

GESUNDHEITSSTÖRUNGEN ALS PERSÖNLICHE
UND SOZIALE ERFAHRUNG

Dargestellt am Beispiel von jungen,
verheirateten
Arbeiterinnen und Angestellten

1. Band

Max HALLER

Forschungsmemorandum No. 137
Jänner 1979

Z u s a m m e n f a s s u n g

Die vorliegende Arbeit stellt einen Versuch dar, über die Feststellung bloßer Zusammenhänge zwischen sog. Sozialfaktoren einerseits und Aspekten des gesundheitlichen Befindens andererseits hinausgehend, an einer spezifischen Population detailliert herauszuarbeiten, wie sozialstrukturelle Gegebenheiten "sich umsetzen" in Wohlbefinden und Gesundheitsstörungen. Im Gegensatz zu medizinsoziologischen Ansätzen, die ausschließlich auf soziale Aspekte von Gesundheit und Krankheit gerichtet sind, wird versucht, das persönliche Befinden von Menschen als Forschungsgegenstand ernst zu nehmen und seine Verankerung in der alltäglichen sozialen Erfahrung der Betroffenen in Beruf und Familie nachzuweisen. Eine solche Ausrichtung auf Aspekte der "sozialen Verwundbarkeit", wie sie in der untersuchten Gruppe von 1.370 jungen, berufstätigen und verheirateten Frauen in Österreich besonders deutlich hervortritt, ermöglicht auch eine Verwertung der Ergebnisse für gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen.

S u m m a r y

The present study attempts to go beyond the traditional detection of simple correlations between sociological variables on the one side and indicators of health and illness on the other side. Its aim is to show at the instance of a specific population how social structural conditions become "translated" into personal well-being or illness. It concentrates, thereby, not only on social aspects of health and illness but tries to take the concept of personal well-being seriously and to elaborate its determination through a person's everyday experience in work and family life. Well-being is measured by a question on general happiness and a scale of positive feeling states, health disturbances are measured by a scale of negative feeling states and a scale of psychological distress derived from a list of illness symptoms. The concentration on aspects of "social vulnerability", as it is manifested clearly in the investigated group of 1370 young married and employed women in Austria, makes it also possible to utilize the findings for health and social policy measures.

INHALTSÜBERSICHT

1. Band

- I. Teil: Abgrenzung des Problemfeldes und Zielsetzung
der vorliegenden Studie
 - 1. Einleitung - Möglichkeiten und Grenzen soziologischer
Untersuchungen von Gesundheitsproblemen
 - 2. Fragestellungen und Methodik der Studie
- II. Teil: Empirische Ergebnisse
 - 3. Umfang und Art der gesundheitlichen Probleme der
jungen Frauen - Überblick und Strukturanalyse

2. Band

- 4. Das gesundheitliche Befinden und die soziale Lage
der jungen Arbeiterinnen und Angestellten
- 5. Schlußbemerkungen

INHALTSVERZEICHNIS

1. Band

Vorwort	1
I. Teil: <u>Abgrenzung des Problemfeldes und Zielsetzung der vorliegenden Studie</u>	
1. <u>Einleitung - Möglichkeiten und Grenzen soziologischer Untersuchungen von Gesundheitsproblemen</u>	7
1.1 Der persönliche, soziale und medizinisch-professionelle Aspekt von Gesundheit und Krankheit	8
1.2 Systematische Abgrenzung der Begriffe Gesundheit und Krankheit	15
1.2.1 Zur Kritik am physikalisch-chemischen Krankheitsbegriff	16
1.2.2 Gesundheit und Krankheit als Potential bzw. Reaktion des Gesamtorganismus	22
1.2.3 Die Unteilbarkeit des körperlichen und psychischen Aspektes in der Definition von Gesundheit und Krankheit	32
1.2.4 Exkurs über den Zusammenhang zwischen Krankheitsauffassung und therapeutischer Praxis	50
1.2.5 Der Übergang zwischen Gesundheit und Krankheit - Bruch oder Kontinuum?	68
1.2.6 Die Notwendigkeit eines positiven Gesundheitsbegriffes	77
1.3 Fragestellungen und Forschungsbereiche einer Soziologie der Gesundheit	88

2.	<u>Fragestellungen und Methodik der vorliegenden Studie</u>	101
2.1	Zur theoretischen Orientierung	102
2.2	Überblick über bisher vorliegende Ergebnisse zur gesundheitlichen Lage berufstätiger junger Frauen	117
2.3	Die Anlage der Stichprobe	122
2.4	Die erhobenen Daten zum gesundheitlichen Befinden	125
 II. Teil: <u>Empirische Ergebnisse</u>		
3.	<u>Umfang und Art der gesundheitlichen Probleme der jungen Frauen - Überblick und Strukturanalyse</u>	129
3.1	Die Häufigkeit allgemeiner Gesundheitsstörungen und spezifischer Beschwerden nach Berufsgruppen und Industriebranchen	130
3.2	Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Dimensionen des gesundheitlichen Befindens	149
3.3	Systematische Strukturanalyse der Gesundheitsstörungen	168
3.3.1	Analyse der Gesundheitsvariablen nach dem Testmodell von RASCH	168
3.3.2	Faktorenanalyse der Gesundheitsvariablen	196
3.3.3	Einige zusammenfassende Bemerkungen und Folgerungen	206
3.4	Die Bedeutung der Gesundheitsstörungen im alltäglichen Lebenskontext. Ergebnisse aus unstrukturierten mündlichen Interviews	212
3.5	Zusammenfassung	228

2. Band

4.	<u>Das gesundheitliche Befinden und die soziale Lage der jungen Arbeiterinnen und Angestellten</u>	231
4.1	Psychophysische Belastung und gesundheitliche Erschöpfung	234
4.1.1	Arbeitsbedingungen und berufliche Belastungen	235
4.1.2	Belastung durch Haushaltsverpflichtungen und zeitlichen Druck	277
4.2	Gesundheitliches Befinden und die persönliche Situation der Frauen in Beruf und Familie	292
4.2.1	Zufriedenheit mit Beruf, Haushalt und Ehe	294
4.2.2	Berufsverbundenheit und berufliche Entscheidungskonflikte	305
4.2.2.1	Dimensionen der Berufsverbundenheit	307
4.2.2.2	Ambivalente Einstellungen und extrinsische Berufsmotivation als Ursachen für Gesundheitsstörungen	326
4.2.2.3	Gesundheitsstörungen als Folge von Entscheidungskonflikten über die berufliche Zukunft	336
4.2.3	Position im Lebenszyklus der Familie - Veränderungen von sozialer Lage und gesundheitlichem Befinden im Laufe der Ehe und beim Übergang zur Mutterschaft	352
4.3	Gesundheitliches Befinden nach Herkunft und gesellschaftlicher Lage der Frauen	370
4.3.1	Effekte sozialer Mobilität	371
4.3.2	Position des Ehegatten und sozioökonomische Lage der Familie	381
4.4	Resümee	385
4.4.1	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	385
4.4.2	Pfadmodelle zur Erklärung der Dimensionen "gesundheitliche Erschöpfung" und "allgemeine Zufriedenheit"	389
5.	<u>Schlußbemerkungen</u>	407
	Literaturverzeichnis	414
	Anhang: Auszug aus dem Fragebogen	436

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN

1	Das epidemiologische "Grundmodell"	104
2	Das Modell der Krankheitsentstehung im soziosomatischen Ansatz	106
3	Schematische Darstellung der Zusammenhänge zwischen den wichtigsten Aspekten von Persönlichkeit und sozialer Umwelt und verschiedenen Formen gesundheitlicher Störungen	110
4	Gesundheitliche Beschwerden nach Berufsgruppen	134
5	Gesundheitliche Beschwerden nach Industriebranchen	136
6	Analyse der Gesundheitsitems durch das Testmodell von RASCH: I. Frauen mit niedrigem vs. Frauen mit hohem Rohscore	175
7	Analyse der Gesundheitsitems durch das Testmodell von RASCH: II. Jüngere vs ältere Frauen	176
8	Analyse der Gesundheitsitems durch das Testmodell von RASCH: III. Arbeiterinnen vs. Verkäuferinnen und Angestellte	177
9	Gesundheitliche Erschöpfung und allgemeine Zufriedenheit nach der Zufriedenheit mit Berufsarbeit und Ehe	195
10	Pfadmodelle "gesundheitliche Erschöpfung" I (Arbeiterinnen vs. Angestellte)	396
11	Pfadmodelle "gesundheitliche Erschöpfung" II (Frauen ohne Kind vs. Frauen mit Kindern)	400
12	Pfadmodell "allgemeine Zufriedenheit"	404

VERZEICHNIS DER TABELLEN

1	Gesundheitliches Befinden und Nervosität nach Branchen und Berufsgruppen	131
2	Die Häufigkeit von gesundheitlichen Beschwerden nach Branchen und Berufsgruppen	133
3	Der Konsum von Beruhigungsmitteln und Schlaftabletten nach Branchen und Berufsgruppen	138
4	Die allgemeine Zufriedenheit der Frauen nach Berufsgruppen und Industriebranchen	142
5	Anzahl der gesundheitlichen Störungen pro Person nach Branchen und Berufsgruppen	142
6	Korrelationen zwischen den verschiedenen Gesundheitsvariablen bei Arbeiterinnen und Angestellten	151
7	Korrelationen zwischen Beschwerden und allgemeinen Gesundheitsvariablen bei Arbeiterinnen und Angestellten	157
8	Zusammenhänge zwischen spezifischen Beschwerden, gesundheitlichem Befinden, Tablettenkonsum und allgemeiner Zufriedenheit	159
9	Korrelationen zwischen den verschiedenen Formen von Beschwerden bei Arbeiterinnen und Angestellten	162
10	Zusammenhänge zwischen den Items zum emotional-stimmungsmäßigen Befinden	166
11	Analyse der Gesundheitsitems durch das RASCH-Modell	181
12	Analyse der "Happiness-Items" durch das RASCH-Modell	182
13	Rasch-Skalen des gesundheitlichen Befindens: selegierte Items und Personenparameter	187a
14	Zusammenhänge zwischen den Skalen des gesundheitlichen Befindens (Rohscore) und allgemeiner Zufriedenheit, Tablettenkonsum und ärztlicher Behandlung	190
15	Korrelationen zwischen den Skalen des gesundheitlichen Befindens	192

15a	Zusammenhänge zwischen psychosozialem Mißbefinden bzw. gesundheitlicher Erschöpfung, psychosozialem Wohlbefinden und allgemeiner Zufriedenheit	193
16	Faktorenanalyse der Gesundheitsvariablen: Arbeiterinnen	201
17	Faktorenanalyse der Gesundheitsvariablen: Verkäuferinnen und Angestellte	202
18	Charakteristika der Arbeitsbedingungen nach Branchen bzw. Berufsgruppen	240
19	Gesundheitliche Erschöpfung (Rohscore) nach belastenden Arbeitsbedingungen, Kindern und beruflicher Stellung	250
20	Zusammenhänge zwischen Störfaktoren am Arbeitsplatz und Indikatoren des gesundheitlichen Befindens nach Berufsgruppen und Kindern	252
21	Zusammenhänge zwischen störenden Arbeitsbedingungen und Beschwerden bei Arbeiterinnen und Angestellten	254
22	Gesundheitliche Erschöpfung und Belastung durch Arbeitstempo nach der Entlohnungsform bei Arbeiterinnen	260
23	Belastung durch den Arbeitsweg nach der Dauer des Arbeitsweges und beruflicher Stellung	261
24	Gesundheitliche Erschöpfung (Rohscore) nach Dauer der Berufstätigkeit, Kindern und beruflicher Stellung	266
25	Gesundheitliche Erschöpfung und nervliche Belastung am Arbeitsplatz nach derzeitiger Schwangerschaft bei Arbeiterinnen	268
26	Zusammenhänge zwischen gesundheitlicher Erschöpfung und belastenden Arbeitsbedingungen nach Indikatoren der Berufsverbundenheit, Kindern und beruflicher Stellung	272
27	Belastung durch Haushaltsverpflichtungen und zeitlichen Druck nach sozialen Kontexten	282
28	Die Konzentration der Belastung auf drei Abschnitte der Woche nach der Gesamtbelastung durch den Haushalt	286

29	Gesundheitliche Erschöpfung und Belastung durch Haushaltsverpflichtungen nach Berufsgruppen bzw. Regionen	288
30	Gesundheitliche Erschöpfung und Dauer der Schlafzeit nach Berufsgruppen und Regionen	289
31	Die Effekte der Belastungen durch Arbeits- bedingungen und Haushaltsverpflichtungen auf die gesundheitliche Erschöpfung bei Arbeiterinnen	290
32	Gesundheitliches Befinden und Zufriedenheit mit Beruf, Haushalt und Ehe nach Kindern und beruflicher Stellung	297
33	Analyse der Assoziationen zwischen Gesundheits- variablen und Variablen der Zufriedenheit mit Beruf, Haushalt und Ehe	299
34	Gesundheitliche Erschöpfung und allgemeine Zufriedenheit nach der Zufriedenheit mit Berufsarbeit und Ehe	301
35	Faktorenanalyse der Berufsverbundenheit: Arbeiterinnen (Factor pattern matrix)	312
36	Faktorenanalyse der Berufsverbundenheit: Angestellte (Factor pattern matrix)	313
34a	Faktorenanalyse Berufsverbundenheit - Familien- orientierung: Liste der Variablen	322
37	Korrelationen zwischen den Faktoren der Berufsver- bundenheit und Haushalts- bzw. Familienorientierung	323
38	Psychosoziales Wohlbefinden und allgemeine Zufriedenheit nach der Einstellung zur Berufstätigkeit der verheirateten Frau und Familienstatus bei Angestellten	329
39	Das gesundheitliche Befinden nach der Motivation für die Berufstätigkeit und beruflicher Stellung	331
40	Gesundheitliche Erschöpfung nach der Berufsmotivation, Familienstatus (Kinder) und beruflicher Stellung	333

41	Assoziationen zwischen Indikatoren des gesundheitlichen Befindens und der Bereitschaft, auch ohne finanziellen Zwang zu arbeiten, nach Familienstatus und beruflicher Stellung	333
42	Berufliche Entscheidungskonflikte nach Stellung im Beruf und Familienstatus	336
43	Psychosoziales Mißbefinden und berufliche Entscheidungskonflikte nach Familienstatus und beruflicher Stellung	337
44	Die allgemeine Zufriedenheit nach beruflichen Entscheidungskonflikten und beruflicher Stellung	339
45	Gesundheitliches Befinden nach beruflichen Entscheidungskonflikten bei Arbeiterinnen mit Kindern	340
46	Das psychosoziale Wohlbefinden nach beruflichen Entscheidungskonflikten und Familienstatus bei Angestellten	341
47	Korrelate beruflicher Entscheidungskonflikte nach der beruflichen Stellung	343
48	Gesundheitliche Erschöpfung und Berufsverbundenheit: Ergebnisse der latent-class analysis	349
49	Gesundheitliche Erschöpfung nach Ehedauer, Familienstatus und beruflicher Stellung	356
50	Psychosoziales Wohlbefinden nach Ehedauer und Familienstatus bei Angestellten	357
51	Korrelate der Position im Familienzyklus nach beruflicher Stellung	359
52	Assoziationen zwischen Indikatoren des gesundheitlichen Befindens und Trinken des Ehegatten nach beruflicher Stellung und Familienstatus	360
53	Assoziationen zwischen Trinken des Mannes und ausgewählten Aspekten der familiären Situation der Frau nach beruflicher Stellung und Familienstatus	361
54	Assoziationen zwischen Ehedauer und Trinken des Mannes nach Gemeindegröße und Familienstatus bei Arbeiterinnen	363

55	Psychosoziales Wohlbefinden nach Planung der letzten Schwangerschaft und beruflicher Stellung bei Frauen mit Kindern	365
56	Ehezufriedenheit, psychosoziales Wohlbefinden und ökonomische Situation der Familie nach Planung der letzten Schwangerschaft und Ehedauer bei Angestellten mit Kindern	366
57	Hierarchische Modelle für den Zusammenhang zwischen psychosozialem Mißbefinden, Schichtzugehörigkeit der Frau, ihres Ehegatten und Vaters	378
58	Psychosoziales Mißbefinden nach der Schichtzugehörigkeit der Frau und ihres Vaters	379
59	Assoziationen zwischen gesundheitlichem Befinden und Zufriedenheit mit der Berufsposition des Gatten nach Stellung im Beruf und Familienstatus	381
60	Zufriedenheit mit der Berufsposition des Ehegatten nach Einkommen und beruflicher Stellung des Ehegatten und der Frau	382
61	Assoziation zwischen Indikatoren des gesundheitlichen Befindens und der sozioökonomischen Lage der Familie nach beruflicher Stellung und Familienstatus der Frau	384
62	Korrelationen, Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen in den Pfadmodellen "gesundheitliche Erschöpfung" I (Arbeiterinnen vs. Angestellte)	395
63	Korrelationen, Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen in den Pfadmodellen "gesundheitliche Erschöpfung" II (Frauen ohne Kinder vs. mit Kindern)	399
64	Korrelationen, Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen im Pfadmodell "allgemeine Zufriedenheit"	403

VORWORT

Die vorliegende Studie stellt eine Zusatzauswertung einer schriftlichen Befragung von 1370 jungen, berufstätigen Frauen dar, die unter Leitung von Univ.Prof. Dr. Leopold Rosenmayr von einer Arbeitsgruppe des Instituts für Soziologie der Universität Wien im Jahre 1969 in Wien, Niederösterreich und dem Burgenland durchgeführt wurde (eine Kurzdarstellung der wichtigsten Ergebnisse und Publikationen dieser Studie ist enthalten in ROSENMAYR et.al., 1973 und HALLER, 1976). Wenn die Ergebnisse hier vorgelegt werden, obwohl eine beträchtliche Zeitspanne seit der Durchführung der empirischen Erhebung vergangen ist, so veranlassen mich dazu mehrere Gründe. Wollte man diese Studie in die Traditionen medizinsoziologischer Forschung einordnen, so steht sie zunächst im Rahmen der älteren, vor allem im angloamerikanischen Bereich durchgeführten Arbeiten über psychosoziales Befinden oder "mental health", von denen teilweise zu Recht konstatiert wurde, daß sie Belege für den Zusammenhang zwischen Erkrankungen und sozialen Faktoren bereits in "schwelgerischer Redundanz" hervorgebracht hätten (SACK, 1973:236). Aber abgesehen davon, daß im deutschen Sprachraum nur sehr wenig ähnliche Studien durchgeführt wurden, geht die vorliegende Arbeit doch einen Schritt über diese Forschungstradition hinaus. Sie versucht - zumindest ansatzweise - die Forderung von SACK (1973:232) einzulösen, im einzelnen nachzuweisen, wie soziale Struktur "sich umsetzt" in beeinträchtigtes gesundheitliches Befinden.

Ohne im Detail darauf einzugehen, wie dies in der vorliegenden Arbeit eingelöst wird (vgl. dazu Kapitel 2 dieser Arbeit), sei hier lediglich festgestellt, daß dieser Anspruch nicht ausschließlich darin liegen kann, spezifische Korrelationen zwischen sogenannten

"Sozialfaktoren" einerseits und bestimmten Krankheiten andererseits nachzuweisen, ein Versuch, der seit der frühen epidemiologischen Analyse von PFLANZ (1962) wohl nicht zu Unrecht in den Hintergrund getreten ist. Die Absicht der vorliegenden Studie, die nicht über Daten zu Krankheiten im streng medizinischen Sinne verfügt (daher auch der neutrale Begriff "Gesundheitsstörungen"), liegt eher in der Richtung, daß versucht wird, "soziale Verwundbarkeitsfaktoren" herauszuarbeiten, wie die Autoren einer sozialpsychiatrischen Studie von jungen Frauen in London (BROWN et al.: 1975) jene im Zusammenhang mit Erkrankungen auftretenden sozialen Probleme und Schwierigkeiten nennen, die weder Persönlichkeitsfaktoren noch einzelne kritische Lebensereignisse (life events) darstellen und daher auch eher durch gesellschafts-politische Maßnahmen beeinflussbar scheinen. Zielsetzung eines solchen Ansatzes ist es, persönliche Situation und soziale Lage einer deutlich umgrenzten und homogenen Gruppe von Personen möglichst detailliert zu erfassen. Dadurch wird es möglich, aussagekräftigere Analysen über typische soziale Belastungs- und Konfliktsituationen durchzuführen als es bei einem repräsentativen Querschnitt durch die Gesamtbevölkerung möglich ist. Durch einen solchen Ansatz wird es möglich aufzuzeigen, daß Gesundheit und Krankheit stets auch als Teil der persönlichen und sozialen Alltagserfahrung der Betroffenen zu verstehen sind (wie schon PFLANZ [1962:366] bemerkt hat, ist es keineswegs Absicht einer soziologischen Sicht von Gesundheit und Krankheit zu behaupten, daß der soziale Aspekt wichtiger sei als der anatomische, physiologische usw.). Umgekehrt formuliert bedeutet dies aufzuzeigen, daß soziale und persönliche Probleme sich sehr häufig bis in das gesundheitliche Befinden hinein auswirken und dies nicht nur im negativen, sondern auch im positiven Sinne insoferne, als das gesundheitsrelevante Potential der

Chancen zur persönlichen Erfüllung in den verschiedenen Lebensbereichen herauszuarbeiten ist (in dieser Hinsicht ist der Titel dieser Studie zu eng gewählt). Ein solcher Ansatz versucht also - im Gegensatz zu Strömungen innerhalb der Medizinsoziologie selbst - gerade das persönliche Befinden von Menschen als Forschungsgegenstand ernst zu nehmen und sich nicht nur auf Unterschiede in sozial mehr oder weniger stark normiertem Verhalten von Gesunden und Kranken zu beschränken. Der Fall der jungen verheirateten Arbeiterinnen und Angestellten eignet sich hierfür in besonderer Weise, handelt es sich bei ihnen doch um eine soziale Gruppe, die außerordentlich hohen Belastungen ausgesetzt ist und die in ihrer zahlenmäßigen Bedeutung immer noch im Steigen ist (nahm etwa im Jahrzehnt 1961-71 die generelle Erwerbsbeteiligung der Frauen in Österreich nicht mehr zu, so stieg die Erwerbsquote der verheirateten Frauen zwischen 20 und 40 Jahren weiterhin und zwar auch jene der Frauen mit einem Kind; vgl. FINDL, 1978:583). Wie die Ergebnisse zeigen werden, kann trotz einiger nicht unwesentlicher sozialpolitischer Maßnahmen, die seit Durchführung dieser Erhebung in Österreich eingeführt worden sind (zu nennen wäre hier die Verkürzung der Arbeitszeit und die Einführung des Pflegeurlaubs bei Krankheit von Angehörigen), die besondere Problematik dieser Gruppe von Frauen noch keineswegs als befriedigend gelöst betrachtet werden.

Neben diesen inhaltlichen Zielsetzungen verfolgt die vorliegende Studie auch ein methodisches Interesse in der Richtung, daß versucht wurde, ein breiteres Spektrum von statistischen Methoden und Modellen zur Analyse der Daten heranzuziehen, wobei diesen Versuchen allerdings Grenzen gesetzt waren durch die Anlage der Studie und den Aufbau des Fragebogens. Die Ergebnisse scheinen jedoch für den Versuch zu sprechen, auch auf Daten und Variablen "einfacherer" Qualität komplexe statistische Verfahren anzuwenden.

Ich habe damit bereits implizit auf die Mängel dieser Arbeit hingewiesen. Diese Mängel betreffen zum Teil die Anlage der Studie selbst, da infolge des Mangels einer Vergleichsgruppe nicht berufstätiger Frauen anhand unserer Daten allein nicht bestimmt werden kann, inwieweit die Ergebnisse zum gesundheitlichen Befinden auch als Folge eines Selektionsprozesses erklärt werden müssen (dies deswegen, weil die Entscheidung für oder gegen die Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit selbst durch das gesundheitliche Befinden beeinflusst werden kann). Neben den bereits genannten Problemen bei der Anwendung komplexer statistischer Verfahren ist schließlich festzuhalten, daß die in jüngster Zeit erschienene einschlägige Literatur nicht mehr systematisch berücksichtigt wurde schon allein deswegen, weil Fragestellungen und Auswertungsstrategien durch die Daten von vornherein weitgehend festgelegt waren. Der Aufbau dieser Arbeit ergibt sich relativ logisch aus den vorgegebenen Zielsetzungen. Im ersten Kapitel wird versucht, grundsätzlich die Frage abzuklären, welchen spezifischen Beitrag eine "Soziologie der Gesundheit" im Rahmen all jener Disziplinen leisten könnte, die sich mit Grenzgebieten zwischen Medizin und Sozialwissenschaften befassen. Da ich den eigenen Ansatz sowohl von jenen medizinischen Disziplinen abgrenzen möchte, die sich mit sozialen Aspekten von Gesundheit und Krankheit befassen, als auch von einer Richtung innerhalb der Medizinsoziologie selbst, die solche Probleme fast ausschließlich als "soziale" Probleme betrachtet, ist dieser Abschnitt bedeutend umfangreicher geworden als ursprünglich geplant. Im zweiten Kapitel werden diese grundsätzlichen Überlegungen im Hinblick auf den theoretischen und methodischen Ansatz der eigenen Studie konkretisiert und es wird die Anlage der empirischen Erhebung sowie die Art der erhobenen Daten beschrieben. Im dritten Kapitel werden die Dimensionen des gesundheitlichen Befindens selbst systematisch mit Hilfe ge-

eigneter statistischer Verfahren herausgearbeitet, wobei zusätzlich dazu auch Ergebnisse unstrukturierter Interviews dargestellt werden. Die Ergebnisse dieser Analysen sind vor allem insofern wichtig, als sie teilweise imstande sind, die nicht sehr straffe theoretische Vorstrukturierung der erhobenen Daten nachträglich auszugleichen. Im vierten Kapitel werden unter Verwendung der vorher entwickelten Skalen die Zusammenhänge zwischen der gesellschaftlichen Lage und dem gesundheitlichen Befinden der jungen Frauen herausgearbeitet.

Einige grundsätzlichen Überlegungen zum wissenschaftlichen Ertrag dieser Arbeit zusammen mit einigen Folgerungen für zukünftige Studien ähnlicher Art bilden den letzten Teil dieser Arbeit.

Abschließend will ich noch gerne der Verpflichtung nachkommen, all jenen Personen und Institutionen zu danken, die wesentlichen Anteil am Entstehen dieser Studie hatten. Dies waren in erster Linie Univ.Prof. Dr. Leopold Rosenmayr, der mir die Daten zur Verfügung stellte, sowie die Hochschuljubiläumsstiftung der Gemeinde Wien, die mir eine finanzielle Unterstützung für die Durchführung dieser Sonderauswertung gewährte, wobei ich dem Herrn Magistratsrat Dr. Heinz Tünkl stellvertretend meinen Dank aussprechen möchte. Zu erwähnen ist weiters, daß Univ.Prof. Hans Strotzka maßgeblichen Anteil an der Auswahl der Fragen und Items zum gesundheitlichen hatte ebenso wie die Mitarbeit von Prof. Wolfgang Schulz an einer ersten Analyse der Items zum emotional-stimmungsmäßigen Befinden. Eine Reihe von Kollegen haben mir bei der Datenanalyse wertvolle Hilfestellungen geleistet: Dr. Johann Handl am Institut für Soziologie und Dr. Erich Dimitz, Dipl.Vw. Gert Kalinowski und Rudolf Matuschek am Institut für Höhere Studien. Die EDV-Programme für die Rasch-Skalierung der Gesundheitsitems wurden mir freundlicherweise von Dr. Anton K. Formann (Institut für

Psychologie der Universität Wien) überlassen. Relevant war für meine Arbeit auch, daß sich an der Abteilung Soziologie des Instituts für Höhere Studien bis vor kurzem ein Schwerpunkt "Medizinsoziologie" befand, an dem systematisch Lehre und Forschung auf dem Gebiete der Medizinsoziologie betrieben werden konnte; hier erhielt ich von meinen Kollegen Dr. Rudolf Forster, Dr. Fritz Leitner und Dr. Jürgen M. Pelikan sowie von den Gastprofessoren David Mechanic (University of Wisconsin) und Johannes Siegrist (Universität Marburg) mancherlei wertvolle Anregungen. Danken möchte ich schließlich Frau Rosi Gotsleben, die es verstand, aus oft unübersichtlichen und chaotischen Notizen ein sorgfältig geschriebenes Manuskript herzustellen, sowie Frau Rosina Auner, die in gewohnt effizienter Weise die Vervielfältigung des Manuskriptes besorgte. Ohne die ständige Ermunterung und die Hinweise aus eigenen beruflichen Erfahrungen, die ich meiner Frau Martha verdanke, wäre die vorliegende Arbeit wohl kaum zu einem Abschluß gekommen.

Max Haller

Wien, im Dezember 1978

I. Teil: ABGRENZUNG DES PROBLEMFELDES UND ZIELSETZUNG
DER VORLIEGENDEN STUDIE

1. Einleitung

Möglichkeiten und Grenzen soziologischer Unter-
suchungen von Gesundheitsproblemen

Eine empirische Studie, die sich auf das komplexe Grenzgebiet zwischen Medizin und Soziologie begibt, muß sich als erstes der Möglichkeiten und Grenzen ihrer Zielsetzungen und Methoden vergewissern um nicht einem Dilettantismus zum Opfer zu fallen, der unter Umständen mehr Schaden anrichtet als Nutzen erbringt. So wies STROTZKA (1969:18) unter Verweis auf BERNER und HOFF (1962) zu Recht darauf hin, daß das Eindringen der Sozialwissenschaften in die Psychiatrie nicht ohne Gefahren sei; Untersuchungen, die mit einem zu allgemeinen Konzept von Verhaltensstörung operieren und nicht nach minimalen Krankheitskriterien differenzieren, seien für die praktische Sozialpsychiatrie wertlos und theoretisch vielfach sogar irreführend. Die erste Aufgabe, die sich uns hier stellt, ist daher jene anzugeben, wie wir im folgenden "Gesundheit" bzw. "Krankheit" verstehen. Die Herausarbeitung der soziologischen Dimensionen des Gesundheitsbegriffes wird uns in der Folge auch bei der Abgrenzung des Forschungsbereiches einer allgemeinen "Soziologie der Gesundheit" behilflich sein und uns die Möglichkeit bieten, unsere eigenen empirischen Analysen in einen umfassenderen Zusammenhang einzuordnen.

1.1. Der persönliche, soziale und medizinisch-
professionelle Aspekt von Gesundheit und Krankheit

Es ist sicherlich kein Zufall, wenn gerade aus dem Bereich der soziologischen Altersforschung wichtige Anstöße zu einer Erfassung der sozialen Komponenten des Gesundheitsbegriffes kommen. Denn gerade bei älteren Menschen haben Probleme von Gesundheit und Krankheit vielfach zentrale Bedeutung für die gesamte persönliche und soziale Situation. Unter Anknüpfung an BLUME (1970) unterscheidet AMANN (1973) zwischen einem "objektiven" und einem "subjektiven" Gesundheitsbegriff: ersterer bezieht sich auf ein Feld von somatischen und psychischen Merkmalsbereichen, die nach medizinisch-wissenschaftlichen, also externen, Kriterien festgestellt ("diagnostiziert") werden; letzterer bezieht sich auf die individuelle Gesundheitserfahrung einer Person, berücksichtigt also die Interpretationen und Äußerungen des betroffenen Individuums selbst. Diese beiden Konzepte sind nach AMANN begriffslogisch voneinander unabhängig, der Grad der Übereinstimmung zwischen subjektivem und objektivem Gesundheitszustand primär eine empirische Frage. In der bisherigen Forschung sei jedoch über dieser Problematik die Aufgabe vernachlässigt worden, die eigenständige Aussagekraft des "subjektiven Gesundheitsbegriffes" herauszuarbeiten:

"Wichtiger als diese Versuche externer Validierung der Ergebnisse aus Befragungen zur (objektiven) Gesundheit scheint jedoch die Aufgabe zu sein, dieses Konzept der subjektiven Gesundheit auszuarbeiten und jene Faktoren aufzudecken, die sozusagen als Konstituanten im Hintergrund stehen" (AMANN, 1973:317).

Es hatte sich nämlich in der empirischen Altersforschung vielfach gezeigt, daß die gesundheitliche Selbsteinschätzung signifikant mit einer Reihe wichtiger Lebens-

umstände und Verhaltensweisen der alten Menschen, wie den physisch-motorischen Fähigkeiten, sensorischen Beschwerden, dem Ausmaß der sozialen Partizipation und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe usw., korreliert war. Man kann aber annehmen, daß das Faktum der Selbsteinschätzung des gesundheitlichen Befindens eine relevante Dimension darstellt, die ebenso wie die durch "objektive" medizinische Diagnosen festgestellte Gesundheit oder Krankheit für die soziale Situation der Betroffenen von großer Bedeutung ist.

Was ist unter "subjektiver Gesundheit" in diesem Sinne nun genauer zu verstehen und wie verhalten sich die Phänomene, die mit diesem Begriff erfaßt werden, zu jenen, die vom traditionellen medizinischen Begriff der Krankheit umschrieben werden?

Das entscheidende Element in der Unterscheidung zwischen einem "subjektiven" und "objektiven" Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff ist, wie bereits erwähnt, die Tatsache, daß im Falle des ersteren die persönliche Erfahrung der betroffenen Person im Mittelpunkt steht. Diese Unterscheidung ist daher nicht als eine zwischen zwei Formen von Krankheit zu verstehen, die unterschiedlichen Realitätsgehalt haben, sondern als eine zwischen zwei unterschiedlichen Perspektiven, aus denen die Krankheit gesehen wird (ELIAS 1969). Denn wenngleich die persönliche Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes, das Gefühl des gesundheitlichen Wohlbefindens oder Mißbehagens oft nur vage ist, hat es dennoch hohen Realitätsgehalt für die betroffene Person (SIMMONS, 1963:353; MITSCHERLICH, 1966:57; JORES, 1970:69). Selbst die medizinisch-klinische Harmlosigkeit von Phänomenen wie Schlafstörungen, Kopfschmerzen und ähnlichen "psychovegetativen Syndromen", die in der Folge im Mittelpunkt unserer eigenen empirischen Untersuchungen stehen werden,

besagt keinesfalls, daß sie auch subjektiv bedeutungslos sind, denn gerade solche Phänomene können mit einem hohen persönlichen Leidensdruck einhergehen (DELIUS & FAHRENBURG, 1966:98).

Aber es gilt nicht nur, daß Phänomene des subjektiven Unbehagens und Leidens für die betreffenden Personen sehr real sind, sondern darüberhinaus, daß diese subjektiven Beschwerden und ihre Gesamtinterpretation im "Befinden" (SCHAEFER & BLOHMKE, 1972:110) auch für die Beurteilung der Krankheit aus medizinisch-klinischer Sicht relevant sind. Dies hat vor allem FOUCAULT zum Ausdruck gebracht:

"Das Bewußtsein, das der Kranke von seiner Krankheit hat, ist absolut original. Sicher ist nichts so falsch wie der Mythos von der Krankheit, die nichts von sich selbst weiß; der Abstand zwischen dem Bewußtsein des Arztes und dem des Kranken ermißt sich nicht am Abstand zwischen Kenntnis und Unkenntnis der Krankheit. Es ist nicht so, als stünde der Arzt auf der Seite der Gesundheit, die alles Wissen über die Krankheit besitzt, und der Kranke auf der Seite der Krankheit, die nichts von sich selbst weiß, nicht einmal ihre Existenz" (FOUCAULT, 1968:74).

Wenngleich nun der Zusammenhang zwischen "subjektivem" Unwohlsein und "objektiver" Krankheit im Sinne von Aufsuchen eines Arztes, Fernbleiben von der Arbeit, Bettlägerigkeit usw. sehr variabel ist, da es hierbei auf eine Reihe persönlicher Dispositionen und sozialer Umstände ankommt, so folgern wir daraus doch keinesfalls wie SCHAEFER (1963:101), daß Leiden und Unwohlsein zur Definition von "Gesundheit" und "Krankheit" unbrauchbar sind.¹⁾

1) Es muß allerdings angemerkt werden, daß SCHAEFER dem "subjektiven" Kranksein durchaus einen wichtigen Stellenwert beimißt, wenn er im oben angeführten Zusammenhang darauf hinweist, daß das Befinden des Patienten für die faktischen Probleme des Krankseins, insbesondere für die damit verbundenen sozialen Probleme, große Bedeutung besitze. Auch in der "Einführung in die Sozialmedizin" (SCHAEFER & BLOHMKE, 1972:110-111) weisen die Autoren auf die Notwendigkeit hin, solche Beschwerden im Rahmen der naturwissenschaftlichen Medizin ernstzunehmen.

Die Vernachlässigung des persönlichen Befindens und der subjektiven Beschwerden ist typisches Kennzeichen einer stark naturwissenschaftlich ausgerichteten Auffassung von Krankheit, deren Beschränktheit wir im folgenden Abschnitt näher aufzeigen werden. Es ist daher charakteristisch, daß den Phänomenen des persönlichen Gesundheits- bzw. Krankheitsgefühles aus einer alternativen medizinischen Perspektive, die Krankheiten als funktionelle Störungen des gesamten Organismus sieht, weit größere Bedeutung zugemessen wird:

"Wir haben gelernt, daß jede subjektive Beschwerde des Patienten uns führend werden kann für die Erkenntnis seiner Erkrankung...
... die Einbeziehung sowohl der lokalisierten wie der allgemeinen Klage, des gesamten charakterlichen Verhaltens des Kranken ist heute nicht mehr lediglich ein Interessengebiet für den psychotherapeutischen Arzt, es führt die Erfassung der Anamnese, welche die klassischen Kliniker, stolz auf den objektiven Befund, entschieden vernachlässigten, zur Erschließung der eng verknüpften, einheitlichen psychophysischen Verhaltensweisen, sie führt aber oft genug auch zum wichtigsten Hinweis einer lokalen Erkrankung" (BERGMANN, 1936:13).

Wenngleich diese These bereits vor nahezu einem halben Jahrhundert von einem anerkannten deutschen Internisten aufgestellt wurde, kann man sie heute durchaus nicht als allgemein geltend ansehen. Diese Haltung hat aber auch aus therapeutischer Sicht negative Konsequenzen, denn die Geringschätzung der Klagen des Patienten führt dazu, daß "darunter oft auch jene tiefste Bindung (leidet), die zwischen dem Leidenden und seinem Helfer besteht" (BERGMANN, 1936:27).

In dieser Nichtberücksichtigung des persönlichen Befindens als wesentliches Element von "Gesundheit" bzw. "Krankheit" trifft sich diese enge medizinisch-klinische Auffassung übrigens mit einem soziologischen Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff, der Krankheit allein vom sozialen Aspekt her definiert als Abweichung von den "normalen" Rollenanforderungen des alltäglichen Lebens bzw. den Kranken als Träger einer spezifischen sozialen Rolle, nämlich der "Krankenrolle", beschreibt (PARSONS, 1965).

Die Ursache für die vielen Angriffspunkte, die ein solcher Krankheitsbegriff bietet, liegt eben darin, daß die sozialen Aspekte der Krankheit - die von PARSONS als Elemente der Krankenrolle beschrieben werden - nicht jeweils systematisch mit der Art und dem Ausmaß des individuellen Leidensdruckes und den damit verbundenen sozialen Behinderungen in Verbindung gebracht werden. Kritiker haben daher zu Recht an PARSONS' Skizzierung der Krankenrolle moniert, daß sie für psychosomatische (BREDE, 1971:155) und psychische Krankheiten (DÖRNER, 1973:84-86) kaum zutreffend sei und daß sie die bestehende Rollenverteilung innerhalb der (Klassen-) Gesellschaft stillschweigend akzeptiere (SCHNEIDER, 1973:215).¹⁾

1) Es ist anzumerken, daß PARSONS (1965:12) sich wohl bewußt zu sein scheint, daß eine soziale Bestimmung von Krankheit allein unzureichend ist, wenn er schreibt, der Begriff der Krankheit sei teils biologisch, teils sozial bestimmt. Daß er das Nicht-Soziale aber des weiteren vernachlässigt, ist in seiner systemtheoretischen Auffassung begründet, die das Soziale als eine Ebene sui generis ansieht und eine strenge Trennung zwischen der biologischen, psychischen und sozialen Ebene postuliert. Die Notwendigkeit, den persönlichen (subjektiven) Aspekt als wesentliches Bestimmungselement der Gesundheit zu betrachten, wird offensichtlich auch nicht erkannt von DREITZEL (1968:31), wenn er meint, ein rollenanalytischer und ideologiekritischer Ansatz würden zusammengenommen eine Pathologie des Sozialen ermöglichen. Sein Hinweis, daß Rollenanalyse und Ideologiekritik stets zum tatsächlichen Leidensdruck der Individuen in Bezug gesetzt werden müßten, bleibt offensichtlich ebenso wie PARSONS' Hinweis auf die biologische Basis von Krankheit theoretisch ohne Konsequenzen. Bezeichnenderweise folgt daraus auch, daß DREITZEL selbst trotz wiederholter Warnungen davor, eine Gesellschaft insgesamt als "neurotisch" zu bezeichnen, dies im Grunde doch tut, wenn er von "sozialpathologischen Erscheinungen" spricht (DREITZEL, 1968:35ff).

Eine Theorie der Krankheit, die Krankheit nur mit menschlichem Verhalten bzw. mit den Rollenansprüchen und Erwartungen in Beziehung setzt, die eine Umwelt an den Kranken stellt, übersieht jedoch alle jene Leidenszustände, in denen die Betroffenen äußerlich gar kein "abweichendes Verhalten" zeigen. Leidenszustände also, die den Betroffenen die "normale" Erfüllung ihrer alltäglichen Pflichten durchaus gestatten (BROWN et al., 1975). Eben solche Formen von Gesundheitsstörungen nämlich werden wir in diesem Bericht untersuchen.

Das oben angedeutete potentielle Mißverständnis der Unterscheidung zwischen einem "subjektiven" und einem "objektiven" Krankheitsbegriff beruht noch auf einer weiteren problematischen Annahme. Es ist dies die Annahme, daß medizinisch-klinische Diagnosen stets "objektiv" sind in dem Sinne, daß sie exakt genau reproduzierbar, extern überprüfbar usw. sind. Dies ist jedoch nicht der Fall. Selbst ein medizinisch-klinischer Befund erlaubt eine Diagnose des Krankseins nur in Grenzfällen, denn "der 'Befund' ist immer ein solcher, der in einer großen Breite möglicher Variationen meist nur durch einen Willkürakt als bereits zum Kranksein gehörig definiert werden kann..." (SCHAEFER, 1963:95). Neben dieser medizinisch-klinischen Problematik von Befunden gibt es eine soziale Problematik, die die "Objektivität" von medizinischen Diagnosen noch weiter relativiert. Dadurch, daß der Arzt in seiner Diagnose weitgehend von den Mitteilungen des Patienten und dessen Fähigkeit (und Bereitschaft) zur Artikulation seiner Beschwerden und Symptome abhängig ist, hat der Patient selbst einen Einfluß auf die Diagnose, wobei dieser Einfluß umso bedeutsamer werden wird, je verschwommener das Symptom und je knapper die Zeit des Arztes für die Erfassung der Leidensgeschichte des Patienten ist (WAITKIN & STOECKLE, 1972; KUTY, 1973; STROTZKA, 1964).

Wir gehen also davon aus, daß die Begriffe der "Gesundheit" und der "Krankheit" den "subjektiven" und "objektiven" Aspekt gleichzeitig erfassen müssen.

Das hat auch Erich ERIKSON sehr pointiert ausgedrückt:

"Es gibt zwei Beweise für den Zustand der Gesundheit: Erstens das subjektive Gefühl des Gesundseins, zweitens den objektiven Gesundheitsnachweis durch Untersuchungen. Nur eine Kombination dieser beiden Feststellungen ergibt eindeutige Gesundheit; denn es gibt fieberhafte oder sinnverwirrende Krankheitszustände, in denen sich die Kranken zeitweilig ganz besonders gesund fühlen, und es gibt objektiv gesunde Menschen, die sich ihrem Ende nahe fühlen. Es ist also die Verbindung von Subjektivem und Objektivem, was die Gesundheit ausmacht" (ERIKSON, 1966:8).

Um die im Vorhergehenden besprochenen Mißverständnisse zu vermeiden, scheint es zielführend zu sein, hier anstelle von "subjektiv" und "objektiv" verschiedene Aspekte von Gesundheit und Krankheit zu unterscheiden. Dabei müssen zumindest drei Aspekte unterschieden werden: der persönliche Aspekt - die persönliche Einschätzung des Befindens durch den Betroffenen und dessen gesundheitsbezogenen allgemeinen und spezifischen Einstellungen und Aktivitäten; der soziale Aspekt - die Einschätzung des Gesundheitszustandes einer Person durch die wichtigsten ihr nahestehenden Interaktionspartner (Familienangehörige, Freunde, Arbeitskollegen usw.); und schließlich der fachlich-professionelle Aspekt - die "Diagnose" des Gesundheitszustandes bzw. von Krankheitssymptomen durch fachlich spezialisierte Gesundheits-Experten (Ärzte, Psychiater usw., vgl. dazu auch FRANKE, 1970:34). Wenn wir hier von drei verschiedenen "Aspekten" von Gesundheit und Krankheit sprechen, so wollen wir damit ausdrücken, daß es sich dabei um verschiedene Perspektiven handelt, deren jeweilige Sichtweisen einander ergänzen müssen um ein volles Verständnis der Gesundheitsproblematik zu ermöglichen.

1.2. Systematische Abgrenzung der Begriffe Gesundheit und Krankheit

Nach diesen einleitenden Bemerkungen, die einen ersten Einblick in die Komplexität der Begriffe Gesundheit und Krankheit gegeben haben und uns insbesondere auf die Notwendigkeit einer engen Kooperation einer Reihe verschiedener Einzeldisziplinen verwiesen haben, wollen wir in diesem Abschnitt einige zentrale Aspekte des Gesundheits- und Krankheitsbegriffes herausarbeiten. Wir beginnen dabei mit der Kontroverse um die Unterscheidung zwischen körperlicher und psychischer Erkrankung, an der sich zeigen läßt, daß heute nicht nur im Rahmen der sogenannten naturwissenschaftlichen Medizin einseitige Auffassungen über Ursachen und Verlaufsformen psychischer Erkrankungen vorliegen, sondern daß auch bei entschiedenen Verfechtern der Eigenständigkeit psychischer Erkrankungen unhaltbare Auffassungen über die spezifischen Merkmale körperlicher Erkrankungen bestehen.

Um die Einseitigkeit dieser Auffassungen besser sehen zu können, bringen wir sodann einen kurzen Exkurs über die Eigenart von Lebensprozessen, der es ermöglicht, den Stellenwert von Gesundheit und Krankheit im Rahmen solcher Prozesse zu bestimmen. Auf dem Hintergrund dieser Überlegungen wird sich zeigen, daß eine Reihe kontroverser Fragen - wie der des Unterschiedes zwischen körperlicher und geistiger Erkrankung, des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums und der positiven Definition von Gesundheit - in einer befriedigenderen Weise beantwortet werden können als es bisher meist geschehen ist.

1.2.1. Zur Kritik am physikalisch-chemischen
Krankheitsbegriff

Wir gehen mit FORSTER und PELIKAN (1977:5) davon aus, daß die Medizinsoziologie einen Krankheitsbegriff benötigt, der

"offen genug ist, um das ganze Spektrum der Leidenszustände von flüchtigen, morbiden Episoden bis zu irreversiblen Behinderungen zu umfassen und welcher der Natur des Menschen gerecht wird, indem er erlaubt, gleichermaßen die somatischen, psychischen und sozialen Aspekte von Krankheit zu thematisieren".

Diese Forderung ist jedoch nicht als Selbstverständlichkeit anzusehen. Denn als Reaktion auf das in der Medizin seit dem 19. Jahrhundert vorherrschende eng naturwissenschaftlich ausgerichtete Verständnis von Krankheit gibt es seit neuestem ernstzunehmende Stimmen, die dafür votieren, das Krankheitsparadigma für psychische Erkrankungen total über Bord zu werfen. Im folgenden soll gezeigt werden, daß diese Forderung auf zwei Mißverständnissen beruht: (1) auf einem unzulässig eingegengten Krankheitsbegriff, der unbesehen aus der naturwissenschaftlichen Tradition übernommen wurde und (2) auf einer Verkennung des Unterschiedes zwischen den Prozessen, die zum Ausbruch einer Erkrankung führen einerseits und jenen Prozessen und Maßnahmen, die die Heilung eines Menschen herbeiführen sollen andererseits.

Die These, daß es sich beim Begriff der "Geisteskrankheit" um einen Mythos handle, ist vor allem mit dem Namen des amerikanischen Psychiaters Thomas SZASZ ¹⁾

1) Vgl. seine gleichlautende Veröffentlichung aus dem Jahre 1961 (dt. 1975). SZASZ hat seine Grundthese inzwischen in einer Reihe weiterer, vieldiskutierter Publikationen ausgearbeitet.

verbunden. SZASZ argumentiert, die Geschichte der modernen Psychiatrie habe mit einem Mißverständnis begonnen, da man für psychische Probleme von Menschen unbesehen das Etikett der "Krankheit" aus der somatisch-naturwissenschaftlichen Medizin entlehnt habe. Dies sei jedoch ein sehr problematischer Schritt gewesen. Denn während er dem "psychisch Kranken" einerseits zwar einen Zufluchtsort in der Rolle des Kranken und in spezifischen Institutionen für "Geisteskranke" eröffnet habe, hätte er auf der anderen Seite zu einer verhängnisvollen Passivität der Menschen mit solchen Problemen geführt, die die Lösung ihrer Lebensprobleme nicht mehr in Eigenverantwortung anstreben, sondern einem Arzt oder einer Institution überantworten. Die Gleichstellung von körperlich und geistig erkrankten Menschen sei grundsätzlich falsch, da die Unterschiede zwischen ihnen weit größer seien als die Ähnlichkeiten.

In die gleiche Richtung argumentiert Jan FOUDRINE (1973), ein holländischer Psychiater. Dieser hatte in der Tat die Grundthese von SZASZ, daß das Etikett der "Geisteskrankheit" sich verhängnisvoll auswirke, da es zu völliger Passivität der psychisch Kranken führe, durch seine eigene ärztliche Tätigkeit schlagend beweisen können. Er hatte durch Umstellung der Behandlungsmethoden in einer immerhin als fortschrittlich geltenden amerikanischen Privatklinik für psychisch Kranke sensationelle Erfolge erzielen können und zwar genau dadurch, daß er die in der Anstalt zutage tretende Apathie der Patienten durch einschneidende organisatorische Veränderungen aufhob und sie zur aktiven Mitarbeit am Prozeß der Genesung gewann. FOUDRINE folgert in seinem beeindruckenden Buch, der Psychoanalytiker als "Helfer bei Lebensproblemen" bedürfe viel eher einer Ausbildung in psychologischen, sozial- und geisteswissenschaftlichen Fächern als einer medizinischen Ausbildung. Zur Unter-

mauerung dieser These beruft er sich ausdrücklich auf den Aufsatz von FREUD "Zur Frage der Laienanalyse" (1969), in dem dieser die Frage behandelt hatte, ob es auch Nichtärzten (Laien) erlaubt sein solle, eine psychoanalytische Tätigkeit auszuüben. In diesem Aufsatz hatte FREUD in der Tat - und zwar im Gegensatz zur Mehrheit der zeitgenössischen Psychoanalytiker - sehr nachdrücklich die Auffassung vertreten, daß eine medizinische Ausbildung keine unbedingte Voraussetzung für die Ausübung einer psychoanalytischen Tätigkeit darstelle. Denn nicht nur, daß die medizinische Ausbildung dem Arzt für das Verständnis der Neurotiker "nichts, aber auch gar nichts" helfe, sei sie für eine solche Tätigkeit sogar schädlich, denn sie gebe den angehenden Ärzten eine falsche Einstellung mit, indem sie ihnen eine Geringschätzung der psychischen Faktoren des Lebens vermittele. Die Integration der Psychoanalyse in die Medizin sei geradezu gefährlich, da sie von dieser womöglich nur

"verschluckt werde und dann ihre endgültige Ablagerung im Lehrbuch der Psychiatrie finde, im Kapitel Therapie, neben Verfahren wie hypnotische Suggestion, Persuasion, die, aus unserer Unwissenheit geschöpft, ihre kurzlebigen Wirkungen der Trägheit und Feigheit der Menschenmassen danken" (FREUD, 1969:209).

Die ärztliche Ausbildung sei nichts als ein beschwerlicher Umweg zum Beruf des Psychoanalytikers, die ihm zuviel unnützen Stoff auflade, den er nie verwerten könne. Der Unterrichtsplan für den Analytiker, zieht FREUD (1969:213-4) dann die bekannte Folgerung, müsse "geisteswissenschaftlichen Stoff, psychologischen, kulturhistorischen, soziologischen ebenso umfassen wie anatomischen, biologischen und entwicklungsgeschichtlichen". Denn die Funktion des Psychoanalytikers sei am ehesten als Seelsorge zu bezeichnen - allerdings

als eine "weltliche Seelsorge", da sie sich eine möglichst vollständige Analyse des Patienten zum Ziel setze und diesen nicht durch die Aufnahme in eine religiöse oder politische Gemeinschaft entlasten wolle (FREUD, 1969:218). Dieser Aufsatz von FREUD war in der Tat ein starker Stein des Anstoßes für die zeitgenössischen Psychoanalytiker-Kollegen, die großteils ausgebildete Ärzte waren und sich auch als solche verstanden (vgl. dazu FOUADRINE, 1973:324-331) und selbst heute wird die Tragweite dieser Thesen anscheinend noch immer abzuschwächen versucht.¹⁾

-
- 1) So etwa von Karola BREDE (1971:159) mit der Vermutung, daß FREUDs entschiedene Verfechtung der theoretischen und praktischen Unabhängigkeit der Psychoanalyse von der Medizin vor allem durch die Sorge um die Integrität des wissenschaftlichen Status der Psychoanalyse motiviert gewesen sei. BREDE meint in diesem Zusammenhang, "die Abgrenzung eines eigenständigen Objektbereiches für die theoretisch von der Medizin verschiedene Psychoanalyse" sei jedoch schwierig, da der psychoanalytischen Theorie keine eindeutigen Kriterien für die Abgrenzung psychodynamischer Prozesse gegenüber den physiologischen Funktionsweisen entnommen werden könnten. BREDE folgert dann, daß FREUD die psychoanalytische Theorie wahrscheinlich "in dem Gegenstandsbereich, der grob als biologischer umschrieben werden kann, für erklärungskräftig hielt, dessen Ausbau aber dem Ausbau der psychoanalytischen Theorie nachordnete" (BREDE, 1971:160). Auch in dieser Argumentationskette zeigt sich der typische Fehlschluß, der bei Autoren auftritt, welche der Geisteskrankheit den Status einer Krankheit absprechen. Aus der berechtigten Forderung nach einer eigenständigen Therapie wird die - unberechtigte - Folgerung nach einem eigenständigen Objektbereich abgeleitet. Näheres dazu im Text oben.

Hier scheint in der Tat ein ernstes Dilemma zu bestehen. Denn wenn es sich bei den als psychische Krankheiten klassifizierten Phänomenen nicht um wirkliche Krankheiten handelt, scheint ein wesentlicher Teil der beruflichen Identität des Psychoanalytikers, ja vielleicht überhaupt seine Existenzberechtigung in Form des Anspruchs auf die kompetente Behandlung kranker Menschen ins Wanken zu geraten. Diese Bedrohung scheint vor allem deshalb ernst zu nehmen zu sein, da die Hinweise von SZASZ und FOU DRAINE auf die negativen Konsequenzen einer Etikettierung eines Menschen mit psychischen Problemen als "krank" zweifellos berechtigt sind.

Betrachten wir jedoch die Argumente gegen die Anwendung des Krankheitsbegriffes auf psychische Erkrankungen etwas genauer. In Bezug auf körperliche Krankheiten schreibt SZASZ unter anderem:

"Nun stützt sich das Begriffsgerüst der Medizin aber auf die Prinzipien der Physik und Chemie (übrigens nicht zu Unrecht, da es die Aufgabe der Medizin ist und war, die physikochemische Struktur und Funktion des menschlichen Körpers zu untersuchen und wenn nötig zu verändern), und gerade in diesen Begriffen läßt sich das Zeichenbenutzungsverhalten des Menschen weder leicht erforschen noch leicht verstehen... Die Adjektive 'geistig-seelisch' (im Zusammenhang mit G e i s t e s krankheit), 'emotional' und 'neurotisch' sind semantische Strategien, mit denen die Unterschiede zwischen zwei Klassen von Behinderungen oder Lebens'problemen' kodifiziert und zugleich verschleiert werden sollen. Die eine Klasse besteht aus körperlichen Krankheiten, die die Funktionstüchtigkeit des menschlichen Körpers als Maschine beeinträchtigen und damit die soziale Anpassung erschweren, die zweite aus Schwierigkeiten in der sozialen Adaption, die nicht auf ein funktionelles Versagen der Maschine zurückgehen, sondern ihre 'Ursachen' mehr in den Zwecken haben, denen die Maschine nach dem Willen ihrer Erbauer (z.B. Eltern, Gesellschaft) oder ihrer 'Benutzer' (i.e. Individuen) dienen sollte" (SZASZ, 1975:16 und 55; Unterstreichungen M.H.).

In ähnlicher Weise zitiert FOUDRAINE (1973:294-6) zustimmend die Schlußfolgerungen aus einer Arbeit von GOFFMANN (1961), in der dieser die Arbeitsweise psychiatrischer Kliniken mit einem professionellen Dienstleistungsmodells verglichen hatte, in dem der Kunde den Hilfeleistenden aufsucht, den zu reparierenden Gegenstand zurückläßt und später wieder abholt. Beim medizinischen Dienstleistungsmodell erfülle das Krankenhaus die Funktion einer Werkstatt und der Körper sei das Objekt; ein solches System sei im Falle körperlicher Störungen sinnvoll, nicht jedoch im Falle funktioneller Psychosen.

Aus diesen Hinweisen dürfte klar geworden sein, daß es sich beim Begriff von Krankheit bzw. Medizin, der von diesen Autoren abgelehnt wird, um einen sehr engen Begriff handelt, nämlich um einen "physio-chemischen Krankheitsbegriff", der nur Physik und Chemie als wissenschaftliche Grundlagen der Medizin anerkennt (MENNINGER, 1974:54-65).

Diese beiden Wissenschaften können jedoch - trotz der enormen Fortschritte, welche die Medizin und insbesondere die Heilmittelkunde mit ihrer Hilfe gemacht hat - nicht als die alleinigen Grundlagen der Medizin gelten insoferne, als es dieser um die Beeinflussung von Lebensprozessen geht. Es handelt sich hier nicht nur darum, daß man neben Physik und Chemie auch die Physiologie und Biologie als die "Wissenschaften vom Leben" heranzieht, denn auch die klassische Physiologie PAWLOW'scher Prägung bewegte sich noch im Denkschema von Physik und Chemie. Dieses Denkschema ist darauf begründet, daß stabile, wohlabgegrenzte Einheiten definiert und lineare, kausale Zusammenhänge zwischen diesen Einheiten hergestellt werden (WIESER, 1959:11,42). Im folgenden Abschnitt wollen wir versuchen, einen

knappen Einblick in die wichtigsten Charakteristika von Lebensprozessen zu geben, um auf dieser Basis dann zu einer adäquateren Bestimmung der Begriffe Gesundheit und Krankheit zu gelangen.

1.2.2. Gesundheit und Krankheit als Potential bzw. Reaktion des Gesamtorganismus

Zum Verständnis von Lebensvorgängen ist eine Denkweise notwendig, die nicht - wie Physik und Chemie - einzelne kausale Zusammenhänge isoliert und beschreibt, sondern funktionale Zusammenhänge erfaßt. Eine solche Denkweise ist notwendig, weil die Eigenart von Lebensprozessen darin liegt, daß sie mehr als eine bloße Aneinanderreihung vieler einzelner physikalisch-chemischer bzw. physiologischer Prozesse darstellen. Lebensprozesse sind auf eine ganz bestimmte Weise organisiert und auf die Erreichung bestimmter Ziele ausgerichtet, Ziele wie die Entfaltung und Aufrechterhaltung des Lebens, die Auseinandersetzung mit und die Anpassung an bestimmte Umwelten oder die Abwehr von lebensbedrohenden Ereignissen und Einflüssen. In dieser Hinsicht kann ein lebendiger Organismus mit einer von Menschen erfundenen Maschine verglichen werden, die nach einem bestimmten Bauplan und für die Durchführung bestimmter Aufgaben entwickelt wurde - mit dem Unterschied, daß Organismen eine unvergleichlich höhere Komplexität aufweisen (BERGMANN, 1936; WIESER, 1959; UEXKÜLL, 1963:243-276). Die entscheidenden Merkmale des Lebendigen lassen sich in drei Punkten zusammenfassen:

(1) Lebensvorgänge stellen hochkomplexe, strukturierte Wechselbeziehungen zwischen einer Reihe von Teilprozessen dar, die sich nicht als einlinige Kausal-

zusammenhänge begreifen lassen; bei lebenden Organismen handelt es sich also um Systeme mit einer komplexen Organisation.

(2) Der Ablauf und die Koordinierung der einzelnen Teil-Prozesse erfordert einen kontinuierlichen Fluß von Informationen über Zustand und Veränderungen in wichtigen Kenngrößen des Organismus und seiner Umwelt. Mithilfe dieser Informationen erfolgt eine kontinuierliche Steuerung der Lebenstätigkeit des Organismus.

(3) Lebensvorgänge sind in erster Linie als Reaktionen auf Veränderungen in den Sollwerten des Organismus zu verstehen. Dies ist der typische Fall eines funktionalen (oder finalen) Zusammenhanges, da Veränderungen in einem bestimmten Zielwert (z.B. der Körperwärme) Anlaß zu einem entsprechenden Verhalten bzw. zu Reaktionen geben, die den "normalen" Zustand wiederherstellen sollen, wobei sehr unterschiedliche Aktionen zur Erreichung ein- und desselben Zieles eingesetzt werden können (STINCHCOMBE, 1968:80).

Auf der Basis dieses kurzen Exkurses können wir die Frage nach der Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit wieder aufgreifen, wobei wir die Differenzierung zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit zunächst vernachlässigen wollen. Die erste Feststellung betrifft die Tatsache, daß Gesundheit und Krankheit Phänomene sind, die sich auf den Organismus in seinen Lebensfunktionen beziehen. Wie der französische Wissenschaftshistoriker und -soziologe Georges CANGUILHEM feststellt, auf dessen grundlegende Arbeit über "Das Normale und das Pathologische" wir in diesem Abschnitt ausführlich zurückgreifen werden, lassen sich die Begriffe von Gesundheit und Krankheit überhaupt nur unter Bezugnahme auf solche Lebensvorgänge definieren:

"Die Gesetze der Physik und Chemie sind im Gesundheits- wie Krankheitszustand unverändert dieselben. Hält man jedoch vom biologischen Standpunkt daran fest, daß das Leben keinen Unterschied zwischen jenen Zuständen macht, dann ist man zwangsläufig nicht einmal mehr in der Lage, ein Nahrungsmittel von einem Ausscheidungsprodukt zu unterscheiden. Das Exkrement eines Lebewesens kann zwar einem anderen Lebewesen als Nahrungsmittel dienen, keineswegs aber ihm selber. Was das Nahrungsmittel vom Exkrement unterscheidet, ist keine physikalisch-chemische Beschaffenheit, vielmehr ein biologischer Wert. Und so sind auch Physiologisches und Pathologisches nicht deshalb unterschieden, weil ihnen eine andere objektive, nämlich physikalisch-chemische Realität, sondern ein anderer biologischer Wert zukommt" (CANGUILHEM, 1974:149); Hervorhebung M.H.).

Diese Auffassung, daß Gesundheit und Krankheit Phänomene sind, welche nur in Bezug auf die Lebensvorgänge eines Organismus bestimmbar sind, hat unmittelbare Konsequenzen für das medizinisch-therapeutische Handeln.¹⁾

-
- 1) Ein sehr prägnantes Beispiel dafür liefert die Kontroverse um die Behandlung von Erkrankungen des Magens. Ich zitiere hierzu eine Passage aus einem Buch von Bernhard ASCHNER, die überschrieben ist mit dem Titel "Falsche Behandlung der Magenleiden auf der ganzen Welt" (es verdient angemerkt zu werden, daß die Arbeiten dieses österreichischen Arztes heute praktisch vergessen sind, obwohl sie sich dadurch auszeichneten, daß sie in wissenschaftlicher Hinsicht konsequent den Gesichtspunkt der "funktionellen Pathologie" verfolgten und in therapeutischer Hinsicht einige beachtliche Erfolge aufzuweisen hatten, auf die wir in anderem Zusammenhang noch hinweisen werden): "Die heutige medikamentöse Magenbehandlung verordnet bei zuwenig Säure Salzsäure und Pepsin; bei zuviel Magensäure neutralisierende Alkalien... Das scheint theoretisch richtig zu sein, ist aber praktisch völlig falsch. Solche Reaktionen haben ihre Geltung in dem leblosen Reagenzglas, nicht aber im lebendigen Magen. Der Magen verhält sich dabei wie ein wehrhafter Mann, wenn er einen Schlag bekommt (bzw. angegriffen wird). Er schlägt zurück und produziert um ein Vielfaches mehr Magensäure als vorher, wodurch der ganze Zustand und damit auch die Tendenz zu Magengeschwürsbildung verschlechtert wird" (ASCHNER, 1962:139).

(Fortsetzung der Fußnote siehe nächste Seite.....)

Wir wollen uns hier zunächst mit den Folgerungen für den Gesundheits- und Krankheitsbegriff befassen, die sich aus dieser Perspektive ergeben. Analog unserer Charakterisierung von Lebensprozessen im allgemeinen können wir auch in der Definition von Gesundheit und Krankheit drei wichtige Aspekte unterscheiden.

(1) Der erste Aspekt betrifft die Tatsache, daß Gesundheit und Krankheit nur in Bezug auf den menschlichen Gesamtorganismus definierbar sind. Diesen Aspekt hat vor allem CANGUILHEM (1974:20, 151) zum Ausdruck gebracht, der Krankheit definiert als "eine umfassende Reaktion des Organismus zum Zwecke der Heilung". Krankheit wird dabei im Anschluß an die dynamische Krankheitsauffassung von HIPPOKRATES verstanden als eine Störung des Gleichgewichts innerhalb eines Organismus und in den Beziehungen zwischen ihm und der

(Fortsetzung der Anmerkung voriger Seite):

Die einzig richtige Heilmethode müsse vielmehr Stärkung des Magens in seinen zentralen Funktionen sein - eine Erkenntnis, die den alten Ärzten im 18. Jahrhundert sehr wohl vertraut gewesen sei; denn diese "legten nicht so sehr Wert auf ein Zuviel oder Zuwenig von Magensäure... Man sprach von Schwäche, Atonie und Erschlaffung des Magens... Diese Asthenie, Atonie oder Schwäche des Magens wurde als viel wichtiger betrachtet als der Säuregehalt und demzufolge entsprechend wirksam behandelt" (ebenda). Dieselbe Ansicht vertrat BERGMANN (1936:58), wenn er feststellte, daß es sich bei den meisten Magenbeschwerden nicht um Säureprobleme, sondern um gestörte Funktionsabläufe handle, die zudem meist mit Störungen in den Funktionen anderer Organe verknüpft seien.

Umwelt (vgl. auch die ähnliche Konzeption bei MENNINGER, 1974). Das Entscheidende an dieser Auffassung ist - im Gegensatz zu einer statisch-ontologischen Krankheitsauffassung, die Krankheiten als klar definierbare, durch spezifische äußere Ursachen hervorgerufene Entitäten sieht - daß Krankheit als eine Reaktion begriffen wird, die sich wohl an einem bestimmten Organ besonders deutlich ausdrücken mag, die aber vom Organismus als Einheit ausgeht und ihn als Ganzes betrifft (GUIRDHAM, 1960:7).¹⁾ Daher ist es entscheidend zu untersuchen, in welcher Weise Krankheiten ablaufen, da die Art und Weise dieser Abläufe zu ihrem Verständnis wichtiger ist als die sie verursachenden Bedingungen, die man übrigens besser als "Anlässe" denn als "Ursachen" bezeichnen sollte (BERGMANN, 1936:18).²⁾

1) Dieselbe Auffassung vertrat auch der österreichische Arzt und Psychiater E.von FEUCHTERSLEBEN, auf dessen Ansichten wir noch ausführlich Bezug nehmen werden. Er schrieb: "Ihre (d.i., der Gesundheit, M.H.) Störung ist Krankheit; - weder des Körpers noch der Seele für sich, sondern ihrer Wechselwirkung; eine funktionelle Krankheit, weil dadurch das Individuum selbst in seiner Gesamtfunktion: der Tätigkeit, durch die seine eigene Lebensidee manifestiert, gestört oder gar gehindert wird" (FEUCHTERSLEBEN, 1845:215).

2) Man muß mit CANGUILHEM (1974:20) allerdings zugeben, daß das "ontologische Krankheitsmodell" bei bestimmten Krankheiten, nämlich den typischen Infektionskrankheiten mit klar bestimmbarern Erregern, eine gewisse Berechtigung hat. Das dynamische Krankheitsmodell eignet sich dagegen vor allem für chronische Krankheiten sowie für Krankheiten, die mit dem Präfix dys- beginnen.

Mehr oder weniger deutlich feststellbare "objektive" Krankheitssymptome und organische Veränderungen sind lediglich Indikatoren für eine Krankheit: "Man kann die Krankheit wohl nur gewaltsam in ihre Symptome zersplittern oder von ihren Komplikationen absondern. Was ist denn ein Symptom ohne Kontext oder Hintergrund?" (CANGUILHEM, 1974:56). BERGMANN (1936:5) argumentiert genauso: "Das anatomische Substrat ist gewissermaßen eine morphologische Epikrise zu einer oft mehrjährigen 'Betriebsstörung'. Es verhält sich wie ein historisches Monument zu einem geschichtlichen Verlauf". Denn nicht jede gestörte organische Struktur kann als Krankheit bezeichnet werden und viele Krankheiten dokumentieren sich am Beginn nicht in anatomischen Veränderungen. Die Auffassung von der Krankheit als einer Störung des menschlichen Gesamtorganismus hat eine unmittelbare, wichtige Konsequenz für die medizinisch-therapeutische Tätigkeit: diese sollte zuallererst als eine Allgemeinbehandlung ansetzen. Dabei denken wir hier noch gar nicht primär an Allgemeinbehandlung im Sinne der Berücksichtigung körperlicher und psychischer Aspekte - darauf werden wir weiter unten speziell eingehen. Diese Forderung gilt nämlich auch schon für Krankheiten und Therapien, die relativ eindeutig als körperliche zu begreifen sind und auch unmittelbare Ansatzpunkte für eine somatische Behandlung bieten. Die Richtigkeit eines solchen Standpunktes wird durch die Entwicklung der naturwissenschaftlich ausgerichteten gegenwärtigen Medizin selbst am besten bestätigt. Denn diese hat einen dramatischen Umschwung weg von der Spezialbehandlung hin zu einer Allgemeinbehandlung (wenngleich rein chemisch-medikamentösen) vollzogen, was sich in der zunehmenden Tendenz zur Behandlung durch Beruhigungsmittel (Sedativa), Antibiotika usw. dokumentiert - durchwegs Medikamente, die ganz allgemein auf die gesund-

heitliche Verfassung und Widerstandskraft des Patienten einwirken sollen (GUIRDHAM, 1960:182). Wenngleich die Notwendigkeit, die umfassende Allgemeinbehandlung des individuellen Patienten auch bei scheinbar rein lokalen Beschwerden und Erkrankungen in den Mittelpunkt zu stellen, in medizinischen Lehrbüchern sich zumindest als allgemeine Forderung findet (vgl. z.B. HOFF, 1958:1-42), blieb die Anzahl der Wissenschaftler, die diese Auffassung konsequent weiterverfolgten, im Rahmen der etablierten Medizin doch sehr beschränkt.

Das Verständnis der Krankheit als Reaktion des Gesamtorganismus hat eine weitere Implikation. Wie die Funktionsweise eines Organismus nur in Bezug auf eine bestimmte Umwelt zu verstehen ist, kann auch Krankheit als organischer Prozeß nicht unabhängig von den Beziehungen zwischen dem Organismus und seiner Umwelt verstanden werden. Krankheit kann aus dieser Perspektive zu Recht als "eine neue Verhaltensweise des Organismus gegenüber seiner Umwelt" definiert werden (CANGUILHEM, 1974:56). Wir werden weiter unten darauf hinweisen, daß dieser Gesichtspunkt besonders im Falle psychischer Erkrankungen (sofern wir einmal annehmen, daß man von solchen sprechen kann) unerläßlich ist. Hier ist festzuhalten, daß dies nicht minder für somatisch-organische Krankheiten gilt, denn "Form und Funktion des menschlichen Körpers sind nicht bloß Ausdruck der dem Leben von der Umwelt vorgegebenen Bedingungen, sondern der gesellschaftlich angenommenen Lebensweisen in einer bestimmten Umwelt" und "Natur und Kultur (sind) aufgrund des psychosomatischen Zusammenhangs bei der Bestimmung organischer Normen des Menschen eng verquickt" (CANGUILHEM, 1974:188). Auch dieser Sachverhalt hat unmittelbare Konsequenzen für die therapeutische Tätigkeit des Arztes, und nicht nur des psychotherapeutisch

ausgerichtet, denn er macht es notwendig,

"die Beschwerde des Kranken richtig zu werten, aus der Anamnese zu schließen, welchen funktionellen Belastungen ein Organismus besonders ausgesetzt ist, welche allgemeinen Schädigungen die Umwelt, der Beruf und die Lebensart des Kranken mit sich bringen können, und welche Brücke sich hier zu seinen Beschwerden schlagen läßt" (BERGMANN, 1936:28).

Es zeigt sich also, daß ein solcher Ansatz sich hervorragend dazu eignet, zur Erklärung der Zusammenhänge zwischen den Lebensbedingungen, der sozialen Lage und den spezifischen Belastungen bestimmter sozialer Gruppen einerseits und ihrer gesundheitlichen Situation andererseits beizutragen - also jener Probleme, die im Zentrum unserer eigenen empirischen Untersuchungen stehen werden.

(2) Wir hatten als zweites Charakteristikum von Lebensvorgängen die Notwendigkeit kontinuierlicher Übermittlung von Informationen über die Zustände des Organismus hervorgehoben. Auch dieses Kennzeichen findet im Falle der Krankheit seine Entsprechung. Hier ist es der Schmerz, der als ein solches Informationsmedium angesehen werden kann.¹⁾ Auch der Schmerz kann, wie CANGUILHEM (1974:62) in Auseinandersetzung mit R. LERICHE hervorgehoben hat, nur als eine Reaktion des Gesamtorganismus verstanden werden, die erst bezogen auf ein konkretes menschliches Individuum ihren vollen Sinn erhält. Der Schmerz ist nicht nur eine lokale nervöse Erregung, sondern ein "Konflikt zwischen einem Erreger und dem gesamten Individuum", der Schmerz wird nicht bloß erlebt, sondern zum Teil selbst "gemacht". Als Konsequenz für die medizinisch-therapeutische Praxis ergibt sich hier, die subjektiven Klagen und Beschwerden von Kranken als ernstzunehmende Indikatoren ihrer Erkrankung zu betrachten und in der Anamnese dementsprechend zu berücksichtigen. Da wir

¹⁾ CONDRAU (1965:199) weist in diesem Zusammenhang auf eine indische Bezeichnung für "Schmerz" hin, die sinngemäß übersetzt "zu Wissen gelangen" bedeutet.

auf diesen Aspekt bereits oben (vgl. Abschnitt 1.1) ausführlich hingewiesen haben, brauchen wir hier nicht mehr näher darauf eingehen.

(3) Wir haben Krankheit in Anlehnung an CANGUILHEM definiert als eine Reaktion des Organismus zum Zwecke der Wiederherstellung der Gesundheit. Die Gesundheit wird dabei gewissermaßen als ein biologischer "Sollwert" verstanden. Wie unterscheiden sich aus einer solchen Perspektive Gesundheit und Krankheit bzw. besteht zwischen ihnen überhaupt mehr als eine bloß quantitative Differenz? Der bekannteste Vertreter der These, daß durch Krankheit keine qualitative Veränderung von Lebensphänomenen erfolge, war A. COMTE. Nach ihm stellen Krankheitserscheinungen lediglich ein Übermaß oder einen Mangel an Reizung bzw. eine Über- oder Unterfunktion von Organen dar, sind also gewissermaßen übersteigerte oder abgeschwächte Gesundheit.¹⁾ Im Gegensatz zu dieser Sichtweise gehen wir mit CANGUILHEM davon aus, daß Gesundheit und Krankheit kein bruchloses Kontinuum darstellen, sondern daß ein qualitativer Unterschied zwischen diesen beiden Erfahrungsweisen des menschlichen Individuums besteht:

1) CANGUILHEM (1974:25 ff.) befaßt sich ausführlich mit dieser von COMTE als BROUSSAIS'sches Prinzip bezeichneten These, die von Claude BERNARD weiterentwickelt wurde. Dabei weist er auch auf die Analogie zwischen diesem Gesundheits- und Krankheitsbegriff und COMTE's politischer Auffassung hin; die Grundthese von COMTE, Lebensphänomene würden durch die Krankheit nicht verändert, habe auch zur Rechtfertigung seiner konservativen These gedient, daß gesellschaftlicher Fortschritt nur innerhalb der durch die soziale Statik gegebenen Naturordnung toleriert werden dürfe ("Fortschritt ist nichts anderes als Entwicklung der Ordnung").

"Der Mensch, der krank ist, lebt wirklich - sogar im biologischen Sinn - ein anderes Leben. Um noch einmal das Beispiel des Diabetes zu nehmen: erkrankt ist hier nicht eigentlich die Niere (an Glykosurie) oder das Pankreas (an Insulinmangel) oder die Hypophyse; erkrankt ist vielmehr der gesamte Organismus: alle seine Funktionen sind verändert, er ist bedroht von Tuberkulose, seine eitrigen Infektionen nehmen kein Ende, seine Glieder versagen wegen Arteriitis oder Gangrän; erkrankt sind Männer oder Frauen; sie sind vom Koma bedroht, leiden oft an Impotenz oder Sterilität, geraten durch eine Schwangerschaft in Lebensgefahr oder weinen - oh Ironie der Sekretion! - süße Tränen"¹⁾ (CANGUILHEM, 1974:56).

Diese Feststellungen, die nur ein Autor machen konnte, der auch naturwissenschaftlich-medizinisch gebildet war, dürften die These wohl hinreichend belegen, daß Krankheit eine Erfahrung darstellt, die nicht nur einzelne Organe oder Verhaltensbereiche betrifft, sondern das gesamte Leben eines menschlichen Individuums in höherem oder geringerem Ausmaße zu verändern in der Lage ist. Es ließen sich ohne Schwierigkeit Beispiele aus dem Bereiche des sozialen Verhaltens der Menschen bringen, die zeigen, daß kranke Menschen sich nicht nur in bestimmten eng umschriebenen Verhaltensweisen einschränken müssen (auch dies ist zweifellos der Fall und verleiht damit der These von der Krankheit als bloß quantitativer Abweichung von Gesundheit eine gewisse Berechtigung), sondern zu grundsätzlich anderen Lebensformen veranlaßt werden bzw. Zuflucht nehmen müssen.²⁾

1) CANGUILHEM bezieht sich hier auf das Faktum, daß in den Tränen von Diabetikern Zucker nachweisbar ist.

2) Auf die Abgrenzung zwischen Gesundheit und Krankheit werden wir in Abschnitt 1.2.5 genauer eingehen.

Wir haben mit diesen allgemeinen Feststellungen nun den Rahmen abgesteckt, innerhalb dessen wir drei besonders wichtige Fragenkreise eingehender diskutieren können, die für unsere empirischen Analysen von besonderer Bedeutung sind:

Kann man sinnvoll zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit unterscheiden? Wie deutlich ist der Bruch zwischen Gesundheit und Krankheit in der empirischen Realität der Alltagswirklichkeit? Welche Konsequenzen ergeben sich aus der Annahme einer qualitativen Differenz zwischen Gesundheit und Krankheit für die positive Bestimmung der Gesundheit?

1.2.3. Die Unteilbarkeit des körperlichen und psychischen Aspektes in der Definition von Gesundheit und Krankheit ¹⁾

Aus unseren Überlegungen im vorhergehenden Abschnitt müssen wir die Folgerung ziehen, daß die entschiedene Abgrenzung zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen, wie sie von SZASZ und FOU DR AINE gefordert wird, nicht ohne weiteres akzeptiert werden kann, da der von ihnen attackierte Krankheitsbegriff sich nicht einmal für körperliche Krankheiten als adäquat erweist. Gleichwohl bleibt das Problem bestehen, daß diese Autoren gute Gründe für die These vorbringen konnten, daß eine medizinische Ausbildung für einen Psychoanalytiker überflüssigen Ballast darstellte und daß sie sich auf eine eindeutige Stellungnahme FREUDs berufen konnten, in der dieser dieselbe Auffassung ver-

1) Zu den Überlegungen dieses Abschnittes bin ich veranlaßt worden durch die empirischen Ergebnisse in Abschnitt 3.3.

trat. Es ist also anscheinend unumgänglich, einen wesentlichen Unterschied zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen zu postulieren, der letztlich auf der Existenz verschiedener Objektbereiche beruht. So schreibt etwa Karola BREDE in einer Abhandlung über Probleme psychosomatischer Erkrankungen:

"Die Abgrenzung eines eigenständigen Objektbereichs für die theoretisch von der Medizin verschiedene Psychoanalyse trifft jedoch auf die Schwierigkeit, der psychoanalytischen Theorie eindeutige Kriterien zu entnehmen, nach denen psychodynamische Prozesse gegenüber den physiologischen Funktionsweisen des Organismus abzuheben wären" (BREDE, 1971:159).

FREUDs entschiedene Verfechtung der praktischen Unabhängigkeit der Psychoanalyse von der Medizin sei - so BREDE - vor allem von der Sorge um die Integrität des wissenschaftlichen Status der Psychoanalyse motiviert gewesen und die Unterscheidung zwischen Leib und Seele sei lediglich als eine "prohibitiv gemeinte Leerformel" einzuschätzen. Diese Interpretation übersieht nach unserer Auffassung jedoch den wesentlichen Aspekt, in dessen Rahmen FREUD die Unterscheidung zwischen Leib und Seele einführt. Es ist dies die Unterscheidung zwischen der Psychoanalyse als Wissenschaft und als Therapie. Es ist offenkundig, daß FREUD die Unterscheidung zwischen Leib und Seele nur im Hinblick auf den letzteren Gesichtspunkt als relevant ansieht. Er spricht dies in dem bereits zitierten Aufsatz "Zur Frage der Laienanalyse" an mehreren Stellen sehr deutlich aus:

"Die Psychoanalyse ist gewiß ganz besonders einseitig, als Wissenschaft vom seelisch Unbewußten. Das Recht auf Einseitigkeit soll also den medizinischen Wissenschaften nicht bestritten werden. Der gesuchte Standpunkt findet sich erst, wenn man von der wissenschaftlichen Medizin zur praktischen Heilkunde ablenkt. Der kranke Mensch ist

ein kompliziertes Wesen, er kann uns daran mahnen, daß auch die so schwer faßbaren seelischen Phänomene nicht aus dem Bild des Lebens gelöscht werden dürfen...

Wie immer sich die Philosophie über die Kluft zwischen Leiblichem und Seelischem hinwegsetzen mag, für unsere Erfahrung besteht sie zunächst und gar für unsere praktischen Bemühungen" (FREUD, 1969:190, 208).

An einer anderen Stelle verwahrt er sich gegen die These, die Neurose sei eine komplizierte ärztliche Sache und dürfe nur von einem Arzt behandelt werden mit dem Argument, daß es sich bei der Analyse um ein therapeutisches Verfahren handle (ebenda, S. 203).

Es ist also evident, daß sich FREUD der Problematik bewußt war, in die jeder Versuch führen muß, einen biologisch-organischen von einem psychologischen Gegenstandsbereich abzugrenzen und daß er es absichtlich vermied, eine solche Abgrenzung zu treffen. Wie noch zu zeigen sein wird, ist eine Differenzierung zwischen körperlichen und psychischen Prozessen in Bezug auf die ärztliche Therapie noch eher begründbar als im Hinblick auf einen Gegenstands- bzw. Objektbereich (wenngleich sie auch bezüglich der Therapie nicht unproblematisch ist). Versuchen wir jedoch das Verhältnis zwischen körperlicher und psychischer Erkrankung, wie es sich aus unserer Bestimmung von Krankheit als umfassende Reaktion des Organismus ergibt, systematisch darzulegen.

Einen Versuch, die "Spaltung in Körper und Seele" systematisch durch den Verweis auf die praktischen Erfahrungen des Arztes zu begründen, unternahm T.v. UEXKÜLL. Er geht aus von der Tatsache, daß man bei bestimmten Krankheiten plötzlich nicht mehr fähig ist,

einzelne Handlungsabschnitte auszuführen, die beim Gesunden automatisch ablaufen (wie z.B. die Fähigkeit, die Nahrung zu schlucken). Solche relativ einfachen automatisch ablaufenden Verrichtungen bezeichnet UEXKÜLL (1963:125) als "körperlich" und stellt ihnen eine andere Reihe komplexer Handlungszusammenhänge gegenüber, die die automatisch ablaufenden körperlichen Abläufe koordinieren und in ihren Dienst nehmen. Diese komplexen Zusammenhänge charakterisiert er folgendermaßen:

"Derartige Gesamthandlungen sind nicht auf Körperliches zurückzuführen, denn sie nehmen die automatisch ablaufenden Körperaktionen in ihren Dienst. Sie stellen Regeln und Ordnungen auf, nach denen die automatischen Verrichtungen zusammenarbeiten, die von diesen nicht ableitbar sind. Handlungen und Motive, die nicht auf Körperliches reduzierbar sind, nennen wir 'seelisch', ohne mit diesem Begriff irgendeine metaphysische Bedeutung zu verbinden, sondern allein, weil die Begriffe 'seelisch' und 'körperlich' ein Gegensatzpaar bilden, in dem der eine Begriff auf den anderen bezogen ist..." (UEXKÜLL, 1963:125-126).

Diese Argumentation enthält allerdings mehrere logisch fragwürdige Schlüsse - Schlüsse, die nach G. RYLE (1969:4) typisch auftreten, wenn die These von der Dualität zwischen Körper und Seele verfochten wird. ¹⁾ Schon der Ausgangspunkt der Thesen von UEXKÜLL ist problematisch: nicht alle relativ einfachen, automatisch ablaufenden Verrichtungen sind (im üblichen Wortgebrauch) körperlich und nicht alle geistigen Vorgänge kann man als komplexe Zusammenhänge ansehen. Es gibt eine große Zahl körperlicher Abläufe (wie z.B. sportliche und artistische Leistungen) die hochkomplex sind und in einem jahrzehntelangen Training erworben werden müssen, während demgegenüber nicht wenige geistige

1) Für den Hinweis auf RYLE bin ich Stefan LOCHMANN zu Dank verpflichtet.

Tätigkeiten als sehr einfach zu bezeichnen sind (wie z.B. das Erlernen und Anwenden der Regeln eines primitiven Spiels). Aber auch wenn man die Bezeichnung von einfachen, automatisch ablaufenden Vorgängen als "körperlich" akzeptiert, erscheint es fragwürdig, komplexe Zusammenhänge im Gegensatz dazu als "seelisch" zu bezeichnen. Im Gegenteil - es wird dadurch lediglich eine unzulässige Gegenüberstellung zweier logisch unterschiedlicher, gar nicht vergleichbarer Phänomene nahegelegt. Ein Begriff des Geistes in diesem Sinne ist gewissermaßen eine "paramechanische Hypothese": aus der Tatsache, daß der menschliche Körper ein Feld von Ursachen und Wirkungen darstellt, wird gefolgert, daß auch der menschliche Geist ein solches Feld darstellen müsse - wenngleich ein Feld anderer als mechanischer Ursachen und Wirkungen (RYLE, 1969:19). Die Theorie der Dualität von Körper und Seele postuliert ein "Gespenst in der Maschine", nämlich die Existenz zweier verschiedener Arten von menschlichem Handeln bzw. einer Spaltung des menschlichen Handelns in einen körperlichen und einen seelischen "Teil".

"Aber wenn jemand vernünftig redet, Knoten knüpft, sich verstellt oder eine Statue weißelt, dann sind die Handlungen, die wir wahrnehmen, gerade das, was er intelligent tut... Er ist körperlich tätig und geistig tätig, aber er ist nicht gleichzeitig an zwei verschiedenen 'Orten' tätig, oder mit zwei verschiedenen 'Maschinen'. Es ist da nur eine einzige Tätigkeit, aber sie kann und muß auf mehr als eine Art erklärend beschrieben werden" (RYLE, 1969:61-62).

Die zentrale Frage in Bezug auf das Verhältnis zwischen körperlichen und geistigen Vorgängen ist daher nicht die Frage nach ihrer Wechselwirkung - diese Frage kann gar nicht beantwortet werden, weil sie von logisch falschen Voraussetzungen ausgeht, nämlich von der These, daß Körperliches und Geistiges zwei verschiedene Arten

von Vorgängen sind. Die Frage muß vielmehr lauten: wie unterscheiden sich Vorgänge, die man als "körperlich" bezeichnet, von Vorgängen, die man als "seelisch" bezeichnet? Es geht also darum, den Ablauf und die Art der Ausführung von Handlungen zu betrachten, nicht ihre Herkunft oder ihren Anlaß (RYLE, 1969:35; PLESSNER, 1970:33 ff.; BERGMANN, 1936:513 ff.). Eine solche Betrachtungsweise, die sich darauf konzentriert, wie sich unterschiedliche Formen menschlichen Verhaltens und Handelns ausdrücken, macht einen Dualismus von Körper und Seele gegenstandslos. ¹⁾

Was sind die spezifischen Charakteristika von Gesundheit und Krankheit im Rahmen einer solchen Betrachtungsweise? Einen Hinweis darauf finden wir wieder bei RYLE, der sich um eine logische Abgrenzung der Begriffe "Motive", "Gefühle" und "Stimmungen" bemüht. "Motive"(oder Neigungen) sind demnach Tendenzen oder Dispositionen (eine bestimmte Person tendiert dazu, in bestimmten Umständen stets in einer bestimmten Weise zu handeln); "Gefühle" sind Ereignisse, die sich auf ähnliche Weise bemerkbar machen wie körperliche Empfindungen; "Stimmungen und Erregungen" sind schließlich, "genauso wie Krankheiten und Wetterlagen, vorübergehende Verhältnisse, die Ereignisse auf eine gewisse Weise zusammenfassen, aber sie selbst sind nicht besondere Ereignisse" (RYLE, 1969:107). Auch die weitere Charakterisierung, die RYLE (1969:128-136) von "Stimmungen" gibt, läßt sich durchaus auf Krankheit anwenden (es ist bemerkenswert, daß RYLE selbst Stimmungen direkt mit Krankheiten vergleicht). Schon der Sprachgebrauch - jemand befindet sich zu gewissen Zeiten auf eine gewisse Dauer in einer bestimmten Stimmung - gibt wichtige Hinweise: eine Stimmung bezeichnet nicht eine einzelne oder mehrere einzelne

1) Daß die Vorstellung einer Wechselwirkung von seelischen und körperlichen Prozessen problematisch ist, ließe sich auch aus neurophysiologischer Sicht zeigen, in der man von physiologischen und kognitiven Komponenten emotionaler Prozesse spricht (vgl. GUTTMANN, 1972:189).

Handlungen, sondern einen allgemeinen Zustand, der das konkrete Handeln eines Menschen während einer bestimmten Periode in einer bestimmten Weise "färbt". Charakteristisch ist weiters, daß Stimmungen ein Monopol ausüben: man kann sich nicht zugleich in mehreren Stimmungen befinden. Stimmungen lassen sich überhaupt gut mit dem Wetter vergleichen, was sich auch darin äußert, daß die Ausdrücke, in denen man über das Wetter spricht, oft von jenen entlehnt sind, mit denen man Stimmungen charakterisiert und umgekehrt. Die Stimmung färbt während der Zeit ihres Bestehens auf fast alle Handlungen und Reaktionen des Betroffenen ab. Von Motivwörtern unterscheiden sich Stimmungswörter vor allem

"in der Art, wie sie zur Kennzeichnung der Gesamt-'Ausrichtung' einer Person während dieses kurzen Zutreffens verwendet werden. Ähnlich wie das ganze Schiff stampft, schlingert oder auf südöstlichem Kurs liegt, so ist der ganze Mensch aufgeregt, heiter oder niedergeschlagen. Dem entsprechend wird er dazu neigen, die ganze Welt als drohend, freundlich oder düster zu beschreiben. Wenn er gut aufgelegt ist, findet er alles famoser als sonst: und wenn er schlecht aufgelegt ist, dann erscheint ihm nicht bloß der Tonfall seines Vorgesetzten und sein eigener verknoteter Schnürsenkel als ungerecht, sondern alles scheint ihm Unrecht zuzufügen" (RYLE, 1969:130; Unterstreichungen M.H.).

Wir haben diese anschauliche Charakterisierung des Einflusses einer Stimmung auf das gesamte Befinden des Menschen hier deswegen ausführlich zitiert, weil wir in den empirischen Analysen selbst Hinweise auf diesen wichtigen Tatbestand finden werden. Mit der Feststellung, daß Stimmungen sich auf den Menschen in seinem gesamten Fühlen und Handeln beziehen, kommen wir zurück zu der Definition von Krankheit aus biologischer Sicht, in der sich ebenfalls zeigte, daß Krank-

heit als eine Reaktion des Gesamtorganismus zu sehen ist. Was unterscheidet jedoch Gesundheit und Krankheit als spezifisch menschliche Zustände bzw. Reaktionen von den entsprechenden Erscheinungen im Bereich der übrigen lebendigen Natur?

Die Antwort auf diese Frage ergibt sich schon daraus, daß wir, wenn wir mit RYLE Krankheiten mit Stimmungen verglichen haben, Gesundheit und Krankheit als Formen des Ausdrucks- bzw. Erlebens verstehen, in der psychische Momente untrennbar enthalten sind. Gesundheit und Krankheit als Stimmungen oder Gemütsbewegungen können ebensogut als spezifische Ausdrucksformen des menschlichen Geistes verstanden werden wie Motive, Willensäußerungen oder Verstandestätigkeiten. Die Ursache dafür, daß diese These nicht als selbstverständlich gelten kann, liegt darin, daß intellektuelle Vorgänge gemeinhin als Kern des geistigen Verhaltens gesehen werden (RYLE, 1969:27). In Wirklichkeit jedoch ist die intellektuelle Bewußtseins- und Vorstellungsperspektive nur eine unter vielen Weisen des Menschen, sich in der Welt zu bewegen - sind auch andere Erlebens-, Handelns- und Ausdrucksformen als Spiegel des menschlichen Wesens zu betrachten (PLESSNER, 1970:21; HOLZINGER, 1974). Betrachtet man Gesundheit und Krankheit als menschliche Ausdrucksformen, so heißt dies, genauso wie es PLESSNER (1970:23) in Bezug auf Lachen und Weinen fordert,

"die gebräuchlichen Scheidungen in scharf gegeneinander abgesetzte Gebiete physischer und psychischer Objektivität von ihnen abhalten, um Blick und Verständnis dafür zu erziehen, daß es sich bei ihnen um menschliche Begebenheiten handelt, die sich im Bereich der menschlichen Lebenserfahrung, des Verhaltens von Mensch zu Mensch, von Mensch zu Welt ereignen".

Auch das Verständnis von Gesundheit und Krankheit als Ausdrucksformen des menschlichen Wesens ist nur möglich, wenn man die Einheit der geistigen, seelischen und körperlichen Komponenten in ihnen anerkennt.

Aufgrund dieser Überlegungen muß man SZASZ also darin zustimmen, daß es keine spezifischen Geisteskrankheiten, abgehoben von körperlichen Krankheiten gibt. Daraus folgt jedoch nicht, daß die persönlichen Probleme, die man üblicherweise als Geisteskrankheiten bezeichnet, moralische und ethische Lebensprobleme darstellen, die eher vor das Forum des Erziehers oder Seelsorgers gehören als vor das des Arztes. Untersuchen wir die Argumentation von SZASZ nochmals genauer, um diese These systematisch zu begründen.

Die Psychiatrie - so SZASZ (1975:21) - als theoretische Wissenschaft studiere das persönliche Verhalten. Sie wolle erklären, was für Spiele die Menschen miteinander spielen, warum sie solche Spiele spielen usw. Das tatsächliche Verhalten liefere die Rohdaten für die Ableitung der Regeln dieser Spiele.

"Unter den vielen verschiedenen Verhaltensarten stellt die verbale Form - oder Kommunikation mit Hilfe der herkömmlichen Sprache - einen der zentralen psychiatrischen Interessenbereiche dar. Somit ist die Struktur der Sprachspiele der Schnittpunkt der Interessen von Linguistik, Philosophie, Psychiatrie und Semantik. Jede dieser Disziplinen befaßt sich mit verschiedenen Aspekten des Sprachspiels...

Den Konzeptionen des Regelbefolgens und des Übernehmens von Rollen liegt die Prämisse zugrunde, daß sich persönliches Verhalten dann am besten untersuchen läßt, wenn wir den 'Geist' des Menschen hauptsächlich als ein Produkt seiner sozialen Umgebung betrachten. Mit anderen Worten: Obwohl es im Verhalten gewisse biologische Konstanten gibt, wird das exakte Muster menschlicher Handlungen großteils von Rollen und Regeln geprägt..." (SZASZ, 1975:21; 27-28; Unterstreichungen M.H.).

Schon aus diesen Zitaten geht relativ deutlich hervor, worin der Fehlschluß von SZASZ liegt. Aus der - richtigen - These, daß Geisteskrankheiten in gewisser Hinsicht Sprachen gleichen, wird der unberechtigte Schluß gezogen, daß Geisteskrankheiten analog zu, wenn nicht gar identisch mit Sprachen sind. In ähnlicher Weise beschreibt SZASZ Geisteskrankheiten - und hier vor allem die Hysterie, die ihm nicht zufällig als Paradebeispiel für die These vom "Mythos" der Geisteskrankheiten dient¹⁾ - als Spielzüge, oder allgemeiner, als Regelbefolgungsverhalten. So gebe es spezielle Regeln und eine spezielle Ethik der Hilflosigkeit und Hilfsbereitschaft, die vorschreibe, Schwachen, Behinderten und Kranken zu helfen und beizustehen (SZASZ, 1975: 181-202). Die Botschaft "Ich bin krank" sei eine Strategie, andere zu einer Hilfeleistung zu bewegen, wobei diese anderen - die Ärzte - bereitwillig zu Hilfe eilten und das Hilfsbereitschafts-Spiel mit-spielten, da sie ja davon leben müßten. Diese Vorstellungen, die der Auffassung von Geisteskrankheiten zugrunde lägen, sei jedoch verhängnisvoll, da sie lediglich dazu dienten, Probleme der persönlichen

1) Hysterie kann zweifellos mit guten Gründen als ein Sprach- oder ähnliches Spiel verstanden und ihr Charakter als Krankheit in Frage gestellt werden. Der Grund dafür ist nach unserer Auffassung jedoch nicht das Fehlen körperlicher Symptome - wie SZASZ annimmt - sondern das (vermutliche) Fehlen eines echten Hilflosigkeitsgefühls. Die Vermutung, daß es sich bei der Hysterie eher um eine soziale Strategie zur Erregung von Aufmerksamkeit und Teilnahme (nicht jedoch: ärztliche Hilfeleistung) handelt, wird nicht zuletzt durch den historisch feststellbaren Rückgang dieser Verhaltensform bzw. ihr gehäuftes Auftreten in bestimmten sozialen Kreisen (z.B. wohlbehüteten Töchtern aus Bürgersfamilien um die Jahrhundertwende) belegt.

und sozialen Beziehungen zu verschleiern und die eigene Verantwortung dafür abzuwälzen. Es sei daher auch nicht verwunderlich, daß heutzutage eine Tendenz bestehe, praktisch alle ungewöhnlichen oder mit Schwierigkeiten verbundenen Verhaltensweisen bzw. Konfliktsituationen - von persönlichem Kummer über Ehekonflikte bis zu ausgefallenen moralischen Ansichten - als Symptome für Geisteskrankheiten zu werten (SZASZ, 1975:62, 92). In Bezug auf das Regelbefolgungsmodell und die daraus folgende Krankheitsauffassung von SZASZ gilt dasselbe wie in Bezug auf das Modell der Krankheit als Sprache: es wird damit zweifellos ein wesentlicher Aspekt erfaßt (was sich auch darin dokumentiert, daß dieses Modell von bahnbrechenden Theoretikern der Sozialwissenschaften, wie G.H.MEAD und J. PIAGET, entwickelt worden ist), jedoch reicht dieser Aspekt allein zur Charakterisierung von Krankheit nicht aus. Im Grunde liegt hier derselbe Fehler vor, wie bei einem "soziologistischen" Verständnis von Gesundheit und Krankheit (wie wir es bei PARSONS und DREITZEL kritisieren), das die Analyse von Gesundheit und Krankheit auf das Verhalten von Menschen in bestimmten sozialen Rollen beschränken möchte. Eine Reihe von Tendenzen, die SZASZ zu Recht kritisiert - wie etwa jene, praktisch alle Formen ungewöhnlichen Verhaltens als krank zu bezeichnen, oder die problematische Sprechweise von "seelischem Schmerz" bzw. "gesundem" und "krankem Verhalten" (SZASZ, 1975:95, 253) - ergeben sich erst aus diesem zu eng verstandenen Begriff von Geisteskrankheit. Auch der Hinweis, daß die Anwendung des Krankheitsbegriffes auf Probleme persönlicher und sozialer Art die eigene Verantwortung des Patienten untergräbt, ist im Prinzip richtig, schießt jedoch über das Ziel hinaus. Denn das Aufsuchen professioneller ärztlicher Hilfeleistung dient zweifel-

los einer persönlichen Entlastung, muß jedoch keineswegs mit einer völligen Aufgabe der persönlichen Mitarbeit am und Mitverantwortung für den Heilungsprozeß einhergehen. Auch Lehrbücher der Medizin weisen darauf hin, daß der erkrankte Mensch über eine Vielfalt natürlicher Heilvorgänge verfügt, die als Ausgangspunkt für die ärztliche Behandlung dienen müssen und daß der Arzt systematisch diese eigenen Kräfte des Patienten zur Mitwirkung aufrufen muß (vgl. z.B. HOFF, 1958:2-42). Ein weiteres Argument für die Unterscheidung zwischen körperlicher und psychischer Erkrankung bringt FOUCAULT ins Spiel, der ebenfalls dezidiert für die Unterscheidung zwischen einer organischen Pathologie und einer Psychopathologie eintritt. FOUCAULT (1968:21-26) argumentiert unter anderem, ¹⁾ organische pathologische Veränderungen könnten auch ohne direkte Einbeziehung von Umweltbedingungen isoliert (und geheilt?) werden, bei psychischen Erkrankungen sei dies jedoch nicht möglich. Dieses Argument findet sich in ähnlicher Form auch bei SZASZ (1975:222), wenn er argumentiert, Krankheiten wie Syphilis oder Tuberkulose seien Ereignisse und deshalb ohne Berücksichtigung des menschlichen Sozialverhaltens beschreibbar, wogegen Geisteskrankheiten wie die Hysterie Handlungen seien, die nur im

1) Zwei weitere Argumente, die er vorbringt, betreffen die Abgrenzbarkeit der einzelnen pathologischen Phänomene bzw. die Abgrenzung zwischen dem Normalen und dem Pathologischen. Beides ist laut FOUCAULT in der Organpathologie eindeutiger möglich als in der Psychopathologie. Es ist jedoch evident, daß dies nur dann gilt, wenn man organische Krankheit bzw. Medizin in einem engen physiochemischen Sinne versteht.

Rahmen jenes sozialen Kontextes verständlich seien, innerhalb dessen sie "gespielt" werden. Dazu ist festzustellen, daß es zweifellos richtig ist, daß Geisteskrankheiten nur verständlich sind, wenn sie nicht als Charakteristika isolierter Einzel-Individuen gesehen werden, sondern als Phänomene, die primär die Interaktion des Menschen mit seiner sozialen Umwelt, seinen zentralen Bezugspersonen, betreffen (vgl. ELIAS, 1969; LAING, 1967). Diese Eigenart zeichnet jedoch auch Krankheiten aus, die Störungen des biologischen Gesamt-Organismus darstellen. Auch hier impliziert Krankheit nicht nur eine Veränderung des internen Funktionierens des Organismus, sondern ebenso Veränderungen in seiner Beziehung zur Umwelt (z.B. eine größere Empfindlichkeit gegenüber Schwankungen der Außentemperatur). Die Existenz einer spezifischen Umwelt ist ein allgemeines Charakteristikum von Lebewesen ebenso wie viele automatisch ablaufenden Verhaltensweisen des Erwachsenen durch einen langen Sozialisationsprozeß erworben werden müssen (BERGMANN, 1936:497 ff.; UEXKÜLL, 1963:277 ff.).

"Form und Funktionen des menschlichen Körpers sind nicht bloß Ausdruck der dem Leben von der Umwelt vorgegebenen Bedingungen, sondern der gesellschaftlich angenommenen Lebensweisen in einer bestimmten Umwelt" (CANGUILHEM, 1974:188). Es wäre daher ein großer Irrtum, Krankheiten wie die Tuberkulose ohne Berücksichtigung des sozialen Verhaltens der Betroffenen analysieren zu wollen (zum Fall der Tuberkulose vgl. BAUMERT, 1965; FRANKE, 1967).

Unser Überblick über einige wichtige Argumente für eine Abgrenzung zwischen "körperlichen" und "psychischen" Erkrankungen hat also ergeben, daß eine solche Abgrenzung nicht sinnvoll erscheint. Zwar gibt es körperliche Krankheiten, für deren Verständnis naturwissen-

schaftliche, physikalisch-chemische Kausalzusammenhänge von ausschlaggebender Bedeutung sind, da die Kenntnis dieser Zusammenhänge bei solchen Krankheiten konkrete und sehr wirksame Anleitungen für die Heilung bietet. Es ist jedoch charakteristisch, daß die Zahl derartiger Krankheiten relativ begrenzt ist (als Prototyp für sie können Infektionskrankheiten gelten), während jene Formen von Erkrankungen die heute von zunehmender Bedeutung sind, im Rahmen eines solchen Modells nicht erfaßbar sind. Dabei ist besonders wichtig, daß es sich bei den letzteren etwa keineswegs nur um die nicht-organischen Krankheiten handelt, sondern auch um viele mit Organschädigungen und/oder körperlichen Veränderungen zusammenhängende Erkrankungen (nicht nur psychosomatische Krankheiten im engeren Sinne, sondern auch eine Reihe anderer, vielfach chronisch verlaufender Krankheiten wie Funktionsstörungen von Magen und Darm, Diabetes, Kreislaufstörungen usw.; vgl. BERGMANN, 1936).¹⁾

Wenn man also eine vom Gesichtspunkt der sozialen Erfahrung von Gesundheit und Krankheit her sinnvolle Gliederung der Krankheiten in große Gruppen vornehmen wollte, wäre eine Gliederung in organische, "nicht spezifisch menschliche" und "spezifisch menschliche Krankheiten" noch eher sinnvoll, wie sie JORES (1970) vorgeschlagen hat, als eine zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen. Dafür würde vor allem das Argument sprechen, daß die meisten der akut verlaufenden, durch spezifische Erreger ausgelösten Krankheiten (wie es Virus- und Infektionskrankheiten typischerweise sind) auch bei höherentwickelten Tieren auftreten, während sich keine einzige der multikausal determinierten, eher langwierig verlaufenden Erkrankungen (auch wenn sie eher "körperlicher" Art sind) bei ihnen findet. Gegen eine solche Unterscheidung spricht allerdings die

1) Zum Wandel des Krankheitsspektrums vgl. DELORE (1957), PFLANZ (1962), FRANKE (1970), SCHAEFER & BLOHMKE (1972).

Möglichkeit, eine solche Differenzierung dahingehend zu verstehen, daß bei nicht "spezifisch menschlichen" Krankheiten der naturwissenschaftliche Krankheitsbegriff ausreichend sei. Dies wäre aber - trotz der unbestreitbaren Erfolge der entsprechenden medikamentösen Therapien - nicht zulässig. Denn selbst wenn sich bei solchen Krankheiten im menschlichen Organismus dieselben physiologischen Prozesse wie im tierischen Organismus abspielen, erhält die Krankheit des Menschen doch auch in einem solchen Falle eine "spezifisch menschliche" Färbung dadurch, daß sie - entsprechend der Schwere der Erkrankung - zu den mit einer jeden Form von Erkrankung verbundenen Formen persönlicher und sozialer Erfahrung, von Schmerz und Leiden, von Einschränkungen und Veränderungen des Verhaltens und Versuchen neuer Anpassung führt.¹⁾ Denkbar ist allerdings, daß es partielle Schädigungen des Organismus gibt (kleine Verletzungen, spezielle Belastungen einzelner Organe durch störende Umweltbedingungen, usw.) die das umfassende gesundheitliche Befinden des Betroffenen nicht spürbar beeinflussen. In einem solchen Falle könnte man jedoch nicht mehr von "Krankheit" sprechen, da wir diese als eine umfassende Reaktion der menschlichen Persönlichkeit definiert haben.

Ist es so auf der einen Seite nicht sinnvoll, organische Krankheiten im engeren Sinne von multikausal determinierten, funktionellen Erkrankungen (die sowohl körperliche wie psychische im traditionellen Sinne umfassen würden),

1) D. MECHANIC (1974:118) wies darauf hin, daß zwar die meisten Ärzte zur Kenntnis nahmen, daß ein großer Anteil ihrer Patienten auch psychosoziale Probleme hat, letztlich aber dennoch annehmen, daß dies bei "wirklich Kranken" nicht der Fall sei. MECHANIC referiert in diesem Zusammenhang eine holländische Studie von CHERIDO aus dem Jahre 1958, in der sich bei einer Untersuchung von 1630 Patienten eines Krankenhauses zeigte, daß die Heilungschance signifikant danach differierte, ob der Patient außer einer physischen Krankheit auch noch psychische Probleme hatte. Nur auf der Basis der physischen Krankheit hatten 69 % der Patienten eine günstige Prognose, tatsächlich heilten jedoch nur 3/5 davon, wobei die nicht Geheilten meist jene waren, die auch unter psychischem Stress standen.

abzugrenzen, so erscheint es auf der anderen Seite ebenso wenig sinnvoll, Krankheiten rein psychischer Art als gesonderte Gruppe herauszuheben. Abgesehen von den Argumenten für eine solche Abgrenzung, die wir im vorhergehenden kritisiert haben, ist es auch evident, daß solche Leidensformen die beiden wesentlichen Merkmale von Krankheiten aufweisen, die wir folgendermaßen zusammenfassen können:

- 1) Eine nach Art einer Stimmung auftretende, über eine mehr oder weniger lange Periode hinweg anhaltende Befindlichkeit, die sich in persönlichem Leiden ausdrückt und als belastend erlebt wird;
- 2) ein Zustand, der als eine Beeinträchtigung der vollen Leistungsfähigkeit empfunden wird und mit einem Gefühl partieller persönlicher Hilflosigkeit verbunden ist; diese Hilflosigkeit bedeutet jedoch nicht Hoffnungslosigkeit, da der Erkrankungsprozeß zugleich der Beginn eines Gesundungsprozesses ist.

Diese beiden Aspekte ergänzen unsere Definition von Gesundheit und Krankheit im ersten Abschnitt, wobei sich hier wiederum deutlich zeigt, daß neben dem persönlichen und sozialen Aspekt auch der ärztlich-professionelle Aspekt wichtig ist: ob ein Leiden tatsächlich als "Krankheit" einzustufen ist, ergibt sich letztlich erst aus einer systematisch durchgeführten Anamnese. ¹⁾ Hervorzuheben ist hier jedoch die Tatsache, daß die beiden oben angeführten Kriterien uneingeschränkt für "psychische Erkrankungen" im traditionellen Sinne gelten (vgl. auch BRÄUTIGAM, 1977).

1) Wir unterscheiden uns in dieser Hinsicht von CANGUILHEM (1974:61), der stellenweise dazu tendiert, Schmerz allein schon als zureichendes Indiz für Krankheit zu sehen.

Daß Menschen mit psychischen Erkrankungen leiden, steht außer Zweifel ¹⁾ (vgl. FREUD, 1969:141 ff.; MENNINGER, 1974:76), ebenso wie die Tatsache, daß dieses Leiden durch professionelle ärztliche Hilfe geheilt oder zumindest gelindert werden kann. ²⁾

-
- 1) Aus diesem Kriterium ergibt sich übrigens auch eindeutig, daß die Behandlung von Menschen mit "psychischen Krankheiten" nicht Aufgabe des Erziehers ist. Diese Tatsache kommt in Stellungnahmen psychoanalytisch orientierter Pädagogen klar zum Ausdruck. So schreibt z.B. AICHORN (1972:47): "Wenn es sich um die Beantwortung der Frage handelt, wie seelische Erkrankungen verhindert werden können, ist der Erzieher zuständig" (Unterstreichung M.H.). Im gleichen Sinne schreibt TROSCHKE (1974:150), daß eine gute Erziehung die beste Gesundheits-prophylaxe ist.
- 2) Die Psychotherapie unterscheidet sich in dieser Hinsicht auch eindeutig von Seelsorge (mit der sie SZASZ ebenfalls identifizieren möchte). Dies stellt selbst Viktor E. FRANKL, der Schöpfer des Begriffes "ärztliche Seelsorge" ausdrücklich fest, wenn er betont, die "Logotherapie" müsse in der Auseinandersetzung mit dem Patienten zwar die Frage nach dem Sinn des Daseins stellen, sie sei jedoch in keiner Weise befugt, auf diese Frage eine religiöse Antwort zu geben; vielmehr sei in dieser Hinsicht strikte Neutralität notwendig (vgl. z.B. FRANKL, 1947:52). Man fragt sich allerdings, warum FRANKL dann überhaupt von "ärztlicher Seelsorge" spricht, da ein solcher Begriff doch nahelegt, daß es sich hier in erster Linie um Seelsorge handle. Richtiger wäre es, den ärztlichen Aspekt als den zentralen hervorzuheben und jenes Element, das eine so aufgefaßte Psychotherapie mit der Seelsorge gemeinsam hat (nämlich die Einbeziehung der gesamten individuellen Person), als zusätzliches Charakterisierungsmerkmal zu verwenden. Vgl. allgemein zu dieser Problematik BITTER (o.J.).

Welche Konsequenzen ergeben sich aus einer solchen einheitlichen Krankheitsauffassung für die Therapie? Die Therapie gehört zweifellos in den Zuständigkeitsbereich des Arztes und der Medizin. Gleichwohl ist sie zumindest indirekt auch hier relevant und zwar, wie R. BASTIDE (1973:192) feststellt, deswegen, weil sie als eine Art "Gegenprobe" zur Überprüfung des Krankheitsbegriffes dienen kann. Denn die Therapie stellt eine Manipulation dar, ein "provoziertes Experiment", das - wie die Planung auf der Ebene der Gesamtgesellschaft - eine Alternative zu einem soziologischen Experiment darstellt.

1.2.4. Exkurs über den Zusammenhang zwischen Krankheitsauffassung und therapeutischer Praxis

Es geht uns in diesem Abschnitt also nicht darum, Empfehlungen für die Therapie abzugeben (was zweifellos eine Überschreitung unseres Kompetenzbereiches darstellen würde), sondern aufzuzeigen, ob sich aus unserer Krankheitsauffassung andere therapeutische Konsequenzen ergeben würden als jene, die heute vorherrschend sind. Sollte sich zeigen lassen, daß die von uns kritisierte dualistische Krankheitsauffassung, die das Bestehen eines wesentlichen Unterschiedes zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen annimmt, in der Praxis zu problematischen Konsequenzen führt, könnten wir dies zumindest als eine indirekte Bestätigung unserer These von der Notwendigkeit eines einheitlichen Krankheitsbegriffes ansehen.

Welche Konsequenzen ergeben sich aus unserer Krankheitsauffassung für die therapeutische Praxis? Folgt aus unserer Annahme, daß eine Unterscheidung zwischen körperlicher und geistiger Krankheit nicht sinnvoll ist, für die Behandlung der Krankheiten durch den Arzt die Konsequenz, daß man eine "unitaristische Universaltherapie" zur Behandlung aller Krankheiten anpeilen sollte? Muß man damit annehmen - wie die Vertreter des "bioanalytischen Ansatzes" unter den frühen Psychoanalytikern (vgl. dazu BREDE, 1971:170 f.) - daß der Gesamtorganismus letztlich auch die Basis für die Sinnhaftigkeit der psychodynamischen Prozesse abgibt? Ein Ausweg aus diesem Dilemma eröffnet sich nach unserer Meinung, wenn man eine Unterscheidung trifft zwischen jenen Prozessen, die zum Ausbruch einer Erkrankung führen und den Prozessen des Krankheitsverlaufes bzw. der Heilung. Diese Unterscheidung steht in unmittelbarem Zusammenhang mit jener zwischen Gesundheit und

Krankheit, die wir im Anschluß an CANGUILHEM getroffen haben. Wenn wir Krankheit als eine umfassende Reaktion verstehen, die eine "neue Verhaltensweise" (CANGUILHEM, 1974:56) gegenüber jener des Gesunden darstellt, so müssen Krankheitsverläufe als Prozesse eigener Art untersucht werden (vgl. auch MERING, 1967; REDLICH, 1967:106). Sie können dann nicht mehr allein von jenen Ereignissen her verstanden werden, die zum Ausbruch der Krankheit geführt haben, denn die Krankheit steht nicht in einem Ursache-Wirkungs-Verhältnis zu solchen Ereignissen, diese sind vielmehr als Anlässe für ihren Ausbruch zu begreifen (CANGUILHEM, 1974:20).¹⁾ Es ist wohl charakteristisch für die Umwege, welche die historische Entwicklung der Medizin in den letzten Jahrhunderten gemacht hat, wenn wir diese entscheidende Einsicht lange vor FREUD und vor der Entwicklung der neueren psychosomatischen Medizin bei einem österreichischen Arzt und Wissenschaftler des 19. Jahrhunderts in prägnanter Weise ausgedrückt finden:

"Die Leiden des Geistes allein i n
a b s t r a c t o, d.i. Irrthum und Sünde
sind nur p e r a n a l o g i a m Seelen-
krankheiten zu nennen; sie gehören nicht vor das
F o r u m des Arztes, sondern des Lehrers und
Priesters, die man denn auch p e r
a n a l o g i a m Seelenärzte nennt. Die Leiden
des Körpers i n a b s t r a c t o, z.B.
des Gehirns, der Nerven ohne psychische Alienation,
sind keine Seelenkrankheiten, sondern körperliche.
Der Begriff Seelenkrankheit wird also weder aus der
Seele, noch aus dem Leibe, sondern aus dem Bezuge
beider auf einander abzuleiten seyn. Die Frage ist
hier nicht die äußere Ursache der Psychopathieen,

1) In diesem Sinne stellt BASTIDE (1973:197) fest, daß es in Bezug auf das Verhältnis von Psychischem und Sozialem als krankheitsauslösenden Faktoren unmöglich sei, einen "Nullpunkt" aufzustellen, von dem aus man eine Chronologie der Einflüsse herstellen könne.

diese kann psychisch oder körperlich seyn; auch nicht nur die sogenannte nächste Ursache; diese ist unerforschlich, weil der Bezug zwischen Leib und Seele unerklärlich ist. Die Frage ist nur das Phänomen. Wo psychische Erscheinungen sich abnorm zeigen, da ist Seelenkrankheit; sie wurzelt in der Seele, insofern diese durch das sinnliche Organ vermittelt wird, sie wurzelt im Leibe, insofern dieser das Organ der Seele ist" (FEUCHTERSLEBEN, 1845:75; Unterstreichungen M.H.).

Und im gleichen Zusammenhang nimmt derselbe Autor den Kern der Debatte um die Frage der Laienanalyse vorweg, wenn er feststellt, die eigentliche Frage sei nicht, ob die Seele erkranken könne, sondern ob die Aufgabe, "selbständige Seelenzustände" durch Erziehung, Belehrung usw. zu behandeln, Aufgabe des Arztes sei oder nicht. Hierzu stellt er fest, eine solche Frage sehe das Problem gar nicht richtig, denn im Falle von Krankheiten gehe es nicht um derartige Probleme:

"Allein hier tritt der Fall ein, daß bei der Totalität des menschlichen Wissens überhaupt jene ganz selbständig moralischen und logischen Zustände, sowohl ätiologisch als auch therapeutisch, in die somatischen eingreifen; hier erstrecken sie sich in das Gebiet des Arztes, und jenen erstreckt sich über sie; die Grenzen berühren sich, wie in allem menschlichen Wissen, ohne sich zu verwischen. Und das ist ja eben der Hauptinhalt und Zweck unserer und aller 'ärztlichen Seelenkunde'. Der Arzt, der die Beziehung - u n g e n des geistigen Lebens zum physischen gar nicht kennt, wird auch d i e s e s nicht allseitig zu begreifen, zu behandeln wissen" (FEUCHTERSLEBEN, 1845:72 f.; Unterstreichungen M.H.).

Es ergibt sich hier also dieselbe Folgerung wie jene, die auch schon PLATO zum Ausdruck brachte: auch die ärztliche Behandlung sollte sich im Grunde nie auf somatische oder psychische Probleme allein beschränken, sondern stets beide zugleich ins Auge fassen, ja sie müßte sogar - selbst im Falle mehr oder weniger ein-

deutig organischer Krankheiten - zuerst und vor allem den Menschen in seinem geistig-psychischen Wesen behandeln, da sich nur von daher ein adäquates Verständnis seiner Beschwerden und seiner Krankheit ergibt.¹⁾

Aus unserer These, daß Krankheitsverläufe als Prozesse eigener Art zu betrachten sind, ergeben sich einige wichtige Folgerungen im Hinblick auf die allgemeine Ausrichtung der zeitgenössischen Medizin und im Hinblick auf die Beurteilung einzelner Fachrichtungen. Die erste Folgerung ist, daß - genauso wie der Prozeß des Krankheitsverlaufes nicht nur von der Krankheitsentstehung her zu sehen ist - die Therapie als ein eigenständiges Problemfeld zu betrachten ist, das auch eine entsprechende Theorie verlangt. Dieses Problem stellt sich in der alltäglichen ärztlichen Praxis als besonders dringlich dar: die medizinische Forschung ist primär an der Krankheitsentstehung bzw. an der Beschreibung von Symptomenkomplexen interessiert, die jedoch meist nicht mit den in der ärztlichen Praxis auftretenden Krankheitsbildern und -problemen übereinstimmen (TROSCHKE, 1974:147). Auch primär naturwissen-

1) Im "Charmenides" schrieb PLATO, die Ursache dafür, daß die Ärzte bei den Griechen viele Krankheiten nicht heilen könnten, sei die, daß sie "das Ganze nicht kennen, das man in Pflege nehmen müsse", und daß, wie man "nicht versuchen dürfe, die Augen ohne den Kopf zu heilen, noch den Kopf ohne den Leib, so auch den Leib nicht ohne die Seele" (PLATO, Charmenides, 1967:245).

Denselben Gedanken hat auch FREUD 1905 in prägnanter Weise ausgedrückt, wenn er schrieb, daß psychische Behandlung nicht "Behandlung der krankhaften Erscheinungen des Sellenlebens" bedeute, sondern "Behandlung von der Seele aus, Behandlung - seelischer oder körperlicher Störungen - mit Mitteln, welche zunächst und unmittelbar auf das Seelische des Menschen einwirken" (FREUD, 1969:14). Es scheint daher auch nicht zufällig zu sein, daß bei PLATO - wie DENEKE (1957:11) bemerkt - die positive Gesundheitsförderung viel stärker betont wurde als die Krankheitsbehandlung.

schaftlich ausgerichtete Kritiker der Medizin sehen dieses Manko. SCHAEFER (1963:53-62) argumentiert in diesem Zusammenhang in Übereinstimmung mit den Folgerungen, die sich aus unserem Ansatz ergeben, daß Therapie nie rein naturwissenschaftlich begründet werden könne und zwar nicht nur wegen der Grenzen der Erklärungskraft des naturwissenschaftlichen Ansatzes, sondern auch wegen der Tatsache, daß Therapie einen "psychosomatischen Vorgang per se" darstelle; denn Therapie sei nicht nur Heilung von Defekten, sondern auch Anleitung zur Kompensation von nicht heilbaren funktionellen Störungen, also zur Erringung eines Zustandes, der als neuer Gesundheitszustand angesehen werden kann (i.S. von CANGUILHEM). SCHAEFER kritisiert daher zu Recht die Überschätzung der auf die Krankheitsentstehung bezogenen Forschung und fordert eine radikale Diskussion um eine Theorie der Therapie (ebenda, S. 264).

Diese Forderung nach einer Theorie der Therapie wäre allerdings dahingehend zu ergänzen, daß parallel zu ihr auch die systematische Untersuchung der Therapie als eigenständiger Forschungszweig zu sehen und z.B. die Erforschung verschiedener therapeutischer Verfahren voranzutreiben wäre (vgl. als wichtige Ansätze in dieser Richtung die Studien von CREMERIUS, 1962; 1968).

Aus unserem Ansatz ergibt sich noch eine zweite allgemeine Folgerung und zwar im Hinblick auf die Frage nach der Auswahl der geeigneten Therapie für bestimmte Krankheiten. Hier möchten wir zunächst betonen, daß aus einem einheitlichen Krankheitsbegriff keineswegs die Notwendigkeit einer Art von "unitaristischer Universaltherapie" folgt (vgl. auch MENNINGER, 1974:30). Wenn wir die übliche Abgrenzung zwischen organischen und

psychischen Krankheiten ablehnen, so impliziert das in keiner Weise, daß man das Bestehen qualitativer Unterschiede zwischen verschiedenen Formen von Erkrankungen nicht anerkennen kann. ¹⁾ Es impliziert lediglich, daß

-
- 1) Diese Problematik betrifft unmittelbar einen Vorwurf von STROTZKA (1969b:18): "Diese Außerachtlassung des Krankheitsbegriffes ist ein typischer Fehler, der von Psychologen und Soziologen gerne gemacht wird, offenbar einerseits vom Konzept einer allgemeinen Verhaltensstörung ausgehend, andererseits von einem Mißverständnis tiefenpsychologischer Erkenntnisse, insofern nämlich, als man bei allen seelischen Störungen gemeinsame unbewußte Mechanismen nachzuweisen versucht." Der Krankheitsbegriff sage nur dem Psychiater etwas und nur er könne feststellen, daß z.B. eine Arbeitsunfähigkeit bei einem Schwachsinnigen, einem Neurotiker oder einem Psychopathen etwas völlig anderes bedeuten. STROTZKA (1969b:19) zieht daher die Folgerung, "daß jede Untersuchung, die nicht nach gewissen minimalen Krankheitskategorien differenziert, für praktische sozialpsychiatrische Zwecke nutzlos und theoretisch ungemein irreführend ist".

Diesen Warnungen von STROTZKA kann man ohne weiteres zustimmen, denn auch wir haben mehrfach betont, daß der ärztlich-professionelle Gesichtspunkt in der Diagnose und Behandlung von Krankheiten unerlässlich ist. Was wir in der vorliegenden Studie untersuchen, sind jedoch nicht Krankheiten als solche, sondern ist jener Übergangsbereich zwischen Gesundheit und Krankheit, von dem man zwar nicht sicher weiß, ob er "Krankheit" darstellt, von dem man aber sicher weiß, daß es sich um einigermaßen signifikante Störungen des gesundheitlichen Wohlbefindens handelt, und zwar um Störungen, die denen sehr ähnlich sind, mit denen auch Ärzte sehr häufig konfrontiert werden. Wir glauben also, daß der Krankheitsbegriff gewissermaßen einen allgemeinen und spezifischen Aspekt hat; während für sozialpsychiatrische Zielsetzungen die Berücksichtigung des letzteren (die Diagnose, Erklärung und Behandlung spezifischer Krankheiten) unerlässlich ist, ist für gesundheitssoziologische und -politische Fragestellungen und Zielsetzungen eine Untersuchung des allgemeinen Aspektes unabhängig vom spezifischen sinnvoll und notwendig.

die Unterschiede innerhalb der verschiedenen Formen der üblicherweise als "organisch" oder "psychisch" bezeichneten Krankheiten zumindest ebenso bedeutsam sind wie jene zwischen diesen beiden großen Gruppen. Es ergibt sich daher als Folgerung, daß die Notwendigkeit einer Allgemeinbehandlung, auf die wir bereits hingewiesen haben, für jede Form von Erkrankung anerkannt werden muß. Konkret bedeutet dies nicht, daß damit alle Kranken auf dieselbe Art und Weise zu behandeln sind, sondern lediglich, daß ein Aspekt der Behandlung - nämlich jener, der sich auf die allen Krankheiten gemeinsamen Elemente (Leiden und Beeinträchtigungen bzw. Streben nach Wiederherstellung eines neuen Gleichgewichts) bezieht - auch für alle Krankheiten derselbe sein muß. Darüberhinaus erhält jede einzelne Krankheit durch den für sie typischen Komplex von Beschwerden, Behinderungen, Konflikten usw. in einer je spezifischen Prägung, der in der Behandlung entsprechend zu berücksichtigen ist.

Neben dieser allgemeinen Folgerung enthält unser Ansatz im Hinblick auf die Auswahl geeigneter Therapien jedoch noch eine spezielle, vielleicht nicht weniger wichtige Implikation. Wenn nämlich der gesamte Erkrankungs-Heilungs-Prozeß als solcher (MERING, 1967; MENNINGER, 1974:276), und nicht bloß der Anlaß für die Erkrankung im Mittelpunkt steht, ergibt sich daraus für die Therapie, daß auch deren Auswahl und Effizienz sich an diesem Prozeß und nicht nur am Anlaß der Erkrankung orientieren sollte. Dies ist eine These, die sich nicht ohne weiteres mit einer Auffassung vereinbaren läßt, wie sie etwa MITSCHERLICH (1967:125) im Hinblick auf die Behandlung psychosomatischer Krankheiten vertritt, wenn er schreibt: "Jede Behandlung psychosomatischer Erkrankungen, die der Herkunft der Symptome angemessen

ist, muß ihr Schwergewicht in der Aufhellung des psychischen Erlebens haben" (unterstrichen M.H.). Denn aus dem weiteren Kontext, in dem dieser Satz steht, geht relativ deutlich hervor, daß MITSCHERLICH hier unter "Herkunft" nicht einen zugrundeliegenden aktuellen und permanenten Konflikt versteht, sondern eine irgendwann vor Ausbruch der Krankheit gegebene Ursache.¹⁾ Diese Einstellung kommt auch im folgenden Satz zum Ausdruck, den wir daher ebenfalls als problematisch ansehen müssen: "P s y c h o - s o m a t i s c h e E r k r a n k u n g e n u n t e r - s c h e i d e n s i c h, wenn wir dieses Konzept ihrer Entstehungsgeschichte zugrundelegen, i n i h r e r H e r k u n f t n i c h t v o n d e n P s y c h o n e u r o s e n. Infolgedessen ist auch die gleiche Therapie indiziert..." (MITSCHERLICH, 1967:127; unterstrichen M.H.). Es ist offenkundig, daß hinter diesen Sätzen die Auffassung steht, daß sich organische und

1) "Philosophisch mag die dualistische Vorstellung, nach der ein Erlebnis einem krankhaften Geschehen voran-
geht, nicht zu halten sein; für die Praxis ist sie die einzige Orientierung, die uns zu handeln er-
laubt....

Natürlich müssen wir uns diagnostisch vergewissern, ob bei dem einzelnen Patienten kein progredienter organischer Prozeß vorliegt, kein Leiden mit s o m a t i s c h e m Beginn" (MITSCHERLICH, 1967:125; unterstrichen M.H.).

Ähnliche Formulierungen finden sich bei BREDE (1971:153, 167) und UEXKÜLL (1963:13).

psychische Aspekte mehr oder weniger eindeutig voneinander unterscheiden lassen und daß sie in einer Kausalitätsbeziehung zueinander stehen.¹⁾

In der Tat zeigt sich gerade an der Entwicklung der modernen psychosomatischen Medizin, daß auch die psychotherapeutisch bzw. psychoanalytisch ausgerichtete Medizin manchmal in die Gefahr gerät, in eine ähnliche Einseitigkeit zu verfallen wie es für die naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin noch weithin charakteristisch ist. Die Erklärung dafür liegt letztlich darin, daß die überkommene Vorstellung vom Dualismus zwischen Körper und Geist derart tief in unserem Denken verwurzelt ist, daß es äußerst schwer ist, sich bei der Diskussion von Problemen, die diesen Zusammenhang betreffen, vollkommen davon zu befreien und eine grundsätzlich andere Perspektive einzunehmen (vgl. allgemein zu dieser Problematik ELIAS, 1969; 1971). Betrachtet man Krankheit jedoch nicht wie die psychosomatische Medizin als ein "psychophysisches Parallelgeschehen", sondern als einen einheitlichen Prozeß, der lediglich von verschiedenen Seiten betrachtet werden kann, so wird die Frage nach der Wechselwirkung zwischen körperlichem und psychischem Geschehen gegenstandslos. Man wird dann nicht mehr versuchen, Krankheiten wie die psychosomatischen, die anscheinend irgendwo "zwischen" organischen und psychischen Krankheiten liegen, nach den

1) So schreibt MITSCHERLICH (1967:43, 47) an anderer Stelle ausdrücklich, daß er zwischen "organisch" und "psychisch" aufgrund guter klinischer Beobachtungen unterscheidet, wobei "beide Faktoren wechselseitig spezifische Wirkungen aufeinander ausüben". Eine "kausale Behandlung" der vielgestaltigen "funktionellen Syndrome" erfordere eine psychosomatisch orientierte Anthropotherapie (ebenda, S. 157).

Gesetzmäßigkeiten des einen oder anderen dieser beiden Typen (die, wie wir zu zeigen versuchten, lediglich Abstraktionen darstellen) erklären zu wollen,¹⁾ sondern man wird bei ihnen ebenso wie bei allen anderen Krankheiten nach den spezifischen, ihnen allein eigentümlichen Merkmalen suchen müssen.

- 1) Dies ist die Absicht der derzeitigen psychosomatischen Medizin, die vor allem in ihrer "Spezifitätsthese" zum Ausdruck kommt. Diese These besagt, daß physiologische und organische Erscheinungen als psychologisch verstehbare Wahlhandlungen zu begreifen sind, daß sie trotz ihrer mangelnden Sprachgebundenheit im Rahmen einer individuellen Lebensgeschichte lokalisiert werden können und daß die Bildung organischer Symptome letztlich als ein "gesellschaftlicher Bildungsprozeß" begriffen werden kann (BREDE, 1967:171-194). MITSCHERLICH (1967:47) drückt dieselbe Auffassung in einer prägnanten Kurzformel aus, wenn er von "verstehbaren Magengeschwüren" spricht.
- Hinter dieser Auffassung steht die richtige Einsicht, daß es sich bei psychosomatischen Symptomen, die sich in einer organischen Schädigung äußern, um "Mitteilungen" des kranken Menschen an seine Umwelt handelt - Mitteilungen, die er eben in sprachlicher Form nicht mehr ausdrücken kann (diesen Sachverhalt hat vor allem SZASZ ausgezeichnet dargestellt). Der Irrtum der Spezifitätslehre liegt darin, daß sie übersieht, daß es sich bei psychosomatischen Krankheitssymptomen um Ausdrucksformen handelt, die auf einer anderen Ebene liegen als der sprachlich-symbolischen und daß es keine direkte "Übersetzungsmöglichkeit" zwischen diesen beiden unterschiedlichen Integrationsebenen gibt. Krankheit kann als Erlebensform im Rahmen der sprachlich-symbolischen Ebene ebenso wenig erfaßt werden wie Lachen und Weinen (PLESSNER, 1970:23). Wir können BREDE sicherlich darin zustimmen, daß die mangelnde Sprachgebundenheit psychosomatischer Phänomene nicht ausschließt, sie in eine individuelle Lebensgeschichte einzuordnen; dies impliziert jedoch nicht, daß man solche Symptome als Funktion des Ich allein verstehen kann. Um zu ihrer Erklärung zu gelangen, muß vielmehr auch die spezifische Reaktionsweise des jeweiligen Organismus berücksichtigt werden, die keineswegs in einem Eins-zu-Eins-Verhältnis zu den bewußten psychischen Prozessen steht.
- Zur Diskussion und Kritik der Spezifitätsthese vgl. auch MIRSKY (1961), KING (1963) und CONDRAU (1975:132-157).

Diese Merkmale aber liegen - wie bei allen anderen Krankheiten auch - in einer eigentümlichen Veränderung der gesamten Befindlichkeit und Reaktionsweise des Menschen als Gesamtpersönlichkeit, die seine "somatische" wie "psychische" Verfassung gleichermaßen betrifft. Unterschiedlich ist bei verschiedenen Krankheiten lediglich die spezifische Art und Weise in der diese unterschiedlichen Integrationsebenen der menschlichen Persönlichkeit und ihrer Beziehungen zur Umwelt betroffen sind. Eine Auffassung, die eine einlinige Beziehung zwischen der somatisch-organischen und der sprachlich-symbolischen Ebene menschlicher Existenz herstellen möchte, übersieht die Möglichkeit, daß die Wahl von Symptomen auch dann, wenn ihr Erscheinen in einem sinnhaften Bezug zur Lebensgeschichte steht, von der spezifischen körperlichen Konstitution gesteuert sein kann (BERGMANN, 1936:18)¹⁾ Diese Tatsache spiegelt nichts anderes wider als die "Unergründlichkeit im Verhältnis des Menschen zu seinem Körper", die Tatsache, daß der Mensch ein "doppeldeutiges Verhältnis" zu seinem Leib hat (PLESSNER, 1970:41). Diese Unergründlichkeit ist es auch, die letztlich die Basis für die Forderung abgibt, daß der Krankheitsverlauf als ein Prozeß eigener Art zu untersuchen ist. Denn aus dieser Tatsache folgt - und damit kommen wir zu unserer zweiten Folgerung für die ärztliche Therapie zurück -, daß die Entscheidung dafür, welche Therapie in einem bestimmten Krankheitsfall anzuwenden ist, sich erst im Laufe der Behandlung selbst zureichend beantworten läßt (vgl. auch LAESSIG, o.J.). Es ergibt sich daraus die Folgerung, daß die Wahl der Therapie nicht unbedingt nach Erstellung einer "richtigen"

1) KING (1963:107) wies auf eine Quelle möglicher Verzerrungen in der psychosomatischen Forschung hin, die darin begründet ist, daß die psychologischen Hintergrunddaten immer erst nach Krankheitsausbruch erhoben werden und daher bereits durch die Krankheitserfahrung gefiltert sind.

Diagnose von vornherein festgelegt werden kann,¹⁾ sondern sich im Laufe der Behandlung selbst ergeben kann. Die Begründung dafür ist evident. Wenn man Krankheit nicht als eine in der Folge irgendeiner "Ursache" automatisch ablaufende Reaktion versteht, sondern als eine Veränderung der Funktionsweise des Organismus und der Persönlichkeit, so muß sich auch die Therapie primär an der spezifischen Art der Veränderung der Funktionsweise orientieren. Dies impliziert nicht weniger als die Forderung, daß man beim Fehlschlagen einer Therapie nicht nur nach einer anderen Krankheitsursache suchen müßte, sondern auch und zugleich nach einer anderen Therapie. Diese Forderung bedeutet keineswegs ein blindes Herumkurieren, das mit Recht abzulehnen wäre, sondern nichts als ein genaueres und umfassenderes Befragen und Beobachten des Kranken und seines aktuellen Verhaltens. Es steht damit nicht unbedingt in Widerspruch zum Satz von FREUD (zit. nach MITSCHERLICH, 1967:57), in dem er schrieb: "Ich möchte Ihnen raten, Ihren therapeutischen Ehrgeiz zu vergessen und zu verstehen, was wirklich geschieht. Wenn Sie das getan haben, wird die Therapie schon von alleine kommen". Denn letztlich erfordert eine solche Vorgangsweise nichts anderes als eine Theorie des

1) Dies ist wenn schon höchstens bei den einem naturwissenschaftlich-kausalen Krankheitsverständnis zugänglichen Krankheiten möglich.

Erkrankungs-Heilungs-Prozesses und damit auch eine Theorie der Therapie.¹⁾

-
- 1) Die Behauptung, daß der Krankheitsverlauf selbst und nicht seine Ursache die entscheidende Richtlinie für die Therapie abgeben sollte, scheint in eklatantem Widerspruch zur psychoanalytischen Auffassung zu stehen, als deren Stärke oft die Beseitigung der Krankheitsursachen, der "kausalen Wirkkräfte" (im Gegensatz zu einer bloß symptomatischen Behandlung) genannt wird (KUBIE, 1956:36; JONES, 1967:76). Nach meiner Meinung läßt sich diese These jedoch durchaus mit der psychoanalytischen Theorie vereinbaren, ja selbst mit dem folgenden Satz von FREUD (1969:209): "Wir halten es nämlich gar nicht für wünschenswert, daß die Psychoanalyse von der Medizin verschluckt werde und dann ihre endgültige Ablagerung im Lehrbuch der Psychiatrie finde, im Kapitel Therapie, neben Verfahren wie hypnotische Suggestion, Autosuggestion, Persuasion, die, aus unserer Unwissenheit geschöpft, ihre kurzlebigen Wirkungen der Trägheit und Feigheit der Menschenmassen danken. Sie verdient ein besseres Schicksal und wird es hoffentlich haben. Als 'Tiefenpsychologie', Lehre vom seelisch Unbewußten, kann sie all den Wissenschaften unentbehrlich werden, die sich mit der Entstehungsgeschichte der menschlichen Kultur ... beschäftigen".
- Auch bei "psychischen" Erkrankungen handelt es sich genauso wie bei Krankheiten allgemein um funktionelle Störungen der Gesamtpersönlichkeit und die Heilung muß in einer Wiederherstellung eines ausgeglichenen Funktionierens bestehen; frühkindliche Traumata können nur insofern als "Ursache" betrachtet werden, als sie das aktuelle Erleben und Handeln des Betroffenen stören, ihre "Bearbeitung" ist daher letztlich Bearbeitung des derzeitigen Erlebens (die Tatsache, daß es sich auch bei psychoanalytischen Zusammenhängen um "funktionelle" handelt, wurde sehr klar von BERNFELD herausgearbeitet; vgl. BERNFELD, 1971).
- Auch wenn man Psychoanalyse nicht mit Erziehung oder Seelsorge gleichstellen kann, haben SZASZ und FODRAINE also darin recht, daß erfolgreiche psychoanalytische Behandlung zu einer Änderung des Verhaltens führen muß. Es mag angemerkt werden, daß die "Logotherapie" von V. FRANKL nichts anderes versucht, als diese Notwendigkeit einer funktionellen Interpretation psychisch-seelischer Phänomene herauszustreichen (vgl. FRANKL, 1947:6) und damit im Grunde lediglich einen zentralen Aspekt der Psychoanalyse hervorhebt. "Logotherapie" wäre demnach kein spezielles psychotherapeutisches Verfahren, sondern ein Gesichtspunkt, der in jeder Analyse berücksichtigt werden muß.

Wie weitreichend die praktischen Implikationen dieser These sind, soll abschließend durch einige knappe Hinweise aufgezeigt werden. Es erübrigt sich wohl, auf die Beschränktheit der traditionellen naturwissenschaftlich-somatisch orientierten Medizin hinzuweisen, die den Menschen nur als physikalisch-chemischen Organismus betrachtet. Denn selbst bei Krankheiten, für die sehr effiziente chemische Heilmittel entwickelt wurden, ist die Aufgabe des Arztes mit der Diagnose und Verschreibung keineswegs erschöpft.

Abgesehen davon, daß Krankheit auch in einem solchen Falle eine mehr oder weniger starke Veränderung der persönlichen und sozialen Erfahrung bedeutet, die umso einschneidender ist, je stärker der Betroffene auf eine Kontinuität dieser Erfahrungen angewiesen ist, ¹⁾ stellt sich in diesen Fällen das schwerwiegende Problem der Therapieschäden, dessen Bedeutsamkeit wohl bei weitem unterschätzt wird. ²⁾

- 1) Am stärksten ist dies der Fall bei Kindern, bei denen daher schon die kurzzeitige Einweisung in ein Krankenhaus zu ernsthaften psychischen und sozialen Problemen führen kann (vgl. dazu TROSCHKE, 1974).
- 2) Dazu schreibt F. HOFF: "Wir stehen also vor der erschütternden Tatsache, daß zum mindesten der größte Teil jener gefährlichen und oft tödlichen Blutkrankheiten ... durch Medikamente, iatrogen oder auch durch ärztlich nicht verordnete, aber von den Kranken eingenommene Tabletten hervorgerufen sind" und weiter: "Die geringfügigsten Mißempfindungen, die leichtesten Erkältungsinfekte werden heute nicht selten mit den eingreifendsten Chemotherapeutika oder Biotika behandelt. Dabei ist die Gefahr einer medikamentösen Schädigung manchmal größer als die Gefahr der Krankheit" (HOFF, 1958:41 f.; hervorgehoben im Original).

Darüberhinaus ist hier eine grundsätzliche Tendenz in Frage zu stellen, die darin besteht, daß man mit der Feststellung organischer "Befunde" das Problem der Diagnose als gelöst betrachtet. Denn ein derartiger Befund gibt selbst keinen Hinweis auf das Vorliegen und die Art einer möglicherweise bestehenden Funktionsstörung. Dies gilt übrigens auch im Hinblick auf eine rein "psychologische" Diagnose, sodaß man BERGMANN (1936:459) zustimmen muß, der in Bezug auf Magenleiden feststellt, die psychosoziale Situation des Kranken sei auch dann zu erfassen, wenn ein organischer Befund nachweisbar sei, ebenso wie es umgekehrt falsch sei, überall dort wo kein Organbefund feststellbar sei, auf eine rein psychische Erkrankung zu schließen.

Im Rahmen einer solchen Perspektive ist daher nicht nur der organischen Medizin Einseitigkeit vorzuwerfen, sondern auch jenen medizinischen Disziplinen, die sich mit "psychischen Erkrankungen" im engeren Sinne befassen (auf Probleme der psychosomatischen Medizin haben wir bereits hingewiesen). So sieht z.B. die naturwissenschaftlich ausgerichtete Psychiatrie als organische "Ursachen" von psychischen Erkrankungen ausschließlich Schäden am Nervensystem bzw. in den Gehirnzellen. Dies ist jedoch offensichtlich nicht berechtigt, denn es gibt ernstzunehmende (charakteristischerweise von der offiziellen Psychiatrie jedoch ignorierte) Fälle, in denen psychische Krankheiten durch eine somatische Behandlung, die scheinbar weit von den Nerven und dem Gehirn entfernt liegende Störungen des Organismus (wie Menstruationsstörungen, Störungen der Magen-Darm-Tätigkeit usw.) beseitigte, in überraschend schneller Weise geheilt werden konnten (ASCHNER, 1933).¹⁾

1) Auch BERGMANN (1936:528) betont, es sei notwendig, selbst bei psychischen Erkrankungen ohne anatomisches Substrat nach somatisch veränderten Abläufen zu suchen (vgl. auch SCHULTZ, 1966:371 ff).

Auch hier erweist sich wieder die Komplexität des Zusammenspiels der verschiedenen Integrationsebenen der menschlichen Persönlichkeit, wie sie im Satze "Mens sana in corpore sano" zum Ausdruck kommt, wobei man diesen Satz keineswegs bloß vulgär-materialistisch auslegen sollte ("der gesunde Körper schafft sich den gesunden Geist" ; vgl. dazu das Vorwort von MITSCHERLICH zu MENNINGER, 1974:XII).

Die zweite praktische Implikation einer zu engen neurologisch-psychologischen Auffassung von "Geisteskrankheiten" zeigt sich darin, daß in den psychiatrischen Krankenhäusern nicht nur viel zu wenig Rücksicht auf das körperliche Befinden der Patienten gelegt wird, sondern, wie sich aus einer mehrmonatigen teilnehmenden Beobachtung auf mehreren Stationen eines solchen Krankenhauses ergab, daß dieses sogar in unverantwortlicher Weise vernachlässigt wird.

Es zeigte sich einerseits, daß viel zu wenig Sorgfalt auf die Erhaltung der "körperlichen Integrität" durch Hygiene und Körperpflege gelegt wurde und darüberhinaus, daß

"körperliche Erkrankungen tendentiell erzeugt bzw. körperliche Abbauprozesse tendentiell beschleunigt (werden) durch Maßnahmen, die mit der psychischen Erkrankung in Zusammenhang stehen. Hier wäre zu nennen einerseits die massive Anwendung diverser Psychopharmaka, die viele Patienten in einem Ausmaß dämpfen, daß sie im Bett liegen bleiben, nicht allein zur Toilette gehen können, unter Umständen inkontinent werden...

Andererseits ist hier hinzuweisen auf Beschränkungen, die sich ebenfalls den Zirkel Bettlägrigkeit - Inkontinenz - Dekubitusentstehung auslösen können" (FORSTER et al., 1975:229).¹⁾

1) Das naturwissenschaftliche, physikalisch-chemische Krankheitsverständnis der in diesen Krankenhäusern arbeitenden Psychiater kam kürzlich prägnant zum Ausdruck in einem Ausspruch, den ein leitender Psychiater des größten psychiatrischen Krankenhauses Österreichs (in dem auch die oben zitierte Studie durchgeführt wurde) im Rahmen einer Fernsehdiskussion

Eine letzte Bemerkung betrifft schließlich die psychoanalytisch ausgerichtete Psychotherapie. Um Mißverständnisse auszuschließen, möchten wir betonen, daß es uns trotz der Vorbehalte gegenüber einer Interpretation der Psychoanalyse als "Kausaltherapie" fernliegt, den wesentlichen Vorzug einer psychoanalytischen Behandlung gegenüber suggestiven oder allgemein auf die emotionelle Verfassung einwirkenden Verfahren (wie das autogene Training) in Frage stellen zu wollen. Selbst unter Berücksichtigung der methodischen Probleme bei der Bestimmung des Behandlungserfolges verschiedener psychotherapeutischer Verfahren (vgl. dazu KUBIE, 1956:147-53; EYSENCK, 1971:108-121) scheint es relativ gesichert zu sein, daß die psychoanalytische Methode gegenüber allen anderen, kürzer dauernden Verfahren langfristiger anhaltende Heilerfolge erzielt (CREMERIUS, 1962; STROTZKA, 1972:102-112). Selbst wenn diese Erfolge unter anderem auch auf die vorgängige Selektion der Patienten bzw. auf die lange Dauer der Behandlung zurückzuführen sind, wird der Wert dieser Behandlungsmethode (der letztlich in ihrer wissenschaftlichen Basis begründet ist) nicht in Frage gestellt. Aber auch gegenüber einem Verfahren, wie es FREUD in der "Laienanalyse" skizziert (zuerst Diagnose durch einen Arzt und bei Fehlen organischer Krankheitssymptome ausschließliche Behandlung durch den Analytiker), ist die Frage zu erheben, ob es nicht oft sinnvoll wäre zu versuchen, ob nicht alternative Therapien eine raschere und ebenso effiziente Heilung herbeiführen können (bzw. zumindest eine vergleichbare Leidensmilderung erreichen können). Die komplementäre Seite dieser Folgerung aber wäre die

(Fortsetzung der Anmerkung von voriger Seite...)

tat: "Die Patienten werden behandelt, wie in einer chirurgischen oder internen Abteilung"
(Dr. G. FELGER, in "Club 2" vom 23.3.1978).

Anerkennung der Tatsache, daß psychosoziale Probleme nicht nur bei psychischen Erkrankungen im engeren Sinne, sondern weit darüber hinaus eine wichtige Rolle spielen. Dazu schrieb BERGMANN (1936:533) schon vor 40 Jahren: "Aber man verkenne nicht die ungeheure Bedeutung des psychoneurotischen Verhaltens, weit über das Gebiet der Psychiatrie hinaus, ja fast für jeden kranken Menschen". Aus diesen Überlegungen heraus scheint daher in Bezug auf die Veränderung der ärztlichen Ausbildung nicht nur eine starke Vermehrung der psychotherapeutisch ausgebildeten Ärzte im engeren Sinne eine unbedingte Notwendigkeit (ENKE, 1973), sondern auch eine Erweiterung der allgemeinen ärztlichen Ausbildung in Richtung auf die Einbeziehung der psychosozialen Aspekte von Gesundheit und Krankheit. (HOFF, 1958:26; TROSCHKE, 1974: 147 ff.; STROTZKA, 1972:131 ff.).

Mit diesen Hinweisen auf einige Implikationen eines umfassenden Krankheitsbegriffes für die ärztliche Therapie haben wir die grundsätzlichen Überlegungen zur Definition von Gesundheit und Krankheit abgeschlossen. Es scheint jedoch notwendig zu sein, zwei Fragenkreise, die wir in diesen Überlegungen nur kurz angeschnitten haben, etwas ausführlicher zu diskutieren, da sie in einem sehr engen Zusammenhang mit unseren empirischen Analysen stehen und da sie eine eminente gesundheitspolitische Relevanz besitzen. Es sind dies die beiden folgenden Fragen: Wie läßt sich unsere These, daß zwischen Gesundheit und Krankheit ein qualitativer Unterschied besteht, mit dem in vielen Studien festgestellten Faktum vereinbaren, daß in der Realität ein mehr oder weniger bruchloser Übergang von Gesundheit zu Krankheit stattzufinden scheint? Und weiters: Welche Bedeutung hat eine positive Definition der Gesundheit für die Forschung und für die gesundheitspolitische Praxis?

1.2.5. Der Übergang zwischen Gesundheit und Krankheit - Bruch oder Kontinuum?

Wir sind im Anschluß an CANGUILHEM davon ausgegangen, daß Krankheit eine Reaktion ist, die mehr darstellt als eine bloß quantitative Verstärkung oder Abschwächung von Phänomenen, die auch beim Gesunden auftreten. Diese These muß jedoch näher begründet werden. Denn sie steht vor allem im Gegensatz zur psychoanalytischen Auffassung, in deren Rahmen auch wichtige empirische Phänomene aufgezeigt wurden, die eine solche Unterscheidung in Frage zu stellen scheinen. Betrachten wir zunächst die Argumente, die aus der Sicht der Psychoanalyse dafür sprechen, Krankheit als eine quantitative Abweichung vom Gesundheits- bzw. Normalzustand zu betrachten. Eine möglichst klare Herausarbeitung dieser Problematik ist hier vor allem deshalb wichtig, weil wir mit unseren empirischen Daten zum gesundheitlichen Befinden genau diesen Grenzbereich zwischen Gesundheit und Krankheit erfassen.

Was die theoretische Auffassung der Psychoanalyse über den Unterschied zwischen Gesundheit und Krankheit betrifft, kann man feststellen, daß sie schon relativ früh feststand. Nach BRENNER (1967:208) hatte FREUD schon um 1906 eine auf der Basis der zugrundeliegenden psychischen Prozesse beruhende Klassifikation der seelischen Störungen (im Gegensatz zu einer rein symptomatologischen Klassifikation) entwickelt und erkannt, "daß zwischen dem Normalen und dem Neurotischen nicht ein Abgrund klafft, sondern daß im Gegenteil die psychologischen Unterschiede zwischen beiden Gradunterschiede, nicht Artunterschiede sind".

In der Tat hatte FREUD in den beiden zu dieser Zeit bereits erschienenen und späterhin bekanntesten Werken "Traumdeutung" (1900) und "Psychopathologie des Alltagslebens", sehr erfolgreich mit Hilfe der psychoanalytischen Methode Phänomene untersucht, die nicht bloß bei psychisch Kranken zu beobachten waren. So stellt er unter Bezug auf die Traumarbeit fest,

"daß der psychische Mechanismus, dessen sich die Neurose bedient, nicht erst durch eine das Seelenleben ergreifende krankhafte Störung geschaffen wird, sondern in dem normalen Aufbau des seelischen Apparates bereit liegt... Denn die Krankheit - wenigstens die mit Recht funktionell genannte, hat nicht die Zertrümmerung dieses Apparats, die Herstellung neuer Spaltungen in seinem Innern zur Voraussetzung; sie ist *d y n a m i s c h* aufzuklären durch Stärkung und Schwächung der Komponenten des Kräftespiels, von dem so viele Wirkungen während der normalen Funktion verdeckt sind" (FREUD, 1961:493-4).

In diesem Zusammenhang bezeichnet er die Träume daher als das "erste Glied der psychopathologischen Gebilde" (ebenda, S. 498 f.). Eine ähnliche Auffassung vertritt er in Bezug auf die kleinen Fehlleistungen des alltäglichen Lebens (Vergessen, Versprechen usw.), denen derselbe psychologische Mechanismus zugrundeliegt wie dem Traum, nämlich eine Verursachung durch unterdrücktes psychisches Material, das zwar vom Bewußtsein verdrängt, deswegen jedoch nicht jeder Fähigkeit sich zu äußern beraubt worden sei (FREUD, 1954:233). Es liegt daher auf derselben Linie, wenn JONES (1967:70-72) Phänomene wie Versprechen als "in gewissem Sinne krankhafte Erscheinungen" bezeichnet und als das Ende einer Skala ansieht, dessen anderes Ende die neurotischen Phänomene darstellen. Die Abweichung von der Normalität, so JONES, sei lediglich quantitativ, nicht qualitativ und die Neurose stelle "ein prächtiges Vergrößerungsglas" dar, da sie die eigentlich wirkenden psychischen Prozesse

besonders deutlich aufzeige.

Relativ ausführlich beschäftigte in jüngerer Zeit der Psychoanalytiker K. MENNINGER (1974) mit der Problematik der Abgrenzung zwischen Gesundheit und Krankheit. Seine Überlegungen sind hier besonders relevant, nicht nur, weil sein Konzept der menschlichen Person als ein sich in einer komplexen physisch-psychisch-sozialen Balance befindendes System weitgehend mit unserer Auffassung übereinstimmt, sondern auch, weil er Probleme thematisiert, die für unsere eigenen Analysen unmittelbar relevant sind. MENNINGER (1974:131) weist auf das Faktum hin, daß das Leben aus einer "Kette sukzessiver Irritationen, Veränderungen und Traumata" besteht, mit denen jeder im Laufe seiner Entwicklung konfrontiert wird, die aber nicht jedermann gleich gut zu überstehen in der Lage ist. Es gibt eine Reihe von alltäglichen Bewältigungsmaßnahmen solcher "kleinen Notlagen", die von einem primitiven Schutzsuchen von Kindern bei der Mutter bis zu vielfältigen psychischen und sozialen Strategien und Verhaltensweisen führen, die Erwachsene in solchen Fällen anwenden (Essen und Trinken, Sichausweinen und -aussprechen, Lachen, Weinen oder Fluchen, Schlafen; Spielen; "organsprachliche" Äußerungen wie Husten, Gähnen usw.). Nicht immer jedoch erreichen diese Strategien ihr Ziel und eine Häufung derartiger kleiner nicht bewältigter Schwierigkeiten mag auf die Dauer zu Maßnahmen der Persönlichkeit führen, die MENNINGER als "Kontrollstörungen erster Ordnung" bezeichnet: eine allgemeine Steigerung der Spannung ("Nervosität"); vermehrte Empfindsamkeit gegenüber Umweltereignissen; übermäßige Wachheit verbunden mit Schlafstörungen; affektive Überempfindlichkeit; Sich-Sorgen-machen, Grübeln usw.:

"Niemand würde behaupten, daß eines oder zwei dieser Symptome schon einen positiven Beweis für Krankheit oder auch nur beginnende Krankheit liefern. Tatsächlich beruht ja das Wort 'Krankheit' auf einer Konvention. Manche Menschen mit vielen ernsthaften Symptomen werden nicht als krank angesehen, aber gewiß ist die 'Verwendung' mehrerer der hier beschriebenen Symptome über eine Reihe von Tagen oder Wochen hinweg ein definitives Anzeichen dafür, daß etwas nicht in Ordnung ist" (MENNINGER, 1974:172).

Genau solche Symptome haben auch wir in unserer Erhebung erfaßt und bezogen auf die gesamte Gruppe der berufstätigen Frauen, nicht auf Einzelpersonen (näheres dazu im folgenden), kann man MENNINGER (1974:148) sicherlich zustimmen, daß es eine Zone gibt, in der man nicht mehr von Gesundheit aber vielleicht auch noch nicht definitiv von Krankheit sprechen kann.

Unter Verweis auf die epidemiologische Studie von SROLE und Mitarbeitern (1962) stellt MENNINGER (1974: 28f.) in anderem Zusammenhang fest, "daß alle Menschen in verschiedenem Grade, zu verschiedenen Zeiten, geistig krank sind und daß es manchen schlechter oder besser geht".

In der Studie von SROLE und Mitarbeitern war in einer repräsentativen Befragung von 1660 Personen im Alter von 20 bis 59 Jahren in New York festgestellt worden, daß im Hinblick auf die "psychische Gesundheit" ¹⁾ nur 18,5 % der Befragten als bei guter Gesundheit betrachtet werden konnten, 58,1 % jedoch als "gemäßigt gestört" bzw. leichte Symptome aufweisend und 23,4 % als ernstlich gestört zu bezeichnen waren (SROLE et al., 1962:138).

1) Die Einstufung der Befragten nach der psychischen Gesundheit erfolgte durch Psychiater, die für jeden Einzelnen nach seinen Angaben in einem ausführlichen Fragebogen eine "Diagnose" erstellten, ohne die individuellen Personen jedoch zu sehen.

Diese Studie erbrachte also das Ergebnis, daß nur eine Minderheit der Durchschnittsbevölkerung als mehr oder weniger "vollkommen" psychisch gesund anzusehen ist - ein Ergebnis, das wir selbst weitgehend bestätigen werden können. Problematisch erscheint allerdings, alle Personen mit leichten Symptomen psychosozialer Irritation als "mild bis mäßig geistig erkrankt" zu bezeichnen (MENNINGER, 1974:29), denn durch eine solche weite Definition verliert der Krankheitsbegriff unserer Auffassung nach seinen spezifischen Wert.¹⁾ Denn wie MENNINGER selbst unter Berufung auf den Internisten W. PERKINS feststellt, würde jemand, der unter solch leichteren Symptomen leidet, wohl zugeben, daß er sich unwohl fühlt, sich aber nicht als krank betrachten. PERKINS (zit. bei MENNINGER, 1974:148) drückte dies sehr treffend aus:

"Unter dem Terminus 'Krankheit' wird ein Zustand verstanden, der offensichtlich weiter von Gesundheit entfernt ist als einfaches Unwohlsein. Der Mensch mit einer 'Krankheit' wird als jemand angesehen, der wirklich krank ist, nicht nur sich schlecht fühlt und in einer schlechten Verfassung ist..."

Worauf PERKINS hier implizit hinweist und wo letztlich allein die Begründung dafür liegt, Krankheit als eine von Gesundheit mehr oder weniger deutlich abgrenzbare Reaktion des menschlichen Individuums ansehen zu können, ist also wieder die soziale Erfahrung, in deren Kontext ein bestimmter Leidenszustand erlebt wird. Dieser Sach-

1) MENNINGER (1974:151 f.) selbst unterscheidet allerdings in einem anderen Zusammenhang relativ klar zwischen Gesundheit und verschiedenen Formen der Erkrankung, wenn er fünf Stufen von Funktionsstörungen abgrenzt, die kurz folgendermaßen charakterisiert werden können: Nervosität, neurotische Syndrome, Aggression, Psychosen, selbstzerstörerische Depressionen.

Verhalt kommt deutlich zum Ausdruck im Faktum, daß eine Abgrenzung zwischen Gesundheit und Krankheit letztlich erst dann möglich ist, wenn man eine einzelne Person in ihrem konkreten sozialen Kontext beobachtet:

"Betrachtet man viele Personen zugleich, so ist die Grenze zwischen Normalem und Pathologischem ganz unbestimmt; beobachtet man indessen eine gewisse Zeit lang ein- und dieselbe Person, so läßt sie sich sehr genau festlegen. Das unter bestimmten Bedingungen Normale, weil Normative, kann in einer anderen Situation zum Pathologischen werden, obwohl es sich selbst gleich bleibt. Das Urteil über diese Veränderung liegt allein beim einzelnen Menschen: er nur leidet unter ihr und fühlt sich den Anforderungen der neuen Situation nicht gewachsen" (CANGUILHEM, 1974:122).

In ähnlicher Weise stellt BERGMANN (1936:16) fest, daß allein von den Krankheitsbildern her von den schwersten bis zu den allergeringsten fließende Übergänge vorzufinden sind, daß dies jedoch nicht für den einzelnen Fall eines erkrankten Menschen gelte.

Aus dieser Perspektive wird auch deutlich, warum die Auffassung der Psychoanalyse - oder zumindest einzelner Psychoanalytiker - dahin tendiert, die Existenz eines qualitativen Unterschiedes zwischen Gesundheit und Krankheiten zu bestreiten. Denn betrachtet man isoliert die Funktionsweise des psychischen Apparates, so läßt sich ein solcher Unterschied zweifellos nicht feststellen - seine Funktionsweisen bleiben im Prinzip in Gesundheit und Krankheit dieselben (genauso, wie es die physiologischen und biologischen Prozesse des Organismus bleiben). Diese problematische Implikation hat M. BALINT schon sehr früh aufgezeigt und einige vielversprechende neuere Entwicklungen in der psychoanalytischen Theorie scheinen seinen Einwänden Recht zu geben.¹⁾

1) Wir denken hier vor allem an die Arbeiten von LAING und Mitarbeitern (vgl. LAING, 1967; LAING u.a. 1971), aber auch STROTZKA (1965), LORENZER (1973) u.a. Zur theoretischen Problematik der These von der sozialen Determiniertheit des Verhaltens, wie sie von einigen frühen Psychoanalytikern (ADLER, SULLIVAN usw.) vertreten wurde, vgl. RAPAPORT (o.J.: 66-70).

BALINT (1969:226 ff.) weist auf eine charakteristische Diskrepanz in der Psychoanalyse hin: einerseits sei diese technisch in der Lage auch relativ komplizierte Krankheitsbilder erfolgreich zu behandeln, andererseits jedoch könne sie diese theoretisch nur unzureichend beschreiben. Die Ursache dafür ist nach seiner Meinung, daß für die Entwicklung der psychoanalytischen Theorie typischerweise solche Krankheitsbilder gewählt worden seien, für die ein Rückzug von Objekten (Bezugspersonen) typisch sei (wie Zwangsneurose oder Melancholie), während die psychoanalytische Technik bei solchen Störungen erfolgreicher sei, bei denen die Qualität von Objektbeziehungen wichtig sei (wie Hysterie, Sexualstörungen oder Charakterneurosen; vgl. dazu auch STROTZKA 1965: 94 ff.). Die Theorie beschreibe vor allem den einzelnen Menschen, die Technik jedoch habe seit jeher auch seine sozialen Beziehungen eingeschlossen. Die Beschreibung einer Neurose allein vom Einzelindividuum her sei jedoch - und hier stimmen wir BALINT zu - nicht in zureichender Weise möglich:

"Wenn wir die Erscheinungen nur vom Standpunkt des Individuums her beschreiben ..., so behaupte ich, daß unsere Beschreibungen zwar korrekt, aber unvollständig sind, denn jedes neurotische Symptom bedeutet auch eine gestörte Objektbeziehung, und die Veränderung im Individuum selbst ist nur ein Aspekt des ganzen Vorganges" (BALINT, 1969:230).

Welche Folgerungen lassen sich aus diesen Überlegungen für die Analyse unserer eigenen empirischen Daten ableiten? Hierzu ist zunächst festzuhalten, daß wir von einem Ansatz ausgegangen sind, der primär an typischen sozialen Kontexten und Situationen und deren Implikationen für die Gesundheit interessiert ist. Da nicht individuelle Personen und deren Lebensgeschichte, sondern eine spezifische soziale Gruppe die Einheit der Analyse bildet, können wir nicht den Anspruch erheben, eine verlässliche Beurteilung einzelner Personen bzw. ihres Befindens im

Hinblick auf Gesundheit und Krankheit leisten zu können. Was sich in unseren Daten erwarten läßt, ist viel eher ein Kontinuum von relativ "besser" bis relativ "weniger gesunden" Personen bzw. Gruppen. Ebenso wie die mangelnde Genauigkeit im Hinblick auf die Diagnose der Beschwerden ist dies unserer Auffassung nach kein Mangel, der die Analyse sinnlos machen würde. Denn selbst wenn wir nur relativ vage umschriebene Leidenszustände erfaßt haben, kann man doch annehmen, daß sich diese nicht sehr stark von jenen Beschwerden unterscheiden, mit denen nicht nur Psychotherapeuten, sondern auch Internisten und praktische Ärzte in ihrer Praxis häufig konfrontiert werden.¹⁾ Die Hypothese eines in sozial relevanten Weise wahrnehmbaren und erlebbaren Unterschiedes zwischen dem Gesundheits- und Krankheitszustand können wir in unseren Daten also nicht unmittelbar überprüfen und das Bestehen eines empirischen Kontinuums zwischen Gesundheit und Krankheit, das sich bei der Analyse von größeren Populationen zeigt, sollte uns nicht zur Ablehnung einer solchen Hypothese veranlassen.

Wir haben in unseren bisherigen Überlegungen zum Verhältnis zwischen Gesundheit und Krankheit vor allem von der Seite der "Krankheit" her argumentiert. Die Begründung für die Annahme eines wesentlichen Unterschiedes zwischen diesen beiden Zuständen ist jedoch erst dann vollständig, wenn es auch möglich ist, eine positive Bestimmung von Gesundheit zu geben. Dieser Frage wollen wir uns im folgenden und zugleich letzten Teilabschnitt unserer Diskussion des Unterschiedes zwischen Gesundheit und Krankheit zuwenden.

1) Nach MECHANIC (1974:123 ff.) haben 3 von 4 Personen in jedem Monat Symptome, gegen die sie eine deutliche Gegenaktion unternehmen (wie Einschränkung der Aktivität, Aufsuchen eines Arztes oder Bettruhe). Zusätzlich dazu treten weitere Symptome auf, die selbst bei Morbiditätsstudien nicht mehr erhoben werden, da man sie als zuwenig bedeutsam ansieht. Dennoch - so MECHANIC - überlappen sich alle diese Symptome zu

(.... Fortsetzung siehe nächste Seite....)

1.2.6. Die Notwendigkeit eines positiven Gesundheitsbegriffes

Wir sind in diesem Abschnitt davon ausgegangen, daß zwischen Gesundheit und Krankheit mehr als nur ein quantitativer Unterschied besteht. Diese Annahme impliziert, daß man zur Kennzeichnung von Gesundheit mehr bzw. anders als nur jene Merkmale benötigt, mit denen man Krankheit definiert.

Mit der These, daß Gesundheit mehr ist als bloß die Abwesenheit oder Abschwächung von Symptomen, die den kranken Menschen auszeichnen, soll allerdings nicht postuliert werden, daß Gesundheit und Krankheit gewissermaßen "Entitäten" darstellen (vgl. zur Kritik eines solchen ontologischen Gesundheitsbegriffes FOUCAULT, 1968:15). Vielmehr soll Gesundheit als ein Zustand bzw. ein Potential der menschlichen Gesamtpersönlichkeit betrachtet werden, das mehr darstellt als nur die Abwesenheit jener Umstände und Verhaltensweisen, die zum Ausbruch von Krankheit führen bzw. sie begleiten. Wie läßt sich Gesundheit in diesem Sinne genauer bestimmen und welche Relevanz hat eine solche Auffassung aus gesundheits- und sozialpolitischer Sicht?

Die Feststellung, daß Gesundheit positiv definiert und untersucht werden muß, würde im Rahmen einer funktionalistischen Rollentheorie konsequenterweise verlangen,

(.... Fortsetzung der Anmerkung von voriger Seite):

einem großen Teil mit jenen, die den Ärzten in den Sprechstunden präsentiert werden. Nicht zuletzt als Folge übertriebener Spezialisierung, Technisierung und Bürokratisierung der Medizin nehmen die Ärzte diese Symptome jedoch viel zu wenig ernst und klassifizierten die darunter Leidenden schlicht als "Hypochonder", d.h. Personen, die ohne Grund über Beschwerden klagen.

daß analog zur sozialen Rolle des Kranken eine entsprechende "soziale Rolle des Gesunden" angenommen wird. Dies hat FRANKE (1970:21) explizit getan, wobei er unter Umkehrung der vier PARSONS'schen Kennzeichen der Krankenrolle zu den folgenden Rollenmerkmalen des "Gesunden" kommt:

1. der Gesunde ist imstande, seine personalen und sozialen Verpflichtungen zu erfüllen, er ist integriert und adaptiert;
2. der Gesunde besitzt personale und soziale Freiheit, die ihn von der Hilfe Dritter unabhängig macht;
3. von ihm kann erwartet werden, sich bewußt und eigenverantwortlich zu integrieren und anzupassen, d.h. die soziale Rolle des Gesunden auszufüllen;
4. von ihm wird erwartet, daß er in Kooperation mit Fachkundigen sich das Wissen und die Verhaltensmuster aneignet, die der Rolle des Gesunden entsprechen.

Nun ist evident, daß eine solche idealtypische Skizzierung einer "Gesundenrolle" in genau dieselben Schwierigkeiten führen muß wie die Postulierung einer Krankenrolle.¹⁾

Wir glauben, daß der deskriptive Charakter und die analytische Unfruchtbarkeit einer solchen Rollenanalyse (SCHAEFER & BLOHMKE, 1972:235) nur dann überwunden werden können, wenn man die Ebene der soziologischen Analyse nicht total von jener der individuellen Persönlichkeit abhebt, wie es diese Rollentheorie macht, sondern im Gegenteil eine systematische Beziehung zwischen beiden Ebenen herstellt.

1) FRANKE ist sich dessen auch bewußt, wenn er darauf hinweist, daß die Umkehrung des Rollensystems von PARSONS einen strikten Gegensatz zwischen Gesundheit und Krankheit ergibt, der zwar dem vorherrschenden Verständnis dieser Inhalte in der Öffentlichkeit entspricht, der aus dem Blickwinkel der Medizin jedoch nur teilweise zutreffend sei.

Es wäre jedenfalls auch in Bezug auf Gesundheit nicht zureichend, das Problem einfach auf die Weise lösen zu wollen, daß man sich auf beobachtbare Phänomene zwischenmenschlicher Beziehungen und Verhaltensweisen beschränkt. ¹⁾

Denn aufgrund von beobachtbarem Verhalten allein wird es kaum möglich sein, zwischen einer fragwürdigen "Pseudogesundheit", wie RICHTER (1977:183 f.) die "marktgerechte Idealnorm des ambitionierten, hochaktiven und dennoch flexibel anpassungsfähigen und -willigen Leistungstyps" bezeichnet, und einer ausgereiften Persönlichkeit im Sinne der psychoanalytischen Entwicklungstheorie (ERIKSON, 1966) zu unterscheiden.

Eine richtungsweisende Definition von Gesundheit wurde 1948 in der Satzung der Weltgesundheitsorganisation niedergelegt, die Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit und Schwäche definiert, sondern als

1) Diese Lösung schlägt DREITZEL (1968:13-17) für die Erfassung sozialpsychologischer Erscheinungen vor, wobei er sich auf MITSCHERLICH bezieht. MITSCHERLICH (1966:30) sagt allerdings, man könne nur in jenen Fällen von "sozialer Krankheit" sprechen, in denen "die Schwäche der sozialen Matrix so groß sei, daß unbewußte mehr als bewußte Angst erweckt wird". Wenngleich auch der von MITSCHERLICH verwendete Begriff der "sozialen Krankheit" eher als unglücklich gewählt erscheint, geht aus diesem Passus doch deutlich hervor, daß sich eine derartige "soziale Krankheit" nur an Individuen festmachen und durch gezielte tiefenpsychologische Exploration aufdecken läßt. DREITZEL (1968:18) glaubt diese Problematik mit der Wendung umgehen zu können, daß er soziales Verhalten mit beobachtbarem Verhalten gleichsetzt: "Was immer psychische Störungen sein mögen, - Verhaltensstörungen jedenfalls müssen sich am Verhalten von Individuen sichtbar ablesen lassen".

völliges körperliches, geistig-seelisches und soziales Wohlbefinden. ¹⁾ Das historische Verdienst dieser Definition ist zweifellos nicht zu bestreiten, wurde hier doch erstmals auf die Notwendigkeit eines positiven Gesundheitsbegriffes hingewiesen (FRANKE, 1970:25). Aus theoretischer Sicht ist diese Definition aber dennoch unzureichend - und zwar nicht nur deswegen, weil sie ein praktisch kaum existentes bzw. erreichtes Ideal postuliert (SCHAEFER, 1963:91). Die entscheidende Schwäche einer solchen Auffassung ²⁾ kommt schon eher zum Ausdruck im Einwand, sie beschreibe einen "Menschen in Watte" (SCHAEFER, ebenda) bzw. einen menschlichen Zustand, der eher einem Koma gleiche, als vollkommener

1) Es ist bezeichnend, daß E.v.FEUCHTERSLEBEN, auf dessen fortschrittliches Krankheits- und Therapiekonzept wir oben ausführlich verwiesen haben, auch die Notwendigkeit eines positiven Gesundheitsbegriffes erkannte, wenn er schrieb: "Ein richtiger Begriff von Krankheit postuliert vor allem einen richtigen Begriff von Gesundheit" (FEUCHTERSLEBEN, 1945:214 f.). Gesundheit definierte er als "ein harmonisches Verhältnis des Denkens, Fühlens und Wollens zueinander", als eine "harmonische Beziehung aller dieser Radian, auf den Einen Mittelpunkt des empirischen Ich - der individuellen Persönlichkeit".

2) Nach KOSA & ROBERTSON (1975:41) läßt sich diese Auffassung bis auf den griechischen Arzt GALEN zurückführen.

Gesundheit (so R. P. HUDSON; zit. nach KOSA & ROBERTSON, 1975:41). Hier zeigt sich in der Tat die besondere Schwierigkeit einer positiven Bestimmung von Gesundheit. Auch jene Autoren, die unter Gesundheit mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit verstehen, beschreiben Gesundheit häufig als einen Zustand, der im Grunde keine spezifischen eigentümlichen Merkmale aufweist. Dies kommt etwa in der bekannten Definition zum Ausdruck, die Gesundheit als das harmonische Gleichgewicht aller Funktionen versteht (HOFF, 1958:2) - ein Zustand, der auch umschrieben wurde als "Leben im Schweigen der Organe" (R. LERICHE, zit. nach CANGUILHEM, 1974:58) und als Zustand, in dem man seiner selbst als Persönlichkeit nicht gewahr wird (GUIRDHAM, 1960:83). Im Gegensatz zu Krankheit ist Gesundheit also dadurch ausgezeichnet, daß sie gewissermaßen nicht spürbar ist, ja im Gegenteil, daß sie umso eher gegeben zu sein scheint, je weniger sie sich als solche bemerkbar macht. Eine positive Bestimmung von Gesundheit kann daher nicht in erster Linie vom Befinden ausgehen wie es bei Krankheit der Fall ist (hierin liegt auch die Schwäche der WHO-Definition).

Einen umfassenden Überblick über die verschiedenen Konzepte von "geistiger Gesundheit" (mental health) hat Marie JAHODA (1958) gegeben. Demnach lassen sich zumindest 6 verschiedene Kriterien für Gesundheit unterscheiden:

- ein adäquates Selbstbild und Identitätsgefühl
- ein ungestörter Prozeß der Entwicklung und Selbstverwirklichung
- Integration und Kohärenz der Persönlichkeit und psychischen Kräfte
- Autonomie des Handelns gegenüber Innenwelt und Umwelt
- korrekte Wahrnehmung der Realität

- Beherrschung der Umwelt, insbesondere die Fähigkeit zu Arbeit, Liebe und Spiel.

Laut JAHODA ist anzunehmen, daß diese verschiedenen Kriterien voneinander - zumindest theoretisch - unabhängig sind, sodaß man Gesundheit als ein multidimensionales Phänomen ansehen muß, dem nur ein "multiple criterion approach" gerecht wird. Wir wollen hier nur einen wichtigen Punkt festhalten, der sich aus diesen Kriterien unmittelbar ergibt, nämlich die Tatsache, daß Gesundheit nicht mit Normalität in einem statistischen Sinne zusammenfällt. Wenn Krankheit eine Reduktion der Toleranzbreite gegenüber der Unverläßlichkeit der Umwelt ist, so impliziert Gesundheit mehr als nur eine Anpassung an die Umwelt, nämlich einen Komplex von Sicherungen, der einen Überschuß an Möglichkeiten und Energie beinhaltet (ERIKSON, 1966:6):

"Der Mensch fühlt sich bei guter Gesundheit (...) einzig dann, wenn er sich mehr als normal (d.h. der Umwelt und ihren Forderungen angepaßt), nämlich normativ fühlt, mithin fähig zu einem Leben unter neuen Normen" (CANGUILHEM, 1974:135).

Schon die Körperfunktionen haben eine "Sicherheitsmarge" (CANNON, 1939; zit.nach CANGUILHEM, 1974:135), da der Organismus eigentlich "zuviel" Leber, Niere usw. besitzt, d.h. mehr als für das normale Funktionieren erforderlich ist. Als ein Charakteristikum der menschlichen Persönlichkeit äußert sich Gesundheit letztlich darin, daß der Mensch seine Umwelt aktiv und schöpferisch verändern kann. Dieser Sachverhalt ist vor allem im letzten der sechs von JAHODA genannten Kriterien für geistige Gesundheit enthalten, in der Fähigkeit zur Teilnahme an Arbeit und Liebe. In diesen Aktivitäten zeigt sich am deutlichsten, daß Gesundheit über das "Normale" hinaus in den Bereich des "Normativen" führt:

"Das Leben ist ... nicht nur Einordnung in das Milieu, sondern Aufbau des eigenen Milieus, ständiges Schöpfen und Erneuern... Der Mensch ist nur in dem Maße gesund, wie er normativ auf die Fluktuationen der Umgebung einwirkt, neue Verhaltensmodelle einführt, seine Reaktionsformen wechseln und seine Lebensbedingungen verändern kann. Und der Kranke ist erst dann geheilt, wenn er sich neue Normen geben kann" (BASTIDE, 1973:73 f.).

Die Bestimmung der Gesundheit führt also - und damit bestätigt sich wieder die Berechtigung einer Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit - in Lebensbereiche und Handlungsformen, die bei einer Analyse des kranken Menschen nicht oder höchstens in verzerrter Form in das Blickfeld kommen. Es ist daher wohl kein Zufall, daß dem Konzept der Gesundheit in der frühen Entwicklung der Psychoanalyse wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde, wie A. FREUD (o.J., 7) feststellte und daß die psychoanalytischen Versuche, Gesundheit vor allem von den Strukturen der Persönlichkeit her zu definieren,¹⁾ problematisch sind, selbst wenn es sich dabei um eine dynamische Auffassung von Persön-

1) In dieser Hinsicht ist vor allem der Versuch von KUBIE (1956:17-25) bemerkenswert, das Verhältnis zwischen bewußten und unbewußten Prozessen als entscheidend für die Bestimmung von Gesundheit zu sehen. Kern der Normalität und Gesundheit ist nach ihm innere Freiheit und diese ist in umso höherem Ausmaße gewährleistet, je stärker der Einfluß bewußter Kräfte ist. Wie jedoch REDLICH (1967) feststellt, ist es nicht berechtigt anzunehmen, alle rationalen Handlungen seien a priori frei von Rigidität bzw. alle unbewußten Motivationen stünden unter Zwang.

lichkeit handelt.¹⁾ Eine positive Analyse der Gesundheit erfordert also eine eigenständige Untersuchung jener Formen des sozialen Handelns, die im Zentrum der Aktivitäten des Erwachsenen stehen. Wir können in diesem Punkte daher SZASZ zustimmen, wenn er schreibt:

"Fortgesetztes Interesse am Spielen verschiedener Spiele ist eine Vorbedingung des sozialen Lebens sowie dessen, was sich viele unter 'geistig-seelischer Gesundheit' vorstellen. Dies zeigt sich vielleicht am deutlichsten in der Signifikanz der Arbeit für die psychologische Integrität des modernen Menschen, zumal dann, wenn die Beschäftigung (Tätigkeit) selbst gewählt ist und als sozial wichtig gilt. Für Menschen, die über keinen ererbten Besitz verfügen und sich ihren Lebensunterhalt selbst verdienen müssen, ist ihre Arbeit eines der bedeutungsvollsten und stabilsten Spiele überhaupt" (SZASZ, 1975:282 f.).

Es ist daher auch berechtigt, wenn Lucien SÈVE (1973:166-176) die Arbeit als den Zentralpunkt einer Psychologie der Persönlichkeit bezeichnet und ihre Vernachlässigung als den Hauptgrund dafür sieht, daß die psychologische Theorie bisher eher auf jenen Gebieten erfolgreich war,

1) Die eindrucksvollste Abhandlung über den Begriff der Gesundheit aus einer solchen Perspektive stammt von ERIKSON (1966), der die psychoanalytische Entwicklungstheorie gewissermaßen in das Erwachsenenalter hinein zu verlängern versucht. Gesundheit des Erwachsenen hat demnach zur Voraussetzung, daß die entscheidenden Entwicklungsprobleme des Erwachsenenalters (zusätzlich zu denen der Kindheit) erfolgreich bewältigt werden. Wie jedoch RICHTER (1977:176-179) gezeigt hat, steht hinter einer solchen Entwicklungstheorie letztlich eine biologistische Grundkonzeption, die die psychosoziale Entwicklung als determiniert durch Reifungsvorgänge des Organismus sieht, was beim Erwachsenen noch weniger haltbar ist als beim Kind.

die nicht arbeitende Individuen betrafen (Entwicklungspsychologie, Psychopathologie).¹⁾

Welche Bedeutung hat ein solcher erweiterter Begriff von Gesundheit in einer gesellschaftspolitischen Perspektive? Zunächst ist festzuhalten, daß selbst ein Gesundheitsbegriff, der noch weitgehend im Rahmen einer negativen Bestimmung verbleibt - Abwesenheit von Krankheiten und Gesundheitsstörungen - schon wichtige Funktionen erfüllt. Wie FRANKE (1970) herausgearbeitet hat, befindet sich die moderne Sozialhygiene - die Wissenschaft von den wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Bedingungen der Gesundheit - in einem Dilemma. Auf der einen Seite konnten die schweren, häufig zum Tode führenden Krankheiten relativ erfolgreich bekämpft werden, auf der anderen Seite jedoch zeigt sich eine Stagnation des Gesundheitszustandes der Bevölkerung auf einem Niveau, das weit von einem Idealzustand entfernt ist. Dazu trägt vor allem die Tatsache bei, daß die quantitativ am meisten ins Gewicht fallenden "modernen" Krankheiten typischerweise nicht mit schweren organischen Schäden verbunden sind; bei ihnen wird die Ernsthaftigkeit des Leidens daher überhaupt häufig in Frage gestellt (vgl. auch DODGE & MARTIN, 1970; FERBER, 1971; SCHAEFER & BLOHMKE, 1972; STROTZKA, 1972). In Österreich hatte POPPER schon 1961 darauf hingewiesen,

1) Es ist daher auch nicht überraschend, daß die Probleme der Arbeit und Berufsverbundenheit im Rahmen der Psychoanalyse relativ wenig Aufmerksamkeit gefunden haben (und wenn, dann eher bei jenen, die auch Problemen der psychischen Gesundheit aufgeschlossener gegenüberstanden wie ERIKSON und MENNINGER) oder höchstens als abgeleitete Probleme, die aus anderen Prinzipien (frühkindliche Erfahrungen, Sublimation psychischer Energien) erklärt werden (vgl. dazu NEFF, 1965; RIESMAN, 1968:7-41).

daß das Prinzip der Früherfassung viel vordringlicher geworden sei als früher, weil es auch eine wirksame Vorsorge gegen so häufig auftretende und schwere Krankheiten wie Krebs oder Herz- und Gefäßkrankheiten gestatte. Gerade das Fehlen eines positiven Gesundheitsbegriffes bei der Bevölkerung und bei den Angehörigen einflußreicher Professionen wie Ärzten und Lehrern ¹⁾ aber, hat folgenreiche negative Konsequenzen:

"Die den zeittypischen Krankheiten eigene, 'prämorbid' Phase' verschuldet es, daß die damit verbundene Chance, sie präventiv anzugehen, vertan wird, weil sie nicht als Krankheit, sondern als Bagatellfall rubriziert werden. Ursächlich dafür ist eine Verkettung von klinischen und sozialrechtlichen Normen mit dem ärztlichen Verständnis von Gesundheit und Krankheit" (FRANKE, 1970:31).

Aber nicht nur die Notwendigkeit eines solchen "negativen" Gesundheitsbegriffes ist aus einer gesundheits- und sozialpolitischen Perspektive evident, sondern ebenso jene eines positiven Gesundheitsbegriffes in dem Sinne, den wir vorhin darzulegen versuchten. Dies zeigt sich vor allem dort, wo es nicht nur darum geht, Erkrankungen zu heilen, sondern schon ihren Ausbruch zu verhindern, nämlich in der Erziehung (AICHHORN, 1972:47). Eine bloß "bewahrende" Erziehung, die sich mit der Fernhaltung schädigender Einflüsse begnügt, dem Kind aber keine positiven Anreize und Verhaltensmodelle anbietet, muß letztlich scheitern, wie vor allem die

1) Dies konnte FRANKE (1970) in seiner empirischen Analyse eindeutig aufzeigen, in denen er die Vorstellungen über Gesundheit erhob; die herrschende Vorstellung betrachtet demnach die Gesundheit als etwas weitgehend Vorgegebenes und Unbeeinflußbares; als Komplement dazu besteht eine weitverbreitete unerschwellige Angst vor Krankheit. PFLANZ und Mitarbeiter (1967) konnten allerdings feststellen, daß ein relativ großer Teil der Befragten zumindest die Bereitschaft äußerten, etwas für ihre Gesundheit zu tun, wobei sich relativ wenig Differenzen nach verschiedenen sozialen Merkmalen zeigten.

negativen Erfahrungen in der Heimerziehung gezeigt haben (vgl. dazu BOWLBY, 1976), ohne damit die - zumindest potentiellen - Vorzüge einer Heimerziehung bestreiten zu wollen. Eine Erziehung wird vor allem dann erfolgreich sein, wenn es ihr gelingt, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß Kinder und Jugendliche von sich aus Interesse am "Spielen verschiedener Spiele" (SZASZ) entwickeln.¹⁾ Die Untersuchung der Gesundheit führt also zu Fragestellungen und Forschungsbereichen, die entschieden über jene hinausgehen, die im Rahmen einer Analyse von Gesundheitsstörungen und Krankheiten in das Blickfeld gelangen. Denn letztlich läßt sich "nur an sozial begünstigten psychischen Entwicklungen" dokumentieren, "in welchen Phasen sich jeweils psychische Gesundheit im Erwachsenenalter darstellt" (RICHTER, 1977:178).

1) Dies ist auch der Grund dafür, daß gerade bei jenen Psychoanalytikern, die sich besonders für Erziehungsprobleme interessierten, die positive Bedeutung von Gemeinschaftsgefühl, Arbeitsfreude usw. hervorgehoben wurde, wie z.B. von BERNFELD (1971) und ADLER (1973).

1.3. Fragestellungen und Forschungsbereiche einer Soziologie der Gesundheit¹⁾

Welchen Beitrag kann nun eine "Soziologie der Gesundheit"²⁾ im Rahmen eines solchen umfassenden Begriffes von Gesundheit und Krankheit leisten? Nach KOSA und ROBERTSON (1975:53) ist die Soziologie die am ehesten geeignete Disziplin zur Erfassung der vielfältigen Aspekte von Gesundheit und Krankheit, weil sie von vornherein von den sozialen Kontexten ausgeht, in denen Gesundheitsprobleme aktuell erfahren werden:

"Sociology might be the useful discipline to deal with the many facets of health because it places illness and health in a social context in which not only the sick person but his whole environment, and particularly those significant persons who try to heal him, find their places. It regards the problems of health as parts of a dynamic interaction process, views illness in its relativity, and assumes that the extent and meaning of any illness can be understood only in relation to other healthy and sick people."

Der Ausgangspunkt einer Soziologie der Gesundheit in diesem Sinne müßte zweifellos die Erkenntnis sein, daß die sozialen Aspekte von Gesundheit und Krankheit weit mehr umfassen als nur Probleme des Kranken im engen

1) Mit den folgenden Überlegungen beabsichtigen wir nicht, eine definitive Abgrenzung eines neuen Problemgebietes zu geben, sondern eher Anregungen für empirische Forschungen. Wir akzeptieren in dieser Hinsicht den Einwand von H. BAIER (1967), daß es problematisch ist, neue Problemgebiete schon vor ihrer Bewährung in der Forschungspraxis abzugrenzen und daß Soziologie und Medizin sich offen zueinander verhalten sollten.

2) Eine gute Begründung für die Bezeichnung "Soziologie der Gesundheit" hat ROSEN (1963:51) gegeben: "A review of the literature clearly shows that the term medical sociology is not satisfactory. Actually, as the field so designated has developed, it is concerned with the sociology of health institutions, health personnel and their problems, and the role of sociology (or, more broadly, the social sciences) in elucidating the social and medical aspects of health and disease. Perhaps, one should endeavor to introduce a new designation: the sociology of health".

Sinne, wie sie von PARSONS in seiner Analyse der Krankenrolle thematisiert werden. Darunter ist vielmehr die gesamte Bandbreite von sozialen Einstellungen und Verhaltensweisen zu subsumieren, die sich mit den Phänomenen von Gesundheit und Krankheit im weitesten Sinne befassen. Aus dieser Perspektive wäre als erstes festzuhalten, daß das soziale Verhalten von Kranken nur den Endpunkt eines Kontinuums von menschlichen Erfahrungen und Handlungen darstellt, die Gesundheitsprobleme betreffen. So wäre es notwendig, ein ganzes Spektrum von Verhaltensweisen zu unterscheiden, die von positiven Vorbeuge- bzw. Schutzmaßnahmen zur Aufrechterhaltung und Förderung der Gesundheit über Wahrnehmungen und Reaktionen auf Gesundheitsstörungen bis zu den Verhaltensweisen jener reichen, die im sozialen und medizinischen Sinne eindeutig als "krank" anzusehen sind.¹⁾ Es liegt auf der Hand, daß ein solcher Ansatz sich auch gut mit unserer weiter oben aufgestellten Forderung in Zusammenhang bringen läßt, das soziale Verhalten im Umfeld von Gesundheit und Krankheit systematisch mit dem persönlichen Befinden und unterschiedlichen Schweregraden von Beschwerden und Störungen in Zusammenhang zu bringen. Es wäre dann zu untersuchen, wie bestimmte Formen von allgemeinen und spezifischen Störungen des gesundheitlichen Wohlbefindens mit bestimmten Formen des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens zusammenhängen und wie

1) Ein sinnvoller Anknüpfungspunkt könnte in diesem Zusammenhang die Unterscheidung zwischen Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten und Verhaltensweisen von Kranken (health behavior, illness behavior, sick role behavior), sein, die von KASL & COBB (1966) getroffen wird (vgl. dazu auch KOSA & ROBERTSON, 1975; ROSENSTOCK, 1975).

sich diese Zusammenhänge nach gesellschaftlichen Subgruppen, nach sozialen Schichten, nach dem Einkommens- und Bildungsniveau unterscheiden. Es ist klar, daß es unzureichend wäre, zur Erklärung dieser Phänomene allein mehr oder weniger "objektiv" feststellbare Beschwerden und Krankheitssymptome heranzuziehen. Vielmehr müßte der soziale Kontext und vor allem die relative Bedeutung, die Gesundheit und Krankheit in solchen unterschiedlichen sozialen Kontexten und Lagen besitzen, berücksichtigt werden. Soziale Zwänge, die sich aus der spezifischen Lage von Menschen in bestimmten Handlungszusammenhängen und sozialen Kontexten ergeben, aber auch Mangel an Informationen und nicht zuletzt finanzielle Probleme mögen vielfach dazu beitragen, daß es unterlassen wird, notwendige Schritte zur Behandlung von Krankheitssymptomen zu vollziehen, ganz zu schweigen von aktiven Maßnahmen zur Überprüfung und Förderung des Gesundheitszustandes (vgl. KOSA & ROBERTSON, 1975; KING, 1962; MECHANIC, 1962; MACKINLAY, 1975).

Versuchen wir jedoch, zu einer systematischeren Darstellung der wichtigsten Problembereiche eine solche Soziologie der Gesundheit zu gelangen, um damit auch den Stellenwert unserer Arbeit genauer bestimmen zu können.

Es lassen sich in diesem Zusammenhang drei große Problemkreise ausmachen:

- (1) Die Soziologie des Gesundheitsverhaltens im engeren Sinne. Hierunter würden alle jene Untersuchungen fallen, die sich mit den "normalen" alltäglichen Lebensgewohnheiten und Verhaltensweisen von Menschen in ihren verschiedenen Lebensbereichen und den Implikationen dieser Verhaltensweisen für die Gesundheit befassen. Die Untersuchung solcher oft nur scheinbar "normaler" Verhaltensweisen wird vor

allem deshalb immer wichtiger, weil generell gilt, daß die durch die Lebensführung bedingten Krankheiten im Vergleich zu den durch konkrete Umweltfaktoren berufliche Schädigungen usw. bedingten Gesundheitsschäden heute bereits signifikant häufiger und wichtiger geworden sind (BIENER, 1970; SCHAEFER & BLOHMKE, 1972). Die Lokalisierung konkreter "Ursachen" für Erkrankungen ist dadurch viel schwerer geworden, denn es handelt sich dabei nur mehr selten um spezifische "Einzel-Faktoren", meist jedoch um ein komplexes Zusammenspiel vieler, im einzelnen anscheinend harmloser Phänomene:

"Die unbestimmbaren Gefährdungen verbergen sich hinter häuslichen und beruflichen, sozialen wie persönlichen Gewohnheiten und Verhaltensmustern, die in einer vielfach noch unbekannten Kumulation ihr harmloses Gesicht ablegen und in der veränderten Lebenswirklichkeit pathogene Bedeutung erlangen" (FRANKE, 1970:33).

Der Aufgabenbereich der Soziologie der Gesundheit wäre in diesem Zusammenhang also nicht nur die Untersuchung unmittelbar gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen (wie Einstellungen zur Gesundheit; gesundheitsfördernde Aktivitäten wie Sport etc.; gesundheitsschädigende Lebensgewohnheiten in Essen, Trinken und Genußmittelkonsum), sondern auch die Untersuchung potentiell gesundheits-schädigender Effekte, die sich aus den alltäglichen Lebensgewohnheiten in Arbeit und Freizeit, Beruf und Familie ergeben. Dabei wäre das Interesse gezielt auf spezifische, besonders belastete und gefährdete soziale Gruppen zu richten.

- (2) Der zweite Schwerpunkt der Forschung in diesem Bereich könnte am zutreffendsten als Soziologie des Krankenverhaltens und der Krankheit im allgemeinen

umschrieben werden. Hier wären zunächst alle jene Fragestellungen einzuordnen, die sich mit dem Problem befassen, wie der Einzelne und seine soziale Umwelt in verschiedenen sozialen Kontexten Gesundheitsstörungen verschiedensten Grades bewertet und beantwortet. Eine wichtige Voraussetzung ist hier vor allem eine theoretisch zureichende und empirisch anwendbare Operationalisierung der verschiedenen Formen von gesundheitlichen Störungen und ihrer Verlaufsformen. Dabei scheinen vor allem zwei Konzepte vielversprechend zu sein: zum einen das Konzept der "morbiden Episode" (KOSA & ROBERTSON, 1975:57-58), zum anderen das Konzept der "Krankheit als Karriere", das vor allem im Rahmen der Soziologie psychischer Erkrankungen entwickelt worden ist (FORSTER & PELIKAN, 1977).

Der Vorzug dieser beiden Konzepte ist, daß sie Krankheit als einen zeitbezogenen und dynamischen Prozeß sehen, der in einem bestimmten Lebensabschnitt auftritt und einen spezifischen Verlauf hat.

Während das Konzept der "morbiden Episode" Gesundheitsstörungen als eine Unterbrechung des alltäglichen Lebensrhythmus sieht und damit vor allem eine Beziehung zwischen dem "normalen" und dem gestörten Lebensablauf herstellt, thematisiert das Konzept der "Krankheit als Karriere" die Verlaufsformen von Erkrankungen und deren Beziehung zu anderen Aspekten der Lebensgeschichte des Patienten, wie etwa seiner beruflichen Laufbahn oder seiner familiären Situation. Beide Konzepte können dazu beitragen, sowohl für die Frage nach den Ursachen für den Ausbruch von Gesundheitsstörungen als auch die Frage nach möglichen Gegen- und Hilfsmaßnahmen neue Einsichten zu erschließen, da sie Krankheit systematisch mit dem Lebenszyklus

der Betroffenen in Beziehung setzen. Damit kann unmittelbar eine Verbindung mit sozialen Ereignissen und Übergängen im Lebensablauf hergestellt werden, wie es in der "life-event-Forschung" geschieht, die sich mit den Effekten von einschneidenden Lebensveränderungen und Lebenskrisen auf den Ausbruch von Krankheiten befaßt (DOHRENWEND & DOHRENWEND, 1974; BROWN et al., 1975; KATSCHNIG, 1977; SIEGRIST, 1977). Ein wichtiger Themenbereich in diesem Zusammenhang ist schließlich auch die Untersuchung der Interaktionsprozesse zwischen Arzt und Patient (DÖHNER, 1973) sowie der speziellen Erfahrungen von Patienten in Krankenanstalten (GERHARDT, 1976; FORSTER, u.a., 1975).

- (3) Als dritten Schwerpunkt einer Soziologie der Gesundheit und Krankheit könnte man die Erforschung der gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit nennen. Mit den Möglichkeiten dieses Forschungsbereiches, der die unmittelbarste Nahtstelle zwischen den wissenschaftlichen Disziplinen der Soziologie und Medizin darstellt, müssen wir uns besonders kritisch auseinandersetzen, da ihm unsere eigenen empirischen Analysen im vorliegenden Bericht zuzuordnen sind.

Der typische Forschungsansatz im Rahmen dieser Fragestellung ist die epidemiologische Methode, bei der es darum geht, soziale Bedingungen für die Entstehung spezifischer Krankheiten festzustellen, wobei man entweder die sozialen Merkmale bestimmter Populationen von erkrankten Personen (etwa die Patienten einer Arztpraxis oder die Insassen eines Krankenhauses) danach untersucht, ob sie von den Merkmalsverteilungen der gesunden Bevölkerung abweicht. Eine andere Möglichkeit ist die Durchführung spezieller epidemiologischer Erhebungen, die nach

PFLANZ (1965:142) folgendermaßen aufgebaut sein sollten:

"Wenn es gelingen würde, aus der Bevölkerung eines Gebietes eine Repräsentativauswahl zu treffen, ein nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten gebildetes Sample zu bilden und dieses medizinisch und soziologisch zugleich zu untersuchen, hätten wir die ideale (epidemiologische) Methode".

Es ist evident, daß ein solches Verfahren aus finanziellen, organisatorischen und technischen Gründen (man denke etwa an die notwendige Interviewdauer) praktisch nur schwer realisierbar wäre und der Ertrag den enormen Aufwand vielleicht gar nicht rechtfertigen würde (letzteres vor allem deshalb, weil die Anzahl spezifischer, aus soziologischen und medizinischen Aspekten interessanter Fälle in einer Querschnittserhebung stets sehr klein sein wird).

Als Ersatz bieten sich daher entweder solche Verfahren an, die das Schwergewicht auf die medizinische Seite legen (wie die Erhebung zusätzlicher soziologischer Daten über die Patienten von Krankenhäusern oder die Personen, die in allgemeinen Vorsorge- und Gesundheitsuntersuchungen erfaßt werden), oder solche Verfahren, die das Schwergewicht auf den soziologischen Aspekt legen (wie Befragungen einer repräsentativen Stichprobe von Personen über ihren Gesundheitszustand).

Kann man aber wirklich behaupten, daß das von PFLANZ vorgeschlagene Modell einer epidemiologischen Erhebung tatsächlich die ideale Methode ist? Wir glauben, daß man diese Frage verneinen muß und stimmen damit den bereits von anderen Autoren geäußerten kritischen Vorbehalten gegen diese Methode zu, die wohl am besten als ein "Fischzug-Verfahren"¹⁾

1) Dieser Begriff des "Fischzugverfahrens" (fishing expedition) stammt von P.F.LAZARFELD, der ihn zur Kritik eines Forschungsexposé des Verfassers dieser Studie verwendete.

zu bezeichnen ist. Denn hinter diesem Konzept scheint, wie vor allem FERBER (1971) herausgearbeitet hat, ein eher fragwürdiges medizinisch-ätiologisches Konzept zu stehen. Dieses Konzept geht von der Vorstellung aus, daß man naturwissenschaftlich gemessene pathologische Zustände einerseits und "Sozialfaktoren" andererseits in einer Kausalbeziehung miteinander verknüpfen könne, wobei offensichtlich das Bild der organischen Krankheiten dominiert, die auf eindeutig lokalisierbare Krankheitserreger zurückgeführt und durch "objektive" somatische Befunde diagnostiziert werden können. Analog zu den physikalisch-organischen Kausalfaktoren wird in diesem Modell die Existenz und Meßbarkeit von "Sozialfaktoren" postuliert, die losgelöst vom jeweiligen sozialen Kontext erfaßbar sein sollen. Mit dieser "Deformation des Sozialen" (FERBER, 1971:57) wird allerdings genau jene Erklärungschance wieder vertan, die sich durch die Einbeziehung des Sozialen in die Gesundheitsproblematik ergeben könnte. Abgesehen von diesen fragwürdigen theoretischen Implikationen ist ein solcher Ansatz weiters auch dadurch gehandikapt, daß die Gewinnung der medizinischen Daten und die Bestimmung des Schweregrades allenfalls vorgefundener Krankheiten bei derartigen epidemiologischen Erhebungen aus Zeit- und Kostengründen meist unzureichend bleiben muß (PFLANZ, 1965:139; STROTZKA, 1969:93). Auch eine sorgfältige epidemiologische Studie kann daher nur selten bis zu einer Diagnose im strengen Sinne vorstoßen (SCHAEFFER & BLOHMKE, 1972:144). Ergibt sich aus diesen Sachverhalten aber tatsächlich nur der Ausweg, diese ganze Problematik primär aus medizinischer Perspektive anzugehen und die Soziologie auf die Funktion einer Hilfswissenschaft zu beschränken,

wie UEXKÜLL (1965:73) es im folgenden Passus vorschlägt?

"(Die epidemiologische Methode) kann von bestimmten soziologischen Gruppen ausgehen und untersuchen, ob sie mit bestimmten Krankheitshäufigkeiten korrelieren. Solche Untersuchungen sind z.B. für bestimmte Berufsgruppen durchgeführt worden. Ihr Ertrag ist bisher nicht allzu groß. Das ist nicht verwunderlich, wenn man sich überlegt, daß es in jedem Beruf besser und schlechter angepaßte, mehr oder minder anfällige Menschen gibt. Aussichtsreicher scheint es daher, nicht von der Soziologie, sondern von der Medizin auszugehen und z.B. die Frage zu untersuchen, ob bei bestimmten Krankheiten ähnliche Konstellationen im sozialen Bereich der Patienten auftreten".

Wenngleich wir mit dem Urteil von UEXKÜLL über den Ertrag epidemiologischer Erhebungen übereinstimmen, möchten wir doch nicht die Folgerung ziehen, daß man bei der Untersuchung der sozialen Aspekte von Gesundheit und Krankheit nur von der Medizin ausgehen sollte. Wenn man allerdings den Anspruch erhebt, daß auch die Soziologie einen eigenständigen Beitrag zur Analyse von Gesundheit und Krankheit leisten soll, so muß man sich sehr deutlich Rechenschaft ablegen über die Leistungsfähigkeit ihres Beitrages. Denn eine fruchtbare interdisziplinäre Zusammenarbeit wird auch zwischen Medizin und Soziologie vor allem dann möglich sein, wenn beide Disziplinen sich über ihre Möglichkeiten und Grenzen deutlich im klaren sind. Dies erfordert nach unserer Auffassung, daß man bei der Untersuchung bestimmter Probleme zunächst eine deutliche Unterscheidung zwischen der ärztlich-medizinischen und der soziologischen Perspektive und eine klare schwerpunktmäßige Zuordnung des eigenen Beitrages zum einen oder anderen Gesichtspunkt trifft. Erst wenn so - ausgehend von einer Disziplin - die Basis für ein fruchtbares Forschungsprogramm gelegt worden ist, scheint es sinnvoll

zu sein, Erkenntnisse und Methoden der jeweils anderen Disziplin zuzuziehen und in den Forschungsplan einzubauen. ¹⁾ Wir sind also der Ansicht, daß die interdisziplinäre Kooperation nicht in Form einer rein additiven Zusammenfügung medizinischer und sozialwissenschaftlicher Erkenntnisse und Methoden erfolgen sollte, sondern in der Weise, daß die "Identität" und spezifische Leistungskraft der jeweiligen Disziplin gewahrt bleibt. Eine klare Abgrenzung beider Bereiche ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit (BASTIDE, 1973:22). Die Folgerungen daraus sind evident: sofern es sich um die Analyse der sozialen Aspekte spezifischer Gesundheitsstörungen und Krankheiten handelt, wird - im Sinne des oben zitierten Satzes von UEXKÜLL - wohl die Medizin die federführende Disziplin sein müssen. Sobald es aber darum geht, die sozialen Aspekte gesundheits- und krankheitsbezogener menschlicher Verhaltensweisen herauszuarbeiten, muß man primär von sozialwissenschaftlichen Erklärungsansätzen und Forschungsmethoden ausgehen. Während ein solches Verhältnis beider Disziplinen zueinander also einerseits erfordert, daß das wissenschaftliche Potential des jeweiligen Faches voll ausgeschöpft wird, bedeutet es andererseits natürlich auch, daß die Mediziner in Bezug auf die Erfassung der sozialen Aspekte von Krankheit und umgekehrt die Sozialwissenschaftlicher in Bezug auf die Erfassung von Gesundheits- und Krankheitsphänomenen bestimmte Grenzen anerkennen müssen. Für den Soziologen bedeutet das, daß er sich entweder auf die Erfassung

1) Dies muß nicht immer ein zeitliches Nacheinander bedeuten, sondern kann - etwa in einem interdisziplinären Team - durchaus parallel geschehen. Entscheidend ist lediglich, daß nicht eine der beiden Disziplinen die andere "dominiert" in dem Sinne, daß sie sie an der Entfaltung eigenständiger Fragestellungen hindert.

von Indizien und Symptomen beschränken muß, die in ihrer Bedeutung von der Medizin genauer zu bestimmen sind¹⁾ oder daß er, sofern soziale Aspekte bestimmter Krankheiten aufgezeigt werden sollen, nicht den Anspruch erheben kann, damit auch eine vollständige Erklärung für die Entstehung dieser Krankheiten liefern zu können. Sehr wichtig ist in diesem Zusammenhang die Feststellung von BASTIDE (1973:20), daß der Soziologe das Problem der Ätiologie umgehen kann, wenn er zwar Korrelationen zwischen sozialen Tatbeständen und Krankheiten herstellt, aber nicht behauptet, daß es sich dabei um kausale Gesetze handelt. Denn solche Teil-Zusammenhänge sind oft auch dann von Nutzen, wenn sie nicht in ein umfassendes theoretisches Modell eingeordnet sind:

"Zum Glück genügt es dem Sozialmediziner, erst recht dem Arzt, der Sozialmedizin anwendet, oft, wenn er eine Korrelation zwischen Phänomenen feststellt, aufgrund deren er handeln kann. Stellt man z.B. eine Korrelation zwischen Fettverzehr und Infarkt fest, so ist der Ratschlag berechtigt, eine fettarme Nahrung zu empfehlen. Man kann, m.a.W., aufgrund guter Korrelationen bereits in vielen Fällen ärztlich und sozialpolitisch handeln" (SCHAEFER & BLOHMKE, 1972:109).

Für den Sozialwissenschaftler sind Krankheitssyndrome also entweder "externe" Daten, die nur in Zusammenarbeit mit Ärzten erfaßbar sind oder er muß sich damit begnügen, lediglich persönliche Beschwerden zu erfassen (PFLANZ, 1965:142). Sein Hauptbeitrag liegt nicht in

1) Aus dieser Perspektive wäre der Hauptmangel der zahlreichen amerikanischen Studien über "mental health" nicht der, daß sie mit einem zu vagen Konzept der "geistigen Gesundheit" gearbeitet haben, wie vor allem DREITZEL (1968:13 ff.) moniert, sondern daß sie aus soziologischer Sicht unbefriedigend sind, da sie meist auch nach dem epidemiologischen Prinzip der "fishing expedition" vorgegangen sind.

einer systematischen Bestimmung des relativen Gewichts verschiedener Bestimmungsgründe von Krankheit, sondern in einer gezielten Herausarbeitung der sozialen Situation solcher Personen, die entweder von bestimmten Krankheiten betroffen sind oder von Kollektiven, von denen man annehmen kann, daß sie in ihrer Gesundheit besonders gefährdet sind. Mit dieser unterschiedlichen Orientierung ist typischerweise auch ein spezifisches methodisches Vorgehen verbunden: während der Arzt und Mediziner typischerweise von Einzel-"Fällen" und individuellen Lebensgeschichten ausgeht, ist der Soziologe eher an der Erforschung von Milieus mit Hilfe standardisierter Erhebungstechniken interessiert (BASTIDE, 1973; REIMANN, 1973).

Aus diesen Abgrenzungen ergeben sich auch klare Schlußfolgerungen im Hinblick auf die Benennung der jeweiligen Forschungsbereiche im Problemfeld zwischen Medizin und Soziologie. In Übereinstimmung mit den Ausführungen von BASTIDE (1973:19 ff.) im Hinblick auf die Abgrenzung zwischen der "Soziologie der psychischen Krankheiten" und der Sozialpsychiatrie gehen wir davon aus, daß man überall dort, wo der ärztlich-medizinische Aspekt im Vordergrund steht (wie bei der Sozialmedizin, Arbeitsmedizin, Sozialpsychiatrie usw.), von medizinischen Spezialfächern sprechen sollte, daß es sich überall dort, wo es um eine Analyse der sozialen Probleme kranker Menschen geht, um soziologische Spezialfächer handelt.¹⁾ In welcher Weise in der vorliegenden Studie dieses Problem des Forschungsansatzes und insbesondere das Problem der Erfassung der Daten zum Gesundheitszustand gelöst wird, werden wir im folgenden Kapitel zeigen.

1) In diesem Sinne kann man dann von einer allgemeinen Soziologie der Gesundheit bzw. Krankheit sprechen und von einer Soziologie spezifischer Erkrankungen, wie einer Soziologie der Psychiatrie (FORSTER & PELIKAN, 1977) einer Soziologie der Tuberkulose (BAUMERT, 1965) usw.

2. Fragestellung und Methodik der vorliegenden Studie

Wie im folgenden auszuführen sein wird, handelt es sich bei unseren Daten zur gesundheitlichen Situation berufstätiger Frauen um ein Teilergebnis einer umfangreichen soziologischen Erhebung über die soziale Lage junger Frauen in Beruf und Familie. Es handelt sich also nicht um eine gezielte gesundheitssoziologische Erhebung, sondern um eine Überblickforschung, die die wichtigsten Probleme einer genau umrissenen sozialen Gruppe thematisieren und in ihrer relativen Bedeutung abschätzen sollte. Dabei ging man von der Zielsetzung aus, "soziale Situationen bis in die physisch-psychische Gesundheitsproblematik hinein zu verfolgen" (ROSENMAYR, 1969a:viii). Dies implizierte auch einen methodisch vielfältigen Zugang, wie der Initiator und Leiter der Studie im ersten Teilbericht feststellte:

"Die hier vorgelegte Studie ist ja ein Beweis dafür, daß bevölkerungs- oder berufsstatistische Zahlen allein die Frauenberufstätigkeit nicht genügend charakterisieren können. Wir verlangen, daß sozialwissenschaftliche Surveys durch Befragungen über Lebensprobleme der berufstätigen, verheirateten Frauen, von der Gesundheit bis zur Wohnsituation, vom Beruf des Mannes und dessen Fortkommen bis zum Wunsch nach der Errichtung von Kindergärten, uns Auskunft geben" (ROSENMAYR, 1969a:ii).

Die Daten zur gesundheitlichen Situation der Frauen wurden also primär zu dem Zweck erhoben, ein möglichst vollständiges Bild von der persönlichen und gesellschaftlichen Lage berufstätiger junger Frauen zu zeichnen. Es steht also nicht die Frage der gesundheitlichen Situation allein oder primär im Mittelpunkt, sondern vor allem die Frage, ob sich besondere Belastungen und Deprivationen der Frauen auch in gesundheitlichen Störungen auswirken bzw. ob besonders hohe Zufriedenheit in einzelnen oder

mehreren Lebensbereichen sich auch in einem positiven gesundheitlichen Befinden ausdrückt. Bevor wir zur Präsentation der empirischen Ergebnisse übergehen, soll nochmals kurz die konzeptuelle und theoretische Orientierung dieser Studie umrissen werden. Im Anschluß daran referieren wir einige bisher vorliegende einschlägige Forschungsergebnisse um in den beiden letzten Abschnitten dieses Kapitels schließlich die Anlage der Stichprobe und die Art der erhobenen Daten vorzustellen.

2.1. Zur theoretischen Orientierung der vorliegenden Studie

Wir haben im einleitenden Kapitel eine allgemeine Skizzierung der Forschungsbereiche einer Soziologie der Gesundheit gegeben und sind im letzten Abschnitt auch auf die Problematik epidemiologischer Erhebungen, denen man unsere Studie in einem weiten Sinne zurechnen könnte, näher eingegangen. In diesem Abschnitt wollen wir diese allgemeinen Erörterungen konkretisieren und eine spezifische Standortbestimmung des Beitrages unserer eigenen Studie geben. Wir wollen dabei keine festumrissene Theorie herausarbeiten, was auch in der Natur der Daten liegt, die uns zur Verfügung stehen. Denn diese Erhebung war, wie bereits festgestellt, von vornherein als eine Art "Überblickforschung", nicht aber als Grundlage für den Test einer spezifischen Theorie angelegt worden.

Wir haben im letzten Kapitel herausgearbeitet, daß die entscheidende Schwäche der traditionellen epidemiologischen Methoden darin lag, daß sie nach Art einer "fishing expedition" möglichst viele Sozialvariablen mit entsprechend vielen medizinischen Variablen in Verbindung zu setzen versuchten. Eine solche Strategie ist deswegen

zum Scheitern verurteilt, weil die dabei erfaßbaren Daten stets lückenhaft bleiben müssen und dem Forscher in der Auswertung nur die Möglichkeit einer problematischen mechanischen Korrelation von "Sozialfaktoren" mit "Krankheitsindikatoren" geben, was weder aus soziologischer noch medizinischer Perspektive befriedigend ist. Entsprechend unserer allgemeinen Überlegung, daß die Forschung auf diesem Gebiet nur dann weitere Fortschritte machen kann, wenn beim Entwurf von Forschungsdesigns zumindest die theoretischen Bedürfnisse einer Disziplin voll gewahrt bleiben und nicht beide Disziplinen entscheidende Abstriche machen müssen nur um die interdisziplinäre Kooperation zu ermöglichen, schlagen wir auch hier eine "dualistische" Strategie vor. Dementsprechend könnte man auch in diesem Bereich im Prinzip zwei alternative Ansätze unterscheiden. Der eine, letztlich unter der "Dominanz" medizinischer Fragestellungen stehende Ansatz wurde beispielsweise kürzlich in einem Forschungsexposee von SIEGRIST (1977) vorgestellt. Dieser Ansatz geht von einer klar definierten und diagnostizierten Erkrankung - in diesem Fall dem vorzeitigen Herzinfarkt - aus und versucht durch eine möglichst systematische Erfassung der individuellen Risikodispositionen und der sozialen Risikosituationen die Basis für die Einschätzung der pathogenetischen Bedeutung dieser Faktoren für diese konkrete Erkrankung so weit als möglich zu verbreitern.¹⁾

1) Unserer Meinung schiene es der terminologischen Klarheit wegen daher auch sinnvoller, ein solches Forschungsprogramm nicht einer "medizinischen Soziologie", sondern der Sozialmedizin zuzuordnen. Dies kommt auch im Selbstverständnis des Autors teilweise zum Ausdruck, wenn er von "klinisch orientierter" medizinischer Soziologie spricht. Auch wenn die heutige Sozialmedizin in diesem Sinne die fortgeschrittensten Methoden sozialwissenschaftlicher Datenerhebung und -analyse verwendet, geht es ihr letztlich um dieselben Probleme, um die es schon der "klassischen" Sozialmedizin gegangen ist (und dies auch mit Recht).

Der alternative, von der Soziologie ausgehende Ansatz bestünde darin, daß man von der sozialen Situation ausgeht und neben all jenen Variablen, die dem Sozialwissenschaftler zur Erfassung des entsprechenden sozialen Kontextes wichtig erscheinen, auch Aspekte der gesundheitlichen Situation erfaßt. Dies ist der Weg, den wir in der vorliegenden Studie eingeschlagen haben. Um diese Strategie genau umreißen zu können, ist nochmals ein kurzer allgemeiner Exkurs notwendig.

Wie KATSCHNIG (1977) kürzlich herausgearbeitet hat, erweist sich das "klassische" epidemiologische Modell nach wie vor als äußerst aktuell, wenn man die neuesten Erweiterungen und Fortschritte der Sozialmedizin berücksichtigt.

Dieses Modell läßt sich graphisch sehr einfach darstellen:

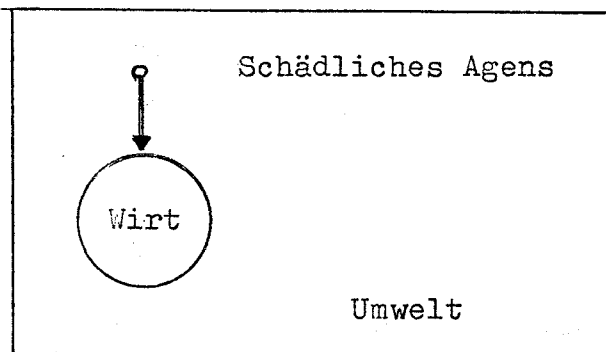


Abb. 1: Das epidemiologische "Grundmodell"
(nach KATSCHNIG, 1977:81)

Die Grundthese dieses Modells ist, daß Krankheit stets nur multifaktoriell zu erklären ist:

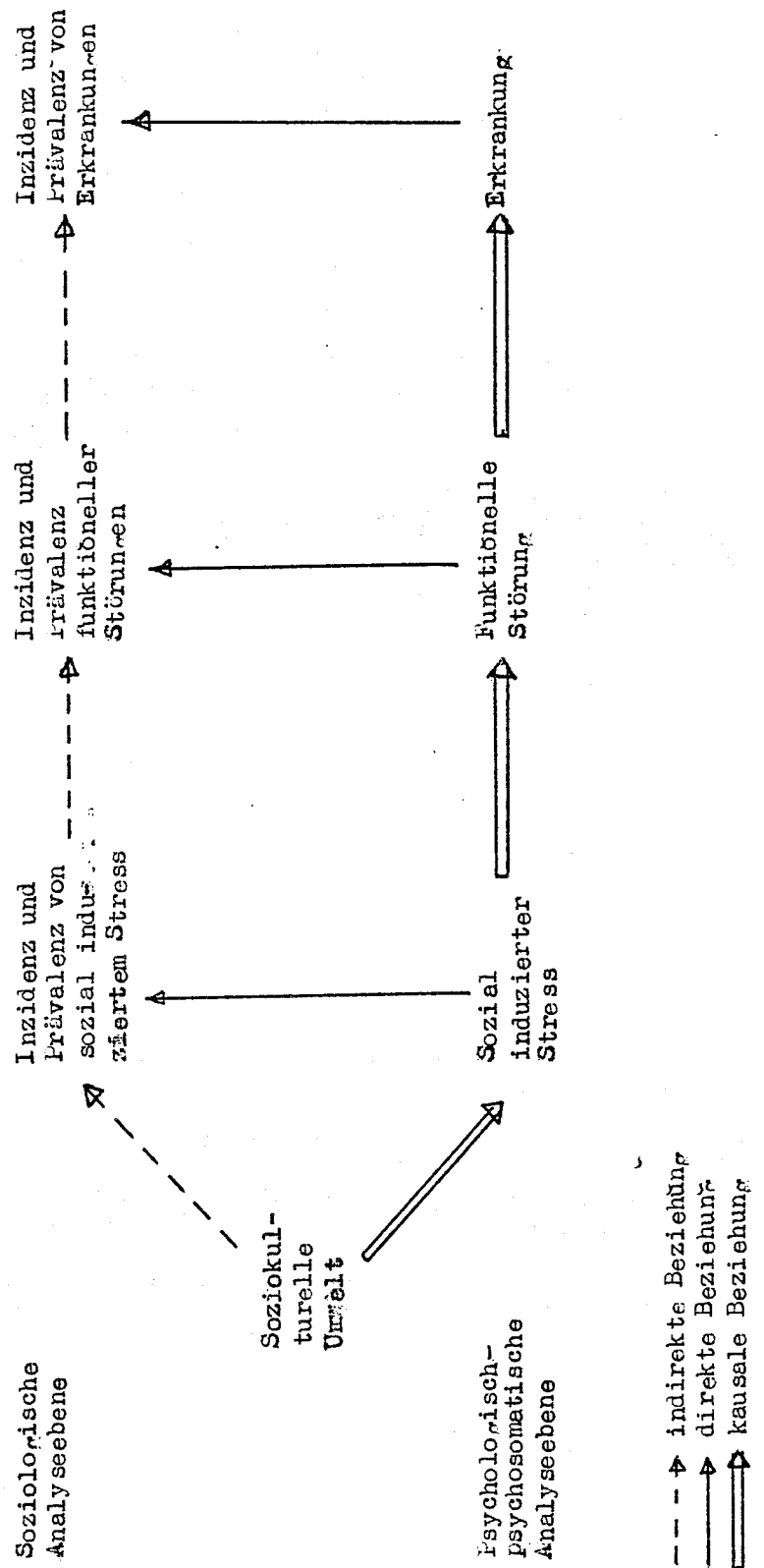
"Dieses Konzept gibt gegenüber einseitig übertriebenen Kausalitätsvorstellungen dem Zusammenspiel zwischen verschiedenen identifizierbaren Variablenbereichen den Vorzug, dem Zusammenspiel zwischen disponierenden Faktoren im Individuum, die im Erbgut mitgebracht oder in der Lebensgeschichte erworben werden, auslösenden Faktoren,

die einer akuten Belastung eines Individuums entsprechen, das für eine bestimmte Störung disponiert ist, und Faktoren der aktuellen Umgebung, die den sozialen Ort kennzeichnen an dem ein Individuum lebt" (KATSCHNIG, 1977:78-79; Hervorhebung im Original).

Entscheidend dabei ist, daß beispielsweise auch im Falle von solchen Erkrankungen, die direkt durch soziale Ereignisse oder Umstände ausgelöst werden (was STROTZKA [1971] "primäre Soziogenese" nennt), der Aspekt der disponierenden Faktoren im Individuum berücksichtigt werden muß. Nur durch ein solches multifaktorielles Modell wird es möglich, wie KATSCHNIG (1977:78) ausführt, von statischen und schwer interpretierbaren Korrelationen (wie etwa zwischen Schichtzugehörigkeit und psychischer Erkrankung) wegzukommen und die dynamischen Prozesse der Krankheitsentstehung in das Blickfeld zu bekommen. Als "schädliches Agens" eignet sich in der Erklärung psychischer Störungen vor allem das Konzept der "Lebensveränderung" oder "Lebenskrise", auf das wir bereits im ersten Kapitel hingewiesen haben.¹⁾ Eine weitere allgemeine Bemerkung betrifft das Konzept des soziosomatischen Ansatzes und seine Unterscheidung vom psychosomatischen Ansatz. Wir können uns in dieser Hinsicht auf eine Arbeit von DODGE und MARTIN (Social Stress and Chronic Illness, 1970) stützen. Diese Autoren unterscheiden zwischen zwei Analyseebenen, einer psychologischen und einer soziologischen und entwickeln darauf aufbauend ein Krankheitsmodell, das auf dem Konzept des "sozialen Stress" beruht (vgl. Abb. 2). Auch in diesem Modell, das zur Erklärung von chronischen Erkrankungen und Sterbefällen an chronischen Erkrankungen entwickelt wurde, wird nicht eine unmittelbare Beziehung zwischen Umwelt und Krankheit postuliert, sondern es werden zwei Glieder als dazwischengeschaltet angenommen, die notwendig sind, damit eine Umweltschädigung zum Aus-

1) Zur Diskussion und Kritik des Konzeptes der Multi-kausalität vgl. auch KING (1963:100) und PFLANZ (1973:8-12).

Abbildung 2: Das Modell der Krankheitentstehung im soziomatischen Ansatz¹



¹ Nach DODGE und MARTIN (1970), Abb.5, S.41.

bruch einer Krankheit führt: sozialer Stress und funktionelle Störungen. Stress wird dabei verstanden als ein emotional-psychophysiologischer Zustand des Organismus, der in einem situativen Kontext erfolgt, der Stimuli enthält, die Angst- oder Furchtreaktionen auslösen (DODGE & MARTIN, 1970:30).

Sozialer Stress an sich muß nicht unmittelbar zu einer Krankheit führen, sondern erst dann, wenn er so stark und langdauernd ist, daß er funktionelle Störungen (Über- oder Unterfunktionen bestimmter Organe) auslöst, die ihrerseits auf die Dauer zu chronischen Krankheiten führen. Wichtig ist die Abgrenzung zwischen der psychologischen und soziologischen Analyseebene, die von DODGE & MARTIN eingeführt wird: während man es auf der psychologischen Ebene direkt mit Individuen zu tun hat, beschäftigt sich die Soziologie nicht mit einzelnen Individuen als solchen, sondern mit Individuen als Mitgliedern von Kollektiven. Der Soziologe kann daher von der Häufigkeit von sozialem Stress oder von Erkrankungen in Kollektiven sprechen:

"... if excessive stress is defined so that individuals may be reliably identified by its presence or absence, it is just as meaningful to talk about the prevalence of stress in a population as it is to refer to the presence of stress in the individual. This being the case, it is possible to shift from the individual to the collective level of analysis where stress can be examined as a sociogenic phenomenon" (DODGE & MARTIN, 1970:40).

Wichtig ist es, ein solches Konzept der Soziogenese von Stress und Krankheit gegenüber einem "soziologistischen" Krankheitsverständnis abzugrenzen, das wir im ersten Kapitel diskutiert haben. Während dort die Diagnostizierung von "sozialpsychologischen Phänomenen" ohne Rekurs auf die Individualebene versucht wurde,

wird dies hier unter expliziter Verwendung von Daten über Individuen gemacht, jedoch von Individuen als Mitgliedern bestimmter Kollektive. Wichtig ist auch die Abgrenzung zum psychosomatischen Ansatz: in diesem Ansatz steht eigentlich nur eine Teilkette aus dem umfassenderen soziosomatischen Ansatz im Zentrum des Interesses, nämlich der Zusammenhang zwischen sozialem Stress, funktionellen Störungen und Erkrankungen. ¹⁾

Wir können damit versuchen, eine knappe Charakterisierung der Zielsetzung der vorliegenden Studie im Rahmen dieser hier skizzierten Ansätze zu geben. Unser Ausgangspunkt ist eindeutig die soziologische Fragestellung: aufgrund von bisherigen Forschungen, aber auch aufgrund von Problemen, die im Rahmen von Sozialpolitik und sozialer Praxis aufgetaucht sind, stellte sich heraus, daß berufstätige junge Frauen als eine besondere "Problemgruppe" in der modernen Gesellschaft anzusehen sind, in der sich allgemein oder in einzelnen Subgruppen besondere Belastungen ergeben:

"Wir gehen hier von dem Standpunkt aus, daß die berufstätige Ehefrau wegen einer Kumulation, d.h. Häufung und wechselseitiger Verstärkung von Benachteiligungen, besonders in den unteren Schichten unserer Gesellschaft, und besonders dann, wenn sie Kinder hat, zu den schwächsten Positionen unserer Sozialordnung gehört und einer kulturellen, sozialen wie materiellen Aufwertung bedarf" (ROSEN MAYR, 1969a:v; hervorgehoben im Original).

Über diese spezifische soziale Gruppe wurden nun zu allen wichtigen Problembereichen und Lebenskreisen soziologische Daten erhoben. Diese Daten gestatten

1) Aus diesem Grunde ist der Einwand von K. BREDE (1971:182), die These von der Multikausalität der Verursachung psychischer Störungen sei eine Scheinlösung für das Problem, wie der Organismus zur Darstellung unbewußter Konflikte verwendet werden könne, ein Einwand, der das oben skizzierte soziosomatische Modell nicht trifft, weil dieses ein anderes Erkenntnisziel hat.

uns daher einen relativ guten Einblick in die spezifische soziale Lage dieser Gruppe und sie gestatten es auch, inhaltlich fundierte Hypothesen über spezifische Belastungen und Konflikte einzelner Teilgruppen davon zu entwickeln. Damit wird es möglich, auch für die von uns erhobenen Daten zum gesundheitlichen Befinden jeweils im Zusammenhang mit der Diskussion der Effekte spezifischer Belastungen, Gratifikationen usw., gezielte Hypothesen über vermutliche gesundheitsschädigende Effekte zu entwickeln. Dabei gehen wir von einem groben Modell der Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsfaktoren, bzw. sozialen Umweltfaktoren und Dimensionen des gesundheitlichen Befindens aus, wie es in Abb. 3 spezifiziert wird.¹⁾

Zu diesem Modell ist zunächst festzuhalten, daß wir im Anschluß an Erkenntnisse der psychosomatischen Medizin und der Sozialpsychiatrie sowie der medizinischen Forschung über "psychovegetative Syndrome", also diffuse somatisch-psychische Störungen wie Nervosität, Kopfschmerzen usw. (DELIUS & FAHRENBURG, 1966; CREMERIUS, 1968) davon ausgehen, daß die Vielfalt der Gesundheitsstörungen in einem zweidimensionalen Raum lokalisiert ist: einerseits nach dem Schweregrad der Erkrankung und andererseits nach dem Ausmaß, in dem sich eine Erkrankung mehr in somatischen oder mehr in psychischen Störungen ausdrückt. Den Aspekt der Persönlichkeitsfaktoren haben wir unter Anlehnung an DELIUS & FAHRENBURG (1966:85) zerlegt in zwei Pole: einen, der mehr die psychische Seite hervorhebt und einen, der mehr die somatische Seite betont.

1) Dieses Modell stellt eine Weiterentwicklung bzw. Modifizierung eines Modelles dar, das ROSENMAIR (1969a:93) im Anschluß an Arbeiten von H. STROTZKA entwickelt hat.

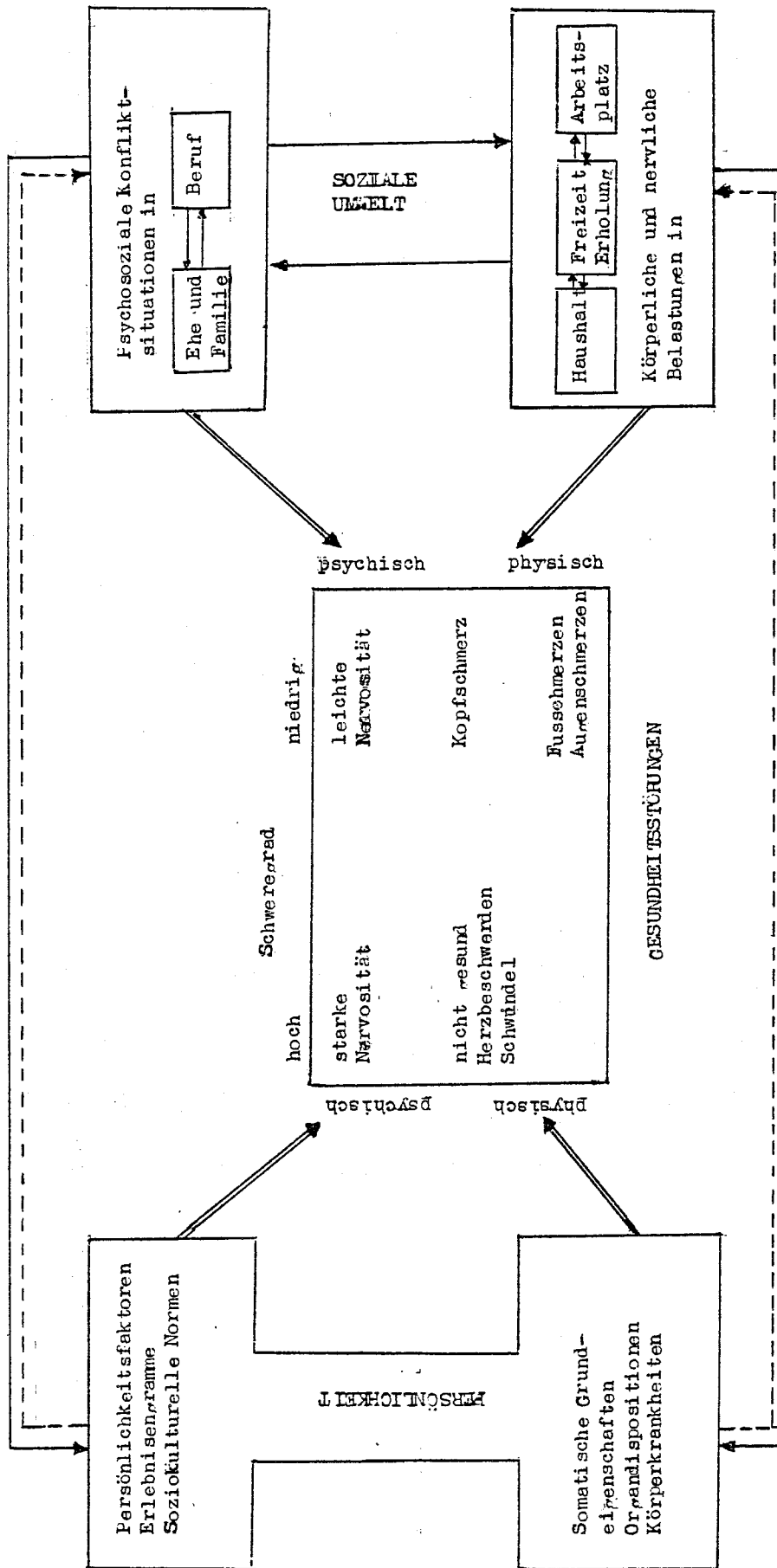


Abbildung 3: Schematische Darstellung der Zusammenhänge zwischen den wichtigsten Aspekten von Persönlichkeit und sozialer Umwelt und verschiedenen Formen gesundheitlicher Störungen.

Als Gliederungskriterium für die Effekte der sozialen Umwelt erschien uns in erster Linie nicht eine Unterscheidung zwischen verschiedenen Lebensbereichen wichtig, sondern eine Unterscheidung zwischen mehr körperlich-somatischen Belastungsfaktoren einerseits und psychosozialen Konfliktsituationen andererseits. Erst innerhalb dieser beiden Ebenen wird nach unterschiedlichen Lebensbereichen (Arbeit, Familie, usw.) unterschieden. Eine weitere Bemerkung betrifft schließlich die Tatsache, daß in unserem Schema eigentlich ein wichtiges Glied des epidemiologischen Modells fehlt, nämlich die aktuellen, krankheitsauslösenden Ereignisse. Dies ist natürlich darin begründet, daß unsere Studie als eine Querschnittserhebung angelegt war, der es nicht um die Erfassung spezifischer Lebensereignisse, Übergänge zwischen Lebensphasen usw. ging, sondern um die möglichst anschauliche Darstellung der derzeitigen Lebenssituation einer bestimmten sozialen Gruppe. Wir werden ansatzweise allerdings auch, zumindest indirekt, den Effekt wichtiger lebensverändernder Ereignisse zu erfassen versuchen (vor allem den Effekt der Geburt eines Kindes, indem wir kinderlose Frauen und Frauen mit Kindern einander gegenüberstellen und dabei auch den Zeitpunkt der Geburt kontrollieren). Trotz dieser Möglichkeit hat unsere Studie auch in dieser Hinsicht einen schwachen Punkt, den wir nicht leugnen wollen.

Eine letzte Bemerkung betrifft schließlich die relative Bedeutung aktueller Belastungs- und Konfliktsituationen für die gesundheitliche Situation der befragten Frauen.

In unserer Studie stehen diese Faktoren gegenüber Aspekten der Persönlichkeit natürlich bei weitem mehr im Vordergrund. ¹⁾ Wir müssen uns allerdings darüber im klaren sein, daß aktuelle Stressfaktoren, wie sie z.B. in der Arbeitswelt gegeben sein können, an sich allein nicht immer ausschlaggebend für eine signifikante Verschlechterung des Gesundheitszustandes sein müssen (sofern es sich nicht um echte berufsbedingte Schädigungen, Arbeitsunfälle usw. handelt). H.STROTZKA (1969:549) stellte in dieser Hinsicht bei einer kleinen, für unsere eigenen Ergebnisse jedoch sehr relevanten sozialpsychiatrischen Studie von 68 berufstätigen und 32 nicht berufstätigen Patientinnen einer psychotherapeutischen Ambulanz in Wien fest, daß Überlastung durch Beruf und Familie nur in etwa 15 % der Fälle als wichtigster krankheitsauslösender Faktor anzusehen war, gegenüber zwei Dritteln (bei berufstätigen) bzw. der Hälfte (bei Hausfrauen) der Fälle, in denen die frühkindliche Persönlichkeitsentwicklung ausschlaggebend war. Weil die Einsicht in solche tiefverwurzelten Fehlhaltungen und Konflikte sich jedoch meist erst in einem langdauernden Vertrauenskontakt erschließt, fordert STROTZKA (1969:555), daß soziologische Daten durch tiefenpsychologische Erhebungen zu ergänzen zu seien, um die Gefahr zu vermeiden "allzusehr an der Oberfläche des sozialen Geschehens zu bleiben".

1) Wenigstens Teilaspekte der Persönlichkeit wurden erfaßt in Form eines Intelligenztestes sowie durch mehrere Fragen, die Selbstbild und Selbsteinschätzung der Frauen in verschiedenen Lebensbereichen erfaßten. Wir werden diese Variablen im jeweiligen Kontext, in dem wir sie analysieren, genauer darstellen.

Abschließend schreibt STROTZKA (1969:553):

"Die bisherigen Befunde können dahingehend zusammengefaßt werden, daß bei den in Psychotherapie stehenden Frauen die reale Überbelastung durch Arbeit und Haushalt eine relativ geringe ätiologische Rolle für das zur Behandlung führende Leiden gespielt hat. Dem Psychoanalytiker kommt dieses Ergebnis nicht allzu überraschend. Aus seiner Erfahrung im langen Kontakt mit psychosozial gestörten Patienten...weiß er, daß die Beschuldigung aktueller Situationen als Ursache für Verhaltensstörungen meist einer Rationalisierung oder Projektion entspricht. Gesundheit und Krankheit, Arbeits- und Liebesfähigkeit, Möglichkeiten und Stil sozialen Kontaktes und Anpassung entscheiden sich nach seiner Erfahrung in der frühen Kindheit durch die Erlebnisse in der Intimgruppe der Familie. Spätere pathogene Umweltverhältnisse und Auslösungserfahrungen sind nicht selten selbsterzeugte Produkte unbewußter Verhaltensweisen, die in diesem Sinne provokativ wirken müssen".

Aus diesen Gründen könne man von Maßnahmen in Betrieben und öffentlicher Sozialpolitik nicht allzuviel erhoffen und müsse das Schwergewicht sozialpsychiatrischer Aktivität weiterhin auf das Gebiet der Familienprophylaxe legen. Wir haben diese Stellungnahme von STROTZKA hier ausführlich zitiert nicht nur deswegen, weil sie ein theoretisch und praktisch sehr wichtiges Problem betrifft, sondern weil sie uns auch ermöglicht unseren Standpunkt in dieser Hinsicht deutlicher zu präzisieren. Wenngleich wir diese Beurteilung der gesundheitlichen Problematik der weiblichen Erwerbstätigkeit aus ärztlich-psychiatrischer Sicht sicherlich ihre Berechtigung nicht absprechen können,¹⁾ scheint

1) Die Ausführungen von STROTZKA unterscheiden sich insbesondere deswegen wohltuend von einer Fülle ideologisch konservativ gefärbter Auffassungen von der weiblichen Erwerbstätigkeit bei Medizinerinnen, weil sie auch explizit auf die positiven Aspekte der weiblichen Berufstätigkeit eingehen (so weist STROTZKA (1969:551) z.B. darauf hin, daß für einige Frauen die Berufsarbeit die wichtigste Lebensbefriedigung und primäre Kraftquelle zur Bewältigung der alltäglichen Sorgen darstellte). Die Mehrheit der Mediziner scheint demgegenüber die Ansicht zu vertreten, daß die Unterschiede zwischen Mann und Frau sich auf ein "biologisches Gesetz" (SCHAEFER & BLOHMKE, 1972:32) zurückführen lassen und daß "die Frau ihrer natürlichen Bestimmung nach nicht für die Erwerbsarbeit, sondern für das viel höhere Ziel der Mutterschaft bestimmt ist" (HEISS, 1960:93). Für eine eher objektive Darstellung dieser Problematik auch aus medizinischer Sicht vgl. HÜLSMANN (1962).

uns die relative Bedeutung von aktuellen Belastungs- und Stress-Situationen aber doch größer zu sein, wenn man von einer "Normalpopulation", d.h. einer Gruppe von Menschen ausgeht, die sich nicht bzw. nur zu kleinen Anteilen in ärztlicher Behandlung befindet. Denn zum einen - und dies gilt auch für Fälle schwerer psychosozialer Störungen - wird man sagen können, daß aus der Kindheit herrührende Fehlentwicklungen nicht notwendigerweise zu Störungen im Erwachsenenleben führen müssen, sondern auch in solchen Fällen auslösende Ereignisse oder Lebensumstände notwendig sind:

"Es ist zu erwarten, daß in solchen Situationen aktueller Belastung, in denen bei Beibehaltung der traditionellen Mann-Frau-Rollen auch die üblichen Konfliktbewältigungsmechanismen versagen (keine Zeit, oder keine Bereitschaft zum 'Sich-Aussprechen', Vernachlässigung der emotionellen und sexuellen Kontakte etc.), latente neurotische Dispositionen und unbewältigte Kindheitskonflikte zum Ausbruch kommen. Doch haben situative Zwänge des Arbeitsplatzes und der Familie unter diesem Blickwinkel mindestens ebenso großes Gewicht wie Persönlichkeitsdefekte aus der Kindheit. Neurotische Dispositionen, Persönlichkeitsdefekte aus der frühen Kindheit müssen im übrigen nicht notwendigerweise zu neurotischen, psychosozialen oder psychosomatischen Störungen führen, wenn sie bewältigt und verarbeitet werden. Verhindert wird die Bewältigung jedoch durch die situativen Zwänge in der Gesellschaft" (FRAUENBERICHT 1975, H.6, S.43).

Noch offenkundiger scheint die Bedeutung aktueller Belastungsfaktoren im Falle leichter gesundheitlicher Irritationen zu sein, die nicht unbedingt als "Erkrankungen" zu bezeichnen sind, unter denen jedoch ein sehr großer Anteil der von uns befragten Frauen leidet. Charakteristisch dafür sind vor allem Symptome wie Nervosität und Kopfschmerzen, teilweise auch Schlafprobleme. Gerade bei solchen leichteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist zu vermuten, daß neben aktuellen Stressfaktoren auch persönlichkeits- und konstitutions-

bedingten Eigenschaften eine große Bedeutung zukommt.¹⁾
In diesem Sinne schrieb auch ROSEN MAYR (1969a:91) in
einer ersten Auswertung der Gesundheitsdaten dieser
Studie:

"Soziale Konflikt- und Drucksituationen in Beruf,
Familie, Politik usw., besonders wenn sie über
lange Zeit währen, vermögen die auch in der
'gesunden' oder rehabilitierten Persönlichkeit
vorhandenen, ihrerseits wieder ohne soziale Genese
(in Kindheit und Jugend) nicht erklärbaren spezi-
fischen Spannungen zu Leidenssymptomen zu drängen".

Die Anerkennung dieser Tatsache muß aber keineswegs zu
einem "therapeutischen Nihilismus" führen mit dem
Argument, daß solche Eigenschaften ohnehin kaum zu
verändern seien. Während tiefgehende psychoanalytische
Behandlungsverfahren in diesen quantitativ sehr zahl-
reichen Fällen wohl kaum je möglich sein werden (und
sich vom Aufwand her vermutlich auch nicht unbedingt
auszahlen würden) scheint eine breitenwirksame Hilfe-
stellung hier am ehesten noch von einer positiven
Gesundheitserziehung und -aufklärung her möglich zu
sein. Eine solche Aufklärung dürfte allerdings nicht
nur das Gesundheitsverhalten im engeren Sinne umfassen,
sondern müßte sich auch mit den scheinbar "normalen",
in Wirklichkeit jedoch vielfach pathogenen wirksamen
Lebenssituationen und Entscheidungskonflikten konkreter
sozialer Gruppen auseinandersetzen. Genau diese

1) Auch STROTZKA (1969:549) stellte in seiner Analyse
der psychisch erkrankten berufstätigen Frauen einen
Anteil von 15 % (bei berufstätigen) bzw. 33 % (bei
Hausfrauen) Fällen fest, in denen der wichtigste
krankheitsauslösende Faktor als "hereditär und
Konstitution" (Endogenität) bezeichnet wird. Die
Bedeutung konstitutioneller Faktoren haben im An-
schluß an J.H. SCHULTZ (Die konstitutionelle Nervosi-
tät, 1928) vor allem DELIUS und FAHRENBERG betont. Sie
schreiben: "Die leibliche Störbarkeit ist ein allgemein-
menschliches Phänomen. Der Zusammenhang psychovegeta-
tiver Ordnungsmängel mit anlagemäßigen Bedingungen,
mit vielgestaltigen 'Reizen', mit lebensgeschichtli-
chen oder situativ betonten Krisen, aber auch mit
organischen Erkrankungen oder Psychosen ist weder
stets eine hypochondrische noch immer eine neurosedyna-
mische Erscheinung" (DELIUS & FAHRENBERG, 1966:4;
vgl. dazu auch FUNKENSTEIN et al., 1957).

Folgerung ergibt sich auch aus der bereits zitierten Studie von STROTZKA, in welcher der Autor auch feststellte, daß die Überbelastung der Frau nicht sosehr in der realen Arbeitslast liege, "sondern daran, daß diese Frau selbst und ihre Partner ... in ihren Einstellungen, Verhaltensweisen und Organisationsformen noch nicht die Konsequenzen gezogen haben, die eine funktionierende Anpassung ermöglichen könnten" (STROTZKA, 1969:554). In diesem Sinne schreiben denn auch BROWN und Mitarbeiter (1975:244), deren Ergebnisse in diesem Zusammenhang ebenfalls von großer Relevanz sind, daß im Falle der von ihnen untersuchten psychischen Störungen von Frauen in London zwar die Mehrheit der Ereignisse, die zum Ausbruch der Erkrankung beigetragen hatten, mehr oder weniger unvermeidlich gewesen sei, da es sich um Ereignisse handelt wie Tod eines engen Verwandten, Abbruch von Liebesbeziehungen usw. Ein anderes Bild habe sich jedoch bei jenen Faktoren ergeben, die von den Autoren als "soziale Schwierigkeiten und Verwundbarkeitsfaktoren" bezeichnet werden und Dinge umfassen wie Wohnungsprobleme, Familienplanung, Beschäftigung usw:

"While other factors such as marital difficulties and quality of supportive ties would be more difficult to influence, they are in the longer term probably a better bet for some kind of intervention than most kinds of life-events. One only needs to point out the likely effect on marriage of improved housing and increased economic security..." (BROWN et al., 1975:244).

2.2. Überblick über bisher vorliegende Ergebnisse zur gesundheitlichen Lage berufstätiger junger Frauen

In unserer Studie, die berufstätige und verheiratete junge Frauen im Alter von 20 bis 30 Jahren umfaßt (eine genauere Beschreibung der Stichprobe geben wir im folgenden Abschnitt), werden vier sozialstrukturelle Dimensionen konstant gehalten, die sich aus der Sicht der Gesundheitsproblematik durchwegs als relevant erweisen: nämlich Geschlecht, Alter, familiäre Situation (Familienstand) und Erwerbstätigkeit. Wir diskutieren nun im Hinblick auf jeden einzelnen dieser Parameter, welche Ergebnisse aus der bisherigen Forschung als relativ gesichert angesehen werden können und überlegen abschließend, ob sich daraus spezifische Hypothesen zum Gesundheitszustand der von uns befragten Gruppe junger Frauen ableiten lassen.

Wir können uns in dieser Hinsicht vor allem auf die im österreichischen Frauenbericht (1975) zusammengetragenen Daten stützen. Außerdem liegen für Österreich eine umfassende, allerdings schon etwas ältere Monographie von HEISS (1960) über "Die berufstätige Frau aus ärztlicher Sicht" vor, eine Reihe sozialpsychiatrischer Arbeiten von STROTZKA (1969a; 1969b; 1972) und eine repräsentative Umfrage eines Meinungsforschungsinstitutes über gesundheitliches Befinden und spezifische Beschwerden (IFES, 1970; BUCHSTALLER, 1974). Die zuletzt genannte Erhebung ist hier besonders wichtig, da sie relativ ähnliche Indikatoren beinhaltet wie unsere eigene Studie, sodaß damit eine gewisse Vergleichsmöglichkeit unserer Ergebnisse mit anderen Bevölkerungsgruppen möglich ist.

Eine der wichtigsten, die gesundheitliche Situation bestimmenden sozialen Variablen ist das Geschlecht: Die wichtigste und auffallendste Tatsache in diesem Zusammenhang ist zweifellos die im Vergleich zu den Männern signifikant höhere Lebenserwartung der Frauen, wobei sich dieser Unterschied in letzter Zeit sogar noch zu vergrößern scheint. ¹⁾ Ursache für diese auch international gültige Tatsache (SCHAEFER & BLOHMKE, 1972:196-200) ist die geringere Sterblichkeit der Frauen, vor allem in den höheren Altersgruppen.

Das Faktum der höheren Lebenserwartung der Frau korrespondiert jedoch nicht mit einer durchgehend geringeren Krankheitsanfälligkeit: Frauen leiden nicht nur häufiger als Männer unter Krankheiten, die mit Schwangerschaft und Geburt zusammenhängen, sondern sind auch häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen (STROTZKA, 1969b:60; FRAUENBERICHT, 1975:32 ff.; DOHRENWEND & DOHRENWEND, 1964). Frauen leiden aber auch generell häufiger als Männer unter diffusen psychosozialen Beschwerden wie Nervosität, Kopfschmerzen, Schwindelgefühlen usw. (BRADBURN & CAPLOVITZ, 1965; IFES, 1970; BUCHSTALLER, 1974).

Eine nicht unwichtige Variable, die den Zusammenhang zwischen Geschlecht und Krankheitsanfälligkeit modifiziert, ist das Alter: Besonders günstiger als Männer schneiden vor allem ältere Frauen ab, kaum jedoch jüngere. Selbst wenn im Vergleich mit alten Menschen die jugendlichen und jungen Frauen einen relativ guten Gesundheitszustand aufweisen, ²⁾

1) Im Durchschnitt der Jahre 1970-72 betrug die Lebenserwartung der Männer bei der Geburt 66, 58 Jahre, die der Frauen 73, 69 Jahre, also fast um 7 Jahre mehr; 1959-61 hatte dieser Unterschied 6, 43 Jahre ausgemacht (Zahlen des Öst.Stat.Zentralamtes, zit. nach FRAUENBERICHT, Heft 6, Tab. 2, S. 15.).

2) PROSS (1975:222) stellte in einer repräsentativen Umfrage unter Hausfrauen in Deutschland fest, daß vor allem Frauen bis zu 30 Jahren seltener unter schlechtem gesundheitlichen Befinden leiden als ältere Frauen.

wäre es doch verfrüht, daraus zu schließen, daß bei ihnen alles in bester Ordnung sei. Nach HEISS (1960:54-60) sind bei Frauen bis zum 29. Lebensjahr nicht nur gynäkologische Krankheiten häufiger, sondern es besteht auch eine erhöhte Disposition für alle anderen Krankheiten. Auch die Tatsache, daß die Zahl der Krankenstände bei jugendlichen und jungen Frauen höher ist als bei älteren (POPPER, 1961; FRAUENBERICHT, 1975:Tab. 7, S. 18) kann sicherlich nicht bloß als Zeichen mangelnder Arbeitsmoral gesehen werden oder als Folge der Tatsache, daß die Frau und vor allem die Mutter bei Krankheit von Familienangehörigen vielfach zu einem unfreiwilligen Krankenstand gezwungen wird.¹⁾ Relevant ist in diesem Zusammenhang auch der Hinweis von POPPER (1961), daß die krankheitsbezogenen Symptome, die zu Frühinvalidität führen, durch Reihenuntersuchungen in Betrieben vielfach schon vom 20. Lebensjahr an festgestellt werden können. HEISS (1960) und POPPER (1961:48) folgerten daher übereinstimmend schon vor längerer Zeit, daß sich die Bemühungen um eine wirksame Gesundheitsfürsorge und Vorbeugung gegen Krankheiten vor allem auf die jüngeren Frauen konzentrieren sollten.

Wie bereits angedeutet, spielt auch der Familienstand und die Familiensituation eine wichtige Rolle für die gesundheitliche Lage der Frau. In dieser Hinsicht besteht ein sehr wichtiger und weitgehend gesicherter

1) So wurde von verschiedenen Autoren festgestellt, daß arbeitende Mütter mit Kindern länger krank sind als verheiratete kinderlose oder alleinstehende Frauen (nach Erhebungen bei der Deutschen Reichsbahn zit. von HEISS, 1960) bzw. daß die Krankenstände arbeitender Frauen signifikant mit der Zahl der zu betreuenden Personen im Haushalt ansteigen (nach Studien von POPPER, zit. nach STROTZKA, 1969a:544; ähnlich auch SCHAEFER & BLOHMKE, 1972:354). Angesichts dieses Problems wurde in Österreich vor kurzem die Möglichkeit des Pflegeurlaubs gesetzlich geregelt. Daß diese Maßnahme dringlich war, steht außer Zweifel.

Unterschied zwischen Männern und Frauen: Verheiratetsein an sich korreliert bei Männern viel deutlicher mit psychischer Gesundheit als bei Frauen und zwar in der Richtung, daß ledige, aber auch geschiedene und verwitwete Männer eine erhöhte Häufigkeit psychischer Erkrankungen und eine höhere Mortalität aufweisen (POPPER, 1961; PFLANZ, 1962:235; STROTZKA, 1969; SROLE et al., 1962; BRADBURN & CAPLOVITZ, 1965). Während also - im Gegensatz zum landläufigen Vorurteil, daß die Frau die Ehe viel weniger entbehren könne als der Mann - Verheiratetsein an sich bei Frauen weniger deutlich mit der Gesundheitssituation zusammenhängt als bei Männern, ist es hinsichtlich der "Qualität" der familiären Beziehungen umgekehrt. Ehe- und Familienkonflikte stehen bei Frauen gegenüber beruflichen Problemen als krankheitsauslösende Konflikte im Vordergrund (STROTZKA, 1969b:64; FRAUENBERICHT, 1975:37; BETHGE, 1968). Dabei hängt auch die Schwere der familiären Belastung, etwa eine große Kinderzahl, deutlich mit schlechterem gesundheitlichem Befinden zusammen (PROSS, 1975:225). Als letzten Faktor für die Bestimmung der gesundheitlichen Situation der Frau müssen wir kurz auf die Frage der Erwerbstätigkeit eingehen. Beim Vergleich von berufstätigen und nicht berufstätigen Frauen scheint zumindest ein Ergebnis relativ gesichert zu sein: berufstätige Frauen sind eher seltener ernstlich krank als Hausfrauen und im Falle von psychischen Krankheiten häufiger von den leichteren und kürzer dauernden Erkrankungen betroffen als Hausfrauen (GENDELL, 1963:74-98; STROTZKA, 1969a,b; FRAUENBERICHT, 1975:34). Es wäre allerdings falsch, daraus zu folgern, daß alle nicht berufstätigen Frauen sich in einer gesundheitlich ungünstigen Verfassung befinden. PROSS (1975:220-29), die eine Reihe von Fragen zum persönlichen gesundheitlichen Befinden einer repräsentativen Stichprobe von berufstätigen Frauen und Hausfrauen in Deutschland vorlegte, fand, daß Hausfrauen zwar ebenfalls

zu sehr hohen Anteilen unter einer Reihe von Gesundheitsstörungen und Beschwerden litten, daß sie im Vergleich mit den berufstätigen Frauen aber immer noch besser abschnitten. Diese Beschwerden daher als "Hausfrauen-syndrom" zu bezeichnen, und in erster Linie durch die soziale Isolation der Hausfrau zu erklären, mag daher in der Tat zu vorschnell oder aber höchstens für bestimmte Gruppen von Hausfrauen gültig sein.¹⁾

Der Zusammenhang zwischen Berufstätigkeit und Gesundheit ist zweifellos besonders komplex. Während die Berufstätigkeit auf der einen Seite für die verheiratete Frau und Mutter beträchtliche allgemeine und - vor allem dann, wenn es sich um unqualifizierte und anstrengende Tätigkeiten handelt - spezifische, berufliche Belastungen mit sich bringen kann, eröffnet sie auf der anderen Seite auch wichtige Möglichkeiten zu sozialem Kontakt, persönlicher Erfüllung und Selbstbestätigung (HALLER & ROSEN-MAYR, 1971; FRAUENBERICHT, 1975:34 ff.). Aus der Tatsache der Berufstätigkeit an sich lassen sich also noch kaum sinnvolle Hypothesen über gesundheitliche Folgen ableiten. Dafür müßte zum mindestens die Art der Berufstätigkeit, die Qualifikation der Frau, ihre berufliche Position, ihre Zufriedenheit mit der Tätigkeit usw., kontrolliert werden (vgl. dazu auch HEISS, 1960; STROTZKA, 1969a). Es ergibt sich im Hinblick auf die Berufstätigkeit also dieselbe Folgerung wie hinsichtlich des Familienstandes und der Geschlechtsdifferenzen überhaupt. Es lassen sich

1) B. FRIEDAN berichtet in ihrem bekannten Buch "Der Weiblichkeitswahn" (1966:149 ff.), daß von 28 Hausfrauen, die sie interviewte, sich 16 in psychoanalytischer Behandlung befanden. Dabei handelte es sich allerdings durchwegs um Frauen mit gehobener Bildung, die in einem Oberschicht-Stadtbezirk wohnhaft waren und offensichtlich darunter litten, daß sie ihre bildungsmäßige Qualifikation zuwenig verwerten konnten.

vielfach zwar beträchtliche Unterschiede zwischen den großen Gruppen (Männer versus Frauen, Alleinstehende versus Ledige usw) feststellen, jedoch bieten sich für diese Unterschiede keineswegs unmittelbare Erklärungen an. Als Ausweg bietet sich daher auch aus dieser Sicht eine Forschungsstrategie an, die bestimmte Gruppen herausgreift und sie in ihrer sozialen Lage einschließlich der gesundheitlichen Situation detailliert untersucht. Dies ist, wie bereits dargelegt, die Strategie, die wir in dieser Studie verfolgen. Welche Stichprobe wir erfaßten und welche Indikatoren für den Gesundheitszustand wir dabei erhoben, stellen wir in den folgenden Abschnitten dar.

2.3. Die Anlage der Stichprobe

Da die Stichprobe bereits an anderer Stelle ausführlich beschrieben worden ist (ROSENMAYR, 1969a, b; ROSENMAYR et al., 1973:51-54), wollen wir uns hier auf eine knappe Charakterisierung beschränken. Zielsetzung bei der Auswahl der befragten Frauen war, möglichst solche Branchen bzw. Berufsgruppen zu erfassen, die für die Frauenarbeit in Österreich besonders charakteristisch sind. Die Stichprobe umfaßt unselbständig erwerbstätige Frauen (Arbeiterinnen und Angestellte) in 5 Betriebsklassen (Textil-Bekleidungs- und Metallindustrie, Handel, Geld- und Versicherungswesen). Es handelt sich dabei durchwegs um Branchen, die besonders typisch für weibliche Berufstätigkeit sind: schließt man Landwirtschaft sowie Hotel- und Gastgewerbe aus, so repräsentieren sie die 5 Branchen mit dem höchsten Frauenanteil überhaupt. Der Frauenanteil variiert in diesen Branchen zwischen knapp der Hälfte und

zwei Dritteln (vgl. FIRNBERG & RUTSCHKA, 1967; HANSLUWKA, 1966). Wenngleich die von uns erfaßten Branchen etwa ein Drittel aller berufstätigen Frauen Österreichs beschäftigen, fehlen doch einige auch aus der Perspektive der Gesundheit wichtigen Gruppen wie etwa die Frauen in der Landwirtschaft, deren Gesundheitssituation zweifellos besonders prekär ist (vgl. dazu ROSENMAYR u.a., 1969; FRAUENBERICHT, 1975), aber auch Frauen in qualifizierteren Berufen in Unterricht, Gesundheitswesen usw. Weniger ins Gewicht fällt demgegenüber wahrscheinlich die regionale Beschränktheit der Stichprobe auf den Raum Ostösterreich: Arbeiterinnen wurden in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Burgenland befragt, Verkäuferinnen und Angestellte nur in Wien.

Bei der Stichprobe selbst handelte es sich nicht um eine reine Zufallsstichprobe (die fünf einbezogenen Wirtschaftsklassen wurden nicht zu gleichen Anteilen einbezogen) und die Auswahl selbst erfolgte nach einem "Klumpenverfahren": aus jeder der erfaßten Branchen wurden einzelne oder mehrere Großbetriebe in die Erhebung einbezogen.

Innerhalb dieser Großbetriebe wurden dann alle in die Definition fallenden Frauen - verheiratet und zwischen 20 und 30 Jahren - in die Erhebung eingeschlossen, wobei die technische Durchführung der Interviews meist so erfolgte, daß die Befragten den schriftlichen Fragebogen gemeinsam in einem größeren Raum (meist der Kantine) ausfüllten. Die Verweigerungsquote konnte auf diese Weise sehr niedrig gehalten werden.

Das Hauptziel unserer Aussagen zum gesundheitlichen Befinden und seinen sozialen Determinanten liegt daher nicht darin, repräsentative Aussagen für alle berufstätigen Frauen zu treffen, sondern spezifische Zusammenhänge zwischen der Arbeits- und Lebenssituation der ausgewählten Frauen und ihrem gesundheitlichen Befinden aufzuzeigen, also Vergleiche zwischen verschiedenen Teilmengen innerhalb der

Stichprobe anzustellen. Trotz der mangelnden Repräsentativität wird man aber doch annehmen dürfen, daß charakteristische Ergebnisse in Bezug auf Branchen bzw. Berufsgruppen eine allgemeinere Aussagekraft besitzen.

Eine abschließende Bemerkung betrifft schließlich das Ausmaß der weiblichen Erwerbstätigkeit in Österreich im allgemeinen und das der jungen und verheirateten Frauen im speziellen, da die sozialpolitische Relevanz unserer Ergebnisse auch auf diesem Hintergrund zu beurteilen ist. Österreich ist bekanntlich eines der Länder in Europa, die bereits seit der Jahrhundertwende eine besonders hohe Quote der weiblichen Erwerbstätigkeit zu verzeichnen haben: mit gut einem Drittel lag die Erwerbsquote aller Frauen über 15 Jahren (Anteil der berufstätigen Frauen an allen Frauen dieser Altersgruppe) in den 60er Jahren im europäischen Spitzenfeld. Wichtiger noch ist, daß die Erwerbsquote der verheirateten Frauen mit 40 % zu Beginn der 60er Jahre in Westeuropa absolut an der Spitze lag (in den übrigen Ländern variierte diese Quote zwischen 10 und 32 %; vgl. dazu FIRNBERG & RUTSCHKA, 1967:61; HALLER, 1973:60), wenngleich diese hohe Quote zum Teil durch den relativ hohen Anteil der landwirtschaftlichen Bevölkerung zu erklären ist. Wichtig ist weiters die Tatsache, daß sich in den Nachkriegsjahrzehnten eine wichtige Veränderung in der Zusammensetzung der weiblichen Erwerbstätigen vollzog, nämlich eine überdurchschnittlich starke Zunahme des Anteils der Berufstätigen bei den verheirateten Frauen. Waren 1951 39 % und im Jahre 1961 47 % der berufstätigen Frauen verheiratet (FIRNBERG & RUTSCHKA, 1967:61), so waren es im Jahre 1969 nach Mikrozensusserhebungen 57,5 % (FRAUENBERICHT 1975, Heft 5, Tab. 6, S. 86). Ebenso stieg der Anteil berufstätiger Frauen, die auch Kinder unter 15 Jahren zu betreuen hatten, von 42,2 % im Jahre 1961 auf 47 % im Jahre 1969,

dem Jahr unserer Erhebung (FRAUENBERICHT, 1975, H.5, S.8). Berücksichtigt man die gleichzeitige starke Umschichtung aller Erwerbstätigen aus der Landwirtschaft in nicht-landwirtschaftliche Sektoren, wo sie größtenteils als Unselbständige arbeiten, so wird deutlich, daß die soziale Lage der berufstätigen und verheirateten jungen Frauen ein auch quantitativ immer bedeutsamer werdendes sozialpolitisches Problem darstellt.

2.4. Die erhobenen Daten zum gesundheitlichen Befinden

Wie bereits in der Einleitung ausgeführt, ist es im Rahmen einer Fragebogenerhebung nicht möglich, Krankheiten im Sinne medizinischer Diagnosen zu erfassen. Die von uns erhobenen Daten können daher streng genommen nur als Indikatoren für das persönliche gesundheitliche Befinden angesehen werden. Neben zwei allgemeineren Fragen dazu wurden auch einige spezifische Beschwerden erfaßt, die sich aufgrund des Literaturstudiums sowie nach der Meinung von Experten als besonders wichtig erwiesen. Im einzelnen wurden die folgenden Fragen gestellt:

- Fühlen Sie sich den größten Teil des Jahres über gesundheitlich wohl? (Ja/nein)
- Beurteilen Sie sich selbst als nervös? (sehr nervös/ nervös/ eher weniger nervös/ gar nicht nervös)
- Welche Beschwerden haben Sie? (Ab und zu/ durch den Arzt behandelt) Schlaflosigkeit/ Kopfschmerzen/ Augenschmerzen/ Herzbeschwerden/ Schmerzen in den Füßen/ Schwindelgefühle/ Sonstige.

Zusätzlich zu diesen Fragen kann auch noch eine Frage zur allgemeinen Zufriedenheit ("Wenn Sie die Dinge alle zusammen betrachten, wie schätzen Sie ihre Lage ein? Ich bin außerordentlich zufrieden/ ich bin zufrieden/ ich bin eher nicht zufrieden/ ich bin unzufrieden) sowie eine Batterie von Testitems zum persönlichen Befinden in emotionaler und stimmungsmäßiger Hinsicht herangezogen werden ("Bitte kreuzen Sie an, wie Sie sich in der letzten Zeit gefühlt haben: Ich war eigentlich ganz mit mir zufrieden/ ich fühlte mich einsam und verlassen/ ich war vom ewigen Einerlei angeödet/ ich war so in Schwung, daß ich etwas Neues anpacken wollte usw.), aus der wir zwei Skalen entwickelten (die Items wurden teilweise der Studie von BRADBURN & CAPLOVITZ, 1969, entnommen).

Die inhaltliche Fruchtbarkeit und Verlässlichkeit von soziologischen Fragebogenerhebungen des allgemeinen Gesundheitszustandes, aber auch der allgemeinen Zufriedenheit und des psychischen Befindens, wurde vor allem in einer Reihe amerikanischer Studien über "mental health" gezeigt (GURIN et al., 1960; SROLE et al., 1962; LANGNER & MICHAEL, 1963; KORNHAUSER, 1965; BRADBURN & CAPLOVITZ, 1965). Wenngleich das diesen Studien zugrundeliegende Konzept der geistigen Gesundheit ("mental health") theoretisch nicht als sehr differenziert bezeichnet werden kann (vgl. dazu Abschnitt 1), steht es doch außer Zweifel, daß auch solche "weichen" Indikatoren des Gesundheitszustandes Sachverhalte erfassen, die für die Befragten reale Bedeutsamkeit besitzen. Dies gilt im besonderen auch für die von uns erfaßten spezifischen Beschwerden, von denen die angeführten Studien nachweisen konnten, daß sie signifikant mit anderen Indikatoren des psychosozialen Befindens und auch mit Verhaltensweisen wie Arztbesuchen zusammenhängen.

Medizinisch gesehen, stehen die von uns erfaßten Leidenszustände und Beschwerden wahrscheinlich recht nahe bei Gesundheitsstörungen, die von verschiedenen Autoren als "funktionelle Syndrome" (UEXKÜLL, 1963:198-203; CREMERIUS, 1968) "psychogene Reaktionen" (STROTZKA, 1969b: 80), oder als "psychovegetative Syndrome" (DELIUS & FAHRENBURG, 1966) bezeichnet worden sind. Die Beschreibungen, die für diese psychosozialen Gesundheitsstörungen gegeben werden, decken sich weitgehend mit den von uns thematisierten Beschwerden: körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Schwindelgefühle, Atembeschwerden, Kreuzschmerzen, Magenschmerzen usw., wobei meist keine organischen Krankheitsbilder festgestellt werden können, und auch die Art der Beschwerden selbst häufig wechselt. BROWN und Mitarbeiter (1975) betonen vor allem die Tatsache, daß Personen, die unter solchen Beschwerden leiden, vor allem in stimmungsmäßiger und emotionaler Hinsicht depressiv und bedrückt erscheinen. Es handelt sich bei dieser Form von Beschwerden quantitativ um eine sehr bedeutsame Kategorie: ihr Anteil erreicht vermutlich bis zu einem Viertel aller in Sprechstunden von Ärzten oder in ambulanten Gesundheitseinrichtungen auftretenden Patienten (SCHAEFER, 1963:113; DELIUS & FAHRENBURG, 1966). Aber ihre objektiv scheinbare Harmlosigkeit sollte nicht über ihre Ernsthaftigkeit hinwegtäuschen. Wie vor allem die Beobachtungen von CREMERIUS (1968) an 371 Patienten 10 Jahre nach ihrer ersten ärztlichen Behandlung aufgezeigt haben, handelt es sich um sehr langwierige und belastende Erkrankungen, die nur zu einem kleinen Anteil völlig oder teilweise verschwunden sind, die in der großen Mehrheit der Fälle jedoch weiterhin bestehen oder von einer anderen Krankheit (sehr häufig psychoneurotischen Störungen) abgelöst worden sein.

Auch dieses Faktum weist auf die Tatsache hin, daß es sich bei diesen Beschwerden um sehr komplexe psychophysische Simultanvorgänge handelt, bei denen Faktoren der Konstitution und Persönlichkeit, Belastungen durch Lebens- und Umweltbedingungen und aktuelle lebensverändernde Ereignisse und Konflikte mitspielen.

Wenngleich nun sicherlich nicht alle Befragten, die in unserer Studie eine der von uns genannten Beschwerden ankreuzten, auch im Sinne dieser medizinischen Kategorien als "krank" zu bezeichnen sein mögen, weisen diese Hinweise doch auf die Bedeutsamkeit solcher Gesundheitsstörungen hin. Da wir außerdem auch erfaßten, ob sich die Befragten wegen einer dieser Beschwerden in einer ärztlichen Behandlung befanden, bekommen wir auch den Schweregrad der Krankheit zumindest ansatzweise in den Griff. Anzumerken ist schließlich auch, daß die relative Unschärfe in der Erfassung der gesundheitlichen Störungen wenigstens zum Teil dadurch aufgewogen wird, daß standardisierte soziologische Fragebogenerhebungen einen relativ hohen Verlässlichkeitsgrad besitzen. Wir vor allem die Erfahrungen bei der sozialpsychiatrischen Feldstudie "Kleinburg" (STROTZKA, 1969:85) zeigten, können durch strukturierte Interviews immer noch bessere Ergebnisse gewonnen werden als durch unstrukturierte "Tiefeninterviews", die durch Voreingenommenheiten der Interviewer, selbst wenn es sich um Ärzte handelt, meist stark verzerrt werden (vgl. auch SCHAEFER & BLOHMKE, 1972:155-157).

II. Teil: EMPIRISCHE ERGEBNISSE

3. Umfang und Art der gesundheitlichen Probleme der jungen Frauen - Überblick und Strukturanalyse

Die erste Aufgabe, die sich für unsere empirischen Analysen stellt, ist jene, die Häufigkeit und Art der auftretenden Gesundheitsstörungen der Frauen darzustellen. Neben den direkt den allgemeinen Gesundheitszustand und spezifische Beschwerden betreffenden Fragen analysieren wir hier auch die Ergebnisse nach den Fragen zum Tablettenkonsum, zur allgemeinen Zufriedenheit und zum emotional-stimmungsmäßigen Befinden (Happiness-Skala). Im ersten Abschnitt geben wir eine Darstellung der wichtigsten Unterschiede zwischen den Hauptgruppen der befragten Frauen im Hinblick auf ihre berufliche bzw. branchenmäßige Zugehörigkeit, wobei sich bereits Hinweise auf mögliche Ursachen für die Entstehung von Gesundheitsstörungen ergeben werden. Der Schwerpunkt dieses Kapitels liegt jedoch in einer Analyse der Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Indikatoren des gesundheitlichen Befindens. Diese Analyse soll vor allem Hinweise auf die "Validität" der von uns präsentierten Daten geben, d.h. auf die Frage, inwieweit sie tatsächlich Phänomene erfassen, die von den Frauen und ihrer Umwelt, aber auch im medizinisch-professionellen Sinne als wichtige Aspekte von Gesundheit und Krankheit angesehen werden bzw. anzusehen sind. Diese Frage untersuchen wir im zweiten Abschnitt durch eine Analyse der Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Formen von gesundheitlichen Störungen. Im dritten Abschnitt ergänzen wir diese Analyse durch eine Untersuchung der Frage, inwiefern die erfaßten Variablen als einer einzigen Dimension "gesundheitliches Befinden" zugehörig anzu-

sehen sind. Die Frage der Gültigkeit unserer Ergebnisse werden wir im letzten Abschnitt dieses Kapitels noch zusätzlich untersuchen, indem wir Ergebnisse von unstrukturierten mündlichen Interviews auswerten, die im Zuge der Entwicklung des Fragebogens von den Projektmitarbeitern durchgeführt wurden.

3.1. Die Häufigkeit allgemeiner Gesundheitsstörungen und spezifischer Beschwerden nach Berufsgruppen und Industriebranchen

Wie im vorhergehenden Kapitel (vgl. Abschnitt 2.4.) ausgeführt, verfügen wir in unserem Datenmaterial über zwei allgemeine Angaben zum gesundheitlichen Befinden (Fühlen Sie sich den größten Teil des Jahres über gesundheitlich wohl? Bezeichnen Sie sich als nervös?), über Angaben zum Vorhandensein einer Reihe spezifischer Beschwerden sowie über einige weitere mit dem Gesundheitszustand (Skalen des stimmungsmäßigen Befindens; allgemeine Zufriedenheit) bzw. dem Gesundheitsverhalten (Tablettenkonsum) zusammenhängende Variablen. In diesem Abschnitt untersuchen wir als erstes die Häufigkeit des Auftretens dieser verschiedenen Gesundheitsstörungen bzw. der damit befaßten Verhaltensweisen.

Tabelle 1 bringt die Ergebnisse auf die beiden allgemeinen Fragen zum gesundheitlichen Befinden, aufgegliedert nach Berufsgruppen sowie - bei Arbeiterinnen - nach Industriebranchen. Als den größten Teil des Jahres über gesundheitlich wohl bezeichneten sich demnach 78 % der Arbeiterinnen, 84 % der Verkäuferinnen und 83 % der Angestellten. Größere Differenzen als zwischen Arbeiterinnen, Verkäuferinnen und Angestellten treten

Tabelle 1: Gesundheitliches Befinden und Nervosität nach Branchen und Berufsgruppen

(N)	Arbeiterinnen		Arbeit. insgesamt		Verkäuferinnen		Angestellte	
	Metall (459)	Bekleidung Textil (236)	(108)	(803)	(224)	(343)		
Gesundheitlich fühlen sich wohl	%	%	%	%	%	%		
	ja	76	74	78	84	83		
	nein	14	19	13	11	14		
	k.A.	10	5	9	5	3		
	100	100	100	100	100	100		
	χ^2 (Branchen) 57.38(8)***		χ^2 (Berufsgruppen) 20.67** (4)					
Beurteilen sich selbst als	sehr nervös	14	13	12	14	13		
	nervös	46	49	44	47	48		
	eher weniger nervös	28	30	30	29	32		
	gar nicht nervös	8	8	7	8	7		
	k.A.	3	1	7	2	-		
	zusammen	100	100	100	100	100		
	χ^2 (Branchen) 54.13*** (16)		χ^2 (Berufsgruppen) 23.82 (8)					

¹ Der χ^2 -Wert nach "Branchen" bezieht sich jeweils auf die 5 Gruppen der Textil-, Metall-, Bekleidungsarbeiterinnen, Verkäuferinnen und Angestellten; jener nach "Berufsgruppen" auf die 3 Gruppen von Arbeiterinnen, Verkäuferinnen und Angestellten. Der Wert in Klammer ist die Anzahl der Freiheitsgrade.

allerdings innerhalb der Arbeiterinnen nach Industriebranchen auf: während der Anteil derer, die sich gesundheitlich häufig nicht wohl fühlen, bei Arbeiterinnen in der Bekleidungsindustrie als der einzigen Gruppe überhaupt weniger als 10 % beträgt, steigt er bei Arbeiterinnen in der Textilindustrie auf 19 %.

Ähnliche Ergebnisse erbrachte die Frage nach der Nervosität: Insgesamt bezeichnen sich etwas über ein Zehntel aller Frauen als "sehr nervös". Rechnet man auch die "Nervösen" hinzu, so bezeichnen sich mehr als die Hälfte aller Frauen als nervös, wobei hier lediglich die Verkäuferinnen eine etwas geringere Häufigkeit aufweisen. Würde man aus diesen Ergebnissen eine allgemeine Folgerung ziehen wollen, so könnte man sagen, daß eine kleine, aber nicht unbeträchtliche Minderheit dieser Frauen möglicherweise unter ernstzunehmenden Gesundheitseinbußen leidet, während sich umgekehrt höchstens ein Drittel der Frauen in einer ohne Einschränkung befriedigenden gesundheitlichen Verfassung befindet. ¹⁾

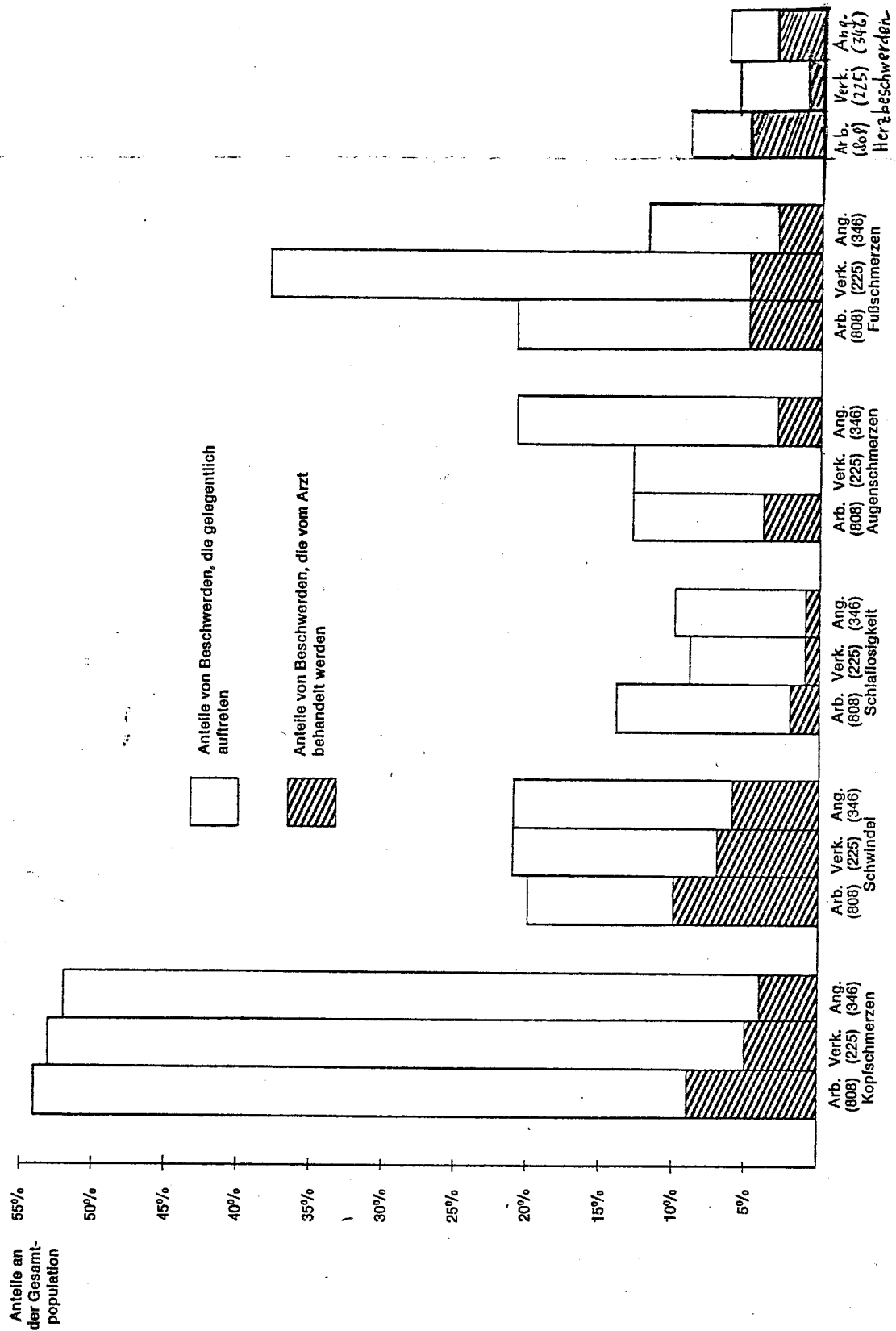
Betrachten wir als nächstes die Häufigkeit der spezifischen Beschwerden (vgl. Tab. 2 und Abbildung 4). Mit Abstand am häufigsten - von gut der Hälfte aller Frauen - werden Kopfschmerzen als ab und zu auftretende Beschwerden angegeben. An nächster Stelle stehen mit einer Nennung durch etwa 20 % der befragten Frauen Schwindelgefühle und an letzter Stelle, aber immer noch von je etwa einem Zehntel der Frauen genannt, Schlaflosigkeit, Augen- und Fußschmerzen. Die beiden letzteren Beschwerden sind in einzelnen Gruppen besonders häufig

1) Wir werden am Ende dieses Abschnittes zeigen, daß selbst diese Aussage noch zu hoch gegriffen ist.

Tabelle 2: Die Häufigkeit von gesundheitlichen Beschwerden nach Branchen und Berufsgruppen

		Arbeiterinnen			Arbeit. insges.	Verkäuf.	Ang.
		Textil (N)	Bekleid. (108)	Metall (459)			
Schlaf- losigkeit	ab und zu	9	14	14	13	8	10
	vom Arzt behandelt	4	3	-	2	1	1
		χ^2 (Branchen)19.26(12)			χ^2 (Berufsgr.)13.82 ^z (6)		
Kopf- schmerzen	ab und zu	39	46	36	48	51	50
	vom Arzt behandelt	16	9	6	9	5	4
		31.41 ^{***}			13.82 ^z		
Augen- schmerzen	ab und zu	7	12	11	11	14	19
	vom Arzt behandelt	3	5	4	4	1	3
		23.96 ^z			19.85 ^{***}		
Herz- beschw.	ab und zu	6	5	3	5	5	5
	vom Arzt behandelt	7	5	4	5	2	2
		14.28			9.23		
Fuß- schmerzen	ab und zu	38	14	18	18	36	10
	vom Arzt behandelt	16	4	3	5	5	3
		137.83 ^{***}			63.02 ^{***}		
Schwindel- gefühle	ab und zu	16	13	12	13	18	17
	vom Arzt behandelt	13	11	8	10	7	6
		13.55			9.06		
Andere Beschw.	ab und zu	4	2	2	2	5	6
	vom Arzt behandelt	6	3	3	3	5	10
		39.62 ^{***}			34.11 ^{***}		

Abbildung 4 : Gesundheitliche Beschwerden nach Berufsgruppen



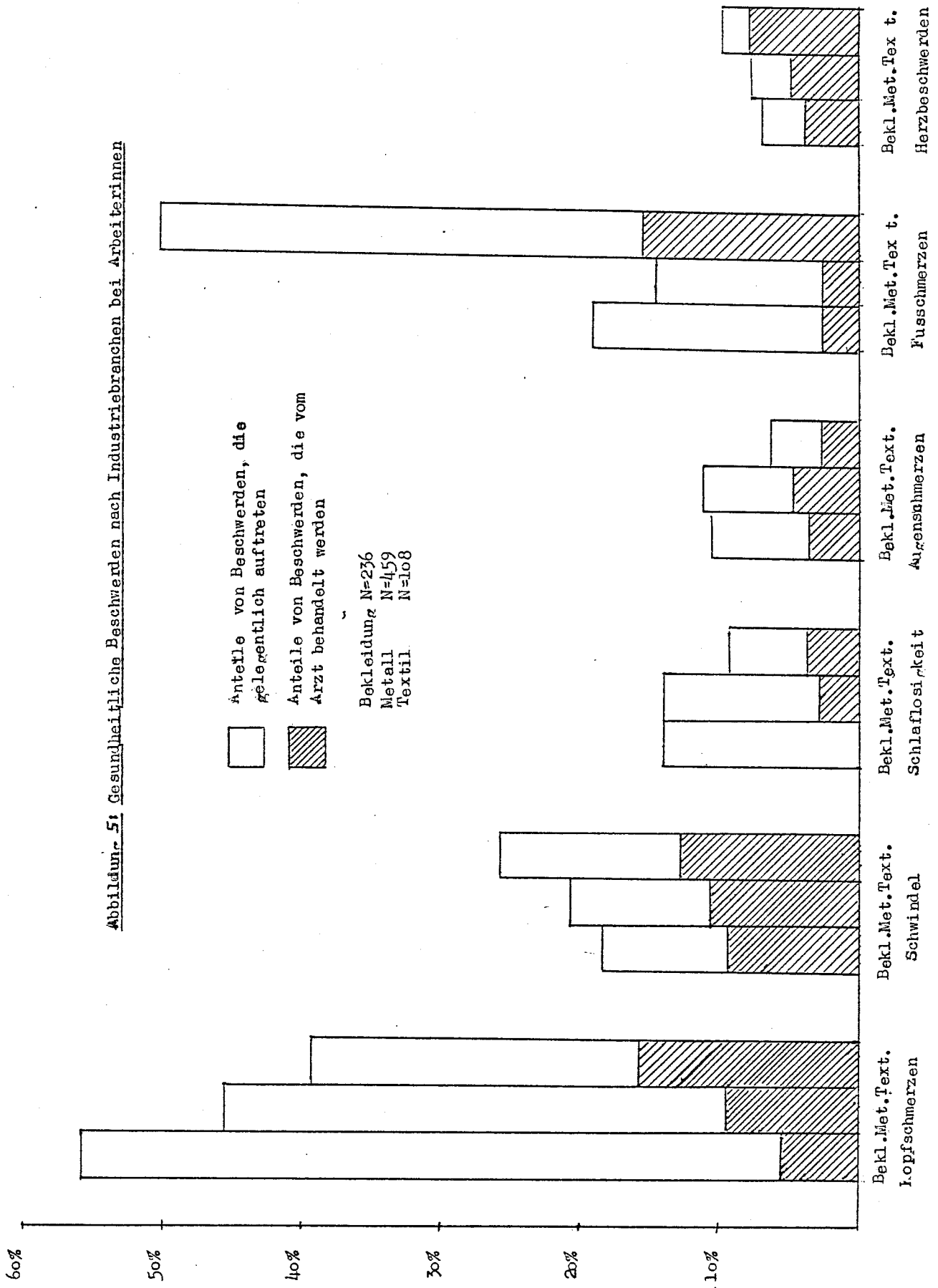
und zwar Augenschmerzen bei Angestellten, Fußschmerzen bei Verkäuferinnen und Arbeiterinnen. Herzbeschwerden schließlich treten bei etwas weniger als einem Zehntel der Befragten auf.

Sehr deutlich ist auch hinsichtlich dieser spezifischen Beschwerden wieder die starke Variation des Auftretens von Gesundheitsstörungen nach Industriebranchen innerhalb der Arbeiterinnen (vgl. Tab. 2 und Abbildung 5). Fast durchwegs am schlechtesten schneiden Arbeiterinnen in der Textilbranche ab: sie leiden sehr viel häufiger als alle anderen Gruppen an Fußschmerzen, aber auch an Schwindelgefühlen und Herzbeschwerden; wegen Kopfschmerzen werden sie am häufigsten von einem Arzt behandelt.

Einen gewissen Hinweis auf den Schweregrad der einzelnen Beschwerden liefert das Verhältnis zwischen den ab und zu auftretenden und den unter ärztlicher Behandlung stehenden Beschwerden. Auch die Reihenfolge der Häufigkeit der einzelnen Beschwerden ändert sich, wenn man die von einem Arzt behandelten Beschwerden betrachtet. Zwar werden absolut gesehen Kopfschmerzen und Schwindelgefühle als die am häufigsten von einem Arzt behandelten Beschwerden genannt (von je einem Zehntel der Arbeiterinnen, etwas seltener von Verkäuferinnen und Angestellten).

Bezogen auf die Häufigkeit des Auftretens von Beschwerden überhaupt sind es jedoch eindeutig Herzbeschwerden, die am stärksten als beunruhigend und belastend erlebt werden. Bei Herzbeschwerden stehen die ärztlich behandelten zu den "ab und zu" auftretenden Beschwerden bei Arbeiterinnen in einem Verhältnis von 1:1, bei Verkäuferinnen und Angestellten in einem Verhältnis von 1:2,5. An zweiter Stelle in dieser Reihung stehen Schwindelgefühle, die bei Arbeiterinnen ebenso fast ebenso oft unter ärztlicher Behandlung stehen wie lediglich ab und zu auftreten. Die übrigen Beschwerden führen sehr viel seltener in eine ärztliche Ordination, wobei sich jedoch durchgehend

Abbildung 5: Gesundheitliche Beschwerden nach Industriebranchen bei Arbeiterinnen



zeigt, daß dies bei Arbeiterinnen und hier wieder besonders bei Textilarbeiterinnen häufiger der Fall ist. Einen Sonderfall bilden offenkundig die "anderen Beschwerden"; diese offene Kategorie wurde von den Frauen vermutlich nur dann angekreuzt, wenn sie unter einer ganz spezifischen Erkrankung litten, was der überaus hohe Anteil derer zeigt, die unter ärztlicher Behandlung stehen. Da wir jedoch nicht wissen, um welche Gesundheitsstörungen es sich handelte, können wir hierüber an dieser Stelle nicht allzu viel aussagen.

Schon dieser erste grobe Überblick hat also einen wichtigen Tatbestand aufgezeigt: wenn Arbeiterinnen angeben, daß sie unter bestimmten Beschwerden leiden, so sind diese Leidenssymptome auch häufiger mit ernststen gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbunden als bei Verkäuferinnen und Angestellten. Es wäre nach unserer Meinung jedoch irreführend, dies etwa so zu interpretieren, daß die beiden zuletzt genannten Gruppen eher zu einem grundlosen "Jammern" neigen oder besonders "wehleidig" sind. Viel zutreffender scheint dagegen eine Interpretation zu sein, welche die Tatsache berücksichtigt, daß Angehörige der Arbeiterschaft (in noch höherem Ausmaße gilt dies für Bauern) durchwegs erst bei einem real stärkeren Leidensdruck sich als krank empfinden und ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen. Wir werden in den folgenden Kapiteln in mehrfacher Hinsicht zeigen können, daß die spezifischen Belastungen und Konflikte, wie sie für die Arbeiterinnen insgesamt und einzelne Teilgruppen unter ihnen in Arbeitswelt, Familie und gesellschaftlicher Lage bestehen, gravierend genug sind, um die Tatsache eines signifikant schlechteren gesundheitlichen Befindens erklären zu können.

Tabelle 3: Der Konsum von Beruhigungsmitteln und Schlaftabletten nach Branchen und Berufsgruppen

Die Frau verwendet	Arbeiterinnen			Arbeit. insgesamt	Verkäuf.	Angest.
	Bekl. (236) (N) %	Textil (108) %	Metall (459) %			
Beruhigungs- mittel	13	25	17	17	13	11
Schlaf- tabletten	1	1	1	1	-	1
beide	1	1	1	1	-	1
keines von beiden	70	63	71	70	78	84
keine Antw.	15	10	10	11	8	3
zusammen	100	100	100	100	99	100

$$\chi^2(\text{Branchen}) 21.06(12)^* \quad \chi^2(\text{Berufsgruppen})=12.01(6)$$

Untersuchen wir jedoch noch die weiteren Indikatoren des gesundheitlichen Befindens, die in dieser Studie erfaßt wurden. Hier ist zunächst die Häufigkeit des Konsums von Beruhigungsmitteln und Schlaftabletten von Interesse.

Ähnlich wie die Tatsache, ob bestimmte Beschwerden vom Arzt behandelt werden, können wir auch hier annehmen, daß dieser Indikator - sofern er bei bestimmten Beschwerden signifikant häufiger auftritt - einen Hinweis auf den Schweregrad dieser Beschwerden gibt. Die Häufigkeit der Einnahme von solchen Beruhigungsmitteln ("Tranquilizern") ist auch an sich ein wichtiger Indikator des Gesundheitsverhaltens der Frauen und wäre als solcher im Rahmen ihrer gesamten, mit dem gesundheitlichen Befinden zusammenhängenden Aktivitäten zu sehen. Betrachten wir zunächst die Häufigkeit der Einnahme von Tabletten nach Berufsgruppen bzw. Branchen. Wie Tabelle 3 zeigt, besteht auch hier ein deutlicher Unterschied zwischen Arbeiterinnen und Angestellten. Nehmen Angestellte zu etwa einem Zehntel solche Tabletten, so beträgt dieser Anteil bei Arbeiterinnen nahezu doppelt soviel, nämlich 19 %. Verkäuferinnen liegen mit 13 % näher bei den Angestellten. Fast ebenso deutlich sind die Unterschiede innerhalb der Arbeiterinnen selbst: Arbeiterinnen in der Bekleidungsbranche nehmen zu 15 % mehr oder weniger regelmäßig Tabletten ein, Arbeiterinnen in der Textilbranche dagegen zu 27 %, d.h. mehr als ein Viertel dieser Gruppe von Frauen nimmt regelmäßig Tabletten ein.

Insgesamt reproduzieren sich also auch im Hinblick auf den Tablettenkonsum deutlich die Muster des gestörten gesundheitlichen Befindens, die wir schon im Hinblick auf die Beschwerden feststellen konnten: sowohl zwischen Arbeiterinnen und Angestellten wie innerhalb der Arbeiterinnen bestehen sehr deutliche Unterschiede, wobei die Arbeiterinnen insgesamt und innerhalb der Arbeiterinnen wiederum die Arbeiterinnen in der Textilbranche deutlich schlechter abschneiden.

Nach der Art der eingenommenen Tabletten überwiegen eindeutig Beruhigungsmittel gegenüber Schlaftabletten.¹⁾ Mangels exakt vergleichbarer Daten läßt sich keine allgemeine Aussage über die relative Häufigkeit des Tablettenkonsums in dieser Gruppe von Frauen etwa gegenüber anderen Bevölkerungsgruppen machen. Es muß jedoch zweifellos als alarmierend angesehen werden, wenn in einzelnen Subgruppen bis zu einem Viertel aller Frauen regelmäßig Beruhigungs- bzw. schmerzstillende Mittel einnehmen - vor allem wenn man bedenkt, daß es sich hier um junge Frauen im Alter von 20 bis 30 Jahren handelt. Gerade der unkontrollierte Gebrauch von Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln und Kombinationspräparaten ist nämlich, wie im österreichischen Frauenbericht aufgezeigt wird, ein Phänomen, das bei Frauen weit verbreitet ist und - etwa im Gegensatz zum Alkoholismus - ebenso häufig, wenn nicht sogar öfters auftritt als bei Männern. Denn Medikamenteneinnahme wird bei Frauen gesellschaftlich ebenso toleriert wie bei Männern, noch dazu, da ihr durch ärztliche Verschreibung häufig Vorschub geleistet wird. Dies kann jedoch fatale Konsequenzen haben:

"In der Regel wird bei körperlichen Mißempfindungen, psychosomatischen Beschwerden und Schlafstörungen nicht nach der Ursache gesucht, sondern ein schmerzstillendes Mittel, ein Entspannungs- oder Schlafmittel verschrieben. Da es sich um eine Therapie handelt, die rein am Symptom angreift und die Wurzel nicht berücksichtigt, wird die Medikamenteneinnahme fortgesetzt und die ärztliche Kontrolle nicht mehr aufgesucht. So kommt es häufig zu Mißbrauch und Suchtverhalten" (FRAUENBERICHT 1975, Heft 6, S. 52).

Als letzte Variable, deren Verteilung nach Berufsgruppen und Branchen wir hier untersuchen wollen, verbleibt die

1) Aus diesem Grunde fassen wir in den folgenden Analysen diese beiden Formen von Tabletten jeweils in eine Kategorie zusammen.

Frage nach der allgemeinen Zufriedenheit der Frauen. ¹⁾

Eine solche allgemeine Frage hatte sich vor allem in den amerikanischen Studien über "mental health" relativ gut bewährt und zwar nicht nur wegen ihrer Einfachheit, sondern auch im Hinblick auf ihre Aussagekraft verglichen mit komplexeren Meßskalen von Zufriedenheit, Gesundheit usw. (BRADBURN & CAPLOVITZ, 1965:8 ff).

Wie Tabelle 4 zeigt, bezeichnet sich etwa ein Zehntel aller Frauen unter Betrachtung der gesamten Lebenslage als eher nicht zufrieden, ein gleicher Anteil als "außerordentlich zufrieden". Auffallend ist jedoch, daß sich bei dieser Frage praktisch kein signifikanter Unterschied zwischen Berufsgruppen bzw. Branchen zeigt. Dies weist wohl darauf hin, daß Gesundheit nicht unbedingt dasselbe wie Zufriedenheit oder "Glück" bedeutet (was immer man unter letzterem verstehen mag), wenngleich beide zweifellos in hohem Maße miteinander zusammenhängen (GUIRDHAM, 1960:84-89). Abgesehen von der Tatsache einer geringeren Variation nach Berufsgruppen zeigt sich jedoch auch in dieser Frage wieder, daß sich etwa ein Zehntel der befragten jungen Frauen in einer besonders schweren Belastungs- bzw. Konfliktsituation befinden.

Bevor wir dazu übergehen, unsere Daten mit denen einiger ähnlicher Studien zu vergleichen, seien noch die Ergebnisse auf eine globale Maßzahl des gesundheitlichen Befindens präsentiert, nämlich die Anzahl der gesund-

1) Auf eine Darstellung der Verteilung der befragten Frauen nach den beiden Skalen des stimmungsmäßigen Befindens verzichten wir hier, da diese Verteilung inhaltlich schwer zu interpretieren ist. Wir werden diese Skalen jedoch in den beiden folgenden Abschnitten heranziehen, wenn wir die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Indikatoren des gesundheitlichen Befindens herausarbeiten. Zu erwähnen ist, daß sich nach Berufsgruppen und Branchen in diesen beiden Skalen nur relativ geringfügige Unterschiede zeigen.

Tabelle 4: Die allgemeine Zufriedenheit der Frauen nach Berufsgruppen und Industriebranchen

	(N)	Arbeiterinnen			Arbeit. insges. (803)	Verkäuf. (224)	Angest. (343)
		Metall	Bekl.	Textil			
		(459)	(236)	(108)			
		%	%	%	%	%	%
Die Frau ist im allgemeinen	außerordentlich zufrieden	8	13	10	10	13	11
	zufrieden	78	80	78	79	76	77
	eher nicht zufrieden	11	6	8	9	10	12
	unzufrieden	1	-	-	1	1	-
	keine Antwort	1	1	4	1	1	-
	zusammen	100	100	100	100	100	100

$$\chi^2(\text{Branchen}) 21.60(16), \quad \chi^2(\text{Berufsgruppen}) 8.24(8)$$

Tabelle 5: Anzahl der gesundheitlichen Störungen pro Person nach Branchen und Berufsgruppen

Anzahl d. gesundh. Störungen (N)	Arbeiterinnen			Arb. Insges. (803)	Verkäuf. (224)	Angest. (343)
	Metall (459)	Bekldg. (236)	Textil (108)			
keine	9.2	9.3	8.3	9.1	8.9	7.6
1	22.2	24.2	16.7	22.0	22.3	20.1
2	26.6	27.1	21.3	26.0	25.4	33.8
3	21.6	20.8	25.9	21.9	21.9	15.7
4	9.4	13.1	12.0	10.8	10.7	11.1
5+	11.0	5.4	15.7	10.0	10.6	11.7
Zusammen	100	99.9	99.9	99.8	99.8	100
Durchschnitt	2.37	2.25	2.73	2.38	2.42	2.43

heitlichen Beeinträchtigungen pro Person.¹⁾

Dieser Index stellt eine wichtige Ergänzung unserer deskriptiven Darstellung des Umfanges verschiedener gesundheitlicher Beeinträchtigungen dar, da er erlaubt, das Ausmaß solcher Störungen - zumindest quantitativ - in einer einzigen Maßzahl auszudrücken.²⁾

-
- 1) Bei der Berechnung der Maßzahl wurden folgende Variablen bzw. Ausprägungen als eine gesundheitliche Störung gezählt: allgemein weniger zufrieden oder nicht zufrieden; gesundheitlich nicht wohl; sehr nervös oder nervös; positiver und negativer happiness score: niedrigster bzw. höchster Wert (von 3 bzw. 4 Gruppen); alle Beschwerden (insgesamt 7): ab und zu oder vom Arzt behandelt oder beides. Insgesamt waren damit maximal 11 Beschwerden pro Person möglich. Bei der Konstruktion dieses Index haben wir die Variable zur allgemeinen Zufriedenheit eingeschlossen, da diese nach unserer Konzeption von Gesundheit durchaus als Aspekt der Gesundheit zu sehen ist (statistisch-empirische Evidenz dafür präsentieren wir in Abschnitt 3.3). Nicht eingeschlossen haben wir die Variable "Tablettenkonsum" obwohl auch diese als Aspekt der Gesundheit anzusehen ist (wie ebenfalls in Abschnitt 3.3 gezeigt wird). Tablettenkonsum ist jedoch kein direkter Indikator des gesundheitlichen Befindens im Sinne einer konkreten Beschwerdeform.
 - 2) Dabei müssen wir uns bewußt sein, daß die Aussagekraft dieses Index vor allem nach oben hin beschränkt ist, da die maximal mögliche Anzahl von Störungen durch unseren Fragebogen vorgegeben wurde. Nach unten ist die Variable jedoch aussagekräftig insofern, als sie zumindest grob angibt, wie groß der Anteil der Frauen mit keinen bzw. sehr wenigen Gesundheitsstörungen ist (da wir auch einige sehr allgemeine Fragen zum gesundheitlichen Befinden eingeschlossen haben, fällt das Problem der fehlenden Vollständigkeit der Liste von Beschwerden hier nicht so stark ins Gewicht).

Wie Tabelle 5 zeigt, leiden die Frauen im Durchschnitt unter 2,4 Beschwerden. Wichtiger als diese Maßzahl, die auch von der Anzahl der in unserem Fragebogen vorgegebenen Beschwerden abhängt (vgl. Anm. oben) ist jedoch die Frage, wie groß der Anteil von Frauen mit überhaupt keinen Beschwerden einerseits, mit sehr zahlreichen Beschwerden andererseits ist. Denn nur die erstere Frage gibt Auskunft darüber, wie hoch der Anteil mehr oder weniger "vollkommen" gesunder Frauen ist. Dieser Anteil ist in der Tat als sehr niedrig zu bezeichnen: in allen Berufsgruppen bzw. Branchen beträgt er nur knapp ein Zehntel aller Frauen! Jeweils ein Fünftel bis ein Viertel aller Frauen geben eine gesundheitliche Beeinträchtigung an, ein weiteres Viertel 2. Damit leiden insgesamt etwa die Hälfte bis knapp zwei Drittel aller Frauen unter zwei oder weniger gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Dies bedeutet auf der anderen Seite, daß etwa 40 % aller Frauen unter mindestens drei gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden. Selbst unter 5 und mehr Störungen leiden noch ein Zehntel aller Frauen - ebenso viele wie jene, die keine einzige Störung angaben. Unsere Ergebnisse im Hinblick auf die Häufigkeit derartiger Leidensformen und Beschwerden bestätigen also eindeutig die Befunde vergleichbarer Studien, die wir bereits früher zitiert haben: der vollkommen gesunde Mensch muß praktisch als ein "Sonderfall" angesehen werden. "Normal" im statistischen Sinne ist bei dieser Gruppe berufstätiger junger Frauen die Beeinträchtigung durch mindestens zwei Formen psychosozialer, psychosomatischer oder kleinerer organischer Störungen! Diese Tatsache sollte unserer Meinung nach allerdings nicht so interpretiert werden, daß man sich mit solchen kleineren Beschwerden eben abfinden müsse, sondern ist viel eher als eine Bestätigung der Tatsache zu sehen,

daß ein überaus großer "klinischer Eisberg" an (meist nicht behandelten) alltäglichen Gesundheitsstörungen existiert. Vor allem sollte auch nicht der verhängnisvolle Schluß gezogen werden, daß es sich bei solchen Störungen nur um belanglose Irritationen handelt. Denn wie z.B. CREMERIUS (1968) im Hinblick auf eines der verbreitetsten Leiden, nämlich den Kopfschmerz, feststellen konnte, war die langfristige Heilungsprognose gerade bei diesem Leiden sehr ungünstig.¹⁾ Ganz allgemein handelt es sich aber bei den unter den befragten Frauen am meisten verbreiteten Leidensformen und Beschwerden ganz typisch um solche, von denen DELIUS und FAHRENBURG (1966:4) schrieben:

"Es handelt sich nicht um ausgeprägte Krankheiten, sondern um viele 'kleine' Gesundheitsstörungen des täglichen Lebens, die nicht oder noch nicht das in der zeitgenössischen Medizin weithin geltende Kriterium von 'Krankheit' = morphologische Ver-
sehrtheit' zeigen".

Wie wir im ersten Kapitel aufzeigten, erscheint gerade die Erfassung und richtige Behandlung solcher scheinbar "harmloser" Leiden aus gesundheitspolitischer Sicht im Sinne einer vorbeugenden Gesundheitsfürsorge als ganz besonders vordringlich.

Eine abschließende Bemerkung zu den Ergebnissen in Tabelle 5 betrifft die Unterschiede in der Anzahl der Beschwerden pro Person nach Berufsgruppen bzw. Branchen. In dieser Hinsicht ist auffallend, daß allgemein viel weniger deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Subgruppen auftreten als bei der Analyse einzelner

1) Dabei ist natürlich im Auge zu behalten, daß es sich bei dem von CREMERIUS diagnostizierten Syndrom des funktionellen Kopfschmerzes um eine relativ schwere Leidensform handelte, die sicher nur einen kleinen Teil jener Frauen betrifft, die in unserer Erhebung angaben, unter Kopfschmerzen zu leiden.

konkreter Gesundheitsstörungen. Lediglich Arbeiterinnen in der Textilbranche zeigen einen merklich höheren Anteil von Gesundheitsstörungen. Es wäre nun falsch, daraus abzuleiten, daß die globale gesundheitliche Situation dieser verschiedenen Gruppen von Frauen recht ähnlich ist. Wie wir zum Teil bereits zeigen konnten, unterscheiden sich diese Gruppen sehr deutlich im Hinblick auf die Art der Beschwerden und auf den Schweregrad von Gesundheitsstörungen. Die generell weite Verbreitung solcher Gesundheitsstörungen zeigt lediglich, daß eine "vollkommene" Gesundheit in allen Gruppen dieser jungen berufstätigen Frauen praktisch nur eine kleine Minderheit von Frauen kennzeichnet.

Wir können diesen Abschnitt abschließen mit einem kurzen Blick auf die Ergebnisse einiger vergleichbarer Studien um zu sehen, inwieweit die von uns festgestellte Häufigkeit gesundheitlicher Beschwerden vergleichbarer Erhebungen entspricht. Ein wichtiger Bezugspunkt sind, wie bereits mehrfach festgestellt, eine Reihe amerikanischer Studien über die Verteilung der psychischen Gesundheit ("mental health") in der Bevölkerung. Wir haben bereits darauf hingewiesen, daß Studien, die eine ähnliche Frage zur allgemeinen Zufriedenheit ("life satisfaction") stellten, zu einem sehr ähnlichen Ergebnis kamen, nämlich etwa einem Zehntel beträchtlich weniger zufriedener Personen (GURIN et al., 1960; BRADBURN & Caplovitz, 1965). SROLE und Mitarbeiter (1962:138) stellten in der "Midtown Manhattan Studie" mit Hilfe einer Testskala einen Anteil von 10 % ernstlich gestörten Personen fest und einen Anteil von 18 % deutlich "Nervöser". KORNHAUSER (1965) fand bei 20- bis 29jährigen männlichen Arbeitern einen Anteil von 14 % mit einem deutlich niedrigeren "mental health score" und beurteilte ein Drittel der Befragten in dieser Dimension als "unterdurchschnittlich".

Von besonderem Interesse sind hier die Ergebnisse einer repräsentativen Erhebung in der österreichischen Bevölkerung über persönliche Erfahrungen mit Beschwerden und Krankheitszuständen, die im Jahre 1970 durchgeführt wurde (IFES, 1970; hier zitiert nach BUCHSTALLER, 1974; FRAUENBERICHT 1975, Heft 6, S. 46-47). ¹⁾ Aus dieser Studie ergaben sich mit unseren Ergebnissen zum Teil deutlich übereinstimmende Befunde. So litten insgesamt 51 % der Befragten an Nervosität oder Überreiztheit, 45 % an Kopfschmerzen, 33 % an Herzbeschwerden, je 22 % an Schlaflosigkeit und Verdauungsbeschwerden. Auch hier zeigte sich wie in der Mikrozensuserhebung des ÖStZ (vgl. Anm.), daß Frauen generell häufiger und stärker unter solchen Beschwerden leiden als Männer. So litten folgende Anteile von Frauen "stark" unter bestimmten Beschwerden (FRAUENBERICHT 1975, Heft 6, S. 59): Herzbeschwerden 9 %, Nervosität 20 %, Schlaflosigkeit 8 % und Kopfschmerzen 19 %. Insgesamt litten nur 9 % aller Befragten unter

1) Relevant ist auch die Mikrozensuserhebung des ÖStZ im Jahre 1973 über das Auftreten von Beschwerden. Da die entsprechende Frage jedoch anders formuliert war ("Haben Sie gegenwärtig Beschwerden,..."), sind die Ergebnisse nicht direkt vergleichbar. Allgemein liegt dort die Häufigkeit einzelner Beschwerden weit unter jener, die in unserer Studie sowie in der oben besprochenen Studie des IFES auftritt. So litten von den 20- bis 29jährigen Frauen zur Zeit der Befragung 2,6 % unter Schlafstörungen, 8,9 % unter Nervosität, 3,4 % unter Schwindel, 12,0 % unter Kopfschmerzen und 1,8 % unter Herzbeschwerden (vgl. ÖStZ, 1976, S. 59, Tab. 19b). Bemerkenswert ist an diesen Daten, daß sie einen deutlichen Anstieg der Häufigkeit solcher Beschwerden bis zum 59. bzw. 69. Lebensjahr zeigen, sowie eine generell größere Häufigkeit bei Frauen als bei Männern. "Keine Beschwerden" nannten 57 % der Frauen und 65 % der Männer.

keinen Beschwerden und 43 % zumindest an einer Beschwerde "stark". BUCHSTALLER (1974:37) folgert daher zu Recht, diese Daten bestätigen die These,

"daß es aus dem Gleichgewichtszustand, den wir Gesundheit nennen, im Leben des Einzelmenschen mehrmals täglich Ausschläge in Richtung einer Störung gibt, und die These von PFLANZ, daß unter den medizinisch relevanten Entscheidungen nur eine Minderzahl unter ärztlicher Beratung und Berücksichtigung wissenschaftlicher Gesichtspunkte zustande kommt".

Daß der "klinische Eisberg" an nichtbehandelten Krankheiten tatsächlich sehr groß ist, konnte in dieser Studie auch unmittelbar dadurch bestätigt werden, daß von den Befragten, die sich im Jahr vor der Untersuchung wirklich krank gefühlt hatten, 41 % den Arzt nicht aufgesucht hatten, wobei als ein für die Lage der Frauen positiver Aspekt immerhin festgestellt wurde, daß diese eher den Arzt aufsuchten als Männer.

Alle diese Ergebnisse weisen also darauf hin, daß es sich bei den von uns erfaßten Beschwerden durchaus um ernstzunehmende gesundheitliche Störungen handelt, da bereits von vielen Studien festgestellt wurde, daß es auch unter der anscheinend gesunden "Normalbevölkerung" einen großen Anteil gesundheitlich beeinträchtigter Menschen gibt. Um verlässliche Aussagen über die Häufigkeit solcher Beschwerden treffen zu können, wäre es allerdings notwendig, die Vergleichbarkeit der Frageformulierung zu verbessern. Unsere Analysen, die wir in den folgenden Abschnitten und Kapiteln durchführen werden, sollen daher auch in erster Linie aufzeigen, wie diese Gesundheitsstörungen untereinander und mit der sozialen Lage der Frauen zusammenhängen.

3.2. Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Dimensionen des gesundheitlichen Befindens

Eine Analyse der Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Formen gesundheitlicher Störungen ermöglicht erstens bis zu einem bestimmten Grade eine Überprüfung der inhaltlichen Gültigkeit unserer Ergebnisse, und kann zweitens weitere Hinweise darauf geben, welche spezifischen Formen von Beschwerden die Frauen als besonders gravierend und bedrohlich empfinden. Die "Glaubwürdigkeit" der Ernsthaftigkeit bestimmter Beschwerden wird sicherlich erhöht, wenn wir feststellen können, daß Frauen, die unter solchen Beschwerden leiden, auch häufiger angeben, daß sie sich gesundheitlich nicht wohl fühlen, daß sie sich als nervös bezeichnen, überdurchschnittlich häufig Tabletten einnehmen usw.

Methodische Vorbemerkung.

Die statistische Signifikanz des Zusammenhanges zwischen mehreren Variablen berechnen wir in den folgenden Analysen - wie schon im vorhergehenden Abschnitt - stets mit dem Chi-Quadrat-Test. Dies gilt ebenso für Matrizen von Korrelationskoeffizienten, bei denen wir auch die statistische Signifikanz angeben. Was das Signifikanzniveau betrifft, wählen wir nicht ein bestimmtes aus, sondern geben jeweils an, mit welcher Irrtumswahrscheinlichkeit ein Zusammenhang als statistisch gesichert angesehen werden kann und zwar auf folgende Weise:

x : $p < .05$
xx : $p < .01$
xxx : $p < .001$

Als Koeffizient für die Stärke von Zusammenhängen verwenden wir im Falle von Ordinalvariablen den rank-order Korrelationskoeffizienten GAMMA. Ordinalvariablen stellen die Fragen nach der Nervosität und allgemeinen Zufriedenheit, die happiness-scores und die Fragen nach den Beschwerden dar. (sofern wir diese gliedern nach: keine/ab und zu/ vom Arzt behandelt; vergleichende Berechnungen ergaben jedoch, daß die Ergebnisse fast dieselben sind, wenn die Beschwerden als dichotome Variablen - Beschwerden ja/nein - definiert werden).
Sofern nicht anders angegeben, werden bei Berechnungen von Korrelationskoeffizienten die Variablen "Beschwerden"

daher dichotomisiert).

Der Korrelationskoeffizient GAMMA wird berechnet nach der Formel

$$\gamma = \frac{C-D}{C+D}, \text{ (BLALOCK, 1972:424)}$$

wobei C = Anzahl der "konkordanten Paare" (gewichtete Anzahl der Fälle mit "richtigen", d.h. der ordinalen Rangordnung entsprechenden Ausprägungen in beiden Variablen) und

D = Anzahl der "diskordanten Paare" (Fälle mit "falschen" Merkmalskonstellationen);

GAMMA variiert wie der Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient von -1.0 (vollständig negativer Zusammenhang) bis +1.0 (vollständig positiver Zusammenhang), und nimmt den Wert 0 an, wenn kein Zusammenhang besteht. Für unsere Daten eignet sich GAMMA vor allem aus zwei Gründen (vgl. BLALOCK, 1972:415-426): (1) es handelt sich durchwegs um gruppierte Daten mit einer hohen Anzahl von "tied ranks" (GAMMA schließt diese aus der Berechnung aus) und (2) die Besetzung der einzelnen Kategorien ist in den meisten Variablen stark ungleichmäßig (KENDALL's TAU nimmt daher meist den Wert 0 an). Im Falle von 2 x 2 Tabellen (Vierfeldertafeln) fällt GAMMA zusammen mit YULE's Q, das berechnet wird nach der Formel

$$Q = \frac{ad - bc}{ad + bc}$$

wobei a, b, c und d die Zellenbesetzungen darstellen (vgl. BLALOCK, 1972:298; BISHOP et al., 1975:378-380). Auch dieses Maß variiert von -1 bis +1 und nimmt den Wert 0 an, wenn kein Zusammenhang besteht. Es kann allerdings auch den Wert 1 annehmen, wenn eine Zelle nicht besetzt ist.

Die Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen den verschiedenen Indikatoren des gesundheitlichen Befindens präsentieren wir in drei Korrelationsmatrizen: jener zwischen den allgemeinen Gesundheitsvariablen, zwischen den spezifischen Beschwerdeformen und schließlich zwischen spezifischen Beschwerden und allgemeinen Gesundheitsvariablen (Tabelle 6, 7 und 9).

Aus Raumgründen bzw. Gründen der Besetzungszahl stellen wir dabei jeweils die Arbeiterinnen den Verkäuferinnen

Tabelle 6: Korrelationen zwischen den verschiedenen Gesundheitsvariablen bei Arbeiterinnen und Angestellten (einschl. Verkäuferinnen) (GAMMA)

	Nervosität	Tabletten- konsum	Positiver score, happ.	Negativer score, happ.	Allgem. Zufriedenh.	Anzahl Beschwerden insgesamt
Gesundheitl. Befinden	Arb. - .54 ^{xxx} Ang. - .42 ^{xxx}	.55 ^{xxx} .33	.26 ^{xx} .22 ^x	-.34 ^{xxx} -.37 ^{xx}	.34 ^{xx} .35	.83 ^{xxx} .75 ^{xxx}
Nervosität	Arb. Ang.	-.24 ^x -.48 ^{xxx}	-.25 ^{xxx} -.32 ^{xxx}	.45 ^{xxx} .48 ^{xxx}	-.36 ^{xxx} -.38 ^{xxx}	-.68 ^{xxx} -.67 ^{xxx}
Tabletten- konsum	Arb. Ang.		.07 .18 ^x	-.26 ^{xxx} -.21 ^x	.17 ^{xx} .37 ^x	-.48 ^{xxx} -.48 ^{xxx}
Positiver score, happ.	Arb. Ang.			-.30 ^{xxx} -.47 ^{xxx}	.64 ^{xxx} .65 ^{xxx}	.30 ^{xxx} .24 ^{xxx}
Negativer score, happ.	Arb. Ang.				-.49 ^{xxx} -.67 ^{xxx}	-.31 ^{xxx} -.32 ^{xxx}
Allgemeine Zufriedenheit	Arb. Ang.					.51 ^{xxx} .54 ^{xxx}

und Angestellten gegenüber, da es uns hier in erster Linie um eine Herausarbeitung der wichtigsten Muster von Zusammenhängen geht.¹⁾ Betrachten wir zunächst die Zusammenhänge zwischen den allgemeinen Gesundheitsvariablen (Tabelle 6). Ganz allgemein zeigt sich, daß fast durchwegs signifikante und deutliche Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Gesundheitsindikatoren bestehen: von den 30 möglichen Korrelationen in Tabelle 6 (ausgenommen jene mit der Anzahl der Beschwerden) sind nur 4 nicht signifikant und/oder betragen weniger als .20.²⁾

Dies heißt einmal ganz allgemein, daß die verschiedenen Indikatoren des gesundheitlichen Befindens sehr eng miteinander zusammenhängen, also tatsächlich etwas "Ähnliches" messen (Näheres dazu im folgenden Abschnitt).

-
- 1) Genauere Aufgliederungen nach Berufsgruppen zeigten, daß speziell bei Verkäuferinnen manche der Zusammenhänge weniger deutlich ausgeprägt sind; ähnliches würde vermutlich auch eine Aufgliederung nach Branchen bei Arbeiterinnen ergeben. Wir werden auf diese Unterschiede in den folgenden Abschnitten im Zusammenhang mit der Analyse der unterschiedlichen Arbeitsbedingungen, Familiensituation usw. dieser Gruppe eingehen.
 - 2) Diese beiden Kriterien - Signifikanz von mindestens $p < .05$ und Stärke des Zusammenhanges von mindestens .20 - betrachten wir im folgenden als Kriterien dafür, einen Zusammenhang als "relevant" zu bezeichnen. Wie die Ergebnisse in den Tabellen 6 bis 7 zeigen, besteht oft eine "Inkongruenz" zwischen dem Grad der Signifikanz und der Stärke von Zusammenhängen. Es zeigt sich hier also sehr deutlich, daß man Signifikanz und relative Stärke von Zusammenhängen zugleich betrachten muß, um eine verlässliche Aussage über die Existenz von Zusammenhängen machen zu können. Die Ursache für die oft beträchtliche Abweichung von Signifikanz und Stärke von Korrelationen ist hier vor allem die Tatsache, daß GAMMA besonders empfindlich in Fällen ist, in denen einzelne Zellenbesetzungen Null sind.

Absolut am stärksten - durchwegs über .45 - sind zum einen die Zusammenhänge zwischen dem positiven happiness-score und der allgemeinen Zufriedenheit sowie - bei Angestellten - dem negativen happiness-score und der allgemeinen Zufriedenheit; zum anderen die Interkorrelationen zwischen dem allgemeinen gesundheitlichen Befinden, der Nervosität und dem Tablettenkonsum. Deutlich schwächer ausgeprägt - durchwegs unter .40 - sind hingegen die Zusammenhänge zwischen den Gesundheitsvariablen im engeren Sinne einerseits (allgemeines gesundheitliches Befinden, Nervosität und Tablettenkonsum) und den Variablen, die sich mehr auf die allgemeine Zufriedenheit bzw. auf das emotional-stimmungsmäßige Befinden beziehen andererseits (positiver und negativer happiness-score, allgemeine Zufriedenheit). Eine Ausnahme von diesem Muster stellt praktisch nur der Zusammenhang zwischen der Nervosität und dem negativen happiness-score dar, der relativ hoch ist. In Bezug auf die Ergebnisse zu diesen beiden Skalen der emotionalen Ausgeglichenheit ist festzustellen, daß die Ergebnisse mindestens teilweise den Erwartungen entsprechen, die hinter der theoretischen Unterscheidung zwischen einer mehr "positiven" und einer mehr "negativen" Dimension liegt: ¹⁾ während der negative score stärker mit

1) Die Unterscheidung zwischen diesen beiden Dimensionen hat sich vor allem im Rahmen von Studien bewährt, in denen die Faktoren untersucht wurden, welche zu besonderer Zufriedenheit bzw. zu besonderer Unzufriedenheit in Arbeit und Beruf führen. Es zeigte sich dort, daß diese beiden Dimensionen inhaltlich etwas anderes bedeuten: Zufriedenheit wird nicht einfach nur durch die Abwesenheit jener Faktoren hervorgerufen, die zu Unzufriedenheit mit einem Beruf oder Arbeitsplatz führen. Faktoren wie gute Arbeitsbedingungen, hohe Bezahlung usw. führen höchstens zur Reduktion von Unzufriedenheit mit der Arbeit, während positive Bindung an die Tätigkeit eher durch solche Faktoren wie Interessantheit der Arbeit, hohe Verantwortung usw. hervorgerufen wird. Diese Unterscheidung, die auf HERZBERG, MAUSNER und SNYDERMAN (1959) zurückgeht, wurde in der Zwischenzeit in ihrer Absolutheit allerdings in Frage gestellt; dennoch scheint es sinnvoll, sie als mögliches Differenzierungskriterium beizubehalten.

den Gesundheitsvariablen im engeren Sinne (gesundheitliches Befinden, Nervosität, Tablettenkonsum, spezifische Beschwerden) korreliert, hängt der positive score stärker mit der allgemeinen Zufriedenheit zusammen. Ein guter Gesundheitszustand scheint also gewissermaßen als eine Voraussetzung dafür angesehen werden können, daß die alltäglichen Lebensprobleme bewältigt werden, er bleibt als solcher jedoch "im Hintergrund". Erst wenn die Gesundheit beeinträchtigt wird, tritt die Bedeutung dieses Gutes - nun allerdings negativ - voll ins Bewußtsein und ist in der Lage, die "Gesamtbilanz" des emotionalen Haushaltes entscheidend auf die negative Seite hin zu beeinflussen.

Die Analyse der Korrelationen zwischen den allgemeinen Gesundheitsvariablen legt also nahe, daß die von uns analysierten Variablen in zwei relativ deutlich unterscheidbare Gruppen aufgegliedert werden können: ¹⁾

Gesundheitsvariablen im engeren Sinne, wozu das allgemeine gesundheitliche Befinden, Tablettenkonsum und Nervosität gehören und Gesundheitsvariablen im weiteren Sinne, die neben dem gesundheitlichen Aspekt auch den Aspekt der allgemeinen Zufriedenheit mit der gesamten Lebenssituation zum Ausdruck bringen; hierzu gehören die beiden happiness-Skalen und die Frage nach der allgemeinen Zufriedenheit.

Neben diesen allgemeinen Tendenzen zeigt sich in Tabelle 6 auch noch ein bemerkenswerter Unterschied zwischen Arbeiterinnen und Angestellten (einschließlich Verkäuferinnen). Nämlich die Tatsache, daß bei Arbei-

1) Vgl. dazu auch die Korrelationen der verschiedenen Gesundheitsfragen mit dem Summenscore "Anzahl der Beschwerden pro Person" (vgl. zur Definition dieser Variable Abschnitt 3.1).

terinnen die Korrelationen zwischen den Gesundheitsvariablen im engeren Sinne stärker sind als bei Angestellten. Bei diesen sind demgegenüber die Korrelationen der beiden Variablen, die in gewissem Sinne "zwischen" den spezifischen und allgemeineren Gesundheitsvariablen stehen, nämlich Nervosität und negativer happiness-score, mit einer Reihe anderer Indikatoren deutlich stärker als bei Arbeiterinnen. Die "vorläufige" Interpretation dieses Sachverhaltes, die wir in diesem Zusammenhang geben, ist die, daß gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Arbeiterinnen - wenn vorhanden bzw. von den Frauen als solche "thematisiert" - generell gravierender sind als bei Angestellten (Evidenz dafür konnten wir bereits mehrfach nachweisen) während gesundheitliche Beeinträchtigungen sich bei Angestellten eher in einer allgemeinen stimmungsmäßigen Gedrücktheit, Unzufriedenheit usw. ausdrücken.

Wir haben aus Raumgründen keine extensiven tabellarischen Aufgliederungen der Zusammenhänge zwischen den Gesundheitsvariablen präsentiert. Um jedoch die obigen Ergebnisse in dieser Hinsicht etwas zu ergänzen, können wir beispielsweise anführen, daß etwa ein Viertel der Angestellten, jedoch 42 % der Arbeiterinnen, die sich gesundheitlich den größten Teil des Jahres über nicht wohl fühlen, Tabletten einnehmen. Auch mindestens ein Viertel aller Frauen, die sich als "sehr nervös" bezeichnen, nehmen Tabletten ein, verglichen mit etwa einem Zehntel bei denen, die sich als weniger nervös bezeichnen. Es zeigt sich an diesem Indikator also sehr deutlich, daß die Fragen nach dem gesundheitlichen Befinden auch mit Verhaltensweisen zusammenhängen, die die Ernsthaftigkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigungen dokumentieren. Selbst wenn es sich bei einem Teil dieser Fälle von Tablettenkonsum um "unkontrollierte", vom ärztlichen Standpunkt nicht gebotene Verhaltensweisen

handeln mag, verliert diese Problematik nichts von ihrer Schärfe. Denn auch in diesem Falle würde sie auf gesellschaftliche Ursachen hinweisen, die dafür zumindest mitverantwortlich sind, nämlich mangelnde Gesundheitserziehung und -aufklärung ebenso wie ungenügende oder unbefriedigende medizinische Betreuung der Bevölkerung, die vor allem durch einen viel zu geringen Anteil an psychosozialen Hilfseinrichtungen gekennzeichnet ist, wie vor allem H. STROTZKA mehrfach nachgewiesen hat.

Gehen wir jedoch über zu einer Analyse der Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Formen von Beschwerden und den allgemeinen Gesundheitsvariablen (Tabelle 7). Wir können aus diesen Ergebnissen Aufschlüsse sowohl über die relative Bedeutung einzelner Beschwerden gewinnen als auch darüber, inwieweit die verschiedenen allgemeinen Gesundheitsfragen "tatsächlich" das gesundheitliche Befinden erfassen. Die Ergebnisse geben unserer Meinung nach auf beide Fragen eine deutliche Antwort. Betrachten wir zunächst die Frage der relativen Bedeutsamkeit einzelner Beschwerden. Als ein sehr einfaches Kriterium können wir die Anzahl der "relevanten" Korrelationen (im oben definierten Sinne) einzelner Beschwerden mit den allgemeinen Gesundheitsvariablen ansehen.¹⁾ Es stechen hier vor allem zwei Formen von Beschwerden hervor, nämlich Schlaflosigkeit und Herzbeschwerden: sie korrelieren in 10 von 12 möglichen Fällen stark und statistisch signifikant mit den allgemeinen Gesundheitsvariablen. An nächster Stelle in dieser Reihung stehen Schwindelgefühle, und "andere Beschwerden", die in 6 bzw. 4 Fällen mit allgemeinen Gesundheits-

1) Ausschließlich der Variable "Anzahl der Beschwerden insgesamt".

Tabelle 2: Korrelationen zwischen Beschwerden und allgemeinen Gesundheitsvariablen
bei Arbeiterinnen und Angestellten (einschl. Verkäuferinnen) (GAMMA)

Beschwerden	Arb.	Ang.	Allg.gesundh. Befinden	Nervosität	Tabletten- konsum	Pos.happ. score	Neg.happ. score	Allgem. Zufriedenh.	Anzahl Beschwerden insgesamt
Schlaflosig- keit	Arb.	.31 [*]	-.42 ^{xxx}	.41 ^{xxx}	.21 ^{xxx}	-.33 ^{xxx}	.26 ^x	-.63 ^{xxx}	
	Ang.	.11	-.42 ^{xxx}	.47 ^{xx}	.35 ^{xxx}	-.44 ^{xxx}	.34	-.67 ^{xxx}	
Kopf- schmerzen	Arb.	.12	-.08	.36 ^{xxx}	.09	-.10	.17	-.57 ^{xxx}	
	Ang.	-.24	-.13 [*]	.43 ^{xx}	.08	-.05	.18	-.33 ^{xxx}	
Augen- schmerzen	Arb.	-.24	-.11	-.04	.10	-.26 ^{xx}	.22 ^{xx}	-.57 ^{xxx}	
	Ang.	.13	-.22	.24	-.03	-.20	.43 ^{xx}	-.59 ^{xxx}	
Herz- beschwerden	Arb.	.62 ^{xxx}	-.44 ^{***}	.60 ^{xxx}	.26 ^{xx}	-.35 ^{xxx}	.37 ^{xxx}	-.75 ^{xxx}	
	Ang.	.58 ^{xxx}	-.49 ^{xx}	.27	.20 ^{xx}	-.32	.41 ^x	-.71 ^{xxx}	
Fußschmerzen	Arb.	.03	-.11	-.18	.01	-.05	-.03	-.49 ^{xxx}	
	Ang.	-.29	-.05	.04	.06	-.19	.08 ^x	-.48 ^{xxx}	
Schwindel- gefühle	Arb.	.61 ^{xxx}	-.36 ^{xxx}	.49 ^{xxx}	.08	-.23 ^{xx}	.19	-.70 ^{xxx}	
	Ang.	.58 ^{xxx}	-.28 ^{xx}	.10	-.01	-.20	.05	-.69 ^{xxx}	
Andere Beschwerden	Arb.	.59 ^{xxx}	-.16	.29	.08	.10	.00	-.29 ^{xxx}	
	Ang.	.76 ^{xxx}	-.38 ^{xxx}	.16	.29 ^{xx}	-.17	.28	-.46 ^{xxx}	

variablen korrelieren und Augen - bzw. Kopfschmerzen, die nur 3 bzw. 2 Korrelationen aufweisen, während Fußschmerzen überhaupt nie in diesem Sinne relevante Zusammenhänge mit dem allgemeinen gesundheitlichen Befinden aufweisen. Eine sehr ähnliche Rangfolge ergibt sich auch bei den Korrelationen der einzelnen Beschwerden mit der Variable "Anzahl der Beschwerden insgesamt": demnach sind Herzbeschwerden und Schwindelgefühle am stärksten mit dem Auftreten weiterer Beschwerden verknüpft. Schlaflosigkeit, Augenschmerzen und Kopfschmerzen kommen in dieser Rangfolge an nächster Stelle.

Neben der Gesamtzahl von Zusammenhängen ist die Frage von Interesse, ob die Beschwerden nur mit den Gesundheitsvariablen mit engeren Sinne oder auch mit jenen Indikatoren des Gesundheitszustandes korrelieren, die auch die allgemeine Zufriedenheit und emotionale Stimmung erfassen. Auch hierzu zeigen sich in Tabelle 7 relativ deutliche Ergebnisse. Ganz allgemein kann man sagen, daß die Zusammenhänge mit den Gesundheitsfragen im engeren Sinne sowohl zahlreicher als auch stärker sind. Schlaflosigkeit und Herzbeschwerden korrelieren zwar mit beiden Variablengruppen gleich oft, jedoch deutlich stärker mit den Gesundheitsvariablen; Schwindelgefühle, Kopfschmerzen und andere Beschwerden korrelieren dagegen praktisch nur mit den Gesundheitsvariablen im engeren Sinne. Einen Sonderfall stellen Augenschmerzen dar, die nur mit den "Zufriedenheitsvariablen" korrelieren. Um die Zusammenhänge zwischen spezifischen Beschwerden und dem allgemeinen gesundheitlichen Befinden etwas anschaulicher zu machen, präsentieren wir in Tabelle 8 eine detaillierte Aufgliederung des Zusammenhanges zwischen vier besonders interessierenden Beschwerdeformen - differenziert nach dem "Grad" der Schwere, wie er durch die Differenzierung nach "ab und zu" bzw. "vom Arzt behandelt" erfaßt wird - und drei allgemeinen Gesund-

Tabelle 8: Zusammenhänge zwischen spezifischen Beschwerden, gesundheitlichem Befinden, Tablettenkonsum und allgemeiner Zufriedenheit

Beschwerden	(N)	% nicht gesund	(N)	% Konsum von Tabl.	(N)	% allgem. unzufrieden
Schlaflosig- keit						
nein	(1112)	13	(1074)	15	(1175)	9
ab und zu	(143)	18	(149)	18	(153)	19
v.Arzt beh.	(22)	32	(24)	62	(25)	12
		$\chi^2 = 8.95^*$		47.23^{xxx}		19.66^{xx}
Kopf- schmerzen						
nein	(550)	14	(532)	11	(594)	8
ab und zu	(637)	11	(623)	20	(664)	12
v.Arzt beh.	(90)	29	(92)	43	(95)	12
		20.63^{xxx}		59.56^{xxx}		10.64
Herz- beschwerden						
nein	(1165)	12	(1136)	16	(1235)	9
ab und zu	(62)	31	(61)	25	(65)	26
v.Arzt beh.	(56)	42	(50)	56	(53)	19
		52.09^{xxx}		54.14^{xxx}		31.41^{xxx}
Schwindel- gefühle						
nein	(968)	9	(938)	15	(1029)	10
ab und zu	(193)	26	(194)	21	(204)	15
v.Arzt beh.	(116)	33	(115)	38	(120)	9
		78.66^{xxx}		40.02^{xxx}		7.51

heitsvariablen. Hier zeigt sich zum einen sehr deutlich, daß Frauen, die wegen eines bestimmten Leidens in ärztlicher Behandlung stehen, sich besonders häufig gesundheitlich unwohl fühlen und zu noch größeren Anteilen - bei Schlaflosigkeit bis zu zwei Dritteln! - Tabletten einnehmen. Man kann damit wohl zu Recht vermuten, daß wir durch diese Differenzierung zum Teil auch eine Differenzierung nach dem Schweregrad eines Leidens erfaßt haben. Zum anderen ist an den Ergebnissen in Tabelle 8 bemerkenswert, daß ein ähnlich "linearer" Zusammenhang mit der allgemeinen Zufriedenheit überhaupt nicht besteht; hier ist im Gegenteil Unzufriedenheit bei jenen Frauen oft sogar seltener, die in ärztlicher Behandlung stehen als bei jenen, die nur "ab und zu" unter bestimmten Beschwerden leiden. Die Folgerung aus diesem Sachverhalt im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Zufriedenheit ist, wie bereits früher festgestellt, daß Gesundheit und Zufriedenheit zweifellos in einem hohen Grade, aber trotzdem in keiner Weise "vollkommen" zusammenhängen.

Wir können die Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen den spezifischen Beschwerden und den allgemeinen Gesundheitsvariablen damit in zwei Punkten zusammenfassen.

- (1) Es ergibt sich eine sehr eindeutige Rangfolge bezüglich der relativen "Schwere" der einzelnen Beschwerden: mit Abstand an erster Stelle stehen Herzbeschwerden und Schlaflosigkeit. Frauen, die unter diesen Beschwerden - vor allem Herzbeschwerden - leiden, bezeichnen sich fast durchwegs als weniger gesund und weniger zufrieden. ¹⁾ Im Gegensatz zu

1) Die hier gefundenen Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit den Ergebnissen sozialmedizinischer Untersuchungen "funktioneller Syndrome" durch CREMERIUS (1968:21 ff.), in denen festgestellt wurde, daß funktionelle kardiovaskuläre Beschwerden (also Herzbeschwerden) am häufigsten mit vielfältigen Formen anderer Beschwerden verknüpft waren und in Arztbehandlung standen.

diesen beiden Beschwerden haben alle anderen Beschwerden signifikante Effekte vor allem auf den Gesundheitszustand im engeren Sinne, wobei hier Schwindelgefühle und "andere Beschwerden" von den restlichen nochmals deutlich abgehoben erscheinen und als gravierender empfunden werden. "Andere Beschwerden" sind allerdings nicht in relevanter Weise mit erhöhtem Tablettenkonsum korreliert. Das umgekehrte gilt für Schlaflosigkeit: dieses Leiden ist - neben Nervosität - in besonderem Maße mit erhöhtem Tablettenkonsum verbunden. Die tabellarische Aufgliederung zeigt, daß nicht weniger als 62 % der Frauen, die sich wegen Schlaflosigkeit in ärztlicher Behandlung befinden, Tabletten einnehmen! Dieser erhöhte Gebrauch von Beruhigungsmitteln bei Schlaflosigkeit weist darauf hin, daß die relativ seltene Verwendung von Schlaftabletten keineswegs bedeutet, daß nicht dennoch sehr häufig Tabletten zur Reduzierung von Schlafproblemen verwendet werden. ¹⁾ Vielleicht werden im Falle von solchen Problemen gerade deswegen Beruhigungsmittel verschrieben bzw. verwendet, weil sie als weniger "stark" und gefährdend empfunden werden. Auf die Tatsache, daß dies unter Umständen eine sehr trügersiche Annahme sein kann, haben wir bereits hingewiesen.

1) Die detaillierte Aufgliederung des Zusammenhanges zwischen Schlaflosigkeit und der Einnahme von Tabletten zeigt, daß zwar Schlaftabletten häufiger genommen werden (in diesem Falle in allen Gruppen von etwa 5 % der Frauen), daß aber auch die Beruhigungsmittel signifikant häufiger eingenommen werden und quantitativ weit stärker ins Gewicht fallen (fünf- bis siebenmal häufiger als Schlaftabletten).

Tabelle 2: Korrelationen zwischen den verschiedenen Formen von Beschwerden bei Arbeiterinnen und Angestellten (einschl. Verkäuferinnen) (GAMMA)

	Kopf- schmerzen	Augen- schmerzen	Herz- beschw.	Fuß- schmerzen	Schwindel- gefühle	Andere- Beschwerden
Schlaflosig- keit	Arb. Ang.	.18 .31	.37 ^{xx} .47 ^x	-.04 -.05	.24 ^x .42 ^{xx}	-.44 -.07
Kopf- schmerzen	Arb. Ang.	.31 ^{xx} .13	.09 -.20	.14 .19	.11 .17	-.45 -.37
Augen- schmerzen	Arb. Ang.		.08 -.05	.22 ^x .14	.09 .27	-.44 -.03
Herz- beschwerden	Arb. Ang.			-.01 .33	.58 ^{xxx} .38 ^x	-.04 -.51
Fuß- schmerzen	Arb. Ang.				-.03 -.002	-.51 ^x -.56 ^{xx}
Schwindel- gefühle	Arb. Ang.					-.16 -.11

Gegenüber diesen Beschwerdeformen, die durchwegs relativ deutlich mit zumindest einigen allgemeinen Gesundheitsvariablen verknüpft sind, stellen Augen- und Fußschmerzen offensichtlich relativ deutlich lokalisierte, spezifische Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit einzelner Körperorgane dar, die nicht zu einem Gefühl der allgemeinen gesundheitlichen Beeinträchtigung führen müssen.¹⁾

- (2) Die zweite Frage betraf den Vergleich der Aussagekraft der auf den Gesundheitszustand im engeren Sinne bezogenen Fragen mit den allgemeineren Variablen des stimmungsmäßigen Befindens und der Zufriedenheit.

Auch hier scheint die Implikation deutlich zu sein: zum einen ist es offenkundig, daß auch die allgemeineren Fragen sehr signifikant mit dem Gesundheitszustand zusammenhängen, was sich in den Korrelationen mit den "schweren" Beschwerdeformen zeigt. Dennoch wird auch die Vermutung bestätigt, daß diese allgemeineren Fragen doch auf einer etwas anderen Ebene liegen - bzw. zumindest noch zusätzliche Aspekte erfassen - als die Gesundheitsvariablen im engeren Sinne. Denn Dinge wie die persönliche Zufriedenheit oder die emotionale Ausgeglichenheit werden offensichtlich nur durch stärkere Gesundheitsstörungen beeinträchtigt.

Wir können damit zu einer weiteren Frage übergehen, nämlich zur Frage nach den Zusammenhängen zwischen den verschiedenen Formen von Beschwerden (Tabelle 9). Allgemein ist hier zunächst auffallend, daß weniger signifikante und starke Zusammenhänge auftreten als zwischen den allgemeinen Gesundheits-

1) Einen Sonderfall stellen Augenschmerzen dar, die durchwegs nur mit den allgemeineren Zufriedenheitsvariablen korrelieren.

variablen. Dies kann sicherlich dahingehend interpretiert werden, daß es sich bei diesen Beschwerden zu einem guten Teil um relativ deutlich lokalisierte Beschwerdeformen handelt, die als solche das allgemeine gesundheitliche Befinden nicht unbedingt stark beeinträchtigen müssen (wie im vorhergehenden festgestellt werden konnte), und die auch relativ oft allein, d.h. nicht verbunden mit anderen Beschwerden, auftreten können. Dies gilt jedoch in viel geringerem Ausmaße für drei Formen von Beschwerden, nämlich für Herzbeschwerden, Schlaflosigkeit und Schwindelgefühle. Diese drei Leidenszustände sind untereinander durchwegs signifikant und stark (meist mit einem GAMMA-Korrelationskoeffizienten um .40, Herzbeschwerden sogar um .45) verknüpft. Alle anderen Formen von Beschwerden sind demgegenüber höchstens in 2 bis 3 Fällen signifikant mit weiteren Beschwerden verknüpft. Es bestätigt sich hier also nochmals der Befund, daß die drei vorhin genannten Beschwerdeformen als die gravierendsten zu betrachten sind. ¹⁾

Wir können diesen Abschnitt damit abschließen mit der Feststellung, daß die Analyse der Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Indikatoren des gesundheitlichen Be-

1) Die Tatsache, daß auch "sonstige Beschwerden" in einem hohen Ausmaß als die Gesundheit beeinträchtigend erlebt werden, verweist darauf, daß die von uns spezifizierten Gesundheitsstörungen durchaus nicht das ganze Spektrum von Leidensformen bei diesen jungen Frauen umfassen. Welcher Art diese weiteren Beschwerden sind, können wir leider nicht feststellen, da sie nicht angegeben bzw. ausgewertet wurden.

findens erstens sehr deutlich gezeigt hat, daß es sich hier um einen stark interdependenten Komplex von Befindlichkeiten und Verhaltensweisen handelt, und zweitens, daß die verschiedenen Variablen jeweils unterschiedliche Aspekte des gesundheitlichen Befindens bzw. unterschiedliche Schweregrade von Gesundheitsstörungen zum Ausdruck bringen. Wir haben damit eine wichtige Ausgangsbasis für unsere Analyse der gesellschaftlichen Determinanten des gesundheitlichen Befindens geschaffen, die wir in den folgenden Kapiteln durchführen wollen. Bevor wir dazu übergehen, soll jedoch die Frage der "Dimensionalität" des gesundheitlichen Befindens systematischer untersucht werden als es eine Analyse der Korrelationen zwischen einzelnen Gesundheitsvariablen gestattet.

Zur Vervollständigung der Analysen dieses Abschnittes müssen wir noch die Interkorrelationen zwischen den verschiedenen Items zum emotional-stimmungsmäßigen Befinden (Happiness-Items) präsentieren. Eine Inspektion ihrer Zusammenhänge ermöglicht uns eine erste direkte Überprüfung der Hypothese, daß negative und positive Gefühlszustände und Befindlichkeiten zumindest teilweise voneinander unabhängig sind (einen genaueren Test werden wir im folgenden Abschnitt mit Hilfe des RASCH-Modells durchführen). BRADBURN und CAPLOVITZ (1965:15 ff.) hatten in ihrer Studie "Reports on Happiness" in der Analyse einer ähnlichen Skala festgestellt, daß die verschiedenen positiven und negativen Angaben zum Gefühlszustand praktisch nur untereinander, nicht jedoch wechselseitig korreliert waren.

Die entsprechenden Ergebnisse aus unseren Daten werden in Tabelle 10 präsentiert. Es zeigt sich hier in der Tat, daß sehr viel stärkere Zusammenhänge innerhalb der verschiedenen "positiven" und innerhalb der verschiedenen "negativen" Items bestehen, daß jedoch zwischen positiven und negativen Items nur in Einzelfällen ähnlich deut-

Tabelle 10: Zusammenhänge zwischen den Items zum emotional-stimmungsmäßigen Befinden (GAMMA)

[illegible]

liche Zusammenhänge bestehen. Wenngleich das Gesamtmuster nicht so eindeutig ist wie bei BRADBURN und CAPLOVITZ, scheint es aber doch deutlich genug zu sein um die These als bestätigt ansehen zu können, daß positive und negative Gefühlszustände und Stimmungen zumindest teilweise voneinander unabhängig sind. Die Anwesenheit guter Stimmungen und Laune, Zufriedenheit usw. bedeutet nicht unbedingt, daß nicht zugleich auch - vielleicht bezogen auf andere Aspekte der derzeitigen Lebenssituation - Gefühle der Depression, Mutlosigkeit und Einsamkeit bestehen können. Es wird vor allem Aufgabe unserer Analysen der Zusammenhänge des gesundheitlichen und psychosozialen Befindens mit der Lage der Frauen in den verschiedenen Lebenskontexten sein aufzuzeigen, durch welche sozialen Bedingungen positive und negative Gefühlszustände jeweils besonders stark bestimmt werden.

3.3. Systematische Strukturanalyse der Gesundheitsstörungen

Wir haben im vorhergegangenen Abschnitt aufgezeigt, wie die verschiedenen Indikatoren des gesundheitlichen Befindens untereinander zusammenhängen. Eine Analyse der Korrelationen allein vermag jedoch nur einen groben Einblick in die Muster zu geben, die diesen Korrelationen "zugrundeliegen". Sie kann insbesondere keinen Aufschluß darüber geben, ob sich diese Variablen auf eine oder mehrere "latente" Dimensionen zurückführen lassen. Diese Fragen wollen wir im vorliegenden Abschnitt genauer untersuchen und zwar in erster Linie mit Hilfe des RASCH-Modells, das sich hierzu in besonderer Weise eignet. Im Anschluß daran präsentieren wir die Ergebnisse einer Faktorenanalyse der Gesundheitsvariablen.

3.3.1. Analyse der Gesundheitsitems nach dem Testmodell von RASCH

Es geht in diesem Abschnitt vor allem um die Frage, ob die verschiedenen Variablen bzw. Items auf einer einzigen Dimension liegen oder nicht.¹⁾ Dieses Problem wollen wir im folgenden mit Hilfe des probabilistischen Testmodells von RASCH untersuchen. Dieses Modell eignet

1) Als "Variablen" bezeichnen wir hier die einzelnen Fragen zum gesundheitlichen Befinden bzw. zu Beschwerden, als "Items" die einzelnen Aussagen im Rahmen der Skala des emotional-stimmungsmäßigen Befindens (Frage 110 im Tabellenanhang). Diese Unterscheidung wird jedoch nicht immer strikt durchgehalten.

sich hierfür aus mehreren Gründen in besonderer Weise. Bevor wir die Ergebnisse präsentieren, stellen wir die Charakteristika dieses Testmodells in Grundzügen dar, um dem Leser zu ermöglichen, die Ergebnisse so weit als möglich mitvollziehen zu können. Wir müssen uns dabei auf eine Darstellung der wichtigsten Grundannahmen des Modells beschränken - vor allem in Abgrenzung zu den Annahmen der klassischen Testtheorie - und den Leser im Hinblick auf die mathematischen und statistischen Grundlagen des Modells auf die im folgenden angeführte einschlägige Fachliteratur verweisen.

Methodischer Exkurs über das probabilistische Testmodell von RASCH

Eine Darstellung der Charakteristika und Vorzüge des RASCH-Modells beginnt am besten mit einer Abgrenzung gegenüber der "klassischen" Testtheorie.¹⁾ Wie G. FISCHER (1974:17-18; 36-38) ausgeführt hat, steht für diese ein pragmatisches Problem im Vordergrund: die Zufallsschwankungen eines mehr oder minder willkürlichen Leistungsmaßes, des Testrohwerthes. Im Zentrum stehen dabei die Probleme der Reliabilität (die Verlässlichkeit eines Tests in Bezug auf wiederholte Messungen an einer gegebenen Population) und der Validität eines Tests oder einer Skala (die Übereinstimmung mit dem, was der Forscher mit ihr zu messen beabsichtigt; operational bestimmbar durch eine "externe" Überprüfung, etwa die Validierung einer mental-health-Skala durch psychiatrische Gutachten).

In diesem "klassischen" Ansatz wird also die Existenz einer bestimmten (Fähigkeits- oder Einstellungs-) Dimension postuliert; bei der Entwicklung des Tests oder der Skala geht es darum, diese Dimension möglichst gut zu erfassen, zu "operationalisieren". In methodischer Hinsicht ist dieser Ansatz als deterministisch zu bezeichnen, da er eine direkte

-
- 1) Wir knüpfen hier an die Diskussion in der psychologischen Testtheorie an, weil sich das RASCH-Modell in deren Rahmen zuerst durchgesetzt hat. Es besteht jedoch ein fließender Übergang zwischen den Problemen der Entwicklung von Aufgaben für einen psychologischen Test, von Items für eine Einstellungsskala, oder - wie in unserem Falle - von Fragen zum gesundheitlichen Befinden, also zwischen Testtheorie, Theorie der Skalierungsverfahren und Messung von Einstellungen.

Relation zwischen beobachteten Daten und zugrundeliegenden Einstellungen postuliert (WAKENHUT, 1974: 29 f.).

In theoretischer Hinsicht ist dieser Ansatz nicht sehr ergiebig, da er die Definition und Existenz der zu messenden Eigenschaft einfach voraussetzt, was besonders deshalb unbefriedigend ist, weil psychologische und soziologische Konstrukte meist nicht sehr streng definiert bzw. in den Rahmen einer Theorie integriert sind (FISCHER, 1974:18).

Im Gegensatz dazu geht das RASCH-Modell davon aus (FISCHER, 1974:149 ff.), daß

- (1) die beobachtbaren Reaktionen von Versuchspersonen (auf Testitems, Einstellungsfragen usw.) nur Symptome einer latenten Eigenschaft darstellen, die selbst nie direkt erfaßbar ist.
- (2) Das Modell selbst sagt nicht unmittelbar die Reaktion einer Versuchsperson voraus, sondern nur die Wahrscheinlichkeit einer solchen Reaktion. Deswegen handelt es sich um ein "probabilistisches Modell": die Beziehung zwischen beobachtbarem Verhalten und zugrundeliegender, theoretisch postulierter Dimension ist selbst eine statistisch-mathematische Funktion. Dies besagt z.B. hinsichtlich des zweikategoriellen Modells (Items mit 2 Reaktionskategorien), daß jedes Item mit der latenten Dimension ξ durch eine eindeutige Funktion $f_i(\xi)$ verknüpft ist. Jede Person mit dem Fähigkeitsgrad (in unserem Falle: Grad der Gesundheitsstörung) ξ hat dieselbe Chance $f_i(\xi)$, das betreffende Item zu lösen (unter einer bestimmten Form von Beschwerden zu leiden). Jede Person ist hinsichtlich ihrer Fähigkeit Aufgaben zu lösen (unter Beschwerden zu leiden), durch ihre Position auf dem Kontinuum ξ charakterisiert. ξ_v ist eine reelle Zahl, ein Parameter, der sich auf das Testverhalten der Person bezieht (FISCHER, 1974:154 f.).
- (3) Das RASCH-Modell postuliert weiters, daß die Kovariation zwischen mehreren Reaktionen oder Verhaltensweisen ein Resultat der Abhängigkeit dieser Verhaltensweisen von einer gemeinsamen zugrundeliegenden Dimension ist und nicht das Resultat einer direkten Abhängigkeit zwischen diesen Verhaltensweisen selbst (Prinzip der "lokalen stochastischen Unabhängigkeit"). Anders formuliert: die Wahrscheinlichkeit der positiven Beantwortung eines Items durch eine Person ist

- nicht davon abhängig, welche anderen Items die Person noch positiv beantwortet, sondern nur von der Position der Person auf der latenten Dimension (KEMPF, 1974:26).
- (4) Ein letztes Charakteristikum dieses Modells ist, daß die Definition und Messung der latenten Eigenschaft zwar die wiederholte Beobachtung bzw. Messung von Indikatoren erfordert, aber nicht notwendig die wiederholte Messung derselben Indikatoren. Diese Annahme ist eng verknüpft mit dem Prinzip der spezifischen Objektivität, welches besagt, daß ein Vergleich zweier Personen hinsichtlich ihrer Position auf einer solchen (latenten) Dimension durchführbar ist, ohne daß irgendwelche anderen Parameter dabei involviert sind (RASCH, 1966: 104). Dies heißt, daß die Bestimmung der Schwierigkeit der Items einerseits und der Fähigkeiten oder Einstellungen der Person andererseits voneinander unabhängig sind oder, anders formuliert, daß das Verhältnis der Einstellungsmeßwerte zweier Probanden ebenso wie das Verhältnis der Schwierigkeitsmeßwerte zweier Items zueinander stets gleich bleiben muß. Die Parameterverhältnisse müssen also konstant bleiben, unabhängig davon, welche Items aus einem Itempool oder welche Probanden aus einer Population ausgewählt werden (WAKENHUT, 1974:37).

Neben diesen allgemeinen Annahmen probabilistischer Testmodelle, die erstmals von Georg RASCH und Paul F. LAZARSELD herausgearbeitet wurden, müssen wir noch kurz die Grundannahmen des zweikategoriellen, zweifaktoriellen RASCH-Modells darlegen, das die bekannteste Form eines solchen Modells darstellt und das unseren eigenen Analysen zugrundeliegt. Wir beziehen uns hierbei auf die ausführliche Darstellung bei WAKENHUT (1974:34-42). Dieses Modell heißt zweikategoriell, weil es pro Item nur 2 Reaktionskategorien (gelöst-nicht gelöst) gestattet; zweifaktoriell, weil es zwei "Faktoren" postuliert, erstens einen Einstellungs- oder Fähigkeitsfaktor und zweitens einen Faktor, auf dem die Probanden (Versuchspersonen, bzw. Befragte) hinsichtlich ihrer Fähigkeiten oder Einstellungen eingeordnet werden können. Zwischen Probanden und Items wird ein symmetrisches Verhältnis postuliert, das mit dem Begriff des "Dominierens" veranschaulicht werden kann. Symmetrie dieses Verhältnisses bedeutet, daß sowohl ein Item über einen Probanden dominieren kann als auch ein Proband über ein Item; Items und

Probanden sind also austauschbar. Dominanz eines Probanden über ein Item bedeutet: der Befragte "löst" ein Item, d.h. er besitzt eine extremere Einstellung (oder: größere Fähigkeit, oder: schlechtere Gesundheit) als sie das Item repräsentiert. Dominiert das Item, so löst es der Befragte nicht, d.h. er besitzt eine weniger extreme Einstellung. Probandendominanzen und Itemdominanzen werden als voneinander unabhängige Realisationen einer eindimensionalen Zufallsgröße aufgefaßt. Einstellungsausprägung und die Wahrscheinlichkeit einer Probandendominanz müssen in einer monotonen Beziehung zueinander stehen, d.h., wenn ein Proband eine extremere Einstellung aufweist als ein anderer, muß er auch mit einer größeren Wahrscheinlichkeit über ein bestimmtes Item dominieren als der andere. Dies impliziert, daß alle Probanden mit gleicher Einstellungsausprägung auch dieselbe Wahrscheinlichkeit besitzen müssen, über ein bestimmtes Item zu "dominieren". Voraussetzung dafür aber sind Items mit monotonen logistischen Itemcharakteristikkfunktionen, bei denen die Wahrscheinlichkeit für eine Probandendominanz monoton mit der Stärke der Einstellung zunimmt. Dadurch wird es möglich, die Items trotz ihrer "Schwierigkeitsunterschiede" bezüglich des Personenparameters gleich zu gewichten (dies wird als "erschöpfende Statistik" bezeichnet) und Personen mit gleicher Anzahl gelöster Items zu einer "Rohwertgruppe" zusammenzufassen.

Das RASCH-Modell hat damit Eigenschaften, die es zur Analyse der uns zur Verfügung stehenden Daten besonders geeignet machen (vgl. WAKENHUT, 1974:64 f.).

- (1) In meßtheoretischer Hinsicht ist der probabilistische Charakter des Modells und die eindeutige Festlegung des Skalenniveaus relevant. Infolge der Separierbarkeit von Item- und Personenparameter ist die Messung von der Auswahl der Probanden und von der Auswahl der Items unabhängig. Dies ist in unserem Falle besonders wichtig, da sowohl die Auswahl der Stichprobe als auch die Auswahl der Fragen zum Gesundheitszustand nicht nach Kriterien einer Zufallsauswahl bzw. nach skalentechnischen Gesichtspunkten (etwa: möglichst vollständige Abdeckung des "Krankheitsspektrums") erfolgte. ¹⁾

1) Eine Ausnahme bilden die Happiness-Items, die der Studie von BRADBURN und CAPLOVITZ (1965) entnommen wurden.

- (2) Durch die simultane Skalierung von Items und Probanden wird im RASCH-Modell die Eindeutigkeit der verwendeten Statements gesichert und Eindimensionalität der Messung kontrolliert. Dabei ist in unserem Falle besonders wichtig, daß jene Items oder Fragen, welche die Homogenität des Tests bzw. der Skala stören, nicht unbedingt im vorhinein bekannt sein müssen (FISCHER, 1974:284 f.). Es läßt sich im Zuge der Modellkontrolle nicht nur jedes Item auf seine Modellverträglichkeit hin analysieren, sondern es ist auch möglich, inhaltlich sinnvolle Erklärungen für die Modellverträglichkeit bestimmter Items zu geben. Wenn ein Item für zwei Subgruppen unterschiedlich "schwer" ist, heißt dies, daß es für sie eine jeweils andere Bedeutung hat. Das RASCH-Modell erweist sich damit auch für die Entwicklung theoretischer Konzepte als wertvoll und zwar selbst dann, wenn sich aus den analysierten Items keine Skala entwickeln läßt, da es zur Differenzierung der verwendeten Begriffe zwingt (FISCHER, 1974:304).

Bei der Auswertung der Daten gehen wir in zwei Schritten vor, wobei wir zunächst die von uns erfaßten Indikatoren des gesundheitlichen Befindens insgesamt und dann die Items der Skala des emotional-stimmungsmäßigen Befindens getrennt einer Rasch-Analyse unterwerfen.¹⁾

Wir wollen an dieser Stelle keine spezifischen inhaltlichen Hypothesen aufstellen, da wir uns bereits in Abschnitt 1.2 ausführlich mit den Begriffen von Gesundheit und Krankheit beschäftigt haben. Aus den dort angestellten Überlegungen sei hier nochmals die zentrale These in Erinnerung gerufen, daß bei menschlicher Gesundheit und Krankheit stets ein psychosozialer Aspekt beteiligt ist. Es stellt sich nun die Frage, ob sich auch

1) Die Berechnung erfolgte mit Hilfe eines Computerprogrammes, das von Dr. A. FORMANN (Institut für Psychologie der Universität Wien) entwickelt und mir von ihm dankenswerter Weise zur Verfügung gestellt wurde. Anzumerken ist hier, daß ich nicht nur die explizit präsentierten RASCH-Analysen, sondern auch noch eine große Anzahl weiterer durchgeführt habe, bei denen jeweils eine unterschiedliche Anzahl von Variablen eingeschlossen wurden. Aus Raumgründen können sie im folgenden jedoch nicht ausführlich dargestellt werden.

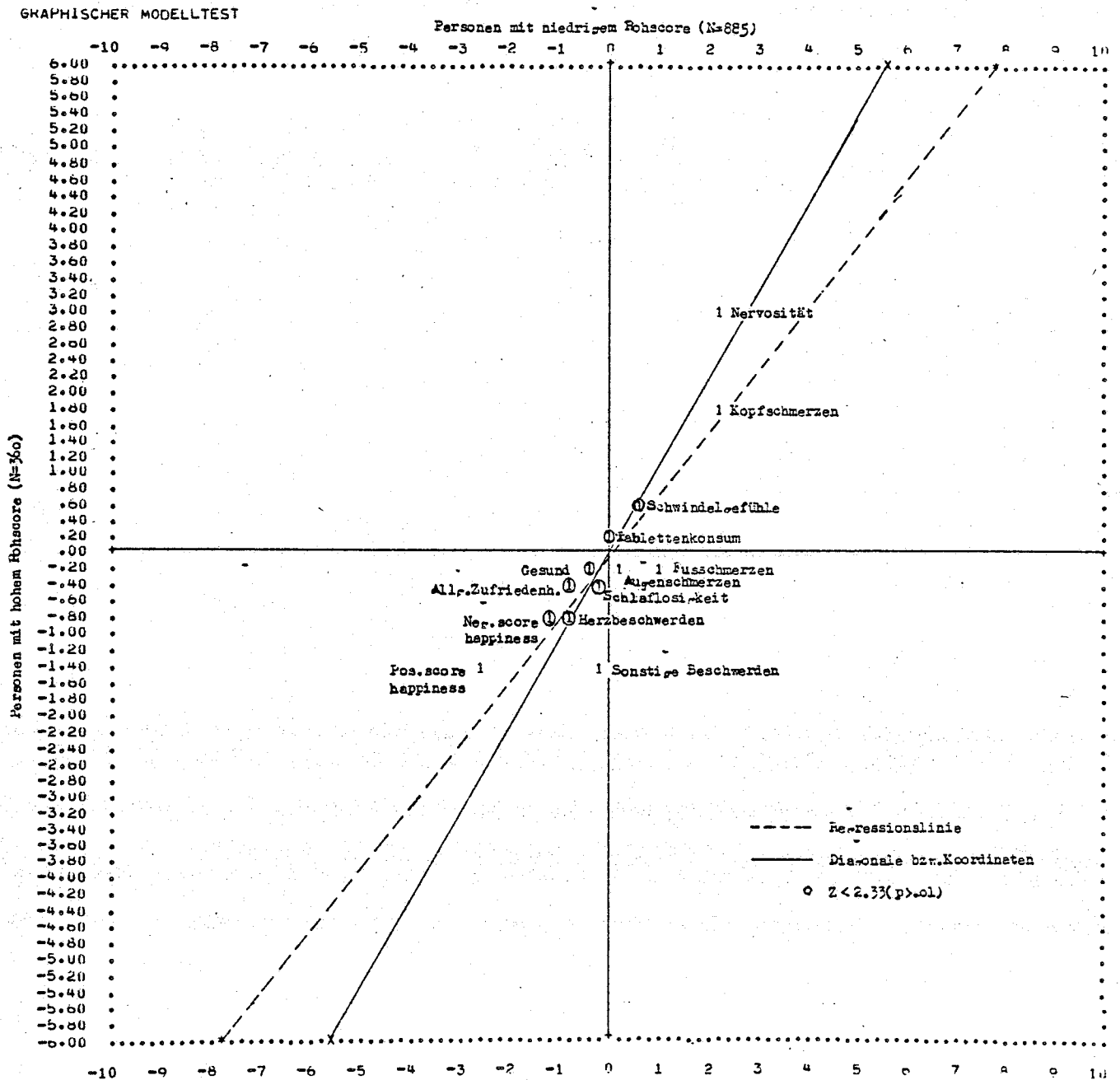
bei den von uns erhobenen Indikatoren des allgemeinen gesundheitlichen Befindens und den spezifischen Beschwerden tatsächlich ein derartiger Aspekt nachweisen läßt und ob es nur einen oder mehrere solcher Aspekte gibt (vor allem die letztere Frage werden wir mit Hilfe der Faktorenanalyse im folgenden Abschnitt noch zusätzlich untersuchen können). Betrachten wir zunächst die Ergebnisse der Analyse, um im Anschluß daran nochmals auf diese Fragen zurückzukommen.

Die Ergebnisse der graphischen Modelltests, die ein anschauliches Bild liefern, werden in den Abbildungen 6 bis 8 dargestellt, die dazugehörigen Parameter und Z-Werte zur Bestimmung der Signifikanz der Modelladäquatheit der Einzelitems sowie die Signifikanzwerte für den Gesamttest enthält Tabelle 11. Zur Durchführung des Modelltests ist es notwendig, die Gesamtpopulation nach einer "Kriteriumsvariablen" in zwei Subpopulationen zu zerlegen. Als solche Variablen haben wir neben der vom Programm vorgegebenen Zerlegung der Population in einer Subgruppe mit niedrigem bzw. hohem Rohscore (d.h., in Personen, die wenig bzw. viel Items angekreuzt haben) das Alter und die berufliche Zugehörigkeit der Frauen herangezogen.¹⁾

Wie ein Überblick über die graphischen Modelltests und die Chi-Quadrat Werte für den Gesamttest zeigt, ergibt sich nur bei der Gegenüberstellung von jüngeren (20-24-jährigen) mit älteren (25-30-jährigen) Frauen, daß alle Items auf einer einzigen Dimension liegen (im graphischen Modelltest zeigt sich dies darin, daß

1) Die den Modelltests zugrundeliegende Grundgesamtheit (N) von Frauen ist kleiner als die Anzahl der Frauen in der Gesamtstichprobe, da beim Modelltest jene Personen nicht berücksichtigt werden können, die entweder kein oder alle Items "gelöst" (angekreuzt) haben.

Abbildung 6: Analyse der Gesundheitsitems durch das Testmodell von RASCH: I. Frauen mit niedrigem vs. Frauen mit hohem Rohscore



**Abbildung 7: Analyse der Gesundheitsitems durch das Testmodell
von RASCH II. Jüngere vs. ältere Frauen**

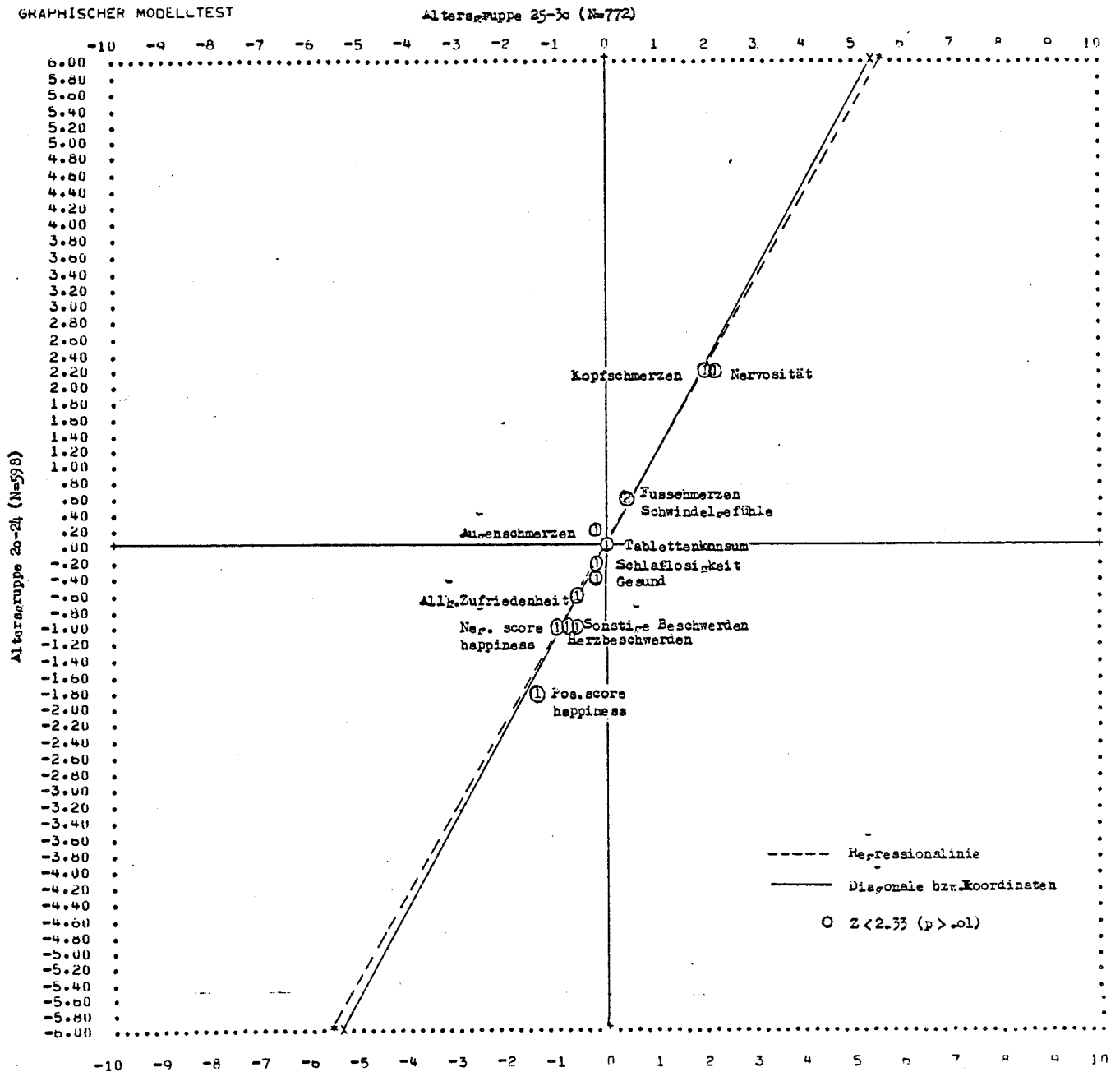
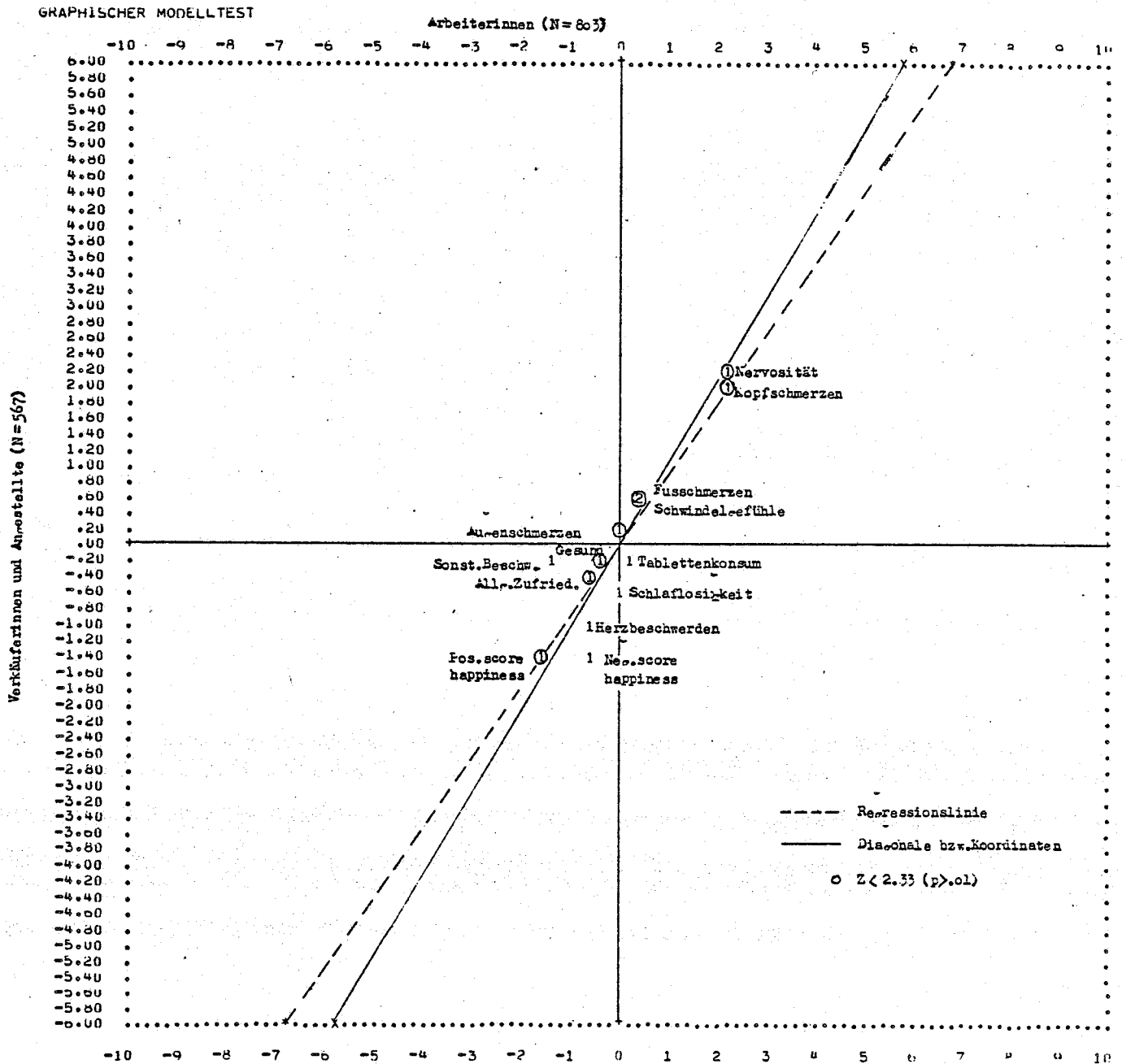


Abbildung 8: Analyse der Gesundheitsitems durch das Testmodell von RASCH: III. Arbeiterinnen vs. Verkäuferinnen und Angestellte



Regressionslinie und Diagonale nahezu zusammenfallen). Die Hypothese, daß alle Items auf einer Dimension liegen, muß daher abgelehnt werden.

Es ist nun inhaltlich von Interesse, welche Items signifikant abweichen bzw. auf einer Dimension liegen zu scheinen. Wir stützen uns dabei vor allem auf die Ergebnisse der Gegenüberstellung der Frauen mit niedrigem und hohem Rohscore (Abb. 6). Wenngleich eine beträchtliche Anzahl von Items nicht ein- und derselben latenten Dimension zugerechnet werden kann, glauben wir doch annehmen zu können, daß es eine solche gibt, da 7 der 13 Items auf einer latenten Dimension zu liegen scheinen (in Abbildung 6 gekennzeichnet durch Umrandung). Unterzieht man diese Items unter Einschluß der Variable "Nervosität" einem weiteren Modelltest, ¹⁾ so zeigt sich, daß sich daraus eine statistisch akzeptable Skala ergibt (vgl. Tabelle 13).

Unter diesen Items sind enthalten jene drei Beschwerden, die wir mehrfach als die gravierendsten identifizieren konnten, nämlich Schwindelgefühle, Herzbeschwerden und Schlaflosigkeit; weiters die allgemeine Frage zum gesundheitlichen Befinden, die negative Happiness-Skala (nach Guttman), der Tablettenkonsum und die Frage nach der allgemeinen Zufriedenheit.

1) Die Variable "Nervosität" haben wir sowohl aus inhaltlichen wie methodischen Erwägungen in die endgültige Skala eingeschlossen. Inhaltlich scheint sie eine recht typischer Indikator der latenten Dimension "gesundheitliche Erschöpfung" (näheres dazu im Text oben) zu sein und sie wurde auch von BRADBURN und CAPLOVITZ (1965:25) in eine ähnliche Skala eingeschlossen. Methodisch ist sie als das neben Kopfschmerzen "leichteste" Gesundheitsitem vor allem deshalb für die Skala wichtig, um die Quote der Frauen ohne Angabe eines Items reduzieren zu können (denn jenen Personen, die kein Item angekreuzt haben, kann kein Skalenwert zugeordnet werden).

Nicht auf dieser Dimension liegen Items, die sich von den vorigen in charakteristischer Weise unterscheiden: zunächst Nervosität und Kopfschmerzen, also die absolut am häufigsten genannten Beschwerden bzw. gesundheitlichen Irritationen; sodann die beiden als eher "lokale Störungen" zu bezeichnenden Beschwerden der Augen und Füße; und schließlich die Restkategorie "andere Beschwerden" sowie der positive Happiness-Score.

Aus dieser Analyse hat sich also relativ deutlich eine "latente" Dimension herauskristallisiert, die man wohl am ehesten als allgemeine "gesundheitliche Erschöpfung" bezeichnen könnte.¹⁾ Denn diese Dimension umfaßt sowohl die persönlich als am gravierendsten empfundenen somatopsychischen Beschwerden als auch die wichtigsten allgemeinen Indikatoren des gesundheitlichen Befindens.

Auf den ersten Blick als überraschend mag erscheinen, daß auch die Frage nach der allgemeinen Zufriedenheit mit der derzeitigen Lebenssituation auf dieser Dimension liegt. Denn könnte dieser Sachverhalt nicht so interpretiert werden, daß es letztlich nicht so sehr das gesundheitliche Befinden ist, was die von uns erfaßten Indikatoren messen, sondern eben doch nur eine persönlichkeitspezifische Tendenz zur Wehleidigkeit und Unzufriedenheit?

Was dieses Ergebnis zeigt, ist nach unserer Auffassung jedoch nichts anderes als die Tatsache, daß jede signifikante gesundheitliche Beeinträchtigung eben nicht nur sozial verursacht oder bedingt ist, sondern ein Teil der sozialen Erfahrung des Betroffenen selbst ist. Ein kranker

1) Diese Bezeichnung wurde vorgeschlagen von Prof. D. Mechanic, der für diese Dimension den englischen Begriff des "distress" als den am geeignetsten bezeichnete. Diese Bezeichnung scheint mir besser geeignet zu sein als die eines "Angstindex", wie sie von BRADBURN und CAPLOVITZ (1965:25) verwendet wird.

Mensch leidet eben nicht nur unter Schmerzen, sondern sein gesamtes Erleben und Handeln wird durch sein Kranksein in geringerem oder stärkerem Ausmaße "gefärbt". Ein Kranker wird nicht nur störende Umwelteinflüsse früher und stärker spüren als ein Gesunder, er wird auch seine Beziehungen zu anderen Menschen auf eine andere Weise erleben als ein Gesunder, ja er kann in manchen Aspekten sogar in positivem Sinne empfindlicher und feinfühlicher werden. ¹⁾ Krankheit besteht - unter anderem - eben auch in dieser Veränderung der sozialen Erfahrung. ²⁾

Von Interesse ist weiters die Richtung der von der Skala "gesundheitliche Erschöpfung" abweichenden Variablen. Variablen bzw. Items, die rechts von der

-
- 1) Vgl. dazu die Schilderungen des Schriftstellers Ernst PENZOLDT in seinem Bändchen "Der dankbare Patient".
 - 2) Dieses Faktum hat allerdings eine wichtige methodische Konsequenz, die wir bei unseren Analysen im folgenden Kapitel im Auge behalten müssen. Diese Konsequenz besteht darin, daß das Aufzeigen von Zusammenhängen zwischen gesundheitlichem Befinden und sozialer Lage in verschiedenen Lebensbereichen nicht als Kausalanalyse interpretiert werden darf. Dies ist darin begründet, daß wir sowohl für das gesundheitliche Befinden wie für die Situation in anderen Lebensbereichen beidesmal auf Auskünfte der Frauen selbst angewiesen sind. Frauen, die gesundheitlich beeinträchtigt sind, erleben ihre Arbeitsbedingungen zweifellos auch dann als stärker belastend, wenn der Ausbruch der Krankheit nicht mit ihnen unmittelbar in Zusammenhang stand. Wir werden also nie kausale Zusammenhänge in einem solchen Sinne feststellen können.

Tabelle 11: Analyse der Gesundheitsitems durch das RASCH-Modell

a) Frauen mit niedrigem vs. Frauen mit hohem Rohscore

ITEMPARAMETER, INFORMATIONSMASSE, Z-WERT

1	-.78	-.44	42.745	70.509	1.77	1 Allg. Zufried.
2	-.48	-.16	55.055	77.278	1.82	2 Gesund
3	2.21	3.02	202.253	26.110	3.88	3 Nervös
4	-2.52	-1.31	8.382	44.657	3.22	4 Pos. score
5	-1.23	-.78	28.466	60.459	1.99	5 Neg. score
6	-.10	.11	74.819	82.248	1.30	6 Tabletten
7	-.19	-.31	69.896	73.860	.73	7 Schlaflos.
8	2.26	1.72	202.353	62.938	3.70	8 Kopfschm.
9	.29	-.16	99.269	77.278	2.99	9 Augenschm.
10	-.83	-.74	40.772	61.880	.49	10 Herzbeschw.
11	.97	-.15	147.632	77.534	8.00	11 Fußschmerzen
12	.57	.50	118.696	85.295	.48	12 Schwindel
13	-.17	-1.31	70.727	44.657	5.95	13 Andere Beschw.

CHI-QUADRAT-WERT FUER GESAMTTEST = 160.68 BEI DF = 12

b) Jüngere versus ältere Frauen

ITEMPARAMETER, INFORMATIONSMASSE, Z-WERT

1	-.56	-.60	71.771	48.809	.19
2	-.24	-.42	86.211	54.662	1.07
3	2.22	2.20	139.726	111.227	.20
4	-1.49	-1.76	38.061	20.122	1.00
5	-.97	-.91	55.537	39.524	.29
6	-.02	-.01	96.344	69.352	.05
7	-.28	-.27	84.133	60.098	.11
8	1.99	2.19	143.924	111.322	1.60
9	-.11	.23	92.156	77.874	2.18
10	-.71	-.91	65.582	39.524	.97
11	.35	.66	112.786	92.872	2.20
12	.46	.55	117.179	89.239	.66
13	-.65	-.96	68.104	38.000	1.53

CHI-QUADRAT-WERT FUER GESAMTTEST = 18.14 BEI DF = 12

c) Arbeiterinnen versus Verkäuferinnen und Angestellte

ITEMPARAMETER, INFORMATIONSMASSE, Z-WERT

1	-.65	-.46	68.036	52.509	1.05
2	-.33	-.26	82.457	58.917	.40
3	2.30	2.13	144.583	106.004	1.32
4	-1.70	-1.42	31.692	26.740	1.04
5	-.69	-1.38	66.082	27.578	3.04
6	.16	-.26	105.440	58.917	2.57
7	-.09	-.56	93.505	49.396	2.63
8	2.12	2.05	148.206	106.759	.57
9	-.08	.23	93.998	75.439	2.02
10	-.65	-.99	68.036	37.020	1.65
11	.46	.56	119.199	86.269	.74
12	.47	.56	119.878	86.269	.64
13	-1.32	-.21	42.735	60.567	5.53

CHI-QUADRAT-WERT FUER GESAMTTEST = 65.46 BEI DF = 12

Tabelle 12 : Analyse der "Happiness-Items" durch das RASCH-Modell

a) Items zum "psychosozialen Mißbefinden" (negative Items)

ITEMPARAMETER, INFORMATIONSMASSE, Z-WERT						Item-Nr. ¹
1	-.55	-.82	73.917	88.064	1.70	3
2	.40	.45	118.429	71.672	.37	4
3	.73	.67	130.023	65.195	.39	7
4	.04	.33	102.496	75.100	1.91	8
5	.14	.04	107.214	82.009	.71	11
6	-1.09	-1.20	50.514	83.431	.63	12
7	.51	.28	122.975	76.346	1.60	15
8	-.17	.26	92.177	76.942	2.79	16

CHI-QUADRAT-WERT FUER GESAMTTEST = 18.07 BEI DF = 7

b) Items zum "psychosozialen Wohlbefinden" (positive Items)

ITEMPARAMETER, INFORMATIONSMASSE, Z-WERT						Item-Nr. ¹
1	1.22	.30	156.392	68.704	6.34	1
2	-.61	-.99	74.525	75.855	2.29	2
3	.75	1.24	144.049	42.866	2.82	5
4	-.99	-.71	56.931	78.425	1.61	6
5	-1.22	-.48	47.400	78.814	4.04	9
6	1.25	1.11	156.822	46.747	.83	10
7	-.19	-.37	96.867	78.434	1.15	13
8	-.20	-.11	96.320	76.133	.59	14

CHI-QUADRAT-WERT FUER GESAMTTEST = 74.65 BEI DF = 7

c) Items zum "psychosozialen Wohlbefinden" (positive Items),
einschließlich Frage "allgemeine Zufriedenheit"

ITEMPARAMETER, INFORMATIONSMASSE, Z-WERT						Item-Nr. ¹
1	1.38	.53	152.436	73.441	5.95	1
2	-.47	-.81	69.125	80.254	2.06	2
3	.92	1.33	139.377	50.422	2.46	5
4	-.82	-.57	53.525	83.108	1.42	6
5	-1.04	-.36	44.822	84.201	3.69	9
6	1.39	1.35	152.702	49.799	.27	10
7	-.01	-.22	92.721	84.152	1.39	13
8	-.00	-.00	93.278	82.789	.00	14
9	-1.35	-1.25	34.460	71.333	.49	Allg. Zufried.

CHI-QUADRAT-WERT FUER GESAMTTEST = 63.55 BEI DF = 8

¹ Vgl. Frage 110 im Fragebogenanhang

Diagonale liegen, sind für Personen mit einem niedrigen Rohscore (d.h. Personen, die nur eine geringe Anzahl von Items angekreuzt haben) "leichter", d.h. gesundheitlich weniger beeinträchtigte Frauen (beeinträchtigt im Sinne der festgestellten latenten Dimension "gesundheitliche Erschöpfung") leiden eher unter solchen Beschwerden als in ihrer Gesundheit stärker beeinträchtigte Frauen.

Dies trifft zu auf "Sonstige Beschwerden" sowie Augen-, Fuß- und Kopfschmerzen. Eher typisch für weniger gesunde Frauen dagegen sind Nervosität und ein niedriger Score in den positiven Happiness-Items.

Diese Abweichungen lassen sich sehr gut interpretieren, wenn man zugleich die Ergebnisse des Tests Arbeiterinnen versus Verkäuferinnen und Angestellte betrachtet (vgl. Abb. 8). Es zeigt sich hier, daß für Verkäuferinnen und Angestellte nur die "sonstigen Beschwerden", für Arbeiterinnen jedoch einige besonders gravierende Beschwerdeformen bzw. Gesundheitsindikatoren "leichter" sind, was bedeutet, daß sie bei gleichem Ausmaß an allgemeiner "gesundheitlicher Erschöpfung" eher auftreten als bei Verkäuferinnen und Angestellten.

Es sind dies Schlaflosigkeit und Herzbeschwerden, Tablettenkonsum und ein hoher negativer Score in der Skala des emotional-stimmungsmäßigen Befindens.

"Sonstige Beschwerden" werden zum einen eher von Frauen genannt, die entweder unter einer geringeren Anzahl jener Beschwerden leiden, die in unserer Liste genannt wurden, und zum anderen eher von den Frauen mit durchschnittlich besserer Schulbildung bzw. in nichtmanuellen Berufen (Verkäuferinnen und Angestellte). Es scheint also der Tatbestand einer faktisch geringeren gesundheitlichen Beeinträchtigung ebenso wie die Bereitschaft bzw. Fähigkeit zur Wahrnehmung und Benennung von

Gesundheitsstörungen dafür mitverantwortlich zu sein, daß die "sonstigen Beschwerden" von der generellen Dimension der gesundheitlichen Erschöpfung abweichen.¹⁾ Nicht so eindeutig ist die Interpretation der übrigen Items, da sich zu diesen in den beiden Tests jeweils andere Abweichungen ergeben (vgl. Abb. 6). Dennoch sind die Abweichungen auch hier inhaltlich sinnvoll interpretierbar. So könnte man die Tatsache, daß die "lokalen" Beschwerden der Füße und Augen eher bei Frauen auftreten, die allgemein gesundheitlich weniger erschöpft sind, wieder als Indikator dafür sehen, daß solche "geringfügigeren" bzw. deutlich körperbezogenen Symptome erst dann ins Bewußtsein treten, wenn der Allgemeinzustand relativ gut ist. Ob auch hinsichtlich der Kopfschmerzen, die in derselben Richtung abweichen, eine solche Interpretation möglich ist, scheint allerdings fraglich, wie vor allem die Ergebnisse der Faktorenanalyse zeigen werden.

Eher typisch für gesundheitlich in einer schlechteren Verfassung befindliche Frauen dagegen sind "Nervosität" und ein niedriger Wert im positiven Happiness-Score. Vielleicht könnte man dies so interpretieren, daß Nervosität und eine signifikante Verschlechterung des stimmungsmäßigen Befindens Zustände sind, die bei gesundheitlich beeinträchtigten Frauen - oder zumindest einer signifikanten Untergruppe dieser Frauen - besonders

1) Aufgrund vieler medizin-soziologischer Studien kann es als ein gesicherter Tatbestand gelten, daß die Bereitschaft zur Wahrnehmung und Mitteilung von Krankheitssymptomen schicht- und geschlechtsspezifisch variiert (vgl. z.B. ZOLA, 1966). Das heißt, daß bei gleichem "objektivem" Gesundheitszustand, wie er etwa durch ärztliche Untersuchungen festgestellt wird, die Betroffenen je nach ihrer sozialen Zugehörigkeit in unterschiedlichem Ausmaße über persönliche Beschwerden und gesundheitliche Beeinträchtigung klagen.

gravierend sind. Würde diese Interpretation stimmen, könnte man darin ein kleines Indiz für die Richtigkeit unserer These sehen, daß Gesundheit und Krankheit nicht bloß ein Kontinuum darstellen, sondern daß sich das Befinden von gesundheitlich ernsthaft beeinträchtigten Menschen in einer persönlich und sozial signifikanten Weise von dem "Gesunder" unterscheidet (wobei auch die Gesunden durchaus unter einer geringeren oder größeren Anzahl von kleineren gesundheitlichen Irritationen leiden mögen).

Starke Abweichungen der übrigen Variablen ergeben sich bei der Gegenüberstellung der Arbeiterinnen mit den Verkäuferinnen und Angestellten (vgl. Abb. 8). Hier sind vier jener Variablen, die sich oben als typisch für "allgemeine gesundheitliche Erschöpfung" ergaben, für Arbeiterinnen "leichter", d.h., sie treten bei ihnen eher auf als bei Angestellten.¹⁾ Inhaltlich steht allerdings auch dieses Ergebnis in einem sinnvollen Zusammenhang mit unseren bisherigen Analysen, die gezeigt haben, daß Arbeiterinnen häufiger unter ernsteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden. Wir werden diese Ergebnisse im folgenden Abschnitt mit Hilfe der Faktorenanalyse inhaltlich noch in mehrfacher Hinsicht ergänzen können. Bevor wir dazu über-

1) Da sich bei diesem Test gegenüber jenem in Abb. 6 sehr wesentliche Unterschiede in der Zusammensetzung jener Items ergeben, die auf einer gemeinsamen latenten Dimension zu liegen scheinen, erhebt sich überhaupt die Frage, ob sich hier dieselbe Skala bzw. Dimension ergibt. Tatsächlich scheint man diese Frage verneinen zu müssen, denn die Mehrzahl der Items in Abb. 8 bezieht sich nicht auf die als besonders gravierend empfundenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen; dafür sprechen auch die Ergebnisse der Faktorenanalyse, die wir im folgenden Abschnitt präsentieren werden.

gehen, sind noch die Ergebnisse der RASCH-Analyse der Items zum emotional-stimmungsmäßigen Befinden (Happiness-Items) zu präsentieren.

Da wir hier die einzelnen Items nicht extensiv interpretieren wollen, beschränken wir uns darauf, die Z-Werte für die einzelnen Items sowie die Chi-Quadrat-Werte für den Gesamttest ¹⁾ wiederzugeben und zwar getrennt nach Items, die positive und negative Gefühlszustände und Befindlichkeiten ausdrücken. Ausgangspunkt für diese Unterscheidung ist, wie bereits erwähnt, die in arbeitssoziologischen Studien (HERZBERG, MAUSNER & SNYDERMAN, 1959) sowie in Studien über "mental health" oder "geistige Gesundheit" (BRADBURN & CAPLOVITZ, 1965:15-24) festgestellte Tatsache, daß diese beiden Aspekte des Befindens voneinander relativ unabhängig sind. Wie die Ergebnisse in Tabelle 12 zeigen, bestätigt sich dieser Sachverhalt, den wir schon im vorherigen Abschnitt feststellten, auch mit Hilfe der RASCH-Analyse sehr deutlich: von den 8 negativen Items liegen 7 auf ein und derselben Dimension, von den 8 positiven Items sind es 5 bzw. 4, die ebenfalls auf einer einzigen

1) Und zwar für den Vergleich der Personen mit niedrigem und hohem Rohscore. Die weiteren Modelltests (jüngere vs. ältere Frauen und Arbeiterinnen vs. Angestellte) erbrachten eine viel geringere Anzahl abweichender Items.

Tabelle 13: RASCH-Skalen des gesundheitlichen Befindens:
Selegierte Items und Personenparameter

a) Skala "gesundheitliche Erschöpfung"

ITEMPARAMETER, INFORMATIONSMASSE, Z-WERT

1	.07	.24	49.513	57.939	.83	Gesund
2	-.47	-.59	33.095	47.440	.52	Neg.score
3	.49	.43	63.602	58.397	.30	Tabl.konsum
4	.14	.01	51.784	56.256	.71	Schlaflosigkeit
5	-.88	-.63	23.651	46.714	.99	Herzbeschwerden
6	.65	.54	69.063	58.233	.58	Schwindel

CHI-QUADRAT-WERT FUER GESAMTTEST = 2.86 BEI DF = 5

PERSONENPARAMETER(AUS PROD.NORM.ITEMPAR.)
.19 .48 1.00 2.07 5.36

LOG.DER PERSONENPARAMETER(AUS PROD.NORM.ITEMPARAM.)
-1.68 -.73 -.00 .73 1.68

b) Skala "psychosoziales Mißbefinden"

ITEMPARAMETER, INFORMATIONSMASSE, Z-WERT

Item-Nr.¹

1	-.56	-.83	89.162	74.086	1.69	3
2	.39	.48	134.345	54.151	.56	4
3	.69	.74	143.547	47.139	.30	7
4	.08	.31	121.762	58.344	1.44	8
5	.09	.10	122.086	63.498	.03	11
6	-1.14	-1.14	60.652	72.354	.01	12
7	.45	.34	136.704	57.557	.68	15

CHI-QUADRAT-WERT FUER GESAMTTEST = 5.82 BEI DF = 6

PERSONENPARAMETER(AUS PROD.NORM.ITEMPAR.)
.15 .37 .72 1.35 2.69 6.83

LOG.DER PERSONENPARAMETER(AUS PROD.NORM.ITEMPARAM.)
-1.92 -1.00 -.33 .30 .99 1.92

c) Skala "psychosoziales Wohlbefinden"

ITEMPARAMETER, INFORMATIONSMASSE, Z-WERT

Item-Nr.¹

1	-.60	-.42	83.420	44.954	.95	6
2	1.53	1.44	145.001	17.635	.37	10
3	.04	-.06	116.437	41.191	.54	13
4	.08	.30	118.496	35.995	1.12	14
5	-1.05	-1.25	61.468	44.608	1.01	Allg.Zufried.

CHI-QUADRAT-WERT FUER GESAMTTEST = 3.61 BEI DF = 4

PERSONENPARAMETER(AUS PROD.NORM.ITEMPAR.)
.20 .64 1.65 4.93

LOG.DER PERSONENPARAMETER(AUS PROD.NORM.ITEMPARAM.)
-1.61 -.45 .50 1.60

¹ Vgl. Frage 110 im Fragebogenanhang

Dimension liegen (bei einem Signifikanzniveau von $p < .01$ bzw. $p < .05$).¹⁾

Bei den positiven Items führten wir noch einen weiteren Test unter Einschluß der Variable "allgemeine Zufriedenheit mit der derzeitigen Lebenssituation" durch. Anlaß dafür war ein Ergebnis der Faktorenanalyse, auf das wir im folgenden Abschnitt eingehen werden. Es zeigt sich in der Tat, daß diese Variable auf derselben Dimension liegt wie die positiven Happiness-Items. Damit haben wir auch im Hinblick auf die Items zum emotional-stimmungsmäßigen Befinden die Voraussetzungen für die Entwicklung von zwei RASCH-Skalen geschaffen, die wir in Tabelle 13 präsentieren. Die negative Skala umfaßt demnach 7 Items, die sich hauptsächlich auf häufiges Erleben negativer Gefühlszustände wie Mißmut,

1) Die Hypothese, daß es sich bei positiven und negativen Zuständen um zwei getrennte Dimensionen handelt, wurde außerdem so überprüft, daß alle Items zugleich einer RASCH-Analyse unterzogen wurden. Das Ergebnis daraus schien auf den ersten Blick gegen die Hypothese von der Zweidimensionalität zu sprechen, denn es zeigte sich, daß von den insgesamt 16 Items 7 bzw. 9 auf einer Dimension lagen. Dabei beinhalteten die "fittenden" Items sowohl positive wie negative Statements. Bei einer neuerlichen RASCH-Analyse der "fittenden" Items allein jedoch ergab sich aber, daß nun wieder etwa die Hälfte nicht auf einer latenten Dimension lag. Es wäre möglich gewesen, diesen Selektionsprozeß weiter fortzusetzen, jedoch hätte dies zweifellos eine methodisch problematische Vorgangsweise dargestellt (ähnlich der Problematik der Suche nach signifikanten Zusammenhängen in einem großen Tabellenmaterial).

Niedergeschlagenheit oder Mutlosigkeit beziehen, die jedoch in engem Zusammenhang mit Gefühlen sozialer Einsamkeit und Verlassenheit stehen (vgl. Frage 110 im Fragebogenanhang). Die beste Bezeichnung dafür scheint uns daher die einer Skala des "psychosozialen Mißbefindens" zu sein, da diese Bezeichnung zum Ausdruck bringt, daß es sich dabei nicht nur um einen rein psychologisch beschreibbaren Zustand handelt (wie es der englische Begriff des "psychological well-being" zum Ausdruck bringt), sondern um einen Zustand, der die soziale Situation des Betroffenen entscheidend involviert. ¹⁾ Die positiven Happiness-Items bringen vor allem Gefühlszustände wie Glücklichkeit, Frohsinn, gute Laune oder Freude an gerne ausgeübten Aktivitäten zum Ausdruck. Für diese Skala, die insgesamt 5 Items umfaßt, verwenden wir daher (analog zur negativen Skala) die Bezeichnung "psychosoziales Wohlbefinden". ²⁾

1) Der Begriff des "psychosozialen Mißbefindens" bzw. "Wohlbefindens" bringt diesen Sachverhalt besser zum Ausdruck als der Begriff der "sozialen Gesundheit", den z.B. RENNE (1974) auf einen Index anwendet, der zusammengesetzt ist aus Arbeitsfähigkeit, Ehezufriedenheit, Soziabilität und politischer Partizipation. Wir haben bereits in Kapitel 1 dargelegt, daß jeder Begriff von "sozialer Krankheit" irreführend ist. Dasselbe gilt von "sozialer Gesundheit", wobei wir uns allerdings darüber im klaren sind, daß die Verwendung bestimmter Termini für die Relevanz der damit erzielten Forschungsergebnisse häufig nicht ausschlaggebend ist. Zum Begriff des "Befindens" aus psychoanalytischer Sicht vgl. PLÜGGE und KOHN (1958). Diese Autoren weisen vor allem auf den diffusen, unspezifischen Charakter von "Mißbefinden" hin.

2) Die Variable "allgemeine Zufriedenheit" haben wir nicht nur aus inhaltlichen Gründen in diese Skala eingeschlossen, sondern auch aufgrund der methodischen Überlegung, die positive Happiness-Skala mit mehr Items ausstatten zu können und ihre Diskriminierungsfähigkeit zu verbessern.

Abschließend sei nochmals darauf hingewiesen, in welcher Weise diese Skalen in den folgenden Analysen interpretiert werden sollen. Wie bereits festgestellt, erheben wir nicht den Anspruch, sie als direkte Indikatoren von Gesundheit oder Krankheit anzusehen. Was diese Skalen - ebenso wie die ihnen zugrundeliegenden Items - erfassen, sind lediglich Symptome und Befindlichkeiten, die Hinweise auf den Gesundheitszustand bzw. Beeinträchtigungen des gesundheitlichen Befindens darstellen. Ob es sich dabei lediglich um psychosoziale Irritationen von Gesunden oder aber bereits um Anzeichen von Erkrankungen handelt, können wir nicht feststellen. Wir haben jedoch guten Grund zur Annahme - und darin liegt auch die Rechtfertigung für eine rein soziologische Untersuchung solcher Gesundheitsstörungen -, daß diese Symptome sich nicht wesentlich von jenen unterscheiden, mit denen praktische Ärzte ebenso wie Psychiater in ihrer alltäglichen Praxis sehr häufig konfrontiert werden und die sie ebenso wie die davon Betroffenen als gravierend genug betrachten, um sie einer Behandlung zu unterziehen (vgl. BROWN et al., 1975:226 f.). Die Herausarbeitung der sozialen Aspekte dieser Gesundheitsstörungen stellt nach unserer Auffassung daher eine legitime und wichtige Forschungsaufgabe dar.

Einige Hinweise auf die Gültigkeit unserer Skalen können wir aus unserem eigenen Datenmaterial beibringen und zwar dadurch, indem wir ihre Zusammenhänge mit zwei Indikatoren des Gesundheitsverhaltens und mit der Frage nach der allgemeinen Zufriedenheit mit der derzeitigen Lebenssituation herausarbeiten. ¹⁾

1) Diese Vorgangsweise ist bis zu einem gewissen Grad allerdings tautologisch, da die Skalen des gesundheitlichen Befindens diese Indikatoren zum Teil selbst schon enthalten.

Tabelle 14: Zusammenhänge zwischen den Skalen des gesundheitlichen Befindens
(Rohscore) und allgemeiner Zufriedenheit, Tablettenkonsum und ärztlicher Behandlung

Skala	Arbeiterinnen				Angestellte				Anteile von Frauen, die Tabletten einnehmen		Anteile von Frauen in ärztlicher Behandlung	
	(N)	außer- ordent.	zu- frieden	unzu- frieden	(N)	außer- ordent.	zu- frieden	unzu- frieden	Arb.	Ang.	Arb.	Ang.
Gesund- heitsl.Er- schöpfung	niedrig (0) ¹	10	87	3	(172)	16	79	5	-	-	10	8
	mittel (1) ¹	14	80	6	(184)	12	81	7	9	5	24	16
	hoch (2-7) ¹	7	76	17	(207)	7	73	20	42	32	42	40
Gamma (X ²)			.37 ***				.39 ***		.87 ***	.89 ***	.53 ***	.60 ***
Psycho- soz.Miß- befinden	niedrig (0-2)	14	82	4	(224)	17	80	2	18	8	24	19
	mittel (3,4)	9	81	10	(222)	8	78	14	18	14	29	21
	hoch (5-7)	7	75	18	(117)	7	70	23	31	22	31	30
Gamma (X ²)			.35 ***				.48 ***		.20 ***	.34 ***	.11	.17
Psycho- soz.Wohl- befinden	niedrig (0)	-	81	19	(223)	-	79	21	26	18	28	24
	mittel (1)	5	86	9	(152)	7	87	6	20	13	27	22
	hoch (2-5)	24	74	2	(188)	29	68	3	18	9	29	20
Gamma (X ²)			.72 ***				.75 ***		-.15 *	-.24 *	.02	-.07

1) Absolute Anzahl von angekreuzten Items auf der jeweiligen Skala. Dieselbe Zusammenfassung liegt auch allen folgenden Tabellen zugrunde, sofern nicht anders angegeben.

So zeigt sich in Tabelle 14, daß die Einnahme von Beruhigungsmitteln signifikant mit allen drei Skalen des gesundheitlichen Befindens zusammenhängt, jedoch in sehr unterschiedlicher Stärke: am deutlichsten mit der gesundheitlichen Erschöpfung, etwas weniger, jedoch immer noch recht deutlich mit dem psychosozialen Mißbefinden und eher schwach mit dem psychosozialen Wohlbefinden. Die Variable "derzeit in ärztlicher Behandlung" hängt dagegen nur mit der Skala der gesundheitlichen Erschöpfung zusammen, hier allerdings sehr stark.¹⁾ Die umgekehrte Tendenz zeigt sich bei der Frage nach der Zufriedenheit mit der derzeitigen Lage. Diese Frage korreliert zwar ebenfalls signifikant mit allen drei Skalen des gesundheitlichen Befindens, jedoch deutlich stärker mit der Skala des "psychosozialen Wohlbefindens". Diese Zusammenhänge geben uns damit nochmals einen Hinweis auf die Beantwortung der Frage, in welchem Verhältnis "negative" und "positive" Gefühlszustände, Befindlichkeiten und Erfahrungen zur "Gesamtbilanz" des Befindens eines Menschen beitragen. In Tabelle 15

1) Die Variable "derzeit in ärztlicher Behandlung" wurde dadurch gebildet, daß abgefragt wurde, ob sich die Frauen wegen einer der von uns angegebenen Beschwerden in ärztlicher Behandlung befand. Da diese Beschwerden auch eine offene Kategorie "sonstige Beschwerden" enthielt, ist anzunehmen, daß damit ein hoher Anteil der Frauen erfaßt wurde, die sich tatsächlich in einer solchen Behandlung befanden. Der Anteil von Frauen, die sich in ärztlicher Behandlung befinden, beträgt im Durchschnitt 26 %; er ist deutlich höher bei Arbeiterinnen in der Textilbranche, wo er nicht weniger als 42 % beträgt.

präsentieren wir zunächst die Produkt-Moment Korrelationen zwischen den verschiedenen Skalen des gesundheitlichen Befindens und der allgemeinen Zufriedenheit.¹⁾

Tabelle 15: Korrelationen zwischen den Skalen des gesundheitlichen Befindens (Rohscores)

	Psychosoz. Wohlbefinden	Psychosoz. Mißbefinden	Gesundheitl. Erschöpfung
Allgemeine Zufriedenheit	.45 ^{xxx}	-.22 ^{xxx}	-.24 ^{xxx}
Psychosoz. Wohlbefinden		.002	-.16 ^{xxx}
Psychosoz. Mißbefinden			.31 ^{xxx}

Es zeigt sich hier, daß die beiden Skalen des psychosozialen Befindens signifikant und teilweise auch sehr stark mit der allgemeinen Zufriedenheit und mit der gesundheitlichen Erschöpfung korrelieren, daß sie jedoch untereinander nicht zusammenhängen. Wir können in dieser Hinsicht also ein wichtiges Ergebnis von BRADBURN und CAPLOVITZ (1965:20) bestätigen. Dieses Ergebnis legt nämlich nahe, daß es nicht das absolute Ausmaß positiver oder negativer Gefühlszustände, sondern ihre jeweilige Balance ist, welche ausschlaggebend ist für das Gesamtbefinden eines Menschen. Das heißt, daß

1) Wir verwenden hier die Rohscores, da sich bei den Interkorrelationen der Rasch-Skalen tendenziell dieselben Muster von Zusammenhängen (jedoch auf geringfügig niedrigerem Niveau) ergeben.

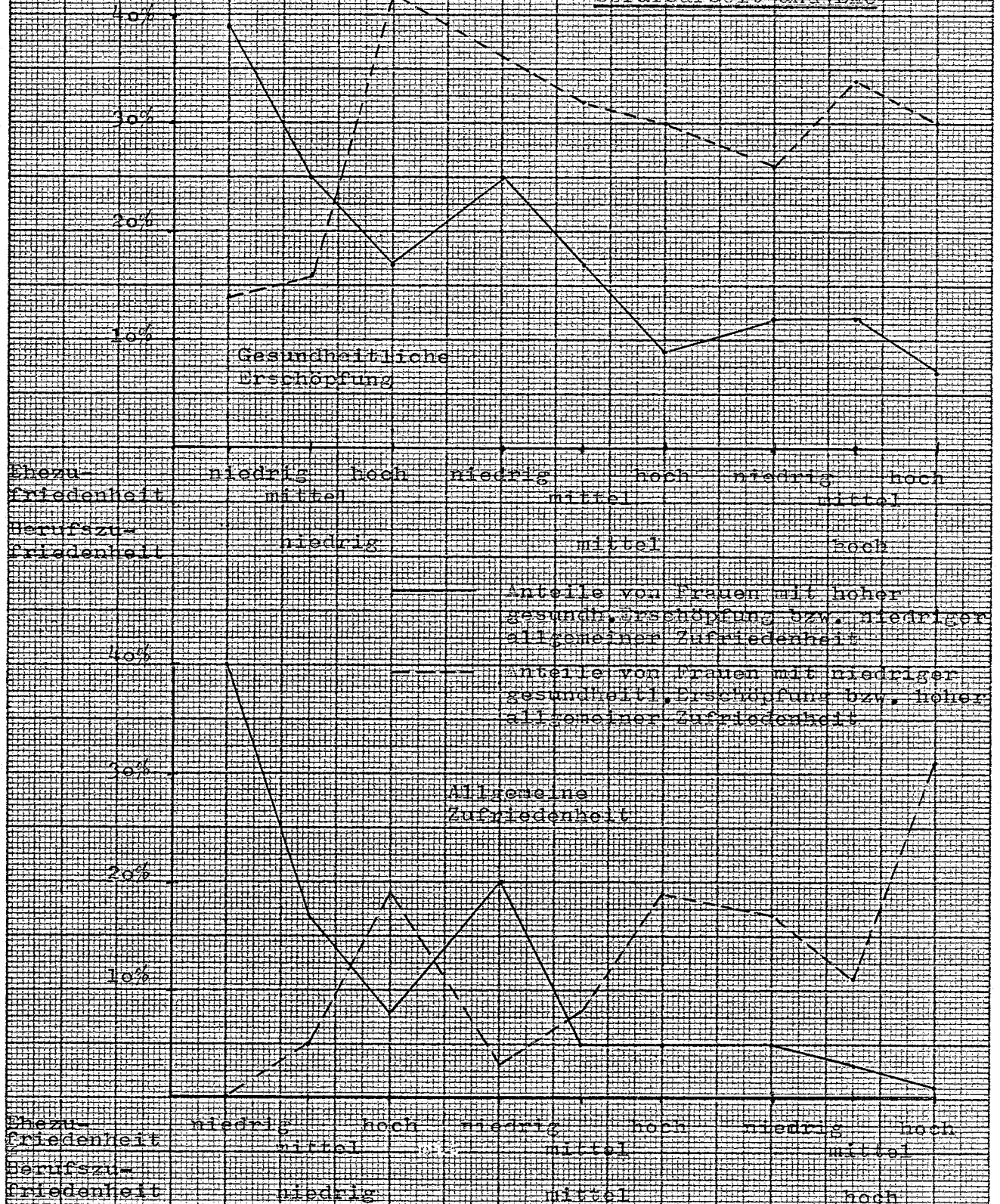
Tabelle 15a: Zusammenhänge zwischen psychosozialem Mißbefinden bzw. gesundheitlicher Erschöpfung, psychosozialem Wohlbefinden und allgemeiner Zufriedenheit (%)

Psychosoziales Mißbefinden	Psychosoziales Wohlbefinden	(N)	Die Frau ist mit ihrer Lage außerord. zufrieden	zufrieden	nicht zufrieden	Zus.
<u>Mißbefinden > Wohlbefinden</u>						
mittel	niedrig	(212)	-	78	22	100
hoch	mittel	(86)	2	79	19	100
hoch	niedrig	(119)	-	64	36	100
<u>Mißbefinden = Wohlbefinden</u>						
hoch	hoch	(100)	19	78	3	100
mittel	mittel	(144)	6	88	6	100
niedrig	niedrig	(161)	-	94	6	100
<u>Mißbefinden < Wohlbefinden</u>						
niedrig	hoch	(176)	38	62	-	100
mittel	hoch	(191)	19	76	5	100
niedrig	mittel	(164)	7	89	4	100
<u>Gesundheitliche Erschöpfung > Psychosoziales Wohlbefinden</u>						
<u>Erschöpfung > Wohlbefinden</u>						
mittel	niedrig	(144)	-	88	12	100
hoch	mittel	(140)	5	77	18	100
hoch	niedrig	(247)	-	71	29	100
<u>Erschöpfung = Wohlbefinden</u>						
hoch	hoch	(150)	20	77	3	100
mittel	mittel	(126)	8	88	4	100
niedrig	niedrig	(101)	-	91	9	100
<u>Erschöpfung < Wohlbefinden</u>						
niedrig	hoch	(145)	30	69	1	100
mittel	hoch	(172)	28	69	3	100
niedrig	mittel	(128)	5	94	1	100

"Erfahrungen, die negative Gefühlszustände erzeugen, nicht notwendig zugleich auch die positiven Gefühlszustände vermindern und Erfahrungen, die positive Zustände hervorrufen, nicht notwendig die Zahl negativer Zustände beeinflussen. Die Unabhängigkeit dieser beiden Dimensionen, sofern durch unsere weiteren Studien bestätigt, legt eine radikale Abkehr von der üblichen Auffassung über psychisches Wohlbefinden nahe, da sie impliziert, daß es für einen Menschen ohne weiteres möglich ist zu sagen, daß er sich gleichzeitig zum Beispiel als 'sehr bedrückt' und 'sehr glücklich' fühlt. Eine solche Aussage wäre vollkommen logisch, wenn die Erfahrung der negativen Gefühlszustände durch jene der positiven Zustände ausgeglichen werden könnte" (BRADBURN & CAPLOVITZ, 1965:19-20).

Wir müssen also die relative Balance von positiven und negativen Gefühlszuständen von psychosozialem Wohlbefinden und Mißbefinden und den Effekt dieser Balance auf die allgemeine Zufriedenheit untersuchen. Wie sich in Abb. 9 und Tab. 15a zeigt, spielt sie in der Tat eine wichtige Rolle: die Frauen sind mit ihrer derzeitigen Lebenssituation in allen jenen Fällen besonders häufig nicht zufrieden, in denen das psychosoziale Mißbefinden größer ist als das psychosoziale Wohlbefinden, sie sind jedoch besonders häufig außerordentlich zufrieden, wenn das Wohlbefinden das Mißbefinden überwiegt. Ähnliche Zusammenhänge zeigen sich auch, wenn man anstatt des psychosozialen Mißbefindens die Variable "gesundheitliche Erschöpfung" konstanthält. Es scheint also deutlich zu sein, daß die allgemeine Zufriedenheit das Ergebnis der relativen Balance positiver und negativer Gefühlszustände und Befindlichkeiten ist. Dieses Ergebnis erklärt, warum oft auch Menschen, die sich in sehr widrigen Umständen befinden, ein Gefühl des Wohlbefindens aufrechterhalten können, während andere bereits durch eine geringe Anzahl von Störungen stark bedrückt werden.

Abbildung 9 : Gesundheitliche Erschöpfung und allgemeine Zufriedenheit nach der Zufriedenheit mit Berufssarbeit und Ehe



Datenbasis: Tabelle 34

3.3.2. Faktorenanalyse der Gesundheitsvariablen

In diesem Abschnitt sollen die Ergebnisse der RASCH-Analyse durch eine Faktorenanalyse ergänzt werden. Die Faktorenanalyse beruht statistisch gesehen auf einer ganz anderen Grundlage als die probabilistischen Testmodelle und stellt an die Daten beträchtlich höhere Ansprüche. Da diese Voraussetzungen in unserem Falle, wie wir im folgenden genauer darlegen werden, höchstens teilweise (wenn überhaupt) gegeben sind, möchten wir hier betonen, daß die Ergebnisse dieser Faktorenanalyse nur hypothetischen Charakter beanspruchen können. Der ausschlaggebende Grund dafür, daß wir sie dennoch präsentieren, ist inhaltlicher Art: Im Gegensatz zum zweikategoriellen, zweifaktoriellen RASCH-Modell gestattet die Faktorenanalyse die gleichzeitige Feststellung von mehr als nur einer latenten Dimension. Da sich außerdem zeigen wird, daß die mit Hilfe der Faktorenanalyse gewonnenen Ergebnisse mit jenen aus dem RASCH-Modell sehr gut übereinstimmen (soweit ein unmittelbarer Vergleich möglich ist), glauben wir, daß ihre Anwendung trotz der gegebenen statistischen Probleme gerechtfertigt ist. Um jenen Lesern, die nicht mit der Faktorenanalyse vertraut sind, eine zumindest grobe Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse zu ermöglichen ohne auf spezielle Werke zurückgreifen zu müssen, bringen wir auch hier zunächst einige allgemeine Bemerkungen zur Faktorenanalyse und der Problematik ihrer Anwendung auf die vorliegenden Daten. Dabei müssen wir uns kürzer fassen als beim RASCH-Modell und uns auch in den Literaturverweisen auf anwendungsbezogene Einführungen beschränken.

Vereinfacht gesprochen kann man die Faktorenanalyse als ein Verfahren bezeichnen, mit dessen Hilfe die Korrelationen zwischen einer größeren Anzahl von Variablen auf einige wenige Dimensionen reduziert werden sollen, d.h. eine Korrelationsmatrix R_h soll in eine Faktorladungsmatrix L übergeführt werden (HOLM, 1976:15). Es wird angenommen, daß die einzelnen beobachteten Variablen durch eine beschränkte Zahl solcher Determinanten bestimmt werden, von denen einige einen Einfluß auf mehrere Variablen haben, andere nur für eine einzige Variable gelten. Daraus folgt, daß die beobachteten Korrelationen zwischen den Variablen als das Ergebnis des Einflusses ihrer jeweiligen gemeinsamen Determinante(n) anzusehen sind. Es wird dann vor allem erwartet, daß die Anzahl dieser vermuteten gemeinsamen Determinanten geringer ist als die Anzahl der Variablen (NIE et al., 1975:471). Denn in diesem Fall ermöglicht die Faktorenanalyse eine Datenreduktion: anstelle vieler Einzelvariablen können in der weiteren Analyse ohne Informationsverlust wenige Dimensionen oder "Faktoren" verwendet werden. Anders formuliert könnte man auch sagen, daß die Korrelation zwischen mehreren Variablen durch diese Faktoren "erklärt" wird (allerdings nicht in einem kausalen Sinne, da keine Unterscheidung zwischen unabhängigen und abhängigen Variablen getroffen wird). Ein wichtiger Unterschied zu probabilistischen Modellen liegt darin, daß die Beziehung zwischen "Faktor" und beobachteter Variable in der Faktorenanalyse nicht als ein stochastischer, sondern als ein deterministischer Zusammenhang gesehen wird. D.h. es wird nicht die Existenz einer "latenten" Dimension postuliert, sondern die beobachteten Werte selbst werden als direkte Operationalisierung der zu erfassenden Dimension angesehen.

Statistisch gesehen geht die Faktorenanalyse von der Tatsache aus, daß sich eine Korrelation geometrisch darstellen läßt, wobei die Korrelation zwischen zwei Variablen als der Winkel zwischen den die beiden Variablen repräsentierenden Vektoren dargestellt wird. Je kleiner dieser Winkel ist, desto höher ist die Korrelation zwischen den Variablen (HOLM, 1976:11). Sind die beiden Variablen nicht miteinander korreliert, so stehen die beiden Vektoren senkrecht (orthogonal) zueinander. Eine Korrelationsmatrix kann dementsprechend auch als ein Punktschwarm auf einer Ebene

dargestellt werden, wobei sich schon aus einer optischen Inspektion ergeben kann, ob ihr eine oder mehrere latente Dimensionen oder Faktoren zugrundeliegen (dies würde dadurch zum Ausdruck kommen, daß mehrere voneinander deutlich abgehobene Punktschwärme existieren).

Die Durchführung der Faktorenanalyse erfolgt, vereinfacht gesprochen, in drei Schritten, wobei es für jeden dieser Schritte mehrere unterschiedliche methodische Verfahren gibt, sodaß die Faktorenanalyse insgesamt eine Kombination einer Reihe unterschiedlicher Einzelverfahren darstellt: die Erstellung der Korrelationsmatrix, die Extraktion der Faktoren und die Rotation. Wir beschränken uns nun auf einige knappe Hinweise zu jedem dieser Schritte, soweit sie unsere eigene Vorgangsweise betreffen.

Der problematische Schritt ist in unserem Fall die Erstellung der Korrelationsmatrix. Da die Faktorenanalyse auf einem linearen Ansatz beruht (jede Variable läßt sich als lineare Funktion der gemeinsamen hypothetischen Faktoren und ihrem spezifischen Faktor ausdrücken), erfordert sie ein entsprechendes Meßniveau der analysierten Variablen, nämlich Intervallskalenniveau.

Als Korrelationskoeffizienten werden in der Literatur daher nur der Produkt-Moment Korrelationskoeffizient bzw. allenfalls die ihm analogen (z.B. Phi-Koeffizient) bzw. von ihm abgeleiteten Koeffizienten (z.B. der punktbiseriale Korrelationskoeffizient; vgl. KRIZ, 1973:225 ff.) als zulässig betrachtet (HOLM, 1976:59). Als Begründung dafür, daß wir unserer Faktorenanalyse dennoch den Ordinalkoeffizienten GAMMA zugrundegelegt haben, möchten wir anführen, daß eine Beschränkung auf ein einfacheres Maß (wie z.B. Phi) einen Informationsverlust mit sich gebracht hätte und weiters auf die Tatsache verweisen, daß sich auch in anderem Zusammenhang zeigte, daß die Interpretation von Ordinalvariablen als Intervallskalen sich inhaltlich als zulässig erwiesen hat und GAMMA als PRE-Koeffizient (Maß der relativen Fehlerreduktion) interpretierbar ist (BENNINGHAUS, 1974:169-173)¹⁾

Der zweite Schritt in der Faktorenanalyse besteht in der Bestimmung der relevanten Anzahl von Faktoren. Hierfür bietet sich in unserem Falle als naheliegende Strategie die Berücksichtigung aller Faktoren mit einem Eigenwert > 1.0 an und zwar deswegen, weil wir alle Werte in der Diagonale der Korrelations-

1) Eine relativ positive Einstellung zur Anwendung von Ordinalskalen bzw. dementsprechenden Korrelationskoeffizienten in der Faktorenanalyse nimmt ÜBERLA (1971:301-303) ein. Er warnt lediglich davor, Faktorenanalysen auf der Basis von Nominalskalen durchzuführen und verweist im übrigen darauf, daß der größte Teil der bisher durchgeführten Faktorenanalysen faktisch selbst nur auf Ordinalskalen beruhte (auch wenn Produkt-Moment-Korrelationen errechnet wurden).

matrix 1.0 gesetzt und eine Hauptkomponentenschätzung durchgeführt haben. Laut HOLM (1976:27) ist dies bei einer Anzahl von etwa 15 Items methodisch zulässig (in unserem Falle handelt es sich um 13 Items).

Das dritte Problem ist das der Rotation. In unserem Falle nahmen wir eine schiefwinkelige Rotation vor, da diese nicht voraussetzt, daß die Faktoren untereinander unkorreliert sind. Sie ist damit vor allem empirisch realistischer als die rechtwinkelige Rotation.

Die Berechnung erfolgte durch das Programmpaket SPSS (Version 6.02), bzw. die entsprechenden Unterprogramme (FACTOR, TYPE=PA1/ROTATE=OBLIQUE). Als empirisches Ergebnis präsentieren wir hier erstens die Matrix der "achsparell projizierten Faktorenladungen" (HOLM, 1976:18; im englischen Sprachgebrauch die "factor pattern matrix"), da diese die Faktorenstruktur der Variablen am besten wiedergibt. Die Koeffizienten in dieser Matrix sind Regressionskoeffizienten, deren Quadrat den direkten Beitrag der einzelnen Faktoren zur Erklärung einer bestimmten Variable angibt (NIE et al., 1975:476).

Aus dieser Matrix lassen sich also die einzelnen Variablen rekonstruieren. (Die Strukturmatrix der Faktoren, die eine Schätzung der Faktoren aus den Variablen ermöglicht, können wir weglassen, da wir die Faktorenanalyse hier ausschließlich für explorative Zwecke und nicht zur Generierung von Scores für weitere Analysen verwenden).

Zweitens präsentieren wir die Eigenwerte der Faktoren (den Absolutbetrag der durch einen Faktor erklärten Varianz in den Daten) sowie den Anteil eines jeden Faktors an der erklärten Gesamtvarianz (Eigenwert dividiert durch Anzahl der Variablen, da die Variablen auf Varianz 1 standardisiert sind).

Diese Information ist wichtig, da sie die relative Bedeutung der einzelnen Faktoren wiedergibt.

Drittens präsentieren wir die Matrix der Korrelationen zwischen den Faktoren. Diese Information ist deshalb von Interesse, weil sie angibt, ob die Faktoren untereinander unabhängig sind bzw. wenn nicht, in welchem Ausmaß und in welcher Art sie miteinander zusammenhängen. Bestehen nennenswerte Korrelationen, könnte man diese Koeffizienten ihrerseits wieder einer Faktorenanalyse "zweiter Ordnung" unterziehen.

Auf eine Wiedergabe der Variablen-Korrelationsmatrix, die den Ausgangspunkt der Faktorenanalyse bildet, können wir hier verzichten, da sie in den Tabellen 7 und 9 vollständig enthalten ist.

Zunächst zu den Ergebnissen der Faktorenanalyse aus einer allgemeinen Perspektive (vgl. Tab. 16 und 17). Wir sind der Ansicht, daß man die Ergebnisse generell aus drei Gründen als recht gut bezeichnen kann. Erstens ist die Anzahl der Variablen, die durch die einzelnen Faktoren hauptsächlich erklärt werden, relativ gering, nämlich etwa 3 bis 4 ¹⁾, und es gibt nur wenige Variablen, zu deren Erklärung mehrere Faktoren in annähernd gleichem Gewicht beitragen (wir werden auf diese Variablen noch eingehen). Zweitens ist die Korrelation zwischen den Faktoren selbst relativ gering (höchstens .18, innerhalb der drei ersten, besonders erklärungskräftigen Faktoren höchstens .15). Zum dritten ergibt sich ein weiterer, zumindest indirekter Hinweis auf die Zuverlässigkeit der Ergebnisse aus der Tatsache, daß wir zwei getrennte Faktorenanalysen durchführten, einmal für die Arbeiterinnen und einmal für die Verkäuferinnen und Angestellten. Es zeigt sich, daß sich die Ergebnisse für diese beiden Subgruppen weitgehend entsprechen (vor allem in den drei ersten Faktoren) bzw. daß die auftretenden Abweichungen inhaltlich sinnvoll interpretierbar sind. Gehen wir jedoch über zu den inhaltlichen Ergebnissen. Hier zeigt sich zunächst, daß sowohl bei Arbeiterinnen

1) Da der Anteil der Varianz, die ein Faktor an einer Variable erklärt, gleich dem Quadrat des Wertes in der factor pattern matrix ist, verringert sich dieser Anteil sehr rasch. Trägt ein Faktor zur Erklärung der Varianz einer Variable 90 % bei, so entspricht dies einem Wert von .94 in der factor pattern matrix; einer erklärten Varianz von 50 % entspricht ein Wert von .70 und einer erklärten Varianz von 10 % ein Wert von .316. Werte in der factor pattern matrix, die kleiner als .31 sind, können daher praktisch vernachlässigt werden. In den Tabellen 13 und 14 wurden daher alle Werte über .31 durch Umrandung hervorgehoben.

Tabelle 16: Faktorenanalyse der Gesundheitsvariablen: Arbeiterinnen

FACTOR PATTERN

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5
GESUND	.85265	.44987	-.28643	-.08618	.01251
NERVOES	.87148	.00680	.41899	.18530	.46626
TABLETT.	.39422	.07754	-.01517	-.38135	-.73115
POS.SC.	.02042	.10540	-.88249	.07576	.20327
NEG.SC.	-.00118	.25786	.61086	.01929	.31606
ZUFRIED.	.02968	-.02318	-.88716	-.02412	.00073
SCHLAF	.48518	-.62969	-.10382	.46548	-.23970
KOPF	.10069	-.16524	.04129	-.86259	.00792
AUGEN	-.00129	-.60690	-.14769	-.16518	.18661
HERZ	.75098	-.07368	-.21666	-.04365	-.14065
FUSS	.09114	-.26407	-.09698	-.26749	.63762
SCHWIND.	.70113	-.10194	.01074	-.17271	-.18306
ANDERE	.15632	.94762	-.11308	.14381	-.10888

FACTOR CORRELATIONS

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5
FACTOR 1	1.00000	-.06578	-.14133	-.04147	-.13585
FACTOR 2	-.06578	1.00000	.11561	.15374	-.06702
FACTOR 3	-.14133	.11561	1.00000	.11982	.18803
FACTOR 4	-.04147	.15374	.11982	1.00000	-.00732
FACTOR 5	-.13585	-.06702	.18803	-.00732	1.00000

FACTOR	EIGENVALUE	PCT OF VAR	CUM PCT
1	3.64804	28.1	28.1
2	2.38523	18.3	46.4
3	2.03990	15.7	62.1
4	1.20252	9.3	71.4
5	1.05962	8.2	79.5
6	.85885	6.6	86.1
7	.70749	5.4	91.6
8	.61744	4.7	96.3
9	.45354	3.5	99.8
10	.37149	2.9	102.6
11	.30465	2.3	105.0
12	-.18829	-1.4	103.5
13	-.46048	-3.5	100.0

Tabelle 17: Faktorenanalyse der Gesundheitsvariablen:
Verkäuferinnen und Angestellte

FACTOR PATTERN

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5
GESUND	.26164	.58680	.68685	-.14856	-.02957
NERVOES	-.57246	.14015	.67723	-.25147	.40418
TARLETT.	.28764	.18172	.13386	.77961	-.17216
POS.SC.	.76528	.07060	-.01653	.00768	-.05427
NEG.SC.	-.84590	.07366	-.09194	.01204	-.06658
ZUFRIED.	.89248	.02543	.00796	.05923	.25110
SCHLAF	.16530	-.03417	.54074	.42050	.18789
KOPF	-.15366	-.17331	-.06159	.78875	.21679
AUGEN	.18743	-.04259	-.01910	.08236	.88355
HERZ	.23204	-.39905	.91889	-.13791	-.26099
FUSS	.18322	-.80685	.06335	-.14292	.17728
SCHWIND.	-.09904	.03498	.69480	.20697	.09267
ANDERE	.21845	.96420	-.06714	-.20890	.19140

FACTOR CORRELATIONS

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5
FACTOR 1	1.00000	.04207	.14584	.15960	-.00594
FACTOR 2	.04207	1.00000	.03723	-.08128	-.00667
FACTOR 3	.14584	.03723	1.00000	.05395	.17797
FACTOR 4	.15960	-.08128	.05395	1.00000	.12120
FACTOR 5	-.00594	-.00667	.17797	.12120	1.00000

FACTOR	EIGENVALUE	PCT OF VAR	CUM PCT
1	3.61198	27.8	27.8
2	2.37649	18.3	46.1
3	2.24727	17.3	63.4
4	1.44493	11.1	74.5
5	1.01963	7.8	82.3
6	.92713	7.1	89.4
7	.76783	5.9	95.3
8	.70075	5.4	100.7
9	.45225	3.5	104.2
10	.37031	2.8	107.1
11	.05155	.4	107.5
12	-.29469	-2.3	105.2
13	-.67543	-5.2	100.0

wie Angestellten (einschließlich der Verkäuferinnen) der erste Faktor einen beträchtlich größeren Anteil von Varianz erklärt als die folgenden Faktoren und daß eine weitere deutliche Abnahme dieses Anteils nach dem dritten Faktor erfolgt.

Bei Arbeiterinnen trägt Faktor 1 vor allem zur Erklärung von Nervosität und allgemeinen gesundheitlichen Befinden bei, weiters noch für Herzbeschwerden und Schwindelgefühle, sowie für Schlaflosigkeit und Tablettenkonsum. Bei den Angestellten findet sich dieser Faktor ebenfalls deutlich. Hier ist es allerdings Faktor 3 und es ergeben sich einige Veränderungen und zwar in der Richtung, daß mit Abstand an erster Stelle die Herzbeschwerden stehen und daß der Tablettenkonsum fehlt. Es erscheint wohl berechtigt, wenn wir aufgrund dieser Zusammensetzung diesen Faktor als weitgehend identisch mit der Skala der "allgemeinen gesundheitlichen Erschöpfung" ansehen, die sich aus der RASCH-Analyse aller Gesundheitsvariablen ergeben hat. Die Tatsache, daß dieser Faktor bei Arbeiterinnen offensichtlich bedeutend stärker ins Gewicht fällt, läßt sich aufgrund unserer bisherigen Analysen sehr gut erklären, da wir durchwegs feststellen konnten, daß die Arbeiterinnen gerade von den ernsteren gesundheitlichen Störungen (die den Hauptanteil dieses Faktors ausmachen) stärker betroffen sind als die Verkäuferinnen und Angestellten. Faktor 2 stimmt bei Arbeiterinnen und Angestellten zum einen darin überein, daß es beidesmal dasselbe Item ist, welches durch diesen Faktor vorrangig erklärt wird, nämlich die "anderen Beschwerden" und zum anderen darin, daß auch das allgemeine gesundheitliche Befinden enthalten ist. Hinsichtlich der beiden weiteren Items zu deren Erklärung dieser Faktor beiträgt, unterscheiden sie sich jedoch: bei Arbeiterinnen sind es

Augenschmerzen und Schlaflosigkeit, bei Angestellten Fußschmerzen und, in geringem Ausmaß, Herzbeschwerden. Wenngleich wir inhaltlich nichts darüber wissen, welcher Art die "anderen Beschwerden" sind, ist es doch evident, daß sie ein relativ großes, von den übrigen Gesundheitsindikatoren unabhängiges Gewicht besitzen (dies äußert sich darin, daß "andere Beschwerden" eines jener Items sind, die bei keinem anderen Faktor auftreten). Wie bereits an anderer Stelle festgestellt, handelt es sich dabei höchstwahrscheinlich um ernstere, in unserer Liste von Beschwerden nicht enthaltene Gesundheitsstörungen.

Faktor 3 ist bei Arbeiterinnen zusammengesetzt vor allem aus den Variablen "allgemeine Zufriedenheit" und dem positiven Guttman-Score aus der Happiness-Skala; weiters sind beteiligt der negative Happiness-Score und - in geringem Ausmaß - die Nervosität. Bei Angestellten ist diese Konstellation von Variablen in genau derselben Zusammensetzung vorhanden, jedoch bildet sie hier den ersten Faktor mit dem größten Anteil erklärter Varianz. Auch die interne Gewichtung der Variablen ist gegenüber den Arbeiterinnen leicht verändert: an erster Stelle stehen Zufriedenheit und der negative Happiness-Score. Auch dieser Faktor entspricht damit relativ deutlich den Ergebnissen der RASCH-Analyse und zwar kann er als eine Zusammenfassung der positiven und negativen Skala des psychosozialen Befindens angesehen werden, wobei die positive Skala des Wohlbefindens eher im Vordergrund steht. ¹⁾

1) Dieses Ergebnis veranlaßte uns zum Einschluß der Variable "allgemeine Zufriedenheit" in die Skala des psychosozialen Wohlbefindens.

Daß die Frage nach der allgemeinen Zufriedenheit mit der derzeitigen Situation auf derselben Dimension liegt wie die Indikatoren des emotional-stimmungsmäßigen Befindens erscheint durchaus plausibel. Diese Variable könnte gewissermaßen als eine globale Aussage über dieses Befinden angesehen werden, während die einzelnen Happiness-Items jeweils als Thematisierung spezieller Befindlichkeiten verstanden werden können.

Eine deutliche Übereinstimmung zwischen Arbeiterinnen und Angestellten besteht auch in Bezug auf Faktor 4. In beiden Gruppen sind dieselben drei Variablen in einem nennenswerten Ausmaß an diesem Faktor beteiligt, nämlich Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Tablettenkonsum. Während aber bei Arbeiterinnen Kopfschmerzen bei weitem die wichtigste Variable für diesen Faktor darstellen, sind bei den Angestellten Kopfschmerzen und Tablettenkonsum in etwa gleichem Ausmaße beteiligt. Auch hier erweist sich die Kombination dieser drei Variablen als inhaltlich plausibles Ergebnis. Auf eine allgemeinere Benennung dieses Faktors verzichten wir jedoch ebenso wie im folgenden Falle, da bei diesen beiden Faktoren jeweils nur ein Gesundheitsitem deutlich dominiert (wie es auch bei Faktor 2 der Fall war).

Faktor 5 ist der einzige Faktor, in dem sich bei Arbeiterinnen und Angestellten ein deutlich abweichendes Muster ergibt. Bei Arbeiterinnen steht Tablettenkonsum an erster Stelle, aber Fußschmerzen und Nervosität sind noch relativ stark beteiligt, bei Angestellten trägt dieser Faktor vor allem zu den Augenschmerzen und - in weit geringerem Ausmaße - zur Nervosität bei. Die Erklärung bzw. Interpretation dieses Faktors müßte daher in erster Linie auf die unterschiedliche soziale Lage und Gesundheitssitua-

tion von Arbeiterinnen und Angestellten eingehen. Bemerkenswert erscheint in dieser Hinsicht vor allem die Tatsache, daß sich bei Arbeiterinnen Tablettenkonsum eher als ein von konkreten Beschwerden abgekoppeltes Verhalten erweist - ein Faktum, das auf ein unterschiedliches Gesundheitsverhalten von Arbeitern und Angestellten hindeuten würde. Die starke Isolierung der Augenschmerzen bei den Angestellten dagegen ist wohl am ehesten als Folge berufsspezifischer Belastungen zu verstehen.

3.3.3. Einige zusammenfassende Bemerkungen und Folgerungen

Wir konnten in den beiden vorhergehenden Abschnitten durch verfeinerte statistische Analysen zeigen, daß die meisten der in unserer Studie erhobenen Indikatoren des gesundheitlichen Befindens auf zwei bzw. drei "latente Dimensionen" zurückzuführen sind: zum einen auf eine Dimension "allgemeine gesundheitliche Erschöpfung" und zum anderen auf zwei weitere Dimensionen, die wir "psychosoziales Wohlbefinden" und "psychosoziales Mißbefinden" nannten. Wir konnten zeigen, daß in jeder einzelnen dieser drei Dimensionen des gesundheitlichen Befindens psychische und soziale Aspekte der persönlichen Erfahrung der Betroffenen in wesentlichem Ausmaße beteiligt sind. Aus diesen Ergebnissen lassen sich Folgerungen in zweierlei Hinsicht ableiten: zum einen über die Möglichkeiten der Anwendung komplexer statistischer Verfahren auf medizinsoziologische Daten im allgemeinen und zum anderen über die Relevanz der von uns erhobenen Daten zu spezifischen Beschwerden im besonderen.

Im Hinblick auf den ersten Aspekt können wir wohl mit Recht behaupten, daß unsere Analyse erwiesen hat, daß eine verfeinerte statistische Analyse von Daten zum gesundheitlichen Befinden und zu spezifischen Beschwerden und Symptomen sinnvoll ist. PFLANZ (1973:109) hat den Begriff der "Diagnosekonstrukte" eingeführt, um damit Klassifikationen von Krankheitssyndromen zu bezeichnen, die auf statistischen Analysen empirischer Zusammenhänge zwischen verschiedenen Einzelsymptomen beruhen. Ziel solcher Diagnosekonstrukte sei nicht sosehr eine Annäherung an klinische Diagnosen (auf deren immanente Problematik wir bereits hingewiesen haben), sondern die Erfüllung der statistisch-mathematischen Erfordernisse der Eindimensionalität und Diskriminierungsfähigkeit. PFLANZ vermutet, daß sich gerade durch eine solche methodische Vorgangsweise ("Computordiagnostik") eine Annäherung zwischen dem auf Einzelfälle bezogenen klinischen Standpunkt und dem auf statistische Durchschnitte und größere Populationen bezogenen Standpunkt des epidemiologischen Ansatzes herstellen lassen könnte. Nun muß man zweifellos sehen, daß primär soziologisch ausgerichtete Forschungsansätze wohl kaum bis zu echten "Diagnosekonstrukten" vorstoßen können. Dennoch könnten sich durch die Einführung solcher Ansätze und Methoden auch für die gesundheitssoziologische Forschung sehr fruchtbare Perspektiven ergeben und eine Vielzahl von Materialien, wie sie zum Teil auch in umfangreichen amtlichen Erhebungen (wie z.B. dem Mikrozensus) bereits gesammelt wurden, könnten unter neuen Aspekten analysiert werden.

Was die Ergebnisse zu den einzelnen Symptomen und Beschwerden betrifft, können wir uns hier auf einige Ergänzungen zu den Ausführungen in Abschnitt 2.4. beschränken. Im Hinblick auf Beschwerden, die sich als der Dimension der "gesundheitlichen Erschöpfung" zuge-

hörig erwiesen haben, nämlich Herzbeschwerden, Schwindelgefühle und Schlaflosigkeit, sollten wir nochmals deutlich darauf hinweisen, daß es sich dabei durchwegs um Symptome handelt, die in sehr vielfältigen Formen und im Rahmen verschiedenster "Grundleiden" auftreten können. Sie stehen in besonderer Nähe zum vegetativen Zentrum und

meist auch in engem Zusammenhang mit psychosozialen Problemen (HOFF, 1958:189, 608; PFLANZ, 1962:81; DELIUS & FAHRENBERG, 1966:137, 163, 224; CREMERIUS, 1968; CONDRAU, 1975). Dasselbe gilt zu einem guten Teil aber wahrscheinlich auch für Symptome, die nicht auf der gleichen Dimension liegen, wie vor allem Kopfschmerzen. So konnten beispielsweise medizinische Untersuchungen von Kopfschmerzpatienten eine sehr häufige Koppelung dieser Beschwerden mit psychischen Problemen wie Angst und Depressionszuständen feststellen.¹⁾ Es wird außerdem fast durchwegs festgestellt, daß Kopfschmerz bei Frauen häufiger ist als bei Männern, wenngleich er bei verheirateten Frauen eher seltener aufzutreten scheint als bei ledigen (HEYCK, 1958; PFLANZ, 1962:75; CONDRAU, 1965).

Angeichts der Tatsache, daß die von den befragten Frauen als besonders ernsthaft erlebten Beschwerden sehr eng mit psychosozialen Momenten verquickt sind, möchten wir jedoch ein Faktum festhalten, auf das besonders H. HEYCK in seiner Studie über den Kopfschmerz hingewiesen hat. HEYCK (1958:5-7) schreibt, die Medizin

1) Auf einem internationalen Ärztekongreß über Kopfschmerz in Innsbruck führte GIRKE, der Leiter einer Kopfschmerzklinik in Berlin aus, daß bei mehr als der Hälfte von 500 untersuchten Kopfschmerzpatienten auch psychische Probleme sowie Herzstörungen feststellbar waren. Altersmäßig traten Kopfschmerzen am häufigsten bei 26-35-jährigen auf (vgl. den Bericht in der Tageszeitung KURIER vom 24.4.1974).

habe zwar große Erfolge in der Bekämpfung des Schmerzproblems aufzuweisen, sehr geringe jedoch im Hinblick auf seine Erkenntnis (vgl. auch CONDRAU, 1965:199). Es sei in dieser Hinsicht vor allem falsch, die besondere "Wehleidigkeit" bestimmter Menschen nur als psychisches Problem zu sehen, da es auch rein somatisch bedingte starke Unterschiede in der subjektiven Schmerzempfindlichkeit gebe. Es sei bemerkenswert, daß auch die Psychiatrie wenig zur Erhellung des Schmerzproblems beigetragen habe. Dieser Hinweis sollte keineswegs eine Verkenntung der Tatsache implizieren, daß bei Kopfweh meist psychogene Faktoren beteiligt sind:

"Doch soll auch bei einer rein psychiatrischen Perspektive nicht übersehen werden, daß auch solche Patienten effektiv somatische Beschwerden haben und die Verweigerung einer gleichzeitigen medikamentösen Hilfe oder sogar der offene Hinweis, es sei alles nur Einbildung, durchaus verfehlt ist und den Kranken begreiflicherweise verletzt" (HEYCK, 1958:286-7).

Auch MECHANIC (1974:126 ff.) weist nachdrücklich darauf hin, daß die persönlich-subjektive Fähigkeit zum Wahrnehmen und Ertragen von Schmerzen (personal vulnerability) zwischen verschiedenen Menschen sehr stark variiert. Diese Hinweise scheinen uns hier vor allem deswegen wichtig zu sein, weil sie neuerlich die von uns ausführlich diskutierte Notwendigkeit aufzeigen, die körperlichen und psychischen Aspekte von Krankheit nicht voneinander zu isolieren. Zwar wird auch die medizinsoziologische Erforschung von Gesundheits- und Krankheitsproblemen allein sicherlich nicht in der Lage sein, dieses Problem des menschlichen Schmerzes erschöpfend auszuloten. Was sie jedoch zweifellos kann und muß, ist die Anerkennung und das Ernstnehmen von solchen Schmerzen und das Aufzeigen ihrer Relevanz für die persönliche und soziale Erfahrung der Betroffenen

in ihrer alltäglichen Lebenswelt.

Diese Bemerkungen führen uns unmittelbar zur letzten Gruppe von Symptomen, die sich aufgrund unserer Analyse als von den übrigen abgehobene Gruppe erwiesen, nämlich die relativ lokalisierten, unmittelbar körper- bzw. organbezogenen Beschwerden der Augen und Füße. Auch hier wäre es nach unserer Auffassung verfehlt und verhängnisvoll, die Bedeutsamkeit dieser Beschwerden zu unterschätzen, obwohl sie von den Betroffenen selbst offensichtlich nicht als signifikante Beeinträchtigungen ihres gesundheitlichen Befindens erlebt werden.¹⁾ Von den einschlägigen medizinischen Untersuchungen wäre hier auf die mehrjährigen Untersuchungen an insgesamt etwa 20.000 Berufsschülerinnen in Köln zu verweisen, bei denen E. DÜNTZER (1964) feststellte, daß Fußschmerzen ein zentrales Problem dieser Jugendlichen darstellten. Sie traten insgesamt bei 8,6 % der Schülerinnen auf und ihre Intensität erwies sich oft als erheblich. W. THOMSON (zit. nach FREUDMANN, 1957) wies darauf hin, daß Verformungen der Füße nicht nur in Beinen, Hüftgelenk und Kreuz schwere Schmerzen zur Folge haben können, sondern daß auf lange Sicht auch innere Organe - Herz, Lunge und Kreislauf - in Mitleidenschaft gezogen werden können. Selbst bei solchen anscheinend rein somatischen, organbezogenen Störungen gilt schließlich, daß die Erkrankung letztendlich auch zu psychosozialen Problemen führen kann:

1) Eine Reihe von Studien hat gezeigt, daß die Wahrnehmung solcher Symptome und ihre Interpretation als ernste Beeinträchtigung des gesundheitlichen Befindens nicht nur berufs- und schichtspezifisch ist, sondern auch vom Ausmaß der sozialen Verpflichtungen und Zwänge abhängig ist, unter denen die Betroffenen stehen (vgl. KOOS, 1967; ROBINSON, 1971).

"Denn wenn eine reine Muskelarbeit zu anstrengend wird, und man sie dennoch tun muß, um sich sein Leben zu verdienen, kann man beobachten, daß sich zur physischen Ermüdung Angstzustände gesellen, sodaß eine ursprünglich rein muskuläre Erkrankung sich in psychischen Erscheinungen manifestiert, wie z.B. Benommenheit, Schlaflosigkeit" (DESOUILLE, 1956:19).

Die sozialwissenschaftliche Forschung kann nach unserer Auffassung aber auch schon dann einen Beitrag zur Erkennung und Verhinderung solcher Störungen leisten, wenn diese sich noch gewissermaßen im rein "somatischen Stadium" befinden. Da solche körperlichen Schädigungen sich vielfach oft aus einer Koinzidenz von belastenden Lebens- und Arbeitsbedingungen und einem ungenügenden Gesundheitsbewußtsein ergeben, wäre es ihre Aufgabe, derartige Konstellationen ausfindig zu machen und zu analysieren und dadurch Ansatzpunkte zu ihrer frühzeitigen Erkennung und Verhütung zu schaffen.

3.4. Die Bedeutung von Gesundheitsstörungen im alltäglichen Lebenskontext.

Ergebnisse aus unstrukturierten mündlichen Interviews.

Soziologische Daten in der Standardform vorstrukturierter schriftlicher Fragebögen laufen stets Gefahr, an der "Realität" vorbeizugehen, d.h., am Sinngehalt und der sozialen Bedeutung, die hinter solchen "Variablen" stehen. Der Vorteil, der standardisierte Fragebögen auszeichnet - daß die Angaben vieler Befragter miteinander vergleichbar sind und nicht von der Perzeption des jeweiligen Interviewers abhängen - kann durch diesen Mangel dann unterhöhlt werden, wenn eine Frage Probleme thematisiert, die für die Befragten überhaupt keine Relevanz haben und mit denen sie sich gar nicht ernstlich auseinandersetzen wollen oder können.

Diese Problematik besteht auch in dieser Studie und zwar vor allem deswegen, weil es sich beim gesundheitlichen Befinden um einen Problemkreis handelt, der nicht ohne weiteres "abgefragt" werden kann, wie etwa das Alter. Eine Möglichkeit, dieses Handikap zumindest teilweise auszugleichen, bieten die Ergebnisse unstrukturierter mündlicher Interviews, die von den wissenschaftlichen Projektmitarbeitern als Vorarbeit für die Entwicklung des Fragebogens durchgeführt wurden.¹⁾

1) Bei den Interviewern handelte es sich um die folgenden Damen und Herren: Josef Grafinger, Johann Handl, Wolfgang Holzinger, Eva Knollmayer, Leopold Rosenmayr, Maria Katharina Strolz. Der Verfasser dieser Studie beteiligte sich erst im Zuge der Haupterhebung an der Datenerhebung.

Wir präsentieren diese Ergebnisse hier in erster Linie, um durch die Wiedergabe möglichst authentischer Aussagen der befragten Frauen ¹⁾ einen Eindruck davon zu vermitteln, inwieweit die Frauen die Frage nach der gesundheitlichen Situation als bedeutsam empfanden und welche Art von Gesundheitsstörungen sie spontan angaben.

Insgesamt stehen uns 21 Protokolle zur Verfügung, von denen 12 Angaben über den Gesundheitszustand enthalten. Wir referieren im folgenden nur die Aussagen über das gesundheitliche Befinden und direkt damit zusammenhängende Belastungen, werden jedoch im Laufe dieser Arbeit an entsprechenden Stellen noch mehrfach auf andere Abschnitte dieser Protokolle zurückkommen. Es handelt sich hier wie bei der Haupterhebung um verheiratete berufstätige Frauen zwischen 20 und 30 Jahren; sofern nicht anders angegeben, wohnen und arbeiten sie in Wien.

Alle Angaben zum Gesundheitszustand betreffen gesundheitliche Beeinträchtigungen.²⁾ Versucht man diese grob zu klassifizieren, so könnte man 10 der 12 Frauen als gesundheitlich leichter gestört - gekennzeichnet

-
- 1) Die Interviews wurden allerdings nicht wörtlich aufgezeichnet, sondern jeder Interviewer verfaßte nach Abschluß des Interviews ein schriftliches Protokoll. Diese Protokolle umfassen meist 2-3 maschineschriebene Seiten und werden im folgenden wörtlich zitiert.
 - 2) Die Interviewer hatten einen groben Leitfaden zur Hand, unter dessen Anleitung sie die Fragen stellten. Ob es sich bei den 8 Protokollen, die keine Angaben zum Gesundheitszustand enthalten, um Frauen handelt, die sich gesundheitlich sehr wohl fühlten, oder ob die entsprechenden Fragen einfach nicht gestellt wurden, kann ich leider nicht mehr feststellen.

durch einen grundsätzlich positiven Gesundheitszustand mit spezifischen oder fallweise auftretenden Störungen - und zwei Frauen als gesundheitlich ernstlicher gefährdet bezeichnen. Wie im Falle der Gesamtdaten ist also auch hier der Großteil der Frauen durch leichtere, jedoch - wie die folgenden Protokolle zeigen - gleichwohl nicht unwesentliche gesundheitliche Irritationen gekennzeichnet.

Betrachten wir jedoch die Fälle im einzelnen, und zwar zunächst jene mit leichteren Gesundheitsstörungen. Typisch sind die beiden folgenden Fälle, bei denen sich recht deutlich zeigt, daß verschiedene Formen von Beschwerden von den Frauen selbst als Ausdruck allgemeiner Nervosität gesehen werden.

Frau L., 29jährige Hilfsarbeiterin mit einer 10jährigen Tochter, die jedoch bei den Großeltern in Kärnten wohnt:

Mindestens einmal in der Woche ist die Frau nervlich sehr angespannt, was sich bei ihr in Kopfschmerzen, Kreislaufstörungen und den Nerven zeigt. Wenn sie schlechter Stimmung ist, möchte sie am liebsten allein sein, bis sie wieder zu sich kommt.

Frau H., 20jährige Näherin in einer Fabrik in einer niederösterreichischen Kleinstadt, 3jähriger Sohn:

Einmal in der Woche ist Frau H. schlechter Stimmung, immer für einen halben Tag. Die Ursachen sind persönlicher oder familiärer, nicht beruflicher Natur. Sie ist dann am liebsten allein und arbeitet (nähen), liest oder macht sich ein gutes Essen. Mindestens einmal in der Woche ist sie nervlich sehr angespannt. Dies äußert sich dann in Kopfschmerzen oder in Nierenschmerzen.

Im folgenden Fall zeigt sich erstmals deutlich, daß berufliche und familiäre Sorgen von der Frau selbst in einem Zusammenhang mit ihren gesundheitlichen Beschwerden gesehen werden.

Frau K., eine 22jährige Arbeiterin, seit 2 Jahren verheiratet und ohne Kinder, wohnhaft in einer Kleinstadt in Niederösterreich:

Einmal im Monat ist sie einen ganzen Tag schlecht gelaunt, das auslösende Moment ist meist beruflicher Natur. Über eine solche gedrückte Stimmung hilft ihr meistens eine gute Zigarette und Autofahren hinweg. Mindestens einmal in der Woche ist sie nervlich sehr angespannt, was sich in einem nervösen Magenleiden äußert.

Frau K. selbst glaubt, daß es für sie zu spät ist, noch einen Beruf zu erlernen. Die Ehe - "sie drückt, Gott, fürchterlich" - läßt ihr dazu nicht die nötige Freizeit.

Ein besonders störungsfreies gesundheitliches Befinden scheint den folgenden Fall zu charakterisieren, jedoch scheint es gewissermaßen "erkauft" zu sein durch ein allgemein niedriges Anspruchsniveau.¹⁾

Frau Ad., eine 26jährige Arbeiterin in der Metallbranche, zum zweiten Mal verheiratet, 3 Kinder, Gatte LKW-Lenker:

Frau A. nimmt die Dinge eher leicht (vermutlich aus einer oberflächlichen Freude an Konsumation und Vergnügen), sie ist äußerst selten gedrückter Stimmung, verursacht durch Beruf oder Familie, über die sie hinwegkommt, indem sie sich zurückzieht und Kaffee trinkt, wie sie sagte.... Weil sie überhaupt sehr selten wirklich schlechter Stimmung ist, braucht sie auch der Ehe zu ihrer Beseitigung keine besondere Funktion einzuräumen... Frau Ad. klagt über dann und wann auftretende Kopfschmerzen.

Die beiden folgenden Fälle sind von besonderem Interesse, weil sie aufzeigen, wie wichtig es für die Aufrecht-

1) Vgl. dazu auch das Interview der Frau S. im folgenden.

erhaltung der Gesundheit ist, daß man einen engen Bezugspartner hat, mit dem man sich über intime Probleme aussprechen kann. BROWN und Mitarbeiter (1975) hatten festgestellt, daß dies der entscheidende Faktor ist, der erklärt, warum gerade bei Frauen mit Kleinkindern eine starke schichtspezifische Differenz im gesundheitlichen Befinden existiert. Diese besteht nämlich deswegen, weil junge Mütter in der Mittelschicht sich viel häufiger mit ihrem Gatten aussprechen und mit seinem Verständnis rechnen können als junge Mütter in Arbeiterfamilien. Der erste der beiden folgenden Fälle ist auch deswegen von Interesse, weil er darauf hinweist, daß die Beurteilung des derzeitigen Gesundheitszustandes oft im Lichte von Krankheitserfahrungen in früheren Lebensphasen erfolgt.

Frau D., 20jährige Hilfsarbeiterin, seit 2 Jahren verheiratet, 1 Kind:

Frau D. glaubt von sich selbst, daß sie "die Dinge eher schwer nimmt". Zwei- bis dreimal monatlich ist sie in gedrückter Stimmung. Diese dauert an, bis das Problem eine Lösung gefunden hat, z.B. "bis es sich mit dem Haushaltsgeld wieder ausgeht", "wenn das Kind krank ist, bis es wieder gesund ist". Mißstimmigkeiten im Betrieb bedrücken sie wohl, aber bei weitem nicht mit der Intensität wie persönliche und familiäre Probleme. Das persönliche Gespräch mit dem Gatten und der Mutter hilft ihr am besten über eine solche gedrückte Stimmung hinweg. "Was ich mit meinem Mann bespreche, bespreche ich auch mit meiner Mutter. Und was ich mit meiner Mutter bespreche, bespreche ich auch mit meinem Mann".

Ihr Gatte legt besonderen Wert auf gutes Essen, saubere Wohnung, daß mit dem Kind alles in Ordnung ist, daß die Frau gut gelaunt ist und Verständnis für seine Sorgen hat. Er selbst aber bringt seiner Frau im Blick auf die Überbeanspruchung durch Haushalt und Beruf weniger Verständnis entgegen. So alle 14 Tage fühlt sich Frau D. "angespannt". Das zeigt sich in gereizter Stimmung. "Mein Mann hat eigentlich wenig Verständnis. Man muß nur seine Sorgen sehen, wie die Männer im allgemeinen sind. Er denkt nicht, daß man selber von der Arbeit nach

Hause kommt. Er faßt das als Kleinigkeit auf". Im allgemeinen fühlt sich Frau D. aber voll leistungsfähig. Als Kind war sie viel krank: mit 3,4 und 5 Jahren Gelenksentzündung als Folge von Scharlach. Mit 10 Jahren war sie noch so geschwächt, das sie im Kinderwagen zur Schule gebracht werden mußte. Später wurden die Mandeln herausgenommen. Seither fühlt sie sich gesund.

Man hat hier den Eindruck, daß der derzeitige Gesundheitszustand nicht zuletzt wegen der leidvollen Erfahrungen in der Kindheit besonders positiv beurteilt wird. Auffallend ist an diesem Interview die Tatsache, daß zuerst auf die große Bedeutung der Aussprachemöglichkeit mit dem Ehegatten hingewiesen wird, im weiteren Verlauf jedoch wieder sein mangelndes Verständnis für die Sorgen der Frau bemängelt wird. Dies deutet wohl darauf hin, daß diese Frau in dieser Hinsicht spürt, daß ein Widerspruch zwischen einer idealen Partnerschaft und der alltäglichen Ehwirklichkeit besteht.

Auch im folgenden Fall kommt die Bedeutung eines vertrauten Gesprächspartners deutlich zum Ausdruck, jedoch ist es hier nicht der Ehegatte, sondern eine Freundin.

Frau S., 29jährige Arbeiterin in einer Kleinstadt im Burgenland, 3 Kinder, einstündiger Arbeitsweg mit Betriebsbus, wohnhaft im Eigenheim bei der Mutter:

Das Gesamtbefinden von Frau S. ist gut. Allerdings hat sie in letzter Zeit öfter Schmerzen in einem Auge, "weil man so genau auf die Geräte schauen muß", und sie fühlt sich "sehr oft angespannt". Das äußert sich folgendermaßen: "Man schimpft, man ist nervös. Es stört einen jede Kleinigkeit. Es geht wieder vorüber". Auf die Frage, ob der Mann Verständnis für sie habe, meinte sie: "Ja schon. Aber es geht nicht anders. Er kommt eigentlich immer spät heim. Er geht oft pfuschen. Da muß (man) eigentlich alles selbst erledigen". Bevor sie sich entschieden hatten, das Haus umzubauen, war der Mann gegen die Berufsarbeit, jetzt ist er dafür...

Frau S. meint von sich selbst, daß sie die Dinge ganz leicht nimmt. Das dürfte bis zu einem gewissen Grad wohl richtig sein, da weitere Antworten zeigen, daß sie sich im Leben keine allzu großen Probleme macht. Sie scheint wohl oft in gereizter Stimmung zu sein, aber nicht im Sinne einer bedrückenden, inneren Belastung. "Also wenn man beim Arbeiten ist und man kommt heim, dann (ist es) fast jeden zweiten Tag, daß man gereizt ist..."

Über solche "Stimmungen" hilft ihr meistens nur ein Gespräch mit der Freundin hinweg ("nur" wurde entsprechend betont): "Eine Frau hat mehr Verständnis als ein Mann!"...

Ihr Ehe bezeichnet sie sexuell als "glücklich", sie kann aber nicht dazu beitragen, über gedrückte Stimmungen hinwegzukommen.

In diesem Interview ist ein Thema zur Sprache gekommen, das offensichtlich auch aus gesundheitlicher Sicht nicht unbedeutend ist, nämlich das des Hausbaues und seiner Folgen für die physische und psychische Belastung. STROTZKA (1969:78) hatte in einer sozialpsychiatrischen Studie einer niederösterreichischen Kleinstadt (Kleinburg) festgestellt, daß entgegen der Erwartung kein positiver Zusammenhang zwischen einer besonderen Aktivität der Familie (Hausbau, Vereinsaktivität usw.) und psychischer Gesundheit bestand und vermutet, daß die Art der Aktivität entscheidend sei: "So hat z.B. eine hohe Aktivität eines Ehepartners außerhalb der Familie oft eine sehr negative Auswirkung auf den anderen, und es kann auch eine gemeinsame Aktivität, wie der Bau eines Hauses, auf die Kinder sich im Sinne einer Vernachlässigung ihrer emotionellen Bedürfnisse auswirken". Der folgende Fall zeigt, daß diese Vermutung nicht ganz unbegründet ist.

Frau Kn., eine 29jährige Arbeiterin in einem kleinen Ort im Burgenland, 6 Jahre verheiratet, kinderlos, täglich 3stündiger Arbeitsweg mit Firmenbus nach Wien:

Miß-Stimmung tritt mehrmals im Monat auf, oft dauert sie tagelang an. Ausschlaggebend hierfür ist der Hausumbau, der derzeit erfolgt. Es gibt aber auch familiäre Gründe dafür (wurden nicht genau definiert).

Arbeit helfe ihr über die schlechte Stimmung hinweg. Frau K. hat oft Kopfschmerzen und Kreislaufbeschwerden, ansonsten fühlt sie sich gesundheitlich in Ordnung. Durch den Hausbau erfolgte im vergangenen Sommer kein Urlaub, dafür wurden "Spritztouren" mit der Familie gemacht.

Von den 21 befragten Frauen hatten nicht weniger als 14 (zwei Drittel) hervorgehoben, daß die berufliche Arbeit besonders belastend sei. In den folgenden 4 Protokollen wird die Belastung in der Arbeitswelt ausdrücklich im Zusammenhang mit gesundheitlichen Störungen genannt.

Frau G., 30jährige Akkordarbeiterin am Fließband, 11 Jahre verheiratet, kinderlos (die Belastung stammt bei dieser Frau also sicherlich primär aus der Arbeitswelt):

Frau G. gibt an, daß sie einmal in der Woche (Donnerstag) schlechter Stimmung ist, da ihr zu diesem Zeitpunkt die Arbeit schon zu viel wird. Außerdem dann noch, wenn sie Samstags Überstunden macht. Eine solche Stimmung dauert dann meistens den ganzen Tag. Darüber hinweg hilft ihr fast nichts. Höchstens der Ehemann, das Fernsehen oder die Hausarbeit.

Die nervliche Belastung äußert sich bei dieser Frau in Kopfschmerzen, Schwindelgefühlen, Blutdruck, Kreislaufstörungen und Beklemmungen ("Die hat doch jeder Mensch")...

Die Befragte würde es sich wünschen, in einem gelernten Beruf oder sonstwie mit Lohnarbeit halbtätig beschäftigt zu sein. Sie ist nämlich der Meinung, daß sie das Akkordtempo nicht mehr lange, auf alle Fälle nicht mehr bis zur Rente, durchhalten wird. Dabei weiß sie jedoch, daß sie die gewünschte Arbeit kaum finden wird, da sie keinen Beruf erlernt hat...

Auch im folgenden Fall ist die Belastung so hoch, daß ein Arbeitsplatzwechsel unvermeidlich erscheint. Frau St., 28jährige Hilfsarbeiterin, 1 Kind:

Frau St. hat mit 17 Jahren einen Sturz vom 4. Stock ihres Wohnhauses überlebt, sie stellt diese Begebenheit als Unfall dar (1 Jahr Krankenhausaufenthalt). Gesundheitlich fühlt sie sich im großen und ganzen wohl, nur nervlich hat sie einige Schwierigkeiten... Sie nimmt sich jedoch bereits fest vor, im Herbst zu wechseln... Als Gründe für diesen geplanten Wechsel gibt sie vor allem die starke nervliche Belastung und das verlangte zu schnelle Tempo bei der Arbeit an ("Wenn ich am Abend nach Hause komme, bin ich immer ganz fertig!").

Es erscheint angebracht, als Kontrast zu dieser Schilderung die Aussage einer 25jährigen kinderlosen Büroangestellten zu zitieren, die hinsichtlich ihrer Arbeitsbedingungen feststellte (zur Gesundheitssituation liegt keine explizite Aussage der Befragten vor, der Interviewer notierte allerdings, sie mache einen "sehr zerfahrenen und nervösen Eindruck"):

So ist sie nun seit Abbruch ihres Studiums bei der Firma P. zu ihrer vollsten Zufriedenheit beschäftigt, möchte immer in derselben Branche sein usw. Im Gegenteil, sie findet die Berufsarbeit überhaupt nicht anstrengend, sie ist keine Belastung (keine der Vorgaben angehakt), der sehr vorteilhafte Betriebsschluß von 13 Uhr läßt ihren Mann gar nicht merken, daß sie als Frau überhaupt berufstätig ist... Die Leistung während der Dienstzeit dürfte allerdings nicht sehr grandios sein, da auf die Frage nach der Zufriedenheit mit der Bezahlung geantwortet wurde, diese wäre im Verhältnis dazu, was geleistet werden müßte.

Auch dieser Hinweis ist nicht ohne Interesse, steht er doch in einem deutlichen Gegensatz zur Aussage mehrerer Arbeiterinnen, daß die Bezahlung zwar nicht schlecht sei, entsprechend der Leistung jedoch höher sein könne.

Jedoch zurück zu den weiteren Fällen von Gesundheitsstörungen als Folge übermäßiger Arbeitsbelastung.

Frau La., 28jährige Akkordarbeiterin, kinderlos:

Gesundheitlich ist sie durch Gallensteine gehandikapt. Sie ist alle 4 Monate in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Hohe Leistungsfähigkeit ist unerläßlich, da das Arbeitstempo enorm ist. Die hohe Bandgeschwindigkeit ist eine große Belastung, auch in nervlicher Hinsicht. Eine Erhöhung der Geschwindigkeit ist unter keinen Umständen mehr möglich.

Auch in einigen schon besprochenen Fällen wurden Gesundheitsschädigungen durch die Arbeit genannt, so übermäßige Beanspruchung der Augen (Frau S.), oder auf einen früheren aus Gesundheitsgründen erzwungenen Arbeitsplatzwechsel hingewiesen (Frau Lo.).

Die beiden folgenden Fälle sind offenkundig durch schwerere gesundheitliche Beeinträchtigungen gekennzeichnet. Während im ersten wie bei den eben besprochenen Fällen der Hauptgrund dafür die Arbeitsbelastung ist, treten beim zweiten Fall eine Reihe weiterer, vor allem familiärer Schwierigkeiten, hinzu.

Frau Ar., 28jährige Arbeiterin, 1 Kind, wohnhaft in Lebensgemeinschaft mit der Großmutter, Mann Vertreter:

Gesundheitlich hat Frau Ar. ein Nierenleiden, das sie auf das schwere Heben zurückführt. Sie fühlt sich auch nicht immer völlig leistungsfähig.. Frau Ar. erhofft sich, z.B. als Locherin nicht so schwer arbeiten zu müssen (sie hat viele schwere Geräte zu heben) und der nervlichen Belastung und dem Arbeitstempo zu entgehen.

Den folgenden Fall zitieren wir relativ ausführlich, da das Interviewprotokoll sehr detailliert auf die gesundheitliche Situation und ihre Zusammenhänge mit der sozialen Lage der Frau eingeht.

Frau W. ist eine 29jährige Hilfsarbeiterin, wohnhaft in einem kleinen Ort im Burgenland, berufstätig in Wien; zum zweiten Mal verheiratet; ein zwölfjähriger Sohn, der in einem anderen Ort bei der Großmutter lebt:

Die Befragte ist von etwas angegriffener Gesundheit und leidet daher unter der Doppelbelastung durch Beruf und Haushalt, verschärft dadurch, daß sie eine Pendlerin ist (das Haus steht in S.), wodurch täglich 3 1/2 Stunden (!) für die Fahrt aufgewendet werden müssen. So ist es nicht verwunderlich, wenn Frau W. glaubt, nicht angemessen entlohnt zu werden.... Nach der Geburt eines zweiten Kindes würde sie auf keinen Fall mehr wieder in den Beruf gehen (auch aus gesundheitlichen Rücksichten).... Die Dinge nähme sie eher leicht. Es fragt sich, ob aus einer heiter-unbeschwerten Grundstimmung überhaupt oder aus der Einsicht, die Dinge sowieso nicht zu ändern, wenn man sie auch schwer nimmt. Bei Frau W. trifft sicher die zweite Vermutung zu, denn weder Arbeit noch Ehe (die sie als weniger glücklich beschrieb) geben ihr sonderlichen Anlaß, zufrieden und glücklich zu sein. Familiäre Schwierigkeiten sind es, die durchschnittlich einmal wöchentlich eine gedrückte Stimmung auslösen, und da zieht sie sich am liebsten zurück, hört Musik im Radio; eine Aussprache mit dem Gatten ist meist nutzlos, da würde sie "eine Mauer einrennen". Umgekehrt legt er aber Wert (darauf), daß Frau W. verständnisvoll und ausgeglichen ist, er sein gutes Essen hat und die Wohnung immer sauber ist. Das autoritäre Verhalten des Mannes, welches für seinen Beruf als Exekutivbeamter notwendig ist, wirkt also auf die Ehe zurück! Ein weiteres Beispiel dafür: obwohl Frau W. dann und wann im Betrieb zu einer Zigarette greift, würde dies, wenn es der Mann sähe, für ihn ein Scheidungsgrund sein; sie bekäme "Schläge"! Wenn den Antworten von Frau W. bezüglich Personen, mit denen sie sich ausspricht, Vertrauen geschenkt werden kann, so rundet sich das Bild nur ab: denn weder der egoistische Gatte, mit dem es oft Streit gibt, noch die Mutter noch sonst wer, dienen als intime Vertrauenspersonen. Schwache gesundheitliche Konstitution, eine unglückliche Ehe, ein sehr langer Arbeitsweg (3 1/2 Stunden täglich), weniger die Arbeit selber, tragen dazu bei, daß Unlustgefühle dominieren und das Lebensgefühl gedrückt wird, was sich in resignierender Gleichgültigkeit manifestiert, aber auch in gelegentlicher Gereiztheit (und vermutlich auch Auflehnung).

Der Fall der Frau W. wäre sicherlich ein Beispiel dafür, daß soziologische Befragungsmethoden im Falle ernsterer Lebensprobleme und Gesundheitsstörungen durch tiefergehende psychoanalytische Explorationen zu ergänzen wären, wie STROTZKA (1969a) fordert.

In diesem Protokoll kamen eine Reihe von Aspekten zur Sprache, auf die wir bereits bei anderen Interviews hingewiesen haben: so das Gefühl einer der Leistung nicht angemessenen Entlohnung sowie die Bedeutung einer Vertrauensperson zur persönlichen Aussprache in Lebensschwierigkeiten. Die mangelnde Bereitschaft bzw. Unfähigkeit des Mannes zu einer solchen Hilfestellung mag ein entscheidender Faktor in der schlechten Gesamtsituation dieser Frau sein. Von besonderem Interesse scheint noch ein weiterer Aspekt, der in diesem Interview zum Ausdruck kommt, nämlich die Tatsache, daß manche Frauen und zwar anscheinend gerade jene, die am meisten belastet sind, ihre soziale Lage eher etwas positiver darzustellen versuchen als sie in Wirklichkeit ist. Eine ähnliche Tendenz hatte sich auch im Interview der Frau G. gezeigt, die angab, unter einer Reihe von psychovegetativen Leidenszuständen zu leiden, jedoch gleich hinzufügte: "Die hat doch jeder". Sollte sich die Vermutung, daß gerade besonders schwer belastete Frauen eher zu einer Untertreibung als zu einer Übertreibung ihrer Sorgen und Konflikte neigen, so würde dies die häufig gehörte Behauptung zumindest in Frage stellen, daß die von Frauen vielfach geäußerten Klagen über alltägliche Sorgen und Beschwerden oft wenig fundiert sind und nur als persönlichkeitsbedingte

Neigung zu allgemeiner Unzufriedenheit anzusehen sind.¹⁾
Eine Tendenz der besonders belasteten und in widrigen Verhältnissen lebenden Frauen, ihre Situation eher etwas positiver darzustellen, als sie wirklich ist, könnte jedenfalls mit Hilfe von sozialpsychologischen Annahmen ohne weiteres erklärt werden (etwa in der Richtung, daß sie dadurch Selbstbild und soziale Einschätzung zu heben versuchen).

Wir können damit abschließend versuchen, eine Antwort auf die zu Beginn dieses Abschnittes gestellten beiden Probleme zurückzukommen: ist die Frage nach dem gesundheitlichen Befinden von den Frauen als bedeutsam empfunden worden? Was waren die wichtigsten Symptome bzw. Formen gesundheitlicher Störungen, die sie genannt haben?

Wenngleich wir keine direkte Aussage darüber besitzen, wie wichtig für die befragten Frauen die Gesundheitsproblematik war, können wir aus den präsentierten Interviewprotokollen diese Frage wohl eindeutig positiv beantworten. Alle Frauen waren in der Lage, Auskünfte über ihren Gesundheitszustand zu geben und viele gaben - soweit die Kürze des Interviews dies zuließ - Angaben sowohl über die Art der Gesundheits-

1) E. PFEIL (1961:231) stellte in ihrer großen Untersuchung über berufstätige Mütter in der Bundesrepublik Deutschland fest, daß auch nicht berufstätige Frauen, die nichts anderes wünschen "als Hausmutter zu sein", oft Unmut über die Hausarbeit äußerten und notiert dazu: "Wie der Landwirt klagt auch die Hausfrau gern und viel, mit und ohne Grund". Ob Hausfrauen ohne Grund klagen, bleibe hier dahingestellt. Daß Landwirte jedoch sehr gute Gründe dafür haben, zeigen z.B. die Ergebnisse von Reihenuntersuchungen bei den Bauern, die bei ihnen den schlechtesten physischen Gesundheitszustand von allen Bevölkerungsgruppen aufwiesen (BAUERNKRANKENKASSE, 1973) und die sozialpsychiatrische Feldstudie "Kleinburg" (STROTZKA, 1969b:77), die feststellte, "daß der Mythos von der seelischen Gesundheit der bäuerlichen Bevölkerung nicht haltbar ist".

störungen als auch über die ihrer Meinung nach wichtigsten Ursachen dieser Störungen. Was die Art der angegebenen Störungen betrifft ist festzuhalten, daß sehr häufig eine allgemeine nervliche Belastung angegeben wurde, zu der von Fall zu Fall eine Reihe unterschiedlicher Störungen hinzutritt, wobei jedoch von den Frauen selbst ein deutlicher Zusammenhang zwischen der allgemeinen nervlichen Basis-Belastung und den wechselnden somatischen Beschwerden gesehen wurde. Darüberhinaus taucht auch sehr häufig die Beschreibung einer generellen emotionalen Verstimmtheit auf, die sich in Form von Depression und Gedrücktheit äußert. Diese Form der Verstimmtheit entspricht vermutlich weitgehend jener emotionalen Gestörtheit im Sinne von Mutlosigkeit, Angstzuständen, Schlaflosigkeit usw., die von BROWN und Mitarbeitern (1975) in einer Befragung von Frauen und Müttern in England so häufig festgestellt und als "depressiver Zustand" bezeichnet wurde. Es scheint daher, daß die uns aus der schriftlichen Befragung zur Verfügung stehenden Variablen eine recht gute Erfassung dieser verschiedenen Formen gesundheitlicher Störungen ermöglichen, die wir in diesen Interviews festgestellt haben.¹⁾

Eine abschließende Bemerkung ist auch noch zur Problematik des Schweregrades der Gesundheitsstörungen zu machen, wie sie in diesen Interviews zum Ausdruck kommen. Es legt sich nämlich der Einwand nahe, daß man in vielen Fällen eigentlich gar nicht von wirklichen "Krankheiten" sprechen könne, da "nur" Beschwerden wie Kopfschmerzen, Nervosität usw. genannt wurden, also Phänomene, unter denen praktisch jeder zu leiden hat,

1) Neben den beiden allgemeinen Fragen zum gesundheitlichen Befinden bzw. zur Nervosität scheinen vor allem die beiden Skalen zur emotionalen Ausgeglichenheit wichtig um die in den Interviews oft thematisierte Stimmung der Gedrücktheit zu erfassen.

die man daher als durchaus "normal" ansehen müsse. Nun müssen wir zweifellos zugeben, daß wir keinesfalls echte Krankheiten erfaßt haben (dazu wären auch medizinische Diagnosen notwendig). Wir möchten aber dennoch die Behauptung aufstellen, daß es sich bei diesen so häufig genannten mehr oder weniger diffusen Beschwerden um echte und spürbare Gesundheitsstörungen handelt.

Dahinter steht die Annahme, daß es zwischen Gesundheit und (medizinisch diagnostizierter) Krankheit einen breiten Zwischenbereich gibt, den wir mit dem Begriff der "Gesundheitsstörung" bezeichnen.

Daß solche Gesundheitsstörungen insoferne als "normal" zu bezeichnen sind, als heute die große Mehrheit aller Menschen davon betroffen zu sein scheint, ¹⁾ wollen wir nicht bestreiten. Aber auch dann, wenn man nicht das Ideal eines "Menschen in Watte" vertritt und anerkennt, daß Leiden bis auf absehbare Zeit nicht völlig aus dem menschlichen Dasein zu verbannen sein wird (SCHAEFER, 1963:112), muß man nicht gesundheitliche Beeinträchtigungen als unvermeidbar hinnehmen - selbst wenn sie anscheinend "normal" sind. Daß vielleicht gerade diese leichteren, jedoch einen sehr großen Anteil der Bevölkerung betreffenden Gesundheitsstörungen ein sehr wichtiges Problem darstellen, könnte vielleicht auch

1) In einer Reihenuntersuchung von über 30.000 Versicherten in der Bundesrepublik wurde festgestellt, daß in jüngeren Jahrgängen nur 10 - 15 %, in älteren Jahrgängen gar nur 1 % aller Untersuchten einem "idealen" Gesundheitszustand entsprachen (vgl. dazu auch BIENER u.a., 1976).
FRANKE (1970:25) spricht in diesem Zusammenhang davon, daß sich heute immer mehr Menschen in der Situation eines "bedingt Gesunden" befinden.

aus Fakten herausgelesen werden wie dem, daß heute trotz der Fortschritte in der Medizin die Lebenserwartung älterer Menschen wieder absinkt (SCHAEFER & BLOHMKE, 1972:449). Für dieses Faktum mag gerade die Zunahme dieser "leichteren", eher selten in den ärztlichen Ordinationen aufscheinenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen verantwortlich sein.¹⁾

1) Angesichts dieser Fakten scheint es problematisch zu sein, wenn SCHAEFER & BLOHMKE in ihrer oben zitierten "Sozialmedizin" schreiben (im Anschluß an einen Hinweis darauf, daß heutzutage die "Bagatellfälle" in der Praxis ebenso wie die Hypochondrie im Zunehmen begriffen seien): "Es verwundert daher nicht, wenn Patienten heute den Arzt mit sehr geringfügigen Beschwerden aufsuchen, zumal dieser Besuch nichts kostet, der Beschwerdnis des Leidens also keine Alternative, die zum Ertragen drängt, gegenübersteht. Die Gleichgewichte zwischen dem persönlichen Engagement des Patienten für seine Gesundheit und die Leichtigkeit, mit der ihm geholfen wird, verschiebt sich immer mehr in Richtung auf Inanspruchnahme der Hilfe. Mit einem geschärften Gesundheitsbewusstsein hat das nichts zu tun, da sonst der Anstieg im Konsum schädlicher Genußgifte unerklärbar wäre..." (SCHAEFER & BLOHMKE, 1972:356). Diese Aussage scheint uns nicht nur deswegen fragwürdig zu sein, weil sie Ansätze zu einem Gesundheitsverhalten eher entmutigt als fördert, sondern auch deswegen, weil sie Behauptungen enthält, die man bestenfalls als Halbwahrheiten, eher jedoch schlicht als Voreingenommenheiten bezeichnen muß. Oder glauben die Autoren ernstlich, daß es sich in jenen Fällen, in denen Patienten "mit Leichtigkeit" geholfen werden kann, tatsächlich um echte Hilfen handelt, wo doch in den allermeisten dieser Fällen nichts als ein Medikament verschrieben wird? Fördert nicht genau diese ärztliche Praxis selbst die Zunahme der "Bagatellfälle"? Unhaltbar ist auch das Argument, die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe habe nichts mit geschärftem Gesundheitsverhalten zu tun, weil ja auch der Konsum von Genußgiften zunehme. Hier werden Phänomene bzw. Personengruppen gegeneinander aufgerechnet, die nichts miteinander zu tun haben.

3.5. Zusammenfassung

In diesem Abschnitt ging es uns um eine Darstellung des allgemeinen gesundheitlichen Befindens und der Häufigkeit spezifischer Beschwerden und Leidenszustände in den verschiedenen Subgruppen der von uns befragten berufstätigen Frauen. Dabei zeigte sich, daß etwa ein Zehntel aller Frauen als gesundheitlich ernstlich beeinträchtigt anzusehen ist, während ein sehr großer Teil, nämlich etwa die Hälfte aller Frauen, unter leichteren Gesundheitsstörungen leidet. Die Häufigkeit des Auftretens von Gesundheitsstörungen variiert sehr stark danach, in welchen Berufen bzw. Industriebranchen die Frauen arbeiten: als signifikant schlechter erwies sich der Gesundheitszustand der Arbeiterinnen insgesamt gegenüber den Angestellten und Verkäuferinnen und innerhalb der Arbeiterinnen wiederum jener der Arbeiterinnen in der Textilbranche.

Bei den von uns erfaßten Indikatoren des Gesundheitszustandes handelt es sich nicht um Krankheitssymptome im engeren medizinischen Sinne, sondern um Selbsteinschätzungen des Gesundheitszustandes durch die befragten Frauen und persönliche Angaben über spezielle Beschwerden. Es hat sich in unseren Auswertungen jedoch deutlich gezeigt, daß diesen Angaben ein hoher Realitätsgehalt zukommen scheint, da die verschiedenen Indikatoren nicht nur untereinander, sondern auch mit Variablen wie Tablettenkonsum, einer Skala der emotionalen Ausgeglichenheit und der allgemeinen Zufriedenheit, signifikant zusammenhängen.

Als die von den Frauen am bedrohlichsten empfundenen Beschwerden erwiesen sich unter den von uns erfaßten Leidenssymptomen Herzbeschwerden, Schwindelgefühle und Schlaflosigkeit. Frauen, die unter diesen Be-

schwerden leiden, zeigten besonders häufig eine Beeinträchtigung des allgemeinen gesundheitlichen Befindens, einen verstärkten Konsum von Beruhigungsmitteln und litten auch häufiger unter zusätzlichen Beschwerden. Allgemein können wir im Hinblick auf unsere Ergebnisse feststellen, daß sie trotz der Tatsache, daß es sich nur um Selbstangaben der Befragten handelt, einen hohen Grad der Übereinstimmung mit vergleichbaren sozialmedizinischen und sozialpsychiatrischen Studien zeigen. Dies betrifft sowohl die absolute Häufigkeit von gesundheitlichen Beeinträchtigungen als auch die spezifische Art der genannten Beschwerden und ihrer Wechselbeziehungen. Unter Berücksichtigung der einschlägigen sozialpsychiatrischen und psychosomatischen Erkenntnisse müssen wir annehmen, daß es sich auch bei den von uns erfaßten scheinbar spezifisch körperlich-somatischen Beschwerden vielfach um somatische "Ausdrucksweisen" zum Teil psychisch und sozial bedingter Gesundheitsstörungen handelt.

Dies konnten wir auch selbst durch systematische statistische Analysen nachweisen, aus denen sich ergab, daß sich die meisten der von uns erfaßten Indikatoren des gesundheitlichen Befindens drei "latenten Dimensionen" zuordnen lassen, nämlich den Dimensionen "allgemeine gesundheitliche Erschöpfung", "psychosoziales Mißbefinden" und "psychosoziales Wohlbefinden".

Es erwies sich, daß jede dieser drei Dimensionen auch Aspekte der persönlich-sozialen Erfahrung der Betroffenen enthält und dies - wie im Falle der Dimension der "gesundheitlichen Erschöpfung" - gleichzeitig mit anscheinend eher somatischen Krankheits-symptomen.

Im letzten Abschnitt dieses Kapitels konnten wir schließlich durch eine Auswertung der Ergebnisse unstrukturierter mündlicher Interviews feststellen, daß die Gesundheitsproblematik von den Frauen allgemein als sehr wichtig angesehen wird und daß auch bei freien Interviews von den Frauen spontan eine Reihe von allgemeinen und spezifischen gesundheitlichen Beschwerden genannt wurden. Damit konnten wir nochmals sicherstellen, daß die von uns analysierten Angaben in den schriftlichen Interviews keine bloßen "Forschungsarteffekte" darstellen, sondern echte Probleme der erwerbstätigen jungen Frauen und Mütter thematisieren. Darüberhinaus lieferten diese Interviews auch eine Reihe von Hinweisen auf spezielle mit den Gesundheitsstörungen zusammenhängende Lebensbedingungen und Konfliktsituationen in Arbeitswelt und Familie. Diese Lebensbedingungen und Konflikthanlässe variieren offensichtlich sehr stark nach den verschiedenen sozialen Kontexten, die wir erfaßten. Es wird Aufgabe der folgenden Abschnitte sein, die spezifischen Merkmale dieser sozialen Kontexte herauszuarbeiten und aufzuzeigen, in welcher Weise sie die gesundheitliche Situation der Frauen beeinflussen.