen Gründen: Sie lebt alleine, die Kinder sind längst „in aller Welt verstreut", ihr Arbeitsort ist für sie „wie eine Familie" geworden. Sie wollte auch keine stufenweise Wiedereingliederung, d. h. sie wollte nach der Anschlussheilbehandlung sofort wieder voll arbeiten. „Die Arbeit baut mich auf. Zu Hause würde ich eingehen wie eine Primel". Ein „offizielles BEM" gab es nicht, doch mit Unterstützung der Leitungskräfte und der Interessenvertretung schuf sich Frau S. einen neuen Arbeitsbereich: einen innerbetrieblichen Kiosk. Dort verkauft sie außerhalb der offiziellen Essenszeiten Getränke, Kleinigkeiten und Souvenirs. Und wenn doch einmal Service-Aufgaben für sie anfielen, halfen und helfen ihr die Kollegen und Kolleginnen. Einwände einer Kardiologin, die zur Reha-Einrichtung gehört und sich aus Sorge um Frau S. kümmerte, wischte sie vom Tisch (HOGA-3):

„Ich sag: ‚Was soll ich denn zu Hause?' Ich sag: ‚Ich mach doch eigentlich nichts auf der Arbeit.' Ich sag: ‚Im Kiosk', ich sag: ‚Wo trag ich denn was Schweres? Ich sag: ‚Nirgendwo.' Ich sag: ‚Ich trag keine Wasserkisten, nichts.' ‚Ja, dann soll ich das mal versuchen.' Ich sag: ‚Ja, ich mache das.' Ob ich dann erst mal drei, vier Stunden arbeiten will? Ich sag: ‚Nee, ich gehe acht Stunden arbeiten oder gar nicht.' So, und dann bin ich da denn hin. Meine Arbeitskolle-

gen, das ganze Umfeld, die ganze Klinik, egal, was da für Kollegen von mir gewesen sind, ob ich die Essensausgabe gemacht habe auf der Geriatrie, und ich hatte da so ein großes Blech, was da irgendwie vom Wagen runter musste – die haben alles für mich gemacht, alles. […] So, und die standen immer zur Stelle, wenn etwas gewesen ist. ‚Kannst du das? Sollen wir dir helfen?' Dann habe ich da immer gestanden, ich sag: ‚Ich bin doch nicht behindert', ich sag: ‚Mensch, behandelt mich nicht immer so!' Dann fingen die an zu grinsen. Ja, natürlich bin ich behindert, aber nicht so, wie ich das denn von mir gegeben hab. So, und ich musste da wirklich lernen mit umzugehen."

Die zitierte Passage lässt auf eine sehr starke Interaktionsdichte im unmittelbaren betrieblichen Umfeld der Protagonistin schließen. Sie proklamiert, sie werde nichts Schweres tragen, wohl im Wissen darüber, dass sie immer mit physischer Unterstützung rechnen kann. Durchaus eigenartig ist der sekundenschnelle Wechsel von „eigentlich nichts machen" zu einem „großem Blech" mit Essen darauf, so schwer, dass sie es nicht selbst tragen konnte, sondern Hilfe brauchte. Ihr Selbstbild ist das einer „eigentlich" komplett Gesunden, sie sieht aber ein, dass dem nicht so ist. Vermutlich nicht selten gerät Frau S. in dieses innere emotionale Wechselbad, aus dem sie durch den ausgesprochen guten betrieblichen Kontext immer wieder herausfindet. Die Herzerkrankung, das „fremde Gerät" in ihrem Körper und die merklichen Einschränkungen, mit denen sie zu kämpfen hat, fordern ihren Zoll. Sich an die veränderte Lebenssituation zu gewöhnen, braucht Zeit. Und Frau S. hätte sich in bestimmten Situationen, vor allem, als sie noch nicht wieder in ihr Arbeitsfeld zurückkonnte, mehr Unterstützung gewünscht. Frau S. kam in diesem Zusammenhang am Schluss des Interviews noch einmal auf das Krankenhaus zu sprechen, in dem die OP durchgeführt wurde. Dieses Krankenhaus habe zwar die OP perfekt durchgeführt, doch in Sachen Aufklärung und Beratung sei da „nichts gekommen" (HOGA-3):

„Das ganze Drumherum war super von der Betreuung her, aber die Aufklärung, das war gleich Null. Bei dem Herzkatheter hieß das nur: ‚Ja, wenn das gleich nicht mehr blutet, können Sie nach Hause.' Der Druckverband musste aber 2 Tage drauf bleiben, ja, was für ein Schwachsinn ist das denn? Und denn hieß das denn: ‚Ja, den können Sie doch von alleine zu Hause abmachen.' Ich sag: ‚Den Teufel werde ich tun.' Ich sag: ‚Ich mache doch keinen Druckverband von der Hauptschlagader ab. Wenn das Ding nicht zu ist, so schnell kann ich gar nicht gucken, wie ich durch bin mit dem Thema.'"

Tatsache ist: Frau S. fühlte sich mit ihren Sorgen, Nöten und Ängsten allein gelassen, die Anschlussheilbehandlung kam erst Wochen später zustande. Sie wäre fast, wie sie selbst anmerkte, in eine Depression „hineingerutscht". Erst in der Reha-Klinik – im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung – habe sie die nötige Aufklärung bekommen. Dort wurde sie über die neue körperliche Situation und die notwenigen Schritte, ihren Zustand zu stabilisieren, unterrichtet. Dort wurde sie auch über die

Möglichkeit unterrichtet, einen Antrag auf Schwerbehinderung zu stellen. Frau S. hat ihre Krankheit im Betrieb öffentlich gemacht, und genau diesem Umstand schreibt sie die große Anteil- und Rücksichtnahme zu, die sie heute erfahren kann. In ihrer „Vor-Firma", der Bäckerei, hätte sie das niemals gemacht, jetzt aber sei die Öffnung genau das Richtige. Und sie empfiehlt allen Betroffenen, wenn es das Betriebsklima erlaubt, es ebenso zu handhaben:

„Doch, wir reden darüber. Also, wir haben jetzt eine Kollegin gehabt, die war auch an einer gynäkologischen Ursache erkrankt, und sie hat da ein Geheimnis daraus gemacht. Da ist auch nicht gut drüber gesprochen worden, bin ich ganz ehrlich. Dann habe ich noch eine Kollegin, die hat Morbus Crohn, die hat das genauso wie ich offen gelegt. Da hat jeder Verständnis für, wenn es ihr nicht gut geht. Dann heißt das nur: Setz dich dahin, warte ab […]. Das sind ja nun auch Schmerzen, Bauchkrämpfe und solche Sachen. Dann heißt das nur: Setz dich dahin, wir machen das."

Eine ähnlich anmutende Fallgeschichte wurde unlängst von der Berufsgenossenschaft BGN publiziert (Braun 2017). Reiner Enderle verlor durch einen Unfall seinen linken Arm und musste seinen Traumberuf als Koch aufgeben. Vom Arbeitgeber kam sofort Unterstützung. Er hatte die Idee, dass Herr Enderle eine ganze Reihe organisatorischer und kaufmännischer Arbeiten von der Waren- und Kostenkalkulation, über Bestellung und Wareneinkauf bis hin zu Verhandlungen mit Lieferanten und Wareneingangskontrolle übernehmen sollte. So geschah es auch. Die BGN übernahm eine Jahr lang die Hälfte der Personalkosten. Zugleich absolvierte Herr Enderle einen Meisterkurs zum Küchenmeister im Gastgewerbe. Hierfür wurde mit der IHK eine persönliche Assistenz bei den praktischen Prüfungen vereinbart. Heike Ahlmann-Gottwald, Reha-Managerin der BGN, räumt ein, dass es leider selten sei, dass es nach einem schweren Arbeits- oder Wegeunfall so gut läuft. Viele Verletzte sind gezwungen, sich beruflich neu zu orientieren. Und das sei mitunter ein langer und steiniger Weg. Dieses Beispiel einer guten Praxis zeigt, dass es viel besser ist, körperlich oder seelisch beeinträchtigen Mitarbeiter/innen im gleichen Betrieb zu belassen, in dem sie die Menschen und Arbeitsverläufe gut kennen.

Einen sehr speziellen Fall einer aufbauenden Arbeitserfahrung bietet die Lebens- und Berufsgeschichte Frau Alliosas.[15] Sie ist 41 Jahre alt und arbeitet seit ihrem 19. Lebensjahr mit einigen Unterbrechungen als Vollzeit-Servicekraft in der Gastronomie. Sie hat „einige andere Dinge probiert", sie hat ein Jura-Studium angefangen und abgebrochen, sie hat auch berufsbegleitend eine Ausbildung zur Diätassistentin absolviert,

15 Das Interview mit Frau Alliosa ergab sich nach Abschluss der Feldphase. Sie hatte über Dritte von unserem Projekt erfahren und suchte den Kontakt zu uns.

doch die Arbeit in der Gastronomie ist „ihr Ding“. Frau Alliosa ist nicht familiär gebunden. Sie arbeitete lange in Frankreich, auch einige Zeit in der Schweiz, und seit mehr als 10 Jahren in der norddeutschen Gastronomie. Frau Alliosa sieht sich selbst als sehr erfahrene Servicekraft; sie wurde und wird oftmals hausintern als Ausbilderin eingesetzt. Frau Alliosa erläuterte, dass es in der Ausflugsgastronomie üblich sei, saisonal zu arbeiten, sodass sie sich immer zwei oder drei Monate im Jahr arbeitslos melden muss. Sie erlitt während ihrer Schweizer Zeit drei Bandscheibenvorfälle, die sie zunächst „überspielt“ und „nicht ernst genommen“ hat. Sie erinnert sich sehr gut, dass sich ein Bandscheibenvorfall im Bereich der Brustwirbelsäule ereignete, als sie schwere Teller mit einer ungeschickten Seitenbewegung auf einen Beistelltisch stellen wollte. Hinzu kamen Probleme mit dem Schultergelenk. Als die Schmerzen unerträglich wurden, begab sie sich in osteopathische Behandlung, wodurch die Beschwerden teilweise gelindert wurden. Während einer arbeitsfreien Phase beantragte sie – bei der Agentur der Arbeit – eine gesundheitlich begründete Umschulung, welche ihre Berufserfahrung und Gesundheitsvorsorge miteinander verbindet. Doch dem wollte das Amt nicht folgen, d. h. man bot ihr ausschließlich Bürotätigkeiten an. Sie prozessierte, und erst das Landessozialgericht gab ihrem Anliegen statt.[16] Frau Alliosa hat sich nicht krank gemeldet und möchte auch keine medizinische Reha – „das ist nicht mein Ding“ – und arbeitet mittlerweile seit zwei Jahren in einer norddeutschen Ausflugsgaststätte mit 40 Beschäftigten. Dort ist sie als „Leiterin des Veranstaltungsbereichs“ für die Wochenend-Versorgung zuständig, so z. B. bei Hochzeiten oder „Kohl-und-Pinkel-Fahrten“. Gefragt danach, welche Lehre sie aus ihren eigenen Erfahrungen ziehe, sagte sie:

„Im Gastro-Bereich ist es oft so, dass wir eben die Anerkennung des Chefs und auch die Anerkennung des Gastes suchen, dass wir sozusagen davon abhängig werden, dass wir uns dann auch immer viel zu viel zumuten und die Zeichen, die uns der Körper sendet, viel zu lange übergehen. Das ist nicht gut, daraus sollten wir alle lernen. Ja, tatsächlich, das gib es wirklich: Erwachsene Menschen, die nach Anerkennung schreien, weil sie’s nicht gelernt haben, sich selbst so zu akzeptieren, wie sie sind und zu sagen, ‚Ich bin ok, so wie ich bin‘. Naja, und auch ich bin davon nicht frei. Der Gastronomie-Beschäftigte nimmt einfach zu viel auf sich. Dennoch: Es ist ein toller Beruf!“[17]

Die Nachfrage, ob es in der immerhin renommierten Ausflugsgaststätte einen sichtbaren Arbeitsschutz, eine betriebliche Gesundheitsförderung und ein betriebliches Eingliederungsmanagement gebe, beantwortete

16 Der richtige Ansprechpartner für eine medizinische und berufliche Rehabilitation wäre die Rentenversicherung gewesen. Das wusste Frau Alliosa nicht, und sie wurde auch nicht von der Arbeitsagentur darauf hingewiesen.

17 Teiltranskript des Interviews, das am 5. Juli in Bremerhaven geführt wurde.

Frau Alliosa negativ. Auch Sicherheitsfachkraft und Betriebsarzt waren ihr nicht bekannt. Ihr war auch nicht bewusst, dass die Berufsgenossenschaft außer Unfallversorgung auch präventive Aufgaben hat. Frau Alliosa befürwortet technische Hilfe wie z. B. den Einsatz eines Servierwagens, wo es eben möglich ist, und ein insgesamt „überlegteres Arbeiten“, so z. B. „gute Absprachen im Team“. Frau Alliosa hat sich entschlossen, einstweilen als Kellnerin weiterzuarbeiten, auch mit Schmerzen. Die Vorstellung, in „irgend so ein Büro zu müssen“, erfülle sie „mit Grauen“. In ihrer derzeitigen Arbeit – ihr Vertrag ist formal ein 20-Stunden-Vertrag; real arbeitet sie in der Saison zwischen 30 und 35 Stunden – erfahre sie Bestätigung, Selbstvertrauen und Zufriedenheit. Ihr Arbeitsteam sei „das Beste, das sie je hatte“, und das möchte sie nicht verlieren. Es sei ihr klar, dass auch sie ein großes Bedürfnis nach Anerkennung habe. Frau Alliosa nutzt ihre Freizeit für ein gesundheitswissenschaftliches Studium. Sie will versuchen, ihre leitende Stellung durch Weiterbildung zu behaupten und nach und nach das Spektrum des Veranstaltungs-Angebots um Gesundheitsthemen zu erweitern. In der zuletzt dargestellten Fallkonstellation spiegeln sich Momente des Durchhaltens und der kreativen Suche nach Alternativen bei gleichzeitig starker „Bodenhaftung“. Spürbar ist gleichsam ein Kraftfeld zwischen arbeitsbedingter Krankheit, die eine Weiterarbeit sehr erschwert, und der Attraktivität des gastronomischen Berufsfeldes.

Die abschließende Fallgeschichte kann an dieser Stelle nur ausschnitthaft wiedergegeben werden, alleine schon wegen der Länge des Interviews – es dauerte mehrere Stunden –, aber auch wegen der Komplexität der Biographie der betreffenden Protagonistin, Frau T. (HOGA-5). Ihre Lebens- und Arbeitsgeschichte ist von vielen Widrigkeiten gekennzeichnet, die sie immer wieder bewältigen musste und auch bewältigen konnte. Frau T. ist 59 Jahre alt, gelernte Medizinisch-Technische Assistentin und arbeitet seit Jahrzehnten halbtags im Labor einer größeren medizinischen Einrichtung. Dort freilich verschlechterten sich über die Jahre die Arbeitsbedingungen so sehr, dass es zunehmend zu Schwierigkeiten in Arbeitsvollzug und Arbeitsinteraktion kam. Eine Leitungskraft glaube Frau T. fortlaufend Fehler vorhalten zu müssen, obwohl diese Vorwürfe sich immer wieder als weitgehend unbegründet herausstellten. Frau S. arbeitete während all dieser Jahre als Teilzeitkraft in einer kleinen Gastronomie mit insgesamt 15 Beschäftigten. In deren Belegschaft gewann sie Freunde und freundschaftliche Unterstützung. Die allgemeinen Bedingungen in der Gaststätte sind keine anderen als sonst wo auch: Stehen, schweres Heben und Tragen, Hektik und überlange Arbeitszeiten. Das alles erscheint für Frau T. in der „Natur des Betriebs“ zu liegen und damit als nicht wirklich veränderbar zu sein.

Auch für die Nichtbezahlung von Krankheitstagen bringt Frau S. Verständnis auf: „Auch wenn der Laden boomt, fällt nicht viel ab. Reich wird man nicht, wenn man Pacht zahlen muss“. Das Entscheidende in der lebensweltlichen Konstellation Frau T.’s: Die Arbeit in der Gastronomie war für sie nicht nur ein guter Ausgleich gegenüber der bedrückenden Situation im Labor, sondern geradezu ein Kraftquell, mit dem sie sich psychisch wieder aufbauen konnte. Die Bestätigung und Anerkennung, die sie beim Kellnern erfahren konnte, war und ist für sie ein „Lebenselixier“. Doch der Reihe nach: Frau T. geriet durch die Auseinandersetzungen im Labor immer weiter in einen psychischen Abwärtszyklus. Sie wurde arbeitsunfähig: Diagnose mittelgradige Despression. Es folgten Krankschreibung, psychosomatische Reha, weitere Krankschreibung, mehrere erfolglose BEM-Gespräche, gleichwohl Unterstützung durch eine Sachbearbeiterin der Krankenkasse, durch eine Psychotherapeutin und durch eine Eingliederungsberaterin eines Integrationsfachdienstes. Frau T. war ein Jahr lang krankgeschrieben und traute sich kaum, in die Stadt zu gehen, immer in Angst, sie könne von ihrer Laborchefin, die sie als Simulantin einschätzte, gesehen werden. In dieser Situation schlug der Gastro-Chef Frau T. vor, sie könne nachmittags gleichsam zum „Innendienst“ in die Gaststätte kommen (HOGA-5):

„Da war mein Chef so nett, weil ich immer eingesprungen bin, und hat gesagt: ‚Du brauchst ja auch wat Geld, also komm!‘ Dann haben wir einen Deal gemacht, dass ich nachmittags immer von halb Vier bis halb Fünf die Vorbereitungen gemacht habe, die wir sonst ab halb Fünf bis halb Sechs gemacht haben, bis wir aufgemacht haben. So konnte ich dann in der Zeit, wo alles zu war, und wo mich keiner sehen konnte, eine Stunde jeden Tag arbeiten, was er mir dann auch so gezahlt hat.“

Hier zeigen sich Momente dessen, was die Arbeitswissenschaft als salutogenen Effekt von Arbeit beschreibt: Nicht nur das Einkommen, sondern auch soziale Eingebundenheit, Anerkennung, Bestätigung und Sinngebung stärken die positiven personalen Ressourcen (Jahoda 1983; Neuberger 1985, S. 174). Doch muss kritisch überdacht werden, ob nicht auch realitätsverzerrende Momente im Spiel sind, so etwa die Versuchung, dissonanzvermindernden Umdeutungen zu verfallen (Ebenda, S. 183), oder schlichtweg die Versuchung, seine Ansprüche an Arbeits- und Lebensbedingungen soweit abzusenken, dass sie in ein halbwegs harmonisches Verhältnis zur Realität gebracht werden können (Ebenda, S. 185). Die Frage ist: Wie können sich Sehnsüchte nach Geborgenheit und Impulse nach Erlebnis und Ereignis aufeinander beziehen, und auf welcher Lebensebene können sich diese widerstreitenden Kräfte einschwingen?

Auch in diesem Interview habe ich das Gespräch auf die Frage der alterns- und altersgerechten Arbeit gelenkt, d. h. die Frage aufgeworfen, ob und wenn ja, unter welchen Bedingungen ein älter werdender Mensch im Gastgewerbe arbeiten kann. Frau T. ließ keinen Zweifel darüber aufkommen, dass auch Ältere „mit anpacken können" müssen. Und auch hier kam ein Hinweis auf die körperliche Fitness:

„Ich bin zäh, ich kann also auch, nachdem ich Wochen oder Monate nicht wandern war, kann ich auf einmal 25 km am Stück laufen. Also, es ist schon viel Knochenarbeit, ja, und es ist auch anstrengend. Vor zehn Jahren hat mir das auch bei weitem körperlich nicht so viel ausgemacht wie heute. Also ich bin heute eher kaputt. Also so in meinen Anfangsphasen, da sind wir oft am Wochenende morgens um fünf oder um sechs erst nach Hause. Inzwischen sind wir ja mehr Restaurant und überhaupt nicht mehr Kneipe, und dann kommen wir früher nach Hause, aber es ist schon, wenn es voll ist und man viel rennen muss, das ist schon wirklich sehr anstrengend. Also Kellnern mit 67 – das, glaube ich, schaffe ich aber nicht, das schafft keiner."

Nun ist Frau S. schon nahe an der „60-Jahres-Grenze", und zunächst wirkt sie fast entrüstet, als ob man ihr die schwere Arbeit nicht mehr zutrauen würde. Doch dann reflektiert sie die Arbeitsbelastungen, die mit dem Altersgang sich verstärkenden Beanspruchungen und die zunehmende Mühe der schweren Arbeit. Innerhalb weniger Sätze ändert sie die Perspektive und kommt zu dem Schluss, dass diese Anstrengungen nicht bis zur offiziellen Rentengrenze durchzuhalten sind, jedenfalls nicht unter den Bedingungen, die heute in der Gastronomie vorherrschen und die die befragte Protagonistin für wenig veränderbar hält. Frau T. gab zu bedenken, dass kleine Gastronomiebetriebe oft im Kontext enger freundschaftlicher Beziehungen entstünden und dass es eher eine familiäre Atmosphäre sei, weniger eine Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Atmosphäre, die solche Betriebe kennzeichne. Wer in der Gastronomie arbeite, so Frau T., müsse sich klar darüber sein, dass es sowas wie geregelte Arbeitszeiten und es „pikobello Arbeitsbedingungen" da nicht gebe, einmal von den mäßigen Verdienstmöglichkeiten zu schweigen. „Die normalen Arbeitsgesetze sind in der Gastronomie nicht umsetzbar, das geht einfach nicht." Am Wochenende oder an Feiertagen arbeiten, das sei eben in dieser Branche überall so. Wer in der Gastronomie arbeite, müsse an einer solchen Arbeit „Spaß haben". Leider würden gerade die „jungen Leute" sich das nicht klarmachen. Sie hätten die Vorstellung, dass sie selbstverständlich am Wochenende frei hätten. Daher gebe es in den letzten Jahren zunehmend „Rangeleien" wegen der Dienstpläne:

„Sage ich: ‚Ja, hier ist doch kein Fun-Geschäft, kommste heut nicht, kommste morgen.' Sag ich: ‚Ihr wollt alle Geld verdienen', und wenn einer gebraucht wird: ‚Äh, ich kann nicht, ich habe Geburtstag', oder: ‚Wir gehen heute Abend weg', oder: ‚Hier ist das', oder: ‚Da ist ein Kino' oder sonst was. Ich sage: ‚So läuft der

Hase nicht, wenn ich Chef wäre, ihr wärt alle nicht mehr da.‘ Das sage ich denen auch. Insofern bin ich denn da jetzt schon […], sage ich immer, die alte Hexe. Nee, aber s’ist so, wenn der Chef nicht da ist, ich habe da nichts zu verlieren, ich mache da meine Arbeit, ich bin gut gelitten bei den Gästen, und ich mache meine Arbeit gut, und dann nehme ich mir halt auch die Freiheit raus, dem jungen Gemüse mal unter die Nase zu reiben, auch wenn es ein Aushilfsjob ist, dass das nicht Fun ist.“

Es muss erstaunen, wie die befragte Protagonistin für sich selbst durchaus Arbeitsfreude wahrnimmt – man müsse an der Arbeit „Spaß“ haben – die familiäre Atmosphäre, die positiven Lebensgefühle benennt und insofern einen Erlebnisfaktor für sich reklamiert. Zugleich möchte sie nicht verstehen, dass junge Menschen einen ebensolchen positiven Lebensgenuss für sich beanspruchen, nur eben nicht in der Weise, wie es „die Alten“ tun. Der intergenerative Konflikt ist nicht zu übersehen. Es gibt einen säkularen kulturellen Wandel, der alle Beteiligten vor große Herausforderungen stellt. Dass sich Arbeitshaltungen ändern, ist nicht nur negativ zu sehen. Es werden sich neue Gleichgewichte zwischen Ansprüchen an Arbeit und Leben einpendeln, und Sorge- und Service-Arbeit wird künftig nicht mehr nur einer an der Freude der Dienstbarkeit orientierten Berufsethik folgen. Frau T. ist anzumerken, dass sie schon vieles in ihrem Leben hat „schlucken“ müssen. Die Diktion ihrer Argumentation gegen das „junge Gemüse“ offenbart vielleicht auch ein Körnchen Verbitterung – Verbitterung über erlittene Lebensbelastungen im Vergleich zur scheinbaren „Leichtigkeit des Seins“ der heute noch jungen Menschen. Die Haltung der Älteren vergisst, dass sie es leichter hatten, sich eine Existenz mit relativ gut planbaren Erwerbsbiographien aufzubauen als junge Menschen heute, die wissen, dass nichts mehr längerfristig planbar ist. Also lebt Mensch mehr im Hier und Jetzt. Das zu verstehen, fällt offenbar der älteren Generation schwer.

Auf die Frage hin, was sie denn über die Branche in ihrem Ort und in ihrer Region wisse, das Thema Älterwerden und Krankheit betreffend, erzählte Frau T. dann noch eine traurige Geschichte:

„Ich kenne hier einen, der hat eine Gaststätte, ein kleines Hotel drunten am Markt. Der Koch dort, der ist immer arbeiten gegangen, der hat da auch gewohnt. Der hat seit bestimmt vier Jahren eine Allergie gegen Spargel gehabt, und er hat jeden Tag in der Spargelzeit Spargel geschält, und er hatte immer Handschuhe an und hatte sich bis oben hin die Arme mit Folie umwickelt. Ich hatte ihm noch gesagt: ‚Damit ist nicht zu spaßen!‘ Doch er hörte nicht. Dem ging es ja dann auf einmal zusehends schlechter, das ging so eine Woche lang, und Freitagabend, der hat sich ja geweigert ins Krankenhaus zu gehen, und am nächsten Tag war er tot, und er hat abends noch gesagt: So schnell stirbt man nicht, aber man stirbt eben manchmal doch so schnell. […] Ich vermute, dass der einen Schock gekriegt hat und dass er dann tatsächlich erstickt ist in der Nacht, mit multiplen Organversagen, wie es dann üblich ist. Mir ist das nicht aus dem Kopf gegangen, und weil es dann hieß: Herzinfarkt. Aber das war der Spargel. […] Eine Obduktion gab es nicht. Er war ja in seinem Zimmer, die Tür war zu, kein Fremdverschulden, dann haben die das nicht weiter untersucht.

Für mich ist das eigentlich […], natürlich, die angegriffenen Organe durch Rauchen und Saufen, aber ich glaube, es hätte den auch als Gesunden genauso getroffen. Tragisch, aber ich habe es ihm noch zwei Wochen vorher gesagt; Du musst da was tun, du kannst das nicht so lassen."

Frau T. sieht sich einerseits in der Verantwortung und macht sich implizit Vorwürfe, nicht stärker interveniert zu haben. Andererseits – und auch das sieht sie recht klar – hatte sie nach billigem Ermessen keine Chance, dem Geschehen eine andere Richtig zu geben. Der Vorfall macht deutlich, wie sehr im klein- und mittelbetrieblichen Bereich zufällige und willkürliche Konstellationen herrschen und wie wenig Einflussmöglichkeiten – beim derzeitigen Stand der überbetrieblichen Beratung und Kontrolle – bestehen, „von außen" in das Geschehen einzugreifen. Doch das bedeutet umgekehrt: Das Beispiel zeigt in eklatanter Weise, wie notwendig der Aufbau überbetrieblicher Beratung und Unterstützung ist. Wenn Menschen in der Arbeitswelt fortgesetzt Raubbau an ihrer Gesundheit treiben, sich nicht in therapeutische Hilfe begeben und die Gefahr, dass sie sich totarbeiten, nicht mehr von der Hand zu weisen ist: Wohin können sich Vorgesetzte und Mitarbeiter/innen wenden? Es gibt heute schon Möglichkeiten – wie z. B. die Einschaltung des MDK – doch die Wege sind zu lang, zu kompliziert, zu umständlich. Prävention muss, darüber ist die sich Fachwelt einig, viel früher als heute ansetzen. Ob der tragische Fall, der uns erzählt wurde, damit hätte verhindert werden können, wissen wir nicht. Doch einen Versuch wäre es wert gewesen.

4. Zusammenführung und Folgerungen

Die vorliegende Fallstudie hat sich zur Aufgabe gesetzt, die Charakteristika der Arbeitskultur im klein- und mittelbetrieblichen Gastgewerbe zu beschreiben und der Frage nachzugehen, ob und wie im Gastgewerbe ein Älterwerden in Würde und eine gute Arbeit mit bedingter Gesundheit möglich ist. Hierzu wurden 20 leitfadengestützte und teilweise narrativ-episodische Interviews ausgewertet, mit der Intention, den jeweiligen betrieblich-persönlichen Konstellationen nachzuspüren. Übereinstimmend wird von ungünstigen bis extrem harten und belastenden und gesundheitlich hoch risikohaften Arbeitsbedingungen berichtet. Als besonders problematisch erscheint die Situation älterer und gesundheitlich beeinträchtigter Köche und Köchinnen, Kellner/innen und Hotelbeschäftigten. Wir sehen bei der Hälfte der Befragten ein mehr oder weniger stark geschädigtes Muskel-Skelett-System, mehrfach schwere Schultererkrankungen, aber auch Krebs-, Herz-, Darm- und Hauterkrankungen. Depressive Episoden kommen ebenfalls vor, sind aber mit hoher Wahrscheinlichkeit im Sample unterrepräsentiert, alleine schon deshalb, weil Depressive sich kaum für ein Interview zur Verfügung zu stellen bereit sind. Die Hälfte der Befragten offenbarte, was die Arbeit im Gastgewerbe anbetrifft, in der Tendenz eine eher positive oder bedingt positive, die Hälfte der Befragten eine eher negative Arbeitsorientierung. Diese Verteilung korreliert fast übereinstimmend mit der Aufteilung in Betriebe mit einer eher fürsorglichen auf der einen und einer eher instrumentalistischen betrieblichen Sozialordnung auf der anderen Seite (Kotthoff/Reindl 1990). Nur in einem Fall finden wir eine positive Arbeitsorientierung trotz einer instrumentalistisch geprägten Betriebspraxis. Ein reguläres Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) gab es nur in einem Betrieb, in einigen Betrieben gab und gibt es eine eher improvisierte Wiedereingliederung, in der Mehrheit der Betrieben existiert faktisch kein BEM. Eine betriebsärztliche Betreuung gibt es in zwei Fällen, in 20 Fällen nicht.

Unser empirisches Material bestätigt den in internationalen Studien gesehenen Healthy-Worker-Effekt. Es gibt offensichtlich körperlich-konstitutionelle Faktoren, die eine Arbeit im Gastgewerbe erschweren oder begünstigen. Unser Material bestätigt zugleich den epidemiologischen Befund, dass eine gute Kondition nicht vor Schäden schützt. Mit der Kumulation der Beschäftigungsjahre im Gastgewerbe schreiben sich die Belastungen in den Körper ein, und es entstehen vorzeitige degenerative Erkrankungen. Die Belastungen konterkarieren den Healthy-Worker-Effekt. Die Rolle der psychosozialen Faktoren im Gastgewerbe

ist evident. Unser Material bestätigt den – schon von anderen Branchen gut bekannten – epidemiologischen Befund, nach dem positive Betriebskulturen und soziale Unterstützung durch Vorgesetzte sich positiv, und negative Betriebskulturen und fehlende soziale Unterstützung durch Vorgesetzte sich negativ auf die Gesundheit auswirken. Bezogen auf diese Kontexte sehen wir Betriebe, in denen ältere Beschäftigte gefördert, und Betriebe, in denen ältere Beschäftigte diskriminiert werden. Unser Material erlaubt keine Aussage über eine – im Vergleich zu Männern – höhere physische, psychische und gesundheitliche Belastung der Frauen, ebenso wenig wie über eine besondere ethnisch motivierte Diskriminierung. Auch die BAuA-Befragungsdaten (Gerstenberg/Wöhrmann 2018) können den in internationalen Studien auffallenden Gender-Drift nicht bestätigen. Dieser Befund mag an einer anders strukturierten Hotel- und Gastronomiekultur in Deutschland liegen oder an der mangelnden geschlechtsspezifischen Analyse der einschlägigen Studien.

Das Spektrum der Lebens- und Berufsgeschichten der in unserer Fallstudie versammelten gastgewerblich Arbeitenden mit zumeist bedingter Gesundheit erwies sich als breit gefächert – es reicht von tiefer Resignation, über Verbitterung und rationale Abwahl bis zu euphorischen Arbeitsmotivation, d. h. bis zu Kellnern und Kellnerinnen, die sich „nichts anderes vorstellen“ können– trotz teilweise erheblicher gesundheitlicher Einschränkungen. Im Falle der Resignation ist den Betroffenen der Blick auf Alternativen und Veränderungsmöglichkeiten versperrt, verbunden mit Momenten einer erlernten Hilflosigkeit. Eine andere, gleichsam „mittlere“ Orientierung kann als Konstellationstypus des Durchhaltens beschrieben werden, verbunden mit starken Momenten einer Krankheitsverleugnung. Personen, die sich in einer derartigen Haltung verfangen oder verfestigen, tendieren dazu, krank zur Arbeit zu gehen, Reha-Maßnahmen abzulehnen und sich mit Stützgurten, Medikamenten und Fitnesstraining aufrecht zu halten. Der Körper wird hier als Arbeitsmaschine verstanden, was zu Entfremdungserscheinungen gegenüber einer lebendigen Leiblichkeit und Zwischenleiblichkeit führt. Schließlich begegneten uns auch Orientierungen einer hohen Arbeitsmotivation, die einerseits mit Arbeit als positiver Kraftquelle, andererseits aber auch mit Momenten einer Dissonanzverminderung korrespondieren kann.

Die Arbeit im Gastgewerbe scheint angesichts andernorts dominierender tayloristischer und posttayloristischer Arbeitssysteme ein Refugium längst vergangener Zeiten zu sein: eine auf den ersten Blick nichtentfremdende Arbeit ganzheitlichen Zuschnitts, d. h. eine Arbeit, die vom Wunsch des Gastes bis zu dessen Befriedigung wahrgenommen, durchgeführt und hinsichtlich ihrer Qualität bewertet und abgeschlossen

werden kann. Zu den „vergangenen Zeiten“ gehört gleichwohl das Dienstverhältnis: Der Kellner oder die Hotelfachfrau an der Rezeption sind gehalten, sich dem Wunsch des Gastes zu unterwerfen. Das begrenzt die Handlungsspielräume enorm, mit zugleich höchsten Anforderungen an Gefühls- und Emotionsarbeit (Hochschild 1983/2006); Böhle/Stöger/Weihrich 2015). Die Arbeitenden sind zwischen den Direktiven der Geschäftsleitung und denen des Gastes gleichsam „eingeklemmt“. Damit auf Dauer zurechtzukommen, ist genau genommen ausgesprochen schwierig und setzt ein gesundes Selbstbewusstsein und profunde Lebenserfahrung voraus. Doch es gibt Fehlanpassungen: die der Überidentifikation mit der Rolle und die der übermäßigen Distanzierung. Überidentifikation bedeutet, sich mit der Arbeitsrolle so stark zu identifizieren, dass das Wollen der Auftraggeber/innen zum eigenen Wollen wird. „Um den Zwang nicht zu spüren, nimmt man ihn ins Ich herein“ (Parin/Parin-Matthey 1978, S. 416 f.). Ein jeder Mensch ist mit dem Anderen verwoben, ein jeder Mensch will anerkennen und anerkannt werden. Doch es gibt auch eine Pathologie der Anerkennung, ein Übermaß an „verkennende(r) Anerkennung“ (Bedorf 2010), eine Abhängigkeit, die darin besteht, allein die von außen gesetzten Erwartungen zum Humus der eigenen Identität zu machen. Im Sinne einer idealtypischen Überspitzung kann bei starker Überidentifikation das Agieren und Interagieren einen marionettenhaften, d. h. einen stilisierten, gekünstelten, affektierten, überdrehten, aufgeblähten oder manierierten Charakter annehmen. Das leibliche Ich und der Zwischenleiblichkeit sich hervordrängende „andere Leben“ wird von der Rollenidentität begrenzt, gefiltert und in den für den Arbeitsvollzug dysfunktionalen Teilen unterdrückt. Dieses „andere Leben“ ist aber entscheidend wichtig, um das Gleichgewicht zwischen Ich und Rolle zu wahren und die verschiedenen Anforderungen der Arbeits- und Lebenswelt aufeinander abzustimmen und auszubalancieren, d. h. in Teilen zu integrieren und in anderen Teilen Zumutungen und Zurichtungen zu wiederstehen. Eine überbordende Rollenidentität kann eigene Bedürfnisse verschatten und dem Widerspruch den Boden entziehen. Diejenigen Personen aus unserem Sample, die eine hohe und auf das Gastgewerbe ausgerichtete Motivation zeigen, haben sich in diese Gefahrenzone begeben. Ihre starke Persönlichkeit mag sie davor bewahren, zu „Marionetten“ zu werden und sich den damit verbundenen pathogenen Prozessen auszuliefern. Parin/Parin-Matthey (Ebenda) weisen darauf hin, dass Schattenseiten, die sonst tabu wären, mit der Rolle „ausgelebt“ werden können – Machtgelüste und Unterdrückungspraxen, wie sie uns im Interviewmaterial mehrfach begegneten. Der andere idealtypische Fall, die übermäßige Distanzierung von der Rolle, bedeutet, sich der Rolle im Grunde zu verweigern, d. h. sie nur „äußerlich“, auto-

maten- oder schablonenhaft wahrzunehmen, doch innerlich in seiner „anderen Welt“ zu leben. Hier ist die Balance zwischen Ich- und Rollenidentität gestört, denn die Verbindung beider ist abgerissen. Die Anforderungen der Arbeitswelt werden mit größter Mühe bewerkstelligt, die innere Anspannung steigert sich bis zum Zerreißen und schließlich bis zum Zusammenbruch. Auch hier schmilzt die Verdopplung der Person in Ich- und Rollenidentität zusammen. Diejenigen aus unserem Sample, die aus Krankheitsgründen das Gastgewerbe verlassen haben, mögen noch rechtzeitig die „Notbremse“ gezogen haben, doch zumindest in einem Fall – im Fall der Geschichte von Herrn G. – augenscheinlich so spät, dass gravierende gesundheitliche Schäden zurückblieben, welche die Biographie weichenstellend und nicht unbedingt „zum Guten“ beeinflussten. Aus psychiatrischer Sicht benennt Fuchs (2000, S. 265) die Gefahr der „Selbstentfremdung gegenüber der eigenen Leiblichkeit“, womit ein Vorgang gemeint ist, der den/die Betroffene/n der Welt entrückt und eine Leere entstehen lässt, die Raum für Gefühle von Verlorenheit, Illusionen oder Wahnvorstellungen bietet. In beiden Fällen – Überidentifikation und Überdistanzierung – führt die Verdrängung der zugrundeliegenden Konfliktlage zur Chronifizierung von Beanspruchungen und Krankheiten (Mitscherlich 1967), d. h. anfängliche Schulterschmerzen werden mental „weggedrängt“ statt sie zum Anlass für Veränderungen zu nehmen.

Im Betriebsgeschehen greifen unweigerlich makro- und mesosoziologische, sozial-psychologische und individualpsychologische Strukturen ineinander. Das Gastgewerbe befindet sich im Grenzbereich zwischen alten vormodernen und neuen neoliberalen Wirtschaftslandschaften. Auch im Gastgewerbe ist „Macht und Herrschaft in der Servicewelt“ (Staab 2014) präsent. In der betrieblichen Situation präformiert der Arbeitsablauf immer einen mehr oder weniger großen Anpassungszwang, dem sich Gruppe wie Individuum unterwerfen müssen, der aber auch immer wieder informell unterlaufen wird und auch unterlaufen werden muss. Keine Organisation kann sich rein rational aufrechterhalten. Diese für jeden Betriebsablauf notwendig informelle Ebene (Kühl 2011) wurde in der Arbeitssoziologie schon vor Jahrzehnten thematisiert. Konrad Thomas hat sie treffend als „verborgene Situation“ bezeichnet (Thomas 1964). Der arbeitende Mensch muss sich in den betrieblichen Ablauf einfügen und muss die Rollen übernehmen und ausfüllen, die ihm/ihr die Organisation zuschreibt, doch es gibt immer wiederstrebende Momente, die je nach psychosozialem Kontext belastend oder auch entlastend sein können. „Wenn sich Menschen im Betrieb ‚aufreiben‘, so ist das unter diesen Bedingungen zu sehen. […] Angst, Nervosität und Ohnmacht ermöglichen wiederum, dass man sich dem Funktionieren anpasst. […]

Das, was in Wirklichkeit Verdrängung ist, muss als Gewöhnung erscheinen. Man muss sich selbst einreden, dass man sich an alles gewöhnen kann.“ (Thomas 1964, S. 87 f.). Dies ist ein zirkulärer sozialer Mechanismus zwischen Angst, Anpassung und Funktionalität, die, wenn sich keine Öffnung auftut, über kurz oder lang in Verhärtung, Entpersönlichung und Krankheit enden kann. Individuelle Ausbrüche daraus sind kaum möglich oder doch mit hohen sozialen Risiken verbunden. Nur als Gruppe ist es möglich, an den offiziellen Regeln und der offiziellen Organisation vorbei einen informellen Weg der Entlastung, des Innehaltens, des Sich-Entspannens, des Wieder-zu-sich-Kommens, zu finden. Diese verborgenen Situationen halten Menschen im Betrieb lebens- und entfaltungsfähig. Das haben viele der hier vorgestellten Personen erkannt und für sich, wie für andere, immer wieder Wege gefunden, „das Schlimmste“ abzuwenden.

Die ungünstigen Arbeitsbedingungen im Gastgewerbe erscheinen vielen, auch den Betroffenen, als weitgehend unabänderlich. Doch dem muss entgegengehalten werden, dass unter bestimmten Bedingungen Änderungen immer möglich sind, auch wenn diese vielleicht nur graduell erscheinen mögen. Unser Interviewmaterial zeigt: Entscheidend sind die hinderlichen oder förderlichen Kontexte. Die Möglichkeiten gehen weiter, als das, was in der Branche üblicherweise gesehen wird oder gesehen werden will. So könnte beispielsweise das Abräumen schweren Geschirrs mit Unterstützung zumindest in Teilbereichen, bei denen die Raumgeometrie dies zulässt, durch Servier- und Transportwagen organisiert werden. Das wäre ein erster, aber bedeutsamer Schritt zu einer „Kulturveränderung“, die mit entsprechender überbetrieblicher Unterstützung vorbereitet und begleitet werden könnte. Das empirische Material bestätigt die Vermutung, dass in kleineren Betrieben in der Regel die Empfehlungen der Unfallversicherung respektive der Berufsgenossenschaft und die Möglichkeiten, welche die Deutsche Rentenversicherung im Rahmen der im SGB IX vorgesehenen Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben bietet, weitgehend unbekannt sind. Zum einen stünde es an, technische Routinen wie die des Servier- und Transportwagens zu implementieren, zum anderen stünde es an, Präventionsprogramme zur rücken- und gelenkschonenden Arbeitsweise im Gastgewerbe zu entwickeln und flächendeckend Betrieben und Beschäftigten näherzubringen. Aufgabe der Unfallversicherung ist es, mit allen geeigneten Mitteln nicht nur Unfälle, sondern auch arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten (SGB VII, § 1). Arbeitsbedingt heißt, dass Arbeitsbelastungen epidemiologisch messbar an der Entstehung oder Verschlimmerung von Krankheiten beteiligt sind. Muskel-Skelett-Erkrankungen im Gastgewerbe wie z. B. Schulterschäden sind in diesem Sinne arbeitsbedingt

(OSHA 2007) und damit Gegenstand einer gesetzlich geforderten Prävention. Ähnlich, wie dies heute schon die Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege tut, sollten für gastgewerblich Beschäftigte Präventionswochen für richtiges Heben und Tragen angeboten werden, was branchenpolitische und branchenübergreifende Verhandlungen über Lohnausfallkosten auf die Tagesordnung setzten würde. Es muss erstaunen, dass auch das gewerkschafts- und arbeitnehmerpolitische Engagement – obwohl immer wieder die erschreckend hohen gesundheitlichen Belastungen im Gastgewerbe hervorgehoben werden – in der Frage eines verstärkten Arbeits- und Gesundheitsschutzes eher wortkarg bleibt.[18] Gefordert und teilweise auch durchgesetzt werden allgemeinverbindliche Branchentarifverträge, die zwar das Lohndumping bremsen, doch wenig zur Verbesserung der gesundheitsrelevanten Arbeitsbedingungen beitragen können.

Das empirische Material zeigt: Muskel-Skelett-Erkrankungen bergen bei Dauerbelastung die Tendenz zur Chronifizierung. Chronische Muskel-Skelett-Erkrankungen führen zu einer dauerhaften gesundheitlichen Einschränkung, die nach SGB IX, § 2 als Behinderung einzustufen ist. Für Menschen mit Behinderung und solche, die von Behinderung bedroht sind, sieht das SGB IX, § 49 explizit „das Training motorischer Fähigkeiten“ vor. Zusätzlich liegt ein „Rahmenkonzept zur Umsetzung der medizinischen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 14, Abs. 1, SGB VI“ vor (DRV 2018). Es harrt der Umsetzung im Gastgewerbe. Die Sozialversicherungs- und Rehabilitationsträger sind – nicht zuletzt durch die Nachbesserungen des Bundesteilhabegesetzes – aufgefordert, im Sinne einer präventiv eingreifenden Praxis eng zu kooperieren. Die Rehabilitationsträger haben sich in einer gemeinsame(n) Empfehlung verpflichtet, chronischen Erkrankungen durch kollektive wie individuelle und auf die Lebenswelt der Betroffenen zugeschnittenen Maßnahmen entlang einer Prozesskette – von der Primär- über die Sekundär- bis zur Tertiärprävention – entgegenzutreten (BAR 2014). Wenn chronische Erkrankungen sichtbar werden, können heute schon Betriebe den Firmenservice der deutschen Rentenversicherung anfordern und um koordinierende Hilfe bitte. Ebenso sind Berufsgenossenschaft, aber auch Integrationsfachdienste aufgefordert, Hilfe zu leisten. Die Kooperation sowohl der Sozialversicherungs- und Reha-Trägern untereinander als auch dieser mit den Betrieben und Betroffenen ist bislang jedoch mangelhaft und bedarf eingreifender organisatorischer und trägerübergreifender Innovationen. Dringend erforderlich sind daher „Neue Allian-

18 Exemplarisch wird hier die umfassende Branchenanalyse der Arbeitnehmerkammer (Salot 2018) beleuchtet, die in enger Zusammenarbeit mit der Gewerkschaft Nahrung-Genuss-Gaststätten entstanden ist.

zen“ überbetrieblicher Hilfen, Beratungsangebote und Vernetzungen. Derartige Allianzen müssen den klein- und mittelbetrieblichen Arbeitskulturen und Lebenswelten angepasst sein, d. h. sie müssen auf die Traditionen, Routinen und Orientierungen der in den Betrieben vorfindlichen Kulturen abgestimmt sein. Zu thematisieren wären daher auch Rollenverständnisse, Rollenkonflikte und Rollendistanzierung. Lassen wir die arbeitskulturelle Spezifik des Gastgewerbes Revue passieren, so liegt es hinsichtlich der Frage einer primären Beratungsinstanz nahe, an die Berufsgenossenschaft BGN zu denken. Sie besitzt die einschlägigen arbeitsanalytischen und berufskundlichen Kompetenzen. Es läge an ihr – selbstredend unterstützt durch eine Querfinanzierung der Reha-Träger – , mit chronisch Erkrankten Kontakt aufzunehmen, die Koordination zusätzlicher Hilfen zu organisieren und die Eingliederungsprozesse zu initiieren, zu begleiten und zu steuern.[19]

Im arbeitswissenschaftlichen Diskurs schält sich die Auffassung heraus, dass im Gastgewerbe durchaus Gestaltungsspielräume bestehen. Dies sei anhand eines längeren Zitats aus dem BAuA-Bericht zur Arbeitszeit im Gastgewerbe erläutert: „In der Literatur wird häufig darauf hingewiesen, dass sich die Arbeitszeitanforderungen und die Arbeitsintensität im Gastgewerbe stark nach den Gästen bzw. Kundenwünschen richten. Angesichts der vorgelegten Befunde zum Zusammenhang zwischen langen und untypischen Arbeitszeiten, hohen Flexibilitätsanforderungen und hoher Arbeitsintensität sowie Beeinträchtigungen der Gesundheit und Zufriedenheit von Beschäftigten im Gastgewerbe kann es nicht das letzte Wort sein, auf die Abhängigkeit von Kundenwünschen hinzuweisen. Hier ist vielmehr die Arbeitsorganisation gefragt. Die im vorliegenden Bericht (es handelt sich um den Arbeitszeitbericht der BAuA, der Verf.) präsentierten Ergebnisse weisen darauf hin, dass neben einer angemessenen und vorausschauenden Personalbedarfsplanung insbesondere verlässliche Dienst- und Einsatzpläne sowie klare Vertretungs- und Pausenregelungen zu empfehlen sind. Die zeitlichen und sonstigen Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass es dem Erhalt der Gesundheit und Zufriedenheit von Beschäftigten dient, ist eine Aufgabe, der sich die Akteure im Gastgewerbe stellen müssen“ (Gerstenberg/Wöhrmann 2018, S. 14 f.). Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der nicht ins Unendliche reichenden Möglichkeit,

19 Folgt man unserer Argumentation, so sind hier Initiativen der Gewerkschaft Nahrung-Genuss-Gaststätten (NGG) angezeigt. Sie könnte über ihre Selbstverwaltungs-Vertreter eine noch wesentlich stärker präventiv orientierte, proaktive, aufsuchende und sowohl Inhaber als auch Beschäftigte intensiv beratende und begleitende Arbeit der BGN einleiten und zur Durchsetzung verhelfen. Die Chancen, hierfür auch die Arbeitsgeberseite zu gewinnen, stehen aufgrund der zunehmenden Schwierigkeiten der Branche und des Fachkräftemangels nicht schlecht.

migrantische Arbeitskräfte einzusetzen, wird die Branche gezwungen sein, sich gegenüber neuen Konzepten der Arbeitsorganisation zu öffnen. So könnten ältere Fachkräfte mit kaufmännischen Angelegenheiten, mit Warenannahme und mit kommunikativen und kooperativen Aufgaben betraut werden, und es ist einem Interviewpartner zuzustimmen, der aus reichhaltiger interner Kenntnis heraus den Satz formulierte: „Da ist ein großer Bereich […], das kann man bestimmt auch so machen, wenn man es denn wollen würde." Dieses Wollen zu forcieren, wird eine arbeits- und sozialpolitische Aufgabe der Zukunft sein.

Unsere Fallstudie zeigt die Relevanz eines kontinuierlichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Betrieb, angefangen von angemessenem Schuhwerk und ergonomischen Hilfen bis zu den persönlichen Schutzausrüstungen beim Reinigen der Küchen. Dazu gehören Aufklärung, Unterweisung und Einübung. Ebenso unverzichtbar sind Konzepte des alterns- und altersgerechten Arbeitens. Dies betrifft den Zuschnitt und die Verteilung von Arbeitsaufgaben, die Arbeitsorganisation und die Arbeitszeiten. Die Situation der älteren und gesundheitlich beeinträchtigten Beschäftigten verlangt nach Maßnahmen, welche einen Arbeitsvollzug auch bei bedingter Gesundheit und bedingter Leistungsfähigkeit ermöglichen. Es gibt betriebliche Best-Practice-Beispiele, die freilich nur mit zusätzlicher überbetrieblicher finanzieller, sachlicher und konzeptioneller Unterstützung funktionieren können. Das Wissen über derartige Möglichkeiten und die ansprechbaren Institutionen fehlt jedoch im Gastgewerbe fast flächendeckend. Die Arbeitskultur im Gastgewerbe zeigt überdeutlich, wie notwendig der Aufbau überbetrieblicher Beratung- Unterstützungs- und Evaluationsstrukturen ist. Die Beschäftigungssicherung älterer und gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiter/innen in kleinen und mittleren Unternehmen ist eine Aufgabe, zu deren Bewältigung Verantwortung auf mehreren Ebenen gefordert ist. Inhaber und Leitungskräfte müssen ihre Verantwortung erkennen, bedürfen aber der überbetrieblichen Unterstützung. Das Gleiche gilt für die betroffenen Mitarbeiter/innen: Auch sie müssen dazu beitragen, ihre Gesundheit zu erhalten, und auch sie brauchen dafür eine adäquate überbetriebliche Hilfestellung. Die hier beispielhaft benannten Punkte in die arbeitskulturellen Alltagsroutinen des Gastgewerbes zu implementieren, ist eine sozialstaatliche Aufgabe, deren Schwierigkeitsgrad keine Ausrede sein darf, sie nicht in Angriff zu nehmen.

Literatur

Abels, Heinz (2010): Interaktion, Identität, Präsentation. Kleine Einführung in die interpretativen Theorien der Soziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Alaze-Hagemann, Felizitas/Goedicke, Anne/Schmieja, Vanessa (2018): Existenzgründungen im Gastgewerbe: Bedingungen erfolgreicher Bewältigung bei Familienbetriebsübernahmen und Neugründungen. In: Beerheide, Emanuel/Georg, Arno/Goedicke, Anne/Nordbrock, Constanze/Seiler, Kai (Hrsg.) (2018): Gesundheitsgerechte Dienstleistungsarbeit – Diskontinuierliche Erwerbsverläufe als Herausforderung für Arbeitsgestaltung und Kompetenzentwicklung im Gastgewerbe. Wiesbaden: Springer. S. 181–218

Arnold, Rolf (1985): Deutungsmuster und pädagogisches Handeln in der Erwachsenenbildung. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Baek, Kiook/Yang, Seeonhe/Lee, Miyoung/Chung, Insung (2018): The Association of Workplace Psychosocial Factors and Musculoskeletal Pain Among Korean Emotional Laborers. In: Safety and Health at Work. Heft 9/2, S. 216–223

BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) (2014): Reha-Prozess. Gemeinsame Empfehlung, https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Broschuere4G.web.pdf (Abruf am 12.07.2018).

Bedorf, Thomas (2010): Verkennende Anerkennung. Über Identität und Politik. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Beerheide, Emanuel/Georg, Arno/Goedicke, Anne/Nordbrock, Constanze/Seiler, Kai (2018) (Hrsg.): Gesundheitsgerechte Dienstleistungsarbeit –Diskontinuierliche Erwerbsverläufe als Herausforderung für Arbeitsgestaltung und Kompetenzentwicklung im Gastgewerbe. Wiesbaden: Springer.

BGF (Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung) (2016): Rheinlandbericht im Auftrag der AOK. Köln: Eigendruck.

BGN (Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe): Richtig heben und tragen. Infoblatt, https://www.bgn.de/9394 (Abruf am 12.07.2018).

Blasczyk, Sascha (2018): Nachhaltige Beschäftigungssicherung für ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte im Handwerk. Unveröffentlichtes Manuskript.

Böhle, Fritz/Stöger, Ursula/Weihrich, Margit (2015): Interaktionsarbeit gestalten. Vorschläge und Perspektiven für humane Dienstleistungsarbeit. Berlin: Edition Sigma.

Braun, Elfi (2017): Weiter Küchenluft atmen. Nach schwerem Wegunfall neue Arbeit im alten Betrieb. In: akzente (Zeitschrift der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel Gaststätten). Heft 4, S. 18–19.

DIW (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung) (2017): Wochenbericht Nr. 49, https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.572651.de/17-49-1.pdf (Abruf am 12.07.2018).

DRV (Deutsche Rentenversicherung) (2018): Prävention und Gesundheitsförderung, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_Rehabilitation/03_praevention_nachsorge_selbsthilfe/praevention_gesundheitsfoerderung_node.html (Abruf 12.07.2018).

Dreitzel, Hans Peter (1968): Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft. Stuttgart: Ferdinand Enke.

Dunkel, Wolfgang/Weihrich, Margit (Hrsg.): Interaktive Arbeit. Theorie, Praxis und Gestaltung von Dienstleistungsbeziehungen. Wiesbaden: Springer.

Festinger, Leon (1964): Die Lehre von der ‚kognitiven Dissonanz'. In: Schramm, Wilbur (Hrsg.): Grundfragen der Kommunikationsforschung. München: Juventa.

Fuchs, Thomas (2000): Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Gerstenberg, Susanne/Wöhrmann, Anne Marit (2018): Arbeitszeiten im Gastgewerbe – Ergebnisse aus der BAuA-Arbeitszeitbefragung. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fokus/Gastgewerbe.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (Abruf am 12.07.2018).

GfA (Gesellschaft für Arbeitswissenschaft) (2007): Die Kunst des Alterns. Herbstkonferenz 2007 in Kassel. Dortmund: GfA-Press.

Goedicke, Anne/Beerheide, Emanuel (2018): Institutionelle und tätigkeitsbezogene Bedingungen der Arbeits- und Beschäftigungsqualität im Gastgewerbe. In: Beerheide, Emanuel/Georg, Arno/Goedicke, Anne/Nordbrock, Constanze/Seiler, Kai (2018) (Hrsg.): Gesundheitsgerechte Dienstleistungsarbeit – Diskontinuierliche Erwerbsverläufe als Herausforderung für Arbeitsgestaltung und Kompetenzentwicklung im Gastgewerbe. Wiesbaden: Springer, S. 15–42.

Goffman, Erving (1961): Encounters. Indianapolis; deutsch (1973): Interaktion. Spaß am Spiel, Rollendistanz. München: Piper.

Hämmig, Oliver (2017): Health and well-being at work: The key role of supervisor support. In: SSM–Population Health. Heft 3, S. 393- 402

Haruyama, Yasuo/Matsuzuki, Hiroe/Tomita, Shigeru/Muto, Takashi/Haratani, Takashi/Muto, Shigeki/Ito, Akiyoshi (2014): Burn and Cut Injuries Related to Job Stress among Kitchen Workers in Japan. In: Industrial health 52, H. 2, S. 113–120.

Heinze, Thomas (1987): Qualitative Sozialforschung. Erfahrungen, Probleme und Perspektiven. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Haubl, Rolf/Molt, Walter/Weidenfeller, Gabriele/Wimmer, Peter (1986): Struktur und Dynamik der Person. Einführung in die Persönlichkeitspsychologie. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Hien, Wolfgang (2018): Chronisch krank zur Arbeit aus Angst vor sozialem Abstieg und Armut – ein Fallbericht aus dem Gastgewerbe. Vortrag im Rahmen der Konferenz „Armut und Gesundheit“ am 20. März 2018 an der TU Berlin (unveröffentlicht).

Hildmann, Reinhold (1986): Ileitis terminalis (Morbus Crohn). In: Hau, Theodor F. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. Lehr- und Handbuch der Krankheitsbilder. München: Verlag für angewandte Wissenschaften, S. 656–669.

Hochschild, Arlie Russel (1983/2006): Das gekaufte Herz. Die Kommerzialisierung der Gefühle. Erweiterte Neuauflage, Frankfurt am Main: Campus.

Hochschild, Arlie Russel (2017): Fremd im ihrem Land. Eine Reise ins Herz der amerikanischen Rechten. Frankfurt am Main: Campus.

Hoffmann, Anna/Menz, Wolfgang/Hausen, Anita/Schill, Soraya/Schröder, Marco (2012): Interaktive Arbeit in der Hotellerie: zwischen Offenheit und Standardisierung. In: Dunkel, Wolfgang/Weihrich, Margit (Hrsg.): Interaktive Arbeit. Theorie, Praxis und Gestaltung von Dienstleistungsbeziehungen. Wiesbaden: Springer, S. 219–257.

Horn, Klaus/Beier, Christel/Wolf, Michael (1983): Krankheit, Konflikt und soziale Kontrolle. Eine empirische Untersuchung subjektiver Sinnstrukturen. Opladen: Westdeutscher Verlag.

IAB (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung) (2018a): Berufe im Spiegel der Statistik – Berufsordnung Kellner und Kellnerinnen, Stewards, Stewardessen, http://bisds.infosys.iab.de/bisds/result?region=19&beruf=BO912&qualifikation=2 (Abruf am 18.07.2018)

IAB (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung) (2018b): Berufe im Spiegel der Statistik – Berufsfeld Gastronomie- und Reinigungsberufe, http://bisds.iab.de/Default.aspx?beruf=ABO&region=1&qualifikation=0 (Abruf am 18.07.2018).

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

Kim, Hyun/Jayaraman, Saru/Landsbergis, Paul/Markowitz, Steven/Kim, SeungSup/Dropkin, Jonathan (2013) Perceived discrimination from management and musculoskeletal symptoms among New York City restaurant workers, International Journal of Occupational and Environmental Health 19, H. 3, S. 196–206.

Knieps, Franz/Pfaff, Holger (Hrsg.) (2017): BKK-Gesundheitsreport 2017. Digitale Arbeit – Digitale Gesundheit. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Kotthoff, Hermann/Reindl, Josef (1990): Die soziale Welt kleiner Betriebe. Wirtschaften, Arbeiten und Leben im mittelständischen Industriebetrieb. Göttingen: Otto Schwarz.

Kühl, Stefan (2011): Organisationen. Eine sehr kurze Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Lamnek, Siegfried/Krell, Claudia (2016): Qualitative Sozialforschung. 6., überarbeitete Auflage, Weinheim/Basel: Beltz.

Laperriere, Ève/Messing, Karen/Bourbonnais, Renée (2017): Work activity in food service: The significance of customer relations, tipping practices and gender for preventing musculoskeletal disorders. In: Applied Ergonomics 58, H. 1, S. 89–101.

Lohncheck (2018): Kellner-Lohnvergleich in der Schweiz, https://www.lohncheck.ch/lohn/gastgewerbe/Kellner/geschlecht (Abruf am 12.07.2018).

Luhmann, Niklas (2007): Die Knappheit der Zeit und die Vordringlichkeit des Befristeten. In: Luhmann, Niklas (Hrsg.): Politische Planung: Aufsätze zur Soziologie von Politik und Verwaltung. 5. Auflage, Wiesbaden: VS-Verlag.

Maack, Klaus/Haves, Jakob/Homann, Birte/Schmid, Katrin (2013): Die Zukunft des Gastgewerbes – Beschäftigungsperspektiven im deutschen Gastgewerbe. Reihe: edition der Hans-Böckler-Stiftung, Personalarbeit im Betrieb, Bd. 188. https://www.boeckler.de/pdf/p_edition_hbs_188.pdf (Abruf am 26.11.2018).

Mayring, Philipp (2005): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt, S. 468–475.

Mitscherlich, Alexander (1967): Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin, Band 2. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Mollenhauer, Hanna (2018): Bessere Löhne im Gastgewerbe. In: BAM – Bremer Arbeitnehmerkammer Magazin. Juli/August, S. 11.

Nanyan, Pierre/Ben Charrada, Mondher (2018): Effect of restaurant types on compensation claims for work-related musculoskeletal

disorders in France. In: International Journal of Occupational Safety and Ergonomics 24, H. 2, S. 324–328.
Neuberger, Oswald (1985): Arbeit. Begriff, Gestaltung, Motivation, Zufriedenheit. Stuttgart: Ferdinand Enke.
NGG (Gewerkschaft Nahrungsmittel, Genuss und Gaststätten) (2017): NGG warnt vor Aufweichung des Arbeitszeitgesetzes im Gastgewerbe. Pressemitteilung vom 22.08.2017. https://www.ngg.net/pressemitteilungen/2017/3-quartal/ngg-warnt-vor-aufweichung-des-azg-im-gastgewerbe/ (Abruf am 18.07.2018).
OSHA (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz) (2007): Muskel- und Skeletterkrankungen im Gastgewerbe, https://osha.europa.eu/de/tools-and-publications/publications/e-facts/efact24 (Abruf am 18.07.2018).
Parin, Paul/Parin-Matthèy, Goldy (1978): Der Widerspruch im Subjekt. In: Drews, Sibylle et al. (Hrsg.): Provokation und Toleranz. Festschrift für Alexander Mitscherlich zum siebzigsten Geburtstag. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 410–435.
Pieper, Ralf (2017): ArbSchR – Arbeitsschutzrecht. 6., erweiterte und überarbeitete Auflage. Frankfurt am Main: Bund.
Pusch, Toralf (2018): Bilanz des Mindestlohns – Deutliche Lohnerhöhungen, verringerte Armut, aber auch viele Umgehungen. Policy Brief WSI, Nr. 19 von 03/2018, https://www.boeckler.de/pdf/p_wsi_pb_18_2017.pdf (Abruf am 12.07.2018).
Rosenthal, Gabriele (2015): Interpretative Sozialforschung. 5., aktualisierte und ergänzte Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
Salot, Marion (2018): Das Gastgewerbe in Bremen – eine dynamische Branche mit schwierigen Arbeitsbedingungen. In: Arbeitnehmerkammer Bremen (Hrsg.): Strukturwandel in Bremen, Band 2. Bremen: Eigendruck, S. 52–108.
Schlote-Sautter, Barbara/Herter-Eschweiler, Robert/Keller, Stefan (2018): Beschäftigungs- und Betriebsstrukturen im Gastgewerbe. In: Beerheide, Emanuel/Georg, Arno/Goedicke, Anne/Nordbrock, Constanze/Seiler, Kai (Hrsg.): Gesundheitsgerechte Dienstleistungsarbeit. Wiesbaden: Springer, S. 43–78.
Schütze, Fritz (1983): Biographieforschung und narratives Interview. In: Neue Praxis 13, H. 3, S. 283–293.
Seligman, Martin E.P. (1979): Erlernte Hilflosigkeit. München/Wien/Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
Staab, Philipp (2014): Macht und Herrschaft in der Servicewelt. Hamburg: Edition des Hamburger Instituts für Sozialforschung.

Statistisches Bundesamt (2017): Statistisches Jahrbuch 2017, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2017.pdf?__blob=publicationFile (Abruf am 27.11.2018).

Thomas, Konrad (1964): Die betriebliche Situation der Arbeiter (Göttinger Abhandlungen zur Soziologie). Stuttgart: Ferdinand Enke.

UNIA (2018): Informationen zum Gastgewerbe, https://www.unia.ch/de/%20arbeitswelt/nach-beruf/detailansicht/b/Gastgewerbe/ (Abruf am 12.07.2018).

Ulich, Eberhard (1997): Differentielle und dynamische Arbeitsgestaltung. In: Luczak, Holger/Volpert, Walter (Hrsg.): Handbuch Arbeitswissenschaft. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, S. 796–800.

Zoll, Rainer (1993): Alltagssolidarität und Individualismus. Zum soziokulturellen Wandel. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Die vorliegende Fallstudie untersucht Struktur und Kultur des überwiegend klein- und mittelbetrieblich geprägten Gastgewerbes auf die Frage hin, wie Betriebe und Beschäftigte mit chronischer Erkrankung, Wiedereingliederung und Teilhabe am Arbeitsleben umgehen. Im Ergebnis zeigen sich sehr unterschiedliche betriebliche und persönliche Konstellationen, die vom abrupten Berufsausstieg bis zur uneingeschränkt positiven Berufsorientierung reichen. Deutlich wird der hohe Bedarf an Beratungs- und Unterstützungsstrukturen, die aufzubauen für dringend erforderlich gehalten wird.

ISSN 2509-2359