

lich, seit 2 Jahren. Nachdem im ersten Jahr dieser Arbeitskreis überwiegend theoretisch gearbeitet hat, ist er seither mit einer Reihe von Veranstaltungen zu betrieblichen Gesundheitsproblemen im Laden 19 der Evangelischen Industriejugend Berlin, auf der Berliner Volksuni und auf dem Deutschen Evangelischen Kirchentag an die Öffentlichkeit getreten. Zur Zeit konzentriert sich der Arbeitskreis auf die Förderung von Arbeitsplatzuntersuchungen durch die Arbeitenden, auf die Koordination der gesundheitspolitischen Aktivitäten der Arbeitskreismitglieder und auf eigene theoretische Schulung. Ferner ist die Durchführung weiterer Bildungsurlaubsseminare geplant, wofür das erste Seminar wichtige Erfahrungen geliefert hat.

Sabine Bartholomeyczik

Was kann sozialmedizinische Forschung zum Gesundheitszustand von Frauen sagen?

Stichworte zur Situation von Frauen in unserer Gesellschaft

Weibliche Berufsarbeit wird vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Arbeitsteilung nach wie vor als Ergänzung zu der des Mannes aufgefaßt. Daraus ergeben sich besondere Benachteiligungen: Frauen konzentrieren sich auf wenige Branchen, Ausbildungsberufe: Über 74% aller weiblichen Erwerbstätigen sind in 12 Berufsgruppen beschäftigt, jede 4. Arbeitnehmerin ist Bürokräft (Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1980), 41% der weiblichen Auszubildenden finden sich in 5 Ausbildungsberufen: Verkäuferin, Friseurin, Verkäuferin im Nahrungsmittelhandwerk, Bürokauffrau, Industriekauffrau (Pust et al. 1983). In den typischen Frauenberufen werden die angeblich angeborenen weiblichen Fähigkeiten genutzt: Sozialtugenden wie Disponibilität, Genauigkeit und Anpassungsfähigkeit ebenso wie sensomotorische Fähigkeiten, die in den typischerweise gering bewerteten Frauenberufen mit ausgesprochen repetitiv- monotonen Tätigkeitsmustern in der Industrie gebraucht werden. Aber auch in Berufen mit qualifizierter Ausbildung sehen sich Frauen in die Lage versetzt, nur ein enges Spektrum ihrer beruflichen Kenntnisse anwenden zu können. Der vorwiegend von Frauen besetzte Bürobereich wird einerseits durch Rationalisierungsmaßnahmen stärker arbeitsteiligen und extrem taylorisierten Tätigkeiten zugänglich gemacht. Andererseits drängen im Zusammenhang mit neuen Qualifikationsanforderungen auch mehr Männer in den automatisierten Bürobereich (Karl et al. 1982).

In der Familienarbeit dagegen muß immerwährende, quasi nichts produzierende und unbezahlte Arbeit geleistet werden, die die Reproduktion vor allem der Arbeitskraft des Mannes und die Versorgung möglicher Kinder gewährleisten soll. Die Familienarbeit ist also gesellschaftlich notwendige Arbeit ohne gesellschaftliche Anerkennung. Belohnungsmechanismen werden in den emotionalen Bereich verlagert, auf den eine ausschließlich in der Familie arbeitende Frau dann unabdingbar angewiesen ist. In der Familienarbeit besteht permanente Verantwortlichkeit bei gleichzeitiger Unterordnung unter das Familienoberhaupt.

Sind Frauen sowohl beruflich als auch familiär tätig, dann machen sich die Widersprüche in den Anforderungen noch deutlicher bemerkbar: Während im Beruf ein klarer harter Zeitdruck in Richtung auf produktive Arbeit besteht, ist der Zeitdruck in der Familienarbeit zwar auch drängend vorhanden, darf sich aber z.B. in der Beschäftigung mit Kindern möglichst nicht bemerkbar machen. Dafür ist in der Familienarbeit eine relativ freie Zeiteinteilung möglich, die Aufgaben haben eher einen ganzheitlichen Charakter, verlangen emotionale Betätigung. Während im Beruf Abstraktion von der eigenen Persönlichkeit und Gefühlen gefordert werden. Ansprüche aus dem beruflichen und familiären Bereich scheinen oft nicht vereinbar. Jede Entscheidung in der einen oder anderen Richtung erscheint partiell als falsch, und zwar mit dem Gefühl der eigenen Unfähigkeit und des Verschuldens.

Die Situation der Frauen wurde hier in düsteren Farben geschildert. Sie trifft so extrem nur auf einen Teil von ihnen zu. Vorangig sollen hier auch nicht Gründe für diese gesellschaftliche Lage von Frauen gesucht werden, darüber gibt es bereits ausführliche Analysen.

Es geht vielmehr um die Verdeutlichung der Belastungsstruktur von Frauen, die sich durch die gesellschaftlich übliche, geschlechtsspezifische Arbeitsteilung grundsätzlich anders, vielfältiger und widersprüchlicher darstellt als die von Männern. Wird die Familienarbeit zusätzlich bestimmt durch die Versorgung kleiner Kinder, so steigt sowohl die Arbeitsmenge als auch die psychische Beanspruchung durch die permanente physische und emotionale Anwesenheitspflicht, die allerdings auch stark emotionale Belohnungselemente enthalten kann. Widersprüche und Ansprüche können bei berufstätigen Müttern als extrem hoch eingeschätzt werden. Nicht umsonst werden sie allgemein als doppelt belastet bezeichnet. Annahmen über die Gesundheit berufstätiger Mütter gehen meist dahin, daß sich Belastungen in Krankheiten niederschlagen und auch eine kürzere Lebenserwartung zur Folge haben. Belegt sind diese Hy-

pothesen kaum. Totenscheine z.B. geben keinen Aufschluß über die Arbeitsbiographie der Verstorbenen. Morbiditätsstatistiken bezogen auf Erwerbs- oder Familienarbeit bei Frauen gibt es bisher nicht. Einzelne empirische Ergebnisse lassen berufstätige Frauen sogar gesünder erscheinen als Frauen, die ausschließlich Familienarbeit leisten (im folgenden nur noch als Hausfrauen bezeichnet, obwohl berufstätige Frauen in der Regel auch noch Hausfrauen sind).

Empirische Ergebnisse

Die Auswertung von Daten einer epidemiologischen Felduntersuchung in 2 Kleinstädten an der Unterweser (Nordenham und Brake, Hoffmeister et al. 1980) ergab Hinweise auf günstigere gesundheitliche Situationen berufstätiger Mütter im Vergleich zu nicht berufstätigen Müttern (Bartholomeyczik 1982). In der Untersuchung wurden die Probanden im Laufe eines Gesprächs mit einem Arzt/Ärztin gefragt, ob sie schon einmal eine oder mehrere einer Reihe verbreiteter Krankheiten gehabt hätten. In diesem Gespräch waren klärende Nachfragen möglich, so daß die Angaben auch im medizinischen Sinn als hinreichend valide angesehen werden können. In der Tabelle 1 sind die Prozentanteile derer angegeben, die keine bzw. eine oder 2 und mehr Diagnosen angegeben haben, unabhängig von der Art der Krankheit. Verglichen werden berufstätige, verheiratete Frauen im Alter zwischen 30 und 49 Jahren mit mindestens einem Kind unter 18 Jahren und Hausfrauen, ebenfalls 30 - 49 Jahre alt, verheiratet, mindestens 1 Kind unter 18 Jahren.

Bei den Hausfrauen finden sich deutlich häufiger Mehrfachdiagnosen. Da die berufstätigen Mütter hinsichtlich allgemeinbildender und schulischer Ausbildung günstiger gestellt sind, wurden die Angaben auch aufgeteilt nach Unterschichtangehörigen und den übrigen Frauen. Hierbei zeigt sich, daß die berufstätigen Frauen der Unterschicht offenbar gesundheitlich größere Probleme haben als die entsprechenden Hausfrauen. Aufgegliedert nach einzelnen Krankheiten (mit einer Prävalenz von mindestens 8%) ergeben sich Schwankungen hinsichtlich der Schichttendenzen, aber die Unterschiede zwischen berufstätigen Müttern und Hausfrauen weisen alle — wenn auch unterschiedlich stark — in die gleiche Richtung (Tab. 2). Außerdem wurden gängige biochemische Blutparameter bestimmt, ein EKG, eine Blutdruckmessung und eine Urinanalyse durchgeführt. Die Befunde jedes einzelnen Probanden wurden als „negativ“ (= kein Krankheitsindikator) bzw. „positiv“ (= potentieller Krankheitsindikator) eingestuft. Darüberhinaus differenzierte man noch einmal danach, ob die positiven Befunde bereits bekannt waren oder nicht. Hier zeigt sich auch wieder (Tab. 3), daß

bei den Hausfrauen die Gruppe mit negativen Befunden deutlich kleiner ist als bei den berufstätigen Müttern. Auffallend ist bei den Hausfrauen die relativ große Gruppe, deren positive Befunde bisher nicht bekannt waren. Die oben genannten Mehrfachdiagnosen können also nicht unbedingt mit den häufigeren Arztbesuchen erklärt werden.

Weitere Ergebnisse der Nordenham-Brake-Studie, die einzelne Belastungen und das Gesundheitsverhalten mit einbeziehen, lassen kaum Erklärungsmöglichkeiten für die günstigere gesundheitliche Situation der berufstätigen Mütter im Vergleich zu den Hausfrauen zu. Sie zeigen nur, daß die berufstätigen Frauen mehr gemessene Belastungen haben als die Hausfrauen.

In einigen US-amerikanischen Studien fanden sich ebenfalls Ergebnisse (Nathanson 1980, Waldron 1980), die auf eine „bessere Gesundheit“ der berufstätigen Frauen gegenüber nicht berufstätigen Frauen hinweisen. Als bisher nicht belegbar taucht immer wieder die Hypothese vom „healthy-worker-effect“ auf, d.h. Frauen mit Gesundheitsstörungen geben die Erwerbstätigkeit auf, die Gesunden bleiben übrig. Aus diesem Grunde fänden sich in der Gruppe der Hausfrauen immer mehr Frauen mit krankhaften Befunden als bei den Berufstätigen (Waldron 1980). Dies kann wiederum als Begründung für ein Desinteresse an der Situation der Hausfrauen dienen.

Empirische Daten, die diese Hypothese bestätigen, gibt es nicht. Mir kommt es hier nur auf das Verständnis dafür an, daß die geschilderten Ergebnisse offenbar den Erwartungen widersprechen, die durch die Streßtheorien und Risikofaktorenmodelle hervorgehoben werden, d.h. Menschen mit mehr Belastungen müßten auch mit größerer Wahrscheinlichkeit krank werden als andere. Selbstverständlich wird diese Hypothese nicht nur in dieser Einfachheit verwendet, interagierende und intervenierende Variablen werden berücksichtigt und führen zu differenzierten Aussagen. So hängt die pathogene Wirkung von Belastungen davon ab, wie sie verarbeitet und bewältigt werden, welche soziale Unterstützung der Betroffene erfährt, und wo und wie er sozial eingebunden ist.

Es bestehen ganz offenbar erhebliche Schwierigkeiten, eine günstigere gesundheitliche Verfassung erwerbstätiger Mütter erklären zu können, es sei denn, sie werden mit dem „healthy-worker-effect“ quasi als nicht existent bzw. nicht echt hingestellt.

Im folgenden möchte ich einige Thesen aufstellen, warum es bei dem gegenwärtigen Stand sozialmedizinischer Forschung kaum möglich sein kann, diese Ergebnisse adäquat zu interpretieren.

Die Entwicklung des infarktfördernden Verhaltensmusters

Am Beispiel des „infarktfördernden Verhaltensmusters“, das auch als Typ-A-Verhalten bezeichnet wird, soll dargestellt werden, wie Erhebungsinstrumente, die in der Sozialmedizin allgemein verbreitet sind, üblicherweise und eigentlich ohne geschlechtsspezifische Absicht dennoch mit Männerkollektiven entwickelt und getestet werden.

Typ-A-Menschen weisen einen Lebensstil auf mit „extremem Konkurrenzverhalten, stark ausgeprägtem Leistungsstreben, Aggressivität, Hektik, Ungeduld, Ruhelosigkeit, Wachsamkeit; typisch sind explosives Sprechen, gespannte Gesichtsmuskulatur und das Gefühl, unter dem Druck von Zeit und Verantwortung zu stehen (Cooper 1981, 28). Der in den USA entwickelten und begründeten Streß-Variablen des genannten Verhaltensmusters wird von dortigen Sozialmedizinern ein zentraler Stellenwert eingeräumt. Ihrer Meinung nach sei es „das erste Mal in der Medizin, daß ein nicht unmittelbar mit klinischen Symptomen verknüpftes Verhaltensmuster erfolgreich und übereinstimmend das Auftreten einer chronischen Erkrankung vorherzusagen vermochte“ (Dembroski 1981, 203).

Schon in den 40iger Jahren — noch vor der Entwicklung standardisierter Erhebungsinstrumente zur Erfassung des A-Typs — wurden verschiedene kleine Gruppen von Männern und Frauen zu diesem Verhaltensmuster untersucht. Retrospektiv d.h. bei bereits Erkrankten wurde ein Zusammenhang zwischen Typ-A-Verhalten und koronarer Herzkrankheit festgestellt. Um die Frage zu klären, ob das Verhalten ein Risiko oder eine Folge sei, wurde eine prospektive Studie an über 3000 Personen über einen Zeitraum von über 8 Jahren durchgeführt (Western Collaborative Group Study, Roseman et al. 1964). Im Zusammenhang mit dieser Studie wurden die wesentlichen methodischen Weiterentwicklungen zur Erfassung des A-Typ-Musters geleistet. In ihr wurde aus einem ausführlichen Interview ein standardisierter Fragebogen entwickelt, es wurde getestet, ob die Inhalte relevant, die Fragen verständlich und die Streuungen ausreichend sind (Jenkin et al. 1967).

Das Interessante an der Studie ist nicht ihre große Probandenzahl — in den USA gab es größere Studien — und auch nicht ihre Dauer, sondern die Tatsache, daß die Untersuchungspopulation ausschließlich aus Männern bestand. Zu begründen ist die geschlechtsspezifische Auswahl natürlich einfach damit, daß koronare Herzkrankheiten (KHK) häufiger und früher bei Männern auftreten. Jedoch nicht alle prospektiven Studien zur Erforschung der KHK wurden an Männerkollektiven durchgeführt. Die großen sozialme-

dizinischen Untersuchungen in den USA zu dieser Frage waren Gemeindestudien wie z.B. die in Framingham, die schon 1948 begann und eine repräsentative Stichprobe (also auch Frauen) in einer bestimmten Altersgruppe untersuchte. 10 Jahre später wurde die prospektive Studie der Bevölkerung in Tecumseh (Michigan) „in ihrer organischen Gesamtheit“ (Epstein 1980), mit ähnlicher Fragestellung begonnen.

Inzwischen werden Kurzformen eines Fragebogens zum Typ-A-Muster auch in europäischen Gemeindestudien und repräsentativen Gesundheitsuntersuchungen angewandt. Auch diese wurden im wesentlichen an Männerkollektiven auf ihre Brauchbarkeit und Allgemeingültigkeit getestet (Bortner et al. 1967). Inzwischen geht es auch nicht mehr um KHK, sondern um die Beeinflussung und Verursachung der Sterblichkeit und damit um die Morbidität von Männern und Frauen.

Auffallend und typisch für die Forschungspraxis ist die immerwährende Rede in der Einleitung von Aufsätzen zur Western Collaborative Group Study, daß das Typ-A-Verhalten besonders bei Personen oder explizit sogar bei Männern und Frauen mit KHK beobachtet worden sei. Deshalb habe man eine große prospektiv angelegte Studie unternommen, um dieses Verhalten als Prädiktorvariable untersuchen zu können. Es taucht keine Begründung für die Auswahl der Population hinsichtlich des Geschlechts auf, diese Auswahl geschieht sozusagen nur, um Prävalenzraten zu optimieren, d.h. weil KHK bei Männern häufiger vorkommen, werden bevorzugt Männer untersucht. Das Geschlecht von Untersuchungspersonen gerät zu einer statistisch-biologischen Kategorie (Maschewsky et al. 1982, 148), die allenfalls etwas mit Hormonen zu tun haben kann!

Das methodisch und inhaltlich so entwickelte Typ-A-Konstrukt mißt Verhalten und Einstellungen, die ganz wesentlich durch Normen und Werte in US-amerikanischen Mittelschichtberufen geprägt sind. Von daher ist es nur selbstverständlich bzw. notwendig, daß Typ A bei Frauen seltener zu finden ist. Das hat aber m.E. nichts mit der gerühmten prognostischen Kraft der Variable zu tun, d.h. es hat nichts mit dem selteneren und späteren Auftreten von koronaren Herzkrankheiten bei Frauen zu tun.

Der meist mit Hilfe eines Polaritätsprofils gemessene Typ A wird häufig als eine Art invariante Persönlichkeitsvariable des ehrgeizigen, konkurrenzbewussten Aufsteigers interpretiert. Inzwischen gibt es eine Reihe von Untersuchungen, in denen das Meßinstrument auch auf Frauen — angewandt wurde. Dabei nahm man an, daß Frauen in diesem Fall amerikanische weiße Mittelschichtfrauen

— die Ehrgeiz entwickeln, diesen dann darauf richten, daß ihre Männer Karriere machen. Weil bei erfolgreichen Männern Typ A vorherrscht, sollte er bei Frauen mit wohlangesehenen Ehemännern ebenfalls häufig vorkommen — so jedenfalls die Hypothese einer amerikanischen Untersuchung (Waldron 1978). Dies kann selbstverständlich nicht bestätigt werden. Aber auch ganz allgemein läßt sich anhand einiger Bevölkerungsstudien nachweisen, daß das Typ-A-Muster bei Frauen nicht so allgemein als KHK-Risiko eingestuft werden kann wie bei Männern.

Psychosoziale Belastungen und Krankheiten von Männern

Nicht nur das Typ-A-Konzept wurde an Männerpopulationen entwickelt. Eine der großen US-amerikanischen Studien, in der Arbeitsverhältnisse in den Mittelpunkt von Krankheitsursachen gestellt wurden, umfaßt über 2000 ausschließlich männliche Probanden weißer Hautfarbe. Nachdem über 2 Seiten hinweg die Stichprobe anhand der ausgewählten Berufsgruppen beschrieben wird, findet sich unter den „Kriterien für die Aufnahme von Personen in die Stichprobe“ folgende Erklärung: „die Stichprobe sollte nur Männer enthalten. Diese Entscheidung wurde aus Gründen getroffen, die die Gegebenheiten in der arbeitenden Bevölkerung widerspiegeln (Caplan et al. 1982, 53).

Die in solchen Studien als Risikofaktoren identifizierten psychosozialen Belastungen haben Beispielscharakter für weitere Untersuchungen. Üblicherweise werden Belastungsfaktoren für neuere Studien anhand markanter früherer Ergebnisse übernommen. Das gilt auch für sozialmedizinische Untersuchungen in Gemeinden.

Epidemiologische Forschung zu psychosozialen Belastungen und Krankheiten erfaßt die Belastungen für den Bereich männlicher Arbeitsplätze sehr differenziert. Frauen haben aufgrund der Fragens Auswahl einfach weniger Belastungen. Es fehlen Informationen über Bedingungen, die für ein Frauenleben konstitutiv sind, z.B. über die Menge, Qualität und Aufteilung der Familienarbeit. Nicht beruflich gebundene Zeit wird aufgrund der nicht hinterfragten Orientierung an Männern als Freizeit = Erholung definiert. Es fehlen regelmäßige Fragen nach der biographischen Entwicklung von Familien- und Berufsarbeit, weil bei den Männern von einer relativen Kontinuität im Rahmen der Vollbeschäftigung ausgegangen wird. Ebenso fehlt die Thematisierung von Bewältigungsmöglichkeiten, die den außerberuflichen Bereich angehen und dort andere Bahnen einschlagen als im beruflichen Bereich. Über die tatsächliche Belastungssituation der Frauen ist wenig in Erfahrung zu bringen.

Die bestimmende Entwicklung dieser Forschungsrichtung von Männern an Männerkollektiven hat auch einen wesentlichen Einfluß auf die Auswahl der Krankheiten in den Untersuchungen. Leber, Lungen- und Herzkrankheiten werden teilweise sehr ausführlich abgefragt. Mir ist jedoch keine sozialmedizinische deutschsprachige Bevölkerungsstudie bekannt, die explizit gynäkologische Krankheiten enthält. Im Basisfragebogen der Deutschen Herz-Kreislauf Präventionsstudie findet sich eine Liste wichtiger Krankheiten, die mehreren tausend Personen vorgelegt wird, von denen die Hälfte Frauen sind. Diese Liste enthält Allergien, Ulcera, verschiedene Behinderungen, Herz-Kreislaufkrankheiten, Lungen- und Leberstörungen, eine allgemeine Frage nach Krebs usw. Es gibt aber nicht eine einzige gynäkologische Krankheit in dieser Liste. Sie schließt folgendermaßen:

Für Männer: Vergrößerte Vorsteherdrüse, Prostata.

Dieser Fragebogen hat gerade seine Pretestphase durchlaufen und wird noch dieses Jahr zum Einsatz kommen.

Einschneidende physiologische Veränderungen finden im Frauenleben auch ohne Krankheit statt. Dazu gehören sowohl Verhütungsmittel als auch Schwangerschaft und Geburt. Sie sind ebenfalls kein Thema sozialmedizinischer Untersuchungen. Vegetative Symptomatik und psychische Probleme wie Depressionen, beides typische Frauenbeschwerden, kommen nicht oder nur als Kuriosum vor.

Relevanz der Erwerbstätigkeit

Da für ein Männerleben die Berufstätigkeit eine zentrale Bedeutung hat und von daher krankmachende psychosoziale Faktoren in der Erwerbstätigkeit gesucht werden, wurde die Frage völlig übersehen, was die Erwerbsarbeit als solche unabhängig von ihrer Qualität bedeuten kann.

Im Unterschied zu Männern stellen sich für Frauen Beruf und Familie als zwei unterschiedliche *Arbeitsbereiche* dar, zwischen denen sie zwar entgegen manchen Vorurteilen häufig keine freie Wahl haben, die sich aber jeweils vor dem Hintergrund des anderen Bereichs beurteilen. Insbesondere Frauen in Berufen wie den typischen weiblichen Industriearbeitsformen mit Akkordarbeit haben wenig Auswahl in bezug auf ihre Arbeitsbereiche. Zur beruflichen Arbeit gibt es in der Regel keine Alternative, sie ist für die materielle Existenz notwendig und im familiären Bereich herrscht die traditionelle Rollenteilung, d.h. die Familienarbeit ist vorwiegend eine weibliche Aufgabe. Um so bemerkenswerter sind Aussagen von

Akkordarbeiterinnen in einer westdeutschen Untersuchung, die zwar die Arbeitsbedingungen in der Fabrik verdammen, aber in der Familienarbeit keine Alternative sehen.

Hier ein Zitat:

„I: Können Sie sagen, welche Arbeit für Ihr Selbstbewußtsein eine größere Rolle spielt: die Hausarbeit oder die Arbeit im Betrieb? Frau B.: Ich glaube, die im Betrieb. Die wird wenigstens geschätzt. Da ist man was. Hier im Haushalt, da ist man nur die Frau, die das machen muß. Und im Werk, wenn man da was leistet, dann ist man doch irgendwie...jedenfalls was anderes als hier. I.: Und welche Arbeit verschafft Ihnen mehr Befriedigung? Frau B.: Ich finde die im Betrieb“. (Becker-Schmidt, 1980, 732).

Nur selten thematisieren Untersuchungen über Arbeitslose die grundlegenden Mangelerscheinungen, die neben den materiellen Problemen die Arbeitslosigkeit zu so einem tiefgehenden Leiden werden lassen. Eine Ausnahme bildet eine 1933 erschienene Studie über die Arbeitslosen in Märienthal, in der schon damals der nicht-materielle Stellenwert der Erwerbsarbeit für Frauen zur Sprache kam: „Die Frauen wollen also trotz der Mehrbelastung nicht nur aus materiellen Gründen wieder in die Fabrik zurück; die Fabrik hat ihren Lebensraum erweitert und ihnen soziale Kontaktmöglichkeiten gegeben, die sie jetzt entbehren.“ (Jahoda et al. 1980, 92). Aufbauend auf den empirischen Ergebnissen zur Arbeitslosigkeit vor 50 Jahren und der Situation von heute, die extrem weniger ein materielles Existenzproblem bedeutet, kommt Jahoda zum Schluß, daß es in unserer Gesellschaft ein grundlegendes Bedürfnis nach Erwerbsarbeit gibt. Dieses Bedürfnis resultiert daraus, daß Erwerbsarbeit bestimmte lebensnotwendige Erfahrungen vermittelt. Sie zwingt, „als eine unbeabsichtigtes Nebenprodukt ihre Organisationsform, denjenigen, die daran beteiligt sind, bestimmte Kategorien der Erfahrung auf. Nämlich: Sie gibt dem wach erlebten Tag eine Zeitstruktur; sie erweitert die Bandbreite der sozialen Beziehungen über die oft emotional stark besetzten Beziehungen zur Familie und zur unmittelbaren Nachbarschaft hinaus; mittels Arbeitsteilung demonstriert sie, daß die Ziele und Leistungen eines Kollektivs diejenigen des Individuums transzendieren; sie weist einen sozialen Status zu und klärt die persönliche Identität; sie verlangt eine regelmäßige Aktivität“ (Jahoda 1983, 136).

Dennoch lassen sich Frauen offenbar von beruflicher Arbeit nicht so leicht verschlingen wie Männer. Dieses Sich-Hineinversetzen in berufliche Arbeit, die keine Zeit und Kraft mehr für außerberufliche Dinge übrig läßt, ist natürlich nur in relativ selbstbestimmten Bereichen möglich.

Ein häufiges Beispiel sind EDV-Bearbeitende, die sich bis tief in die Nächte nicht von dem Dialog mit der Maschine lösen können, ohne dem Programmziel näher zu kommen. Diese Arbeit scheint ihnen eine zweckabgehobene Befriedigung zu geben. In Interviews mit Programmierern (Nemitz 1983) stellte sich heraus, daß sich Frauen in dieser Hinsicht offenbar ganz anders verhalten. Sie halten die Mehrarbeit der Männer für selbst inszeniert, für die Erfüllung ihrer Arbeitsaufgaben nicht notwendig.

Die meisten Frauen dagegen können sich gar nicht in dieser Art in die berufliche Arbeit stürzen, weil sie in Konflikt mit ihren familiären Verpflichtungen geraten würden. Allerdings tragen die Frauen ihre distanziertere Einstellung zur Berufsarbeit offenbar nur mit einem schlechten Gewissen. Für viele berufstätige Mütter ist das schlechte Gewissen geradezu konstitutiv. Es richtet sich sowohl auf den beruflichen als auf den familiären Bereich. Andererseits ist zu fragen, ob nicht die häufig durch drängende familiäre Pflichten erzwungene-distanziertere Haltung zur beruflichen Arbeit hinsichtlich pathogener Wirkungen einen gewissen protektiven Faktor darstellt.

Gerade weil die Arbeit in der Familie als Aufgabe der Frau betrachtet und als gesellschaftlich notwendig angesehen wird, wird weiter nicht nach der Relevanz von Erwerbsarbeit für Frauen gefragt. Die Erwerbsarbeit wird für Frauen in der Forschung aus der Sicht der Familienarbeit thematisiert, somit wird sie als zusätzliche Belastung gesehen, unter der der familiäre, emotionale Bereich eventuell leiden muß. Die unübersehbar große Relevanz der Erwerbsarbeit darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß sie in ihrem oft zerstörerischen Charakter so nicht hingenommen werden kann.

Was folgt daraus?

Meine Argumentation ging aus von der üblichen sozial-medizinischen Forschung, die bei uns nach dem empiristisch orientierten Vorbild der USA durchgeführt wird. Es ging mir darum zu zeigen, daß es bei dieser Art der Forschung eigentlich nicht möglich ist, Ergebnisse für Männer und Frauen zu vergleichen — obwohl gerade erst die Vergleichsversuche Defizite verdeutlicht haben. Leitlinien für eine frauenspezifische Gesundheitsforschung hat z.B. Ulrike Schneider formuliert. Ihre zentrale Forderung zielt auf eine Forschung, die „Krankheit auf dem Hintergrund sozialer Lebensbedingungen der Betroffenen begreift“ (Maschewski et al, 1982, 149). Dies bedeutet für die Belastungsforschung, stärker die gesellschaftlichen Bedingungen zu berücksichtigen, in denen Arbeit bzw. Belastungen auftreten. Belastungen wirken nicht einfach wie pathogene

Noxen, die man zusammenzählen kann, um die Stärke ihrer Schädlichkeit festzustellen. Streßschäden beruhen auf der biographischen Entwicklung von Belastungen *und* deren Bewältigung. Einzelne Belastungen interagieren, sie können kumulieren, sich potenzieren als auch kompensieren oder abpuffern. Diese Art der Verschränkung hängt von dem Stellenwert der einzelnen Belastungen im gesamten Lebenskontext ab; ebenfalls dahineingebettet sind die Bewältigungsmöglichkeiten, die das Belastungsgefüge stark verändern können. Konkret auf sozial-medizinische Frauenforschung bezogen heißt es:

— Für die Methoden müssen Erhebungsinstrumente entwickelt werden, die sich mit den geschilderten Defiziten befassen: — *Belastungsstruktur an Frauenarbeitsplätzen* — hier gibt es Ansätze im industriesoziologischen Bereich -;

— *Belastungsstruktur im außerberuflichen Bereich* — auch hier gibt es Ansätze, die allerdings meist keine standardisierten Fragebögen beinhalten -; *Widersprüche und Wechselwirkungen dieser Lebensstrukturen; Stellenwert der Erwerbsarbeit; biographische Entwicklungen; gynäkologische Eingriffe und Krankheiten*. Es ist nicht sinnvoll, wie in der Vergangenheit, grundsätzlich einheitliche Erhebungsinstrumente für Männer und Frauen gemeinsam in sozialmedizinischen Studien anzuwenden. Erst muß geprüft werden, wo Bereiche und Instrumente vergleichbar gehalten werden können.

Schließlich müssen sich Auswertungen auch mit der Frage beschäftigen „Was erhält gesund?“ Es lassen sich andere Strategien entwickeln, wenn gefragt werden kann „Wie leben Menschen, die nicht krank sind? Wie leben Frauen, die mit Kindern, mit Beruf nicht krank werden? Wie gestalten sie ihr Dasein? Wie greifen sie in ihre Entwicklung ein?“

Es wäre schon ein wichtiger Schritt, wenigstens differenzierte sozialepidemiologische Daten zu erhalten, die sich auf Lebenslagen von Frauen beziehen.

Literaturverzeichnis

Bartholomeyczik, S.: Belastende und protektive Faktoren am Beispiel eines Vergleichs Erwerbstätiger mit nicht erwerbstätigen Frauen. In: Abholz, H.H. (Hrsg.): Risikofaktorenmedizin. Berlin 1982

Becker-Schmidt, R.: Widersprüchliche Realität und Ambivalenz: Arbeitserfahrungen von Frauen in Fabrik und Familie. III. Teil: Aus dem Leben der Forschung. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 32, 1980, 705-723

Bortner, R.W., Rosenman, R.H.: The Measurement of Pattern A-Behavior. J. Chron. Dis., 20, 1967, 525-533

Bundesminister für Arbeit- und Sozialordnung (Hrsg.): Statistiken für die Arbeits- und Sozialpolitik, Bonn 1980

Caplan, R.D., Cobb, s., French, J.R.P., Harrison, R.van, Pinneau, S.R.: Arbeit und Gesundheit. Hrsg. von I. Udris. Bern 1982

- Bundesminister für Arbeit- und Sozialordnung (Hrsg.):** Statistiken für die Arbeits- und Sozialpolitik, Bonn 1980
- Caplan, R.D., Cobb, S., French, J.R.P., Harrison, R. van, Pinneau, S.R.:** Arbeit und Gesundheit. Hrsg. von I. Udris. Bern 1982
- Dembroski, T.M., MacDougall, J.M., Herd, J.a., Shields, J.L.:** Die Erforschung des Verhaltensmusters (Typ A) zur koronaren Herzkrankheit: Eine problemgeschichtliche Literaturübersicht. In: Dembroski, T.M., Halhuber, M.J. (Hrsg): Psychosozialer „Streß“ und koronare Herzkrankheit 3. Berlin 1981
- Epstein, F.H.:** Die Epidemiologie der koronaren Herzkrankheiten -ein historischer Überblick, Manuskript 1980
- Hoffmeister, H., Tietze, K.W. (Hrsg.):** Feldstudie Nordenham/Brake I. Daten zu Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und sozialer Situation der Bevölkerung zweier Gemeinden. SozEp-Berichte 2/80. Berlin 1980
- Jahoda, M., P.F. Lazarsfeld, H. Zeisel:** Die Arbeitslosen von Marienthal, Frankf. 1980
- Jahoda, M.:** Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert. Weinheim 1983
- Jenkins, C.D., R.M. Rosenman und M.Friedman:** Development of an objective psychological test for the determination of the coronary-prone behavior pattern. J. Chron. Dis., 20, 1967, 371 -379
- Karl, H., C. Ohm:** Textautomation: Männersache? Frauensache?. Das Argument, 135, 1982 653 - 663
- Maschewsky, W., Schneider, U.:** 1982: Soziale Ursachen des Herzinfarkts. Frankfurt
- Nathanson, C.A.:** Social Roles and Health Status Among Women: The Significance of Employment. Soc. Sci. & Med., 14 A, 1980 463-471
- Nemitz, B.:** Zum Verhältnis von geschlechtsspezifischer Arbeitskultur und Gesundheit. In: Alternative Medizin, Argument-Sonderband AS 77, Berlin 1983
- Pust, C, Reichert, P., Wenzel, A. t al.:** Frauen in der BRD, Hamburg 1983
- Rosenman, R.H., Friedman, M., Straus, R., Wurm, M., Kositchek, R., Hahn, Wl, Werthessen, N.T.:** A Predictive Study of Coronary Heart Disease. JAMA, 189, 1964, 103-110
- Waldron, I.:** The Coronary-Prone Behavior Pattern, Bloodpressure, Employment and Socio-economic Status in Women. Journal of Psychosomatic Research, 22, 1978, 79-87
- Waldron, I.:** Employment and Women's Health: An Analysis of Causal Relationship. International Journal of Health Services, 10, 1980, 435-455

Tab. 1: Anzahl der Arzt Diagnosen nach sozialer Schicht, verheiratete berufstätige Frauen und Hausfrauen mit Kind(ern) (%-Abteile)

	Berufstätige Frauen			Hausfrauen		
	Gesamt	Unter-schicht	Übrige	Gesamt	Unter-schicht	Übrige
Keine Diagnose	55	46	57	50	53	49
1 Diagnose	34	39	34	33	33	34
2 u. mehr Diagnosen	11	15	9	16	14	17
n	222*	54	142	322	77	239

Tab. 2: Einzelne Arzt Diagnosen nach sozialer Schicht, verheiratete berufstätige Frauen und Hausfrauen mit Kind(ern) (%-Anteile)

	Berufstätige Frauen			Hausfrauen		
	Gesamt	Unter-schicht	Übrige	Gesamt	Unter-schicht	Übrige
Hypertonie	9.5	9.3	9.2	13.0	18.2	11.3
Lungenerkrankungen	8.1	14.8	6.3	8.4	7.8	8.4
Nieren-, Harnwegs- erkrankungen	11.7	14.8	9.9	17.4	10.4	20.1
Leber-, Gallen- erkrankungen	8.1	9.3	7.7	12.8	7.8	14.7
n	222*	54	142	322	77	239

Tab. 3: Individualbefund nach sozialer Schicht, verheiratete berufstätige Frauen mit Kind(ern) (%-Anteile)

	Berufstätige Frauen			Hausfrauen		
	Gesamt	Unter-schicht	Übrige	Gesamt	Unter-schicht	Übrige
Befund negativ	50	52	52	41	46	39
Befund positiv, bekannt	48	46	45	51	48	52
Befund positiv, unbekannt	2	2	3	9	7	10
n	222*	54	142	322	77	239

* Gesamt ist größer als „Unterschicht“ + „Übrige“, da die schwer zuordenbaren „kleinen Selbständigen“ in den Einzelkategorien nicht mitgezählt wurden