

GESUNDHEITSTÖRUNGEN ALS PERSÖNLICHE
UND SOZIALE ERFAHRUNG

Dargestellt am Beispiel von jungen,
verheirateten
Arbeiterinnen und Angestellten

2. Band

Max HALLER

Forschungsmemorandum No. 138
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
<u>I. Teil: 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: Empirische Ergebnisse

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

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

Wir haben bereits einen Abriß der theoretischen Orientierung unserer Studie gegeben (vgl. Abschnitt 2.1), sodaß wir uns hier auf einige ergänzende Bemerkungen beschränken können. Wir betonten in diesen Überlegungen vor allem, daß die Bedeutung der aktuellen Belastungen und Gratifikationen der Frauen in ihren zentralen Lebensbereichen für das gesundheitliche Befinden nicht unterschätzt werden sollte. Bevor wir unsere empirischen Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen diesen gesellschaftlichen Determinanten bzw. Korrelaten des gesundheitlichen Befindens präsentieren, müssen jedoch zwei wichtige Vorbehalte gegenüber einer allzu vereinfachten Interpretation dieser Zusammenhänge dargelegt werden.

Der erste Vorbehalt betrifft die Frage, inwieweit Zusammenhänge zwischen sozialen Belastungen und Gesundheitsstörungen als "kausal" interpretiert werden können, inwiefern wir also annehmen können, daß belastende Arbeitsbedingungen die Ursachen von Gesundheitsstörungen sind. Hierzu ist vor allem festzuhalten, daß es sich bei allen Daten, die uns im Hinblick auf diese Belastungen zur Verfügung stehen, um Angaben handelt, welche von den Frauen selbst gemacht wurden. Bei vielen dieser Belastungsaspekte handelt es sich um Informationen, von denen man ohne weiteres annehmen kann, daß ihnen ein hoher Wahrheits- bzw. Realitätsgehalt zukommt (wie etwa Auskünfte der Frauen über die Dauer der Arbeitszeit, die Kinderzahl, die Hilfe im Haushalt durch Verwandte usw.). Bei vielen anderen Daten zur sozialen Lage der Frauen handelt es sich jedoch um solche, die sich nicht auf mehr oder weniger eindeutig

definierte Maßzahlen beziehen, sondern um persönliche Urteile und Erfahrungen der Frauen. Typische Informationen dieser Art sind etwa die Antworten auf die Fragen, welche Gegebenheiten des Arbeitsplatzes von den Frauen als besonders belastend und störend empfunden werden. Wenngleich den Aussagen der Frauen auch in solchen Aspekten ein hoher Realitätsbezug zukommt, wie wir im folgenden Abschnitt zeigen werden, wäre es dennoch irreführend, von signifikanten Zusammenhängen zwischen Belastungen dieser Art und gesundheitlichen Beeinträchtigungen unmittelbar auf einlinige kausale Beziehungen schließen zu wollen. Denn es ist anzunehmen, daß es sich bei solchen Zusammenhängen durchaus um Wechselwirkungen handelt: Belastungen können zwar direkt die Gesundheit beeinträchtigen, aber umgekehrt werden Frauen, die sich in einer gesundheitlich schwächeren Verfassung befinden, gegenüber Belastungen empfindlicher reagieren, eine niedrigere "Reizschwelle" haben. Dieses Faktum macht unserer Meinung nach die Analyse solcher Zusammenhänge jedoch nicht wertlos. Nur sollte die Tatsache der Wechselwirkung auch in der Interpretation berücksichtigt werden: wie man soziale Belastungen und Konflikte als Ursachen für Erkrankungen ansehen kann, kann man sie auch als Begleiterscheinungen gesundheitlicher Irritationen sehen, als Teil der sozialen Erfahrung der Gesundheitsstörung selbst.

Die zweite Bemerkung betrifft die relative Bedeutung der verschiedenen sozialen Voraussetzungen und Bedingungen für das gesundheitliche Befinden. In dieser Hinsicht müssen wir vor allem versuchen, zu einer "Gesamtbilanz" der Erklärungskraft der verschiedenen von uns erfaßten sozialen Determinanten des gesundheitlichen Befindens zu gelangen. Nur dadurch können wir vermeiden, in den typischen Fehler mancher epidemiolo-

gischen Studien zu verfallen, eine Vielzahl von signifikanten Einzelergebnissen zusammenhanglos als wichtige "Befunde" zu referieren. Die Bestimmung der relativen Bedeutung der einzelnen Variablen ist in einer Untersuchung wie der unseren auch deshalb unerlässlich, weil wir von vornherein nur einen beschränkten Ausschnitt aus den möglichen Ursachen für Gesundheitsstörungen erfaßt haben. Eine möglichst sorgältige Abwägung der relativen Bedeutsamkeit der sozialen Voraussetzungen für das psychosoziale Wohlbefinden und für Gesundheitsstörungen, wie sie in dieser Studie erfaßt werden konnten, sollte uns vor problematischen Schlußfolgerungen bewahren. Die sozialen Voraussetzungen und Folgen sind zweifellos nur ein Aspekt - wenngleich ein sehr wesentlicher und noch immer stark vernachlässigter Aspekt - der Problematik von Gesundheit und Krankheit. Wir sollten uns auch darüberhinaus dessen bewußt sein, daß unsere Studie außerdem selbst diese soziale Dimension bei weitem nicht vollständig erfaßt.

In der Darstellung der empirischen Ergebnisse gehen wir so vor, daß wir zuerst gesondert die Zusammenhänge zwischen der Lage der Frauen in den zentralen Lebensbereichen von Arbeitsplatz und Beruf sowie Haushalt und Familie darstellen. In einem zusammenfassenden Abschnitt versuchen wir sodann zu einer systematischen "Gesamtbilanz" der relativen Bedeutsamkeit der Lage in diesen verschiedenen Lebensbereichen zu gelangen. Es soll allerdings schon bei der Darstellung einzelner bivariater Zusammenhänge die relative Stärke solcher Zusammenhänge (nicht nur ihre Signifikanz) jeweils besonders beachtet werden.

4.1. Psychophysische Belastung und gesundheitliche Erschöpfung

Entsprechend dem konzeptuellen Schema, das wir in Abschnitt 2.1. (vgl. Abbildung 3) herausgearbeitet haben, stellen wir zuerst das gesundheitliche Befinden in Abhängigkeit von den Belastungen der Frauen in Arbeitswelt, Haushalt und Familie und dann seine Beziehung zu den Chancen psychosozialer Gratifikationen aber auch zu den Konfliktquellen in diesen Lebensbereichen. Es wird sich dabei herausstellen, daß eine solche Gliederung nach den psychophysischen Belastungsmomenten einerseits und den psychosozialen Aspekten von Zufriedenheit, Aspirationen und Deprivationen andererseits sich auch vom Aspekt des gesundheitlichen Befindens her als sinnvoll erweist.

Wenn wir in diesem Zusammenhang von psychophysischen Belastungen sprechen, möchten wir allerdings betonen, daß wir damit keinesfalls etwa nur an mehr oder weniger "objektiv" feststellbare oder meßbare Belastungen denken. Ein solcher Belastungsbegriff, wie er etwa einer eng verstandenen Arbeitsphysiologie und -medizin zugrundeliegt, die als Kriterien der Belastung nur Kalorienverbrauch oder Pulsfrequenz anerkennt, wäre hier in der Tat viel zu eng (vgl. dazu auch OSTERLAND u.a., 1973:72 ff.). Arbeitsbedingungen sind nicht "an sich" belastend, sondern werden es erst dadurch, daß sie ein Mensch als belastend erlebt. Das Entscheidende ist also die persönliche Erfahrung der Belastung durch die Betroffenen (vgl. auch dazu DESOUILLE, 1956; KORNHAUSER, 1970; FERBER, 1974).¹⁾

1) In Bezug auf den Belastungsbegriff besteht damit eine klare Analogie zum Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff und der Problematik der Abgrenzung zwischen "körperlicher" und "psychischer Erkrankung" (vgl. dazu unsere Diskussion in Abschnitt 1.2).

Wie wir im folgenden zeigen werden, impliziert eine solche Perspektive keinesfalls eine Vernachlässigung der "objektiv" gegebenen Belastungen; diese schlagen sich außerdem sehr deutlich in dem persönlichen Gefühl der Belastung der Frauen nieder.

4.1.1. Arbeitsbedingungen und berufliche Belastungen

Die "industrielle Pathologie" ist es, die nach M. SCHNEIDER den "blinden Fleck" aller derzeit herrschenden Theorien (psychischer) Erkrankungen darstellt:

"Alle bürgerlichen Krankheitstheorien, ob es sich um die Psychoanalyse, die psychosomatische Medizin, die Betriebspsychologie oder die neuere Medizin-Soziologie handelt, leiden an demselben Grundübel: daß sie den primären gesellschaftlichen Krankheitsherd; die kapitalistischen Arbeitsverhältnisse, geflissentlich übersehen oder euphemistisch umschreiben" (SCHNEIDER [1973:213]; hervorgehoben im Original).

So leite die moderne Betriebspsychologie psychische Erkrankungen vor allem aus Störungen des Betriebsklimas ab, wobei als ein "gesunder Betrieb" vor allem ein produktiver, leistungsfähiger Betrieb verstanden werde. Dadurch laufe die Betriebspsychologie ebenso wie die primär am kapitalistischen Leistungsprinzip orientierte, rollentheoretische Krankheitsauffassung von PARSONS lediglich auf eine Apologie der bestehenden Machtverhältnisse hinaus. Demgegenüber erkenne der sozial aufgeklärtere psychosomatische Krankheitsbegriff (MITSCHERLICH) zwar, daß die Veränderung der gesellschaftlichen Lebensbedingungen auch zu neuen Krankheitsformen geführt habe, auch er bleibe jedoch blind gegenüber dem Faktum, daß es nicht die Technik an sich sei, welche zu einer zunehmenden Krankheitshäufigkeit führe,

sondern die kapitalistische Organisation der Arbeit. Lediglich in einigen medizinepidemiologischen Studien sei die Pathologie der industriellen Arbeitsverhältnisse in Ansätzen erfaßt worden, wenn Zusammenhänge zwischen Monotonie der Tätigkeit, Arbeitszufriedenheit, Qualifikation und Ansehen der Arbeit und psychosomatischen Störungen herausgearbeitet wurden (wie bei A. de VEER, GADOUREK, KORNHAUSER). Aber selbst diese Studien seien "positivistisch verkürzt", da sie "den strukturellen Zusammenhang zwischen kapitalistischer Arbeitsorganisation und psychischer Verelendung durch einen punktuellen Zusammenhang zwischen einzelnen 'pathogenen Faktoren am Arbeitsplatz' und psychischer Störung" ersetzten (SCHNEIDER, 1973:218). Der Grundriß einer materialistischen Krankheitstheorie sei dagegen in den Schriften des jungen MARX angelegt, in denen dieser eine Theorie der entfremdeten Arbeit entwickelt habe, die einen expliziten Ansatz einer Pathologie der Arbeit darstelle. Letzte Ursache für die pathogene Wirkung der Arbeitsverhältnisse sei demnach die Teilung und Fragmentierung der Arbeit, da diese im Rahmen der kapitalistischen Gesellschaftsordnung zu einer zunehmenden Fragmentierung, Partialisierung und Dequalifizierung großer Bereiche der industriellen und bürokratischen Arbeit führe (SCHNEIDER, 1973:219 ff.).

Diese Analyse hat zweifellos ihre Berechtigung und zwar vor allem im Hinblick auf die Tatsache, daß gerade die erwerbstätigen Frauen am meisten von den Folgen von Mechanisierung und Automatisierung betroffen sind, wie SCHNEIDER (1973:223) zu Recht betont. Nach unserer Auffassung tendiert eine Darstellung, welche die Ausprägung der Arbeitsverhältnisse primär dem Kapitalismus als solchem unterstellt, allerdings zu demselben Fehler, den SCHNEIDER (1973:237) der Psychoanalyse vorwirft,

nämlich dazu, daß sie zuwenig klassen- und schichtspezifisch ist. Es ist hier nicht der Ort, systematisch auf die Frage einzugehen, inwieweit eine generelle Tendenz zur Fragmentierung und Dequalifizierung der Arbeit besteht, jedoch können wir zweifellos davon ausgehen, daß es gerade aus der Perspektive der Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Gesundheit eher problematisch erscheint, diese als die primäre, alle übrigen Unterschiede an Bedeutung weit übertreffende Tendenz der Arbeit aller Lohnabhängigen zu sehen. Wie wir im folgenden zeigen werden, bestehen in wichtigen Arbeitsbedingungen sehr markante Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen unselbständig erwerbstätiger Frauen. Sehr gravierende Unterschiede bestehen in dieser Hinsicht etwa zwischen Arbeiterinnen und Angestellten, aber auch innerhalb der Arbeiterinnen nach Industriebranchen - damit also innerhalb jener großen Gruppe der Lohnabhängigen, die im Rahmen mancher Klassentheorien als eine intern kaum differenzierte große Gruppe gesehen werden. ¹⁾

Ein zweiter, schichtungstheoretischer Aspekt betrifft die Tatsache, daß gerade im Falle vieler Frauen die Erwerbstätigkeit nicht nur in der Einstellung, sondern auch real eine "Berufstätigkeit auf Zeit" darstellt, sodaß die möglichen Effekte belastender Arbeitsverhältnisse auch von daher zu beurteilen sind. Auf diese Fragen werden wir in den nächsten Abschnitten näher eingehen.

1) Wir haben in einem anderen Forschungsprojekt theoretisch und empirisch aufzuzeigen versucht, daß eine genauere Differenzierung innerhalb der Gruppen der Lohnabhängigen sehr wohl auch aus einer klassentheoretischen Perspektive sinnvoll und möglich ist (vgl. HALLER, STRASSER u.a., 1978). Eine Untersuchung der Belastungen spezifischer Gruppen innerhalb der Lohnabhängigen fordert auch MERGNER (in KASISKE, 1976:16).

Diese Überlegungen führen uns dazu, auch die Analyse von einzelnen Zusammenhängen zwischen Arbeitsbedingungen und gesundheitlichen Störungen als wichtig anzusehen. Dabei sind wir uns allerdings bewußt, daß die Untersuchung solcher Einzelzusammenhänge nicht isoliert bleiben darf, sondern daß konkrete Belastungen und Störfaktoren am Arbeitsplatz erst im Rahmen der gesamten Arbeits- und Lebenssituation der Betroffenen adäquat beurteilt werden können (MERGNER, 1976:12). Dieser Sachverhalt wurde vom französischen Arbeitsmediziner H. DESOUILLE besonders herausgestellt:

"Wenn es nützlich und sogar unerläßlich ist, die verschiedenen Elemente zu untersuchen, die schädlich sein können, wie z.B. schlechte Beleuchtung, ungünstige Temperatur usw., ist es ebenso notwendig, die moderne Arbeit in ihrer Gesamtheit zu betrachten und auch nicht zu vergessen, daß ein menschliches Wesen ein Ganzes bildet und daß ein Faktor, welcher eine einzige Funktion verändert, sich auf den Gesamtzustand des Organismus auswirken muß" (DESOUILLE, 1956:19).

Im Falle der von uns befragten jungen Frauen ist darüberhinaus zu berücksichtigen, daß ihre Belastung durch die Arbeitsverhältnisse auch im Rahmen ihrer Anforderungen durch Haushalt und Familie zu sehen ist. Diese Voraussetzungen sollten wir also im Auge behalten, wenn wir im folgenden die Zusammenhänge zwischen dem gesundheitlichen Befinden und den Belastungen in der Arbeitswelt darstellen.

Als Einstieg in die Analyse der Zusammenhänge zwischen belastenden Arbeitsbedingungen und dem gesundheitlichen Befinden soll zunächst eine kurze Beschreibung der signifikanten Unterschiede in den Arbeitsbedingungen und Arbeitsverhältnissen nach den wichtigsten von uns erfaßten Gruppen erwerbstätiger Frauen gegeben werden. ¹⁾

1) Vgl. als Ergänzung dazu auch die Auswertungen dieses Datenmaterials sowie einige theoretische Überlegungen in HALLER (1973, 1. Band, S. 215-234).

Aus der Sicht der Arbeitsbedingungen erweist sich die Differenzierung nach Industriebranchen bei Arbeiterinnen als besonders wichtig, sodaß wir fünf Gruppen von erwerbstätigen Frauen in unterschiedlichen, jeweils relativ homogenen Kontexten unterscheiden können. ¹⁾ Wie sich in Tabelle 18 zeigt, bestehen zwischen diesen Gruppen hinsichtlich zentraler Charakteristika der Arbeitsbedingungen sehr bedeutsame Unterschiede. So unterscheiden sich Arbeiterinnen insgesamt zunächst markant von den Verkäuferinnen und Angestellten dadurch, daß sie zum größten Teil unter Entlohnungsformen arbeiten, bei denen ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Arbeitsleistung und -tempo und Höhe der Ent-

1) Ein wichtiges zusätzliches Differenzierungskriterium stellt die Gemeindegröße dar, das wir jedoch nicht systematisch konstant halten können, da die Verteilung der Frauen über die unterschiedlichen Gemeindegrößen sehr ungleichmäßig ist (vgl. dazu Abschnitt 2.3). Wir können die Gemeindegröße hier jedoch vernachlässigen, da die Arbeitsbedingungen davon weitgehend unberührt bleiben. Sofern dies nicht der Fall ist (wie etwa hinsichtlich des Arbeitsweges), gehen wir im Text darauf ein. Hinsichtlich der Aussagekraft unserer Daten zu den Arbeitsbedingungen ist anzumerken, daß sie zweifellos beschränkt sind dadurch, daß es sich nur um Angaben der befragten Frauen handelt und wir nur ausgewählte Aspekte der Arbeitsbedingungen erfaßten. Als Vorzug können wir jedoch die Tatsache ansehen, daß nicht nur mehrere relativ unterschiedliche Industriebranchen, sondern gleichzeitig auch Frauen in Dienstleistungs- und Büroberufen, also Angestellte, erfaßt wurden, während die meisten einschlägigen Studien sich auf eine einzige Gruppe beschränkten (vgl. dazu auch FUNKE, 1974:27-44).

Tabelle 18: Charakteristika der Arbeitsbedingungen nach
Branchen bzw. Berufsgruppen

		Arbeiterinnen Metall (459)	Bekl. (236)	Textil (108)	Ver- käufer. (224)	Angestellte (343)
Entlohnung nach Akkord oder Prämiensystem	%	85	71	89	7	-
Ständige Arbeit an Fließband	%	46	30	-	-	-
	%	16	41	70	-	12
Durchschnittl. Dauer der Arbeitszeit (Stunden)		9,2	9,5	8,7	10,1	9,0
Durchschnittl. Dauer des Arbeitsweges (Minuten)		43	29	25	35	33
Durchschnittl. Dauer der tägl. Abwesenheit von zu Hause (Stunden)		11,2	11,1	9,7	11,4	10,5
Empfinden Mittagspause als zu knapp	%	65	47	x	20	43
Am Arbeitsplatz mißfällt unangenehme Vorgesetzte	%	7	2	6	11	14
Nervliche Belastung	%	41	39	31	16	20
Schlechte Arbeitsbeding.	%	37	17	36	16	14
Am Arbeitsplatz stört Arbeitstempo	%	43	19	39	5	14
Staub	%	5	5	31	26	4
Lärm	%	24	28	33	10	17
Zugluft	%	18	20	37	33	17
Hitze	%	20	18	28	19	9
Gestank	%	14	6	4	15	6
Gase, Dämpfe	%	6	1	5	5	-
Schlechte Beleuchtung	%	3	2	4	12	20
Durchschnittl. Gesamt- belastung durch Arbeits- bedingungen (Index)		5,79	4,96	6,33	3,69	3,66
Durchschnittl. Dauer der bisherigen Berufstätigkeit (Jahre)		10,3	7,5	10,9	11,4	9,0
Von den Frauen, die die Firma verlassen wollen (N), tun dies wegen		(284)	(113)	(75)	(124)	(166)
nervlicher Belastung	%	48	54	27	20	27
schlechten Arbeits- bedingungen	%	23	23	36	7	7

lohnung gegeben ist (Akkord oder Prämiensystem). Die Mehrheit der Arbeiterinnen arbeitet außerdem an einem Fließband oder bedient ständig eine Maschine, was - wie im Falle der Textilindustrie - vielfach eine ebenso starke kontinuierliche psychophysische Anspannung erfordert. Diese harten Fakten werden offensichtlich auch von den Frauen als Belastungsursachen wahrgenommen: Arbeiterinnen empfinden ihre Tätigkeit häufiger als Verkäuferinnen und Angestellte als "nervlich belastend" und etwa 40 % aller Arbeiterinnen in der Metall- und Textilindustrie - ein Anteil, der fast dreimal so hoch ist wie bei Büroangestellten und achtmal so hoch wie bei Verkäuferinnen - beklagen sich über zu hohes Arbeitstempo. In dieselbe Richtung weist die Tatsache, daß Arbeiterinnen doppelt so häufig wie Verkäuferinnen und Angestellte unter besonders hoher nervlicher Belastung am Arbeitsplatz leiden. Zu diesen hohen Anforderungen hinsichtlich des Arbeitstempos und -druckes kommen bei Arbeiterinnen noch erschwerende Umweltbedingungen hinzu, so vor allem die Beeinträchtigung durch Lärm, bei Textilarbeiterinnen zusätzlich Staub, Zugluft und Hitze. Neben diesen allgemeinen Differenzen sind einzelne Gruppen durch weitere spezifische Belastungen charakterisiert wie etwa Metallarbeiterinnen durch besonders lange Arbeitswege und Arbeiterinnen in der Bekleidungsindustrie und Verkäuferinnen durch überdurchschnittlich lange Arbeitszeiten. Insgesamt betrachtet scheinen Büroangestellte vergleichsweise noch unter den günstigsten Verhältnissen zu arbeiten, während Arbeiterinnen in der Metall- und Textilindustrie den stärksten Belastungen ausgesetzt sind. Dies zeigt sich auch sehr deutlich in dem von uns entwickelten Index "Anzahl belastender Arbeitsbedingungen", der den relativ größeren Abstand zwischen Arbeiterinnen einerseits,

Verkäuferinnen und Angestellten andererseits sehr klar aufzeigt. ¹⁾

Zu erwähnen ist schließlich die besondere Belastung jener Frauen, die in kleineren und mittleren Gemeinden wohnen und lange Anfahrtswege zur Arbeit haben. Zusammen mit diesen überdurchschnittlich langen Arbeitswegen macht damit die Zeit, in der diese Frau täglich von zuhause abwesend ist, in den beiden davon am meisten betroffenen Gruppen der Metall- und Bekleidungsarbeiterinnen über 11 Stunden aus. Generell betrug dieser Zeitraum in keiner der von uns befragten Gruppen von Arbeiterinnen und Angestellten sehr viel weniger als 10 Stunden. ²⁾

-
- 1) Der Index "Anzahl belastender Arbeitsbedingungen" wurde gebildet als die Summe der positiven Beantwortungen der folgenden Fragen: Arbeitszeit 8 Stunden oder mehr; Entlohnung nach Akkord oder Prämien-system; Arbeitsweg von 40 Minuten oder mehr; Arbeitsweg als belastend empfunden; keine anderen Arbeitspausen außer Mittagspause; hohe Konzentration während der Arbeit erforderlich (kann während Arbeit nicht mit Kolleginnen sprechen oder einen Imbiß einnehmen); Arbeit an Fließband oder Maschine; am Arbeitsplatz werden als unangenehm bzw. störend empfunden: nervliche Belastung, schlechte Arbeitsbedingungen, Arbeitstempo, Staub, Lärm, Zugluft, Hitze, Gestank, Gase oder Dämpfe, schlechte Beleuchtung.
 - 2) Für eine Beurteilung der zeitlichen Anforderung der Frau durch die Erwerbstätigkeit ist diese "Rüstzeit" (Arbeitswege, Herrichten etc.) ein wichtiger Aspekt, und dies vor allem deshalb, weil sie sich durch die Verringerung der wöchentlichen Arbeitszeit ja nicht reduziert hat. Aber auch die Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit ist langfristig aus dem Aspekt der Gesundheit nicht nur als positiv einzuschätzen, brachte sie zuerst (durch Einführung des arbeitsfreien Samstags) doch eine Verlängerung der täglichen Arbeitszeit mit sich. (vgl. OSTERLAND u.a., 1973:68f.).

Bevor wir zur Analyse der Zusammenhänge zwischen diesen Arbeitsbelastungen und dem gesundheitlichen Befinden übergehen, seien kurz einige vergleichbare Studien bzw. einschlägige arbeitsmedizinische Befunde besprochen, um unsere Ergebnisse in einen allgemeineren Kontext zu stellen. Zunächst zu einigen der von uns erhobenen Belastungen durch die Arbeitsverhältnisse.

Le GUILLANT und GEBOIN (1957) haben vorgeschlagen, zwischen drei Formen betrieblich-beruflicher Belastungen zu unterscheiden: den konkreten Arbeitsbedingungen (die Art des Arbeitsvorganges, das Arbeitstempo usw.), die physiologischen Bedingungen des Arbeitsmilieus (Lärm, Lüftung, Beleuchtung usw.) und die psychologischen oder psychosozialen Bedingungen der Arbeitswelt (Aufsicht, Kontrolle, Beziehungen zu Arbeitskollegen, Arbeitseinstellungen usw.). Sie stellen in diesem Zusammenhang zu Recht fest, daß die Betonung oft übertrieben auf die Monotonie des Arbeitsvorgangs sowie die physiologischen Umweltgegebenheiten gelegt werde und stellen demgegenüber fest: "Letzten Endes liegen heute, wie einst, die wesentlichen pathogenen Faktoren in der Arbeit selbst" (Le GUILLANT & GEBOIN 1957:80). Der dominante Aspekt der Arbeitsbedingungen sei jedoch, und auch darin stimmen wir diesen Autoren zu, die Geschwindigkeit der verlangten Arbeitsverrichtungen. In ihrer Studie an Telefonistinnen und Locherinnen konnten sie zeigen, daß hohe Geschwindigkeit und Leistung auf längere Sicht mit Störungen der Nerventätigkeit bezahlt werden müssen. Aus dieser Sicht ergibt sich aus unseren Daten jedoch ein sehr eindeutiger Unterschied zwischen Arbeiterinnen und Angestellten. Bei den Arbeiterinnen - egal welcher Branche - ergab sich durchwegs ein sehr hoher Arbeitsdruck als Folge unmittelbar leistungsbezogener Entlohnungs- und Arbeitsformen (Akkord und Fließbandarbeit).

In einer österreichischen Untersuchung, die sich mit den Auswirkungen verschiedener Formen von Fließbandarbeit beschäftigte und in der über 600 Personen in der Metall-, Bekleidungs- und chemischen Industrie ärztlich untersucht wurden, zeigte sich, daß bei diesen signifikant häufiger nervöse und statische Leiden bestanden. Die Gründe dafür waren das festgelegte Tempo, das diese Arbeit den Betroffenen aufzwang, außerdem die damit verbundene Monotonie sowie die Zwangshaltungen und -bewegungen, zu denen vielfach noch Belastungen durch ungünstige akustische und thermische Umweltverhältnisse (Lärm, Gase usw.) traten (nach L. POPPER und J. RAUTENSTRAUCH, in: POPPER & TUCHMANN, 1966:85-88). Es mag vielleicht am Platze sein, diese nüchternen Beobachtungen durch einen Auszug aus einem Bericht eines teilnehmenden Beobachters von Fließbandarbeiterinnen zu ergänzen:

"Die chronischen Schäden der Bandarbeiterinnen: Bandscheibenschäden, Sehnenscheidenentzündungen, Magen- und Gallenkrankheiten werden durch die Erhöhung der Stückzahl natürlich noch verstärkt. Die Frauen helfen sich zuweilen damit, daß sie sich gegenseitig die Hals- und Rückenmuskeln massieren, oder sie lassen Oberkörper und Arme eine Weile schlaff herunterhängen. Aber sie wissen, daß das nicht viel hilft. 'Von uns hier', sagt mir eine Frau, 'hat allmählich jeder seine Macke; und meistens bleibt es nicht dabei, sondern es kommt noch eine im Kopf dazu!' " (SCHNEIDER, 1970:98).

Ähnliche Beobachtungen wurden auch in einer französischen Studie gemacht:

"Die jungen Arbeiterinnen die von der Arbeit am Fließband kommen, reden sehr rasch ... Häufig sind sie, wenn sie von der Arbeit nach Hause kommen, nicht imstande sich irgendeiner Beschäftigung zu widmen... diese Erscheinungen sind häufig so auffallend, daß das Fließband einer Fabrik, die Toilette-Artikel erzeugt, von den Arbeiterinnen in 'Narrenband' umbenannt wurde. Arbeitgeber, Gewerkschaftsfunktionäre und Betriebsärzte sind sich hier einig: 'Die Katastrophe ist jedenfalls die Nervosität.' " (DESOUILLE, 1956:19).

Schließlich können wir auch noch auf unsere eigenen Ergebnisse aus den unstrukturierten mündlichen Interviews verweisen (vgl. Abschnitt 3.4) in denen sich mehrfach gezeigt hatte, daß das dadurch erzwungene hohe Arbeitstempo von den Frauen als äußerst belastend und unmittelbar mit gesundheitlichen Störungen in Zusammenhang stehend erlebt wurde.

Diese besondere Problematik des Leistungsdruckes bei Akkord- und Fließbandarbeiterinnen ist aus sozial-politischer Perspektive besonders deswegen sehr relevant, weil sie ein krasses Beispiel dafür ist, daß es sehr häufig nicht die Technik an sich ist, welche zu besonderen Belastungen und Gesundheitsgefährdungen der Arbeitenden führt, sondern die vorwiegend profitorientierte Organisation der Arbeitsvollzüge durch die Unternehmer. Anscheinend objektive und gerechte Leistungsmeßverfahren zur Feststellung der zu erbringenden Stückzahlen pro Zeiteinheit sind das Mittel zur Erreichung dieser Ziele und die häufigen und oft schweren innerbetrieblichen Konflikte um ihre Durchsetzung erweisen klar ihre inhumane, an die Interessen der Betriebsinhaber gebundene Natur (vgl. H. FUNKE, in: KASISKE, 1976:33-49; FUNKE u.a., 1974:216-250; BRAVERMAN, 1974). Die besondere Belastung der Fließband- und Akkordarbeiterinnen wird außerdem, wie sich in unseren Daten zeigt, besonders durch die Zeitproblematik verschärft. Abgesehen von der Doppelbelastung aller Frauen durch den Haushalt und die Familie ergibt sich eine zusätzliche Belastung noch durch überdurchschnittlich lange Arbeitswege gerade bei den Arbeiterinnen in jener Branche, die zu den größten Anteilen am Fließband arbeiten, nämlich den Metallarbeiterinnen. Wie bereits erwähnt (vgl. Anmerkung oben), ist durch die seit Durchführung unserer

Erhebung eingeführte Arbeitszeitverkürzung diese Zeitproblematik der Frauen sicherlich noch lange nicht gelöst worden. ¹⁾

Was die Störfaktoren im Hinblick auf die Arbeitsumwelt betrifft, ergibt sich ein etwas anderes Bild im Vergleich der verschiedenen Gruppen. Hier sind vor allem die Arbeiterinnen in der Textilindustrie deutlich stärker belastet als alle übrigen; sie geben nicht nur Belastung durch Lärm und Zugluft am häufigsten an, sondern auch noch durch Staub und Hitze. Insbesondere die außerordentliche Belastung der Textilarbeiterinnen durch hohe Lufttemperatur und -feuchtigkeit ²⁾ ist ein Faktum, das aus gesundheitlicher Sicht sehr folgenreich sein kann, da längere Arbeit unter hohen Temperaturen gerade dann zu einem Problem wird, wenn auch die Luftfeuchtigkeit hoch ist (weil dann die Wärmeregulierung durch Schweißverdunstung behindert wird; vgl. HÜLSMANN, 1962). Nicht zu unterschätzen sind schließlich auch negative Einflüsse durch Lärm, die sich zwar oft aus dem Bewußtsein verdrängen lassen, nichtsdestoweniger sich über das vegetative System auf lange Sicht gesundheitsschädigend auswirken können (HÜLSMANN, 1962:92). Belastungen durch Lärm sind heute

1) Auf die Zeitfrage werden wir im folgenden Abschnitt genauer eingehen.

2) Die Bedeutung dieses Faktums wurde sehr deutlich in den Betriebsbesichtigungen, die wir im Laufe der Datenerhebung durchgeführt haben. Ein großer Teil der Textilarbeiterinnen muß in Hallen arbeiten, in denen eine überdurchschnittlich hohe Luftfeuchtigkeit und -temperatur herrscht, um das Zerreißen der dünnen Fäden beim Herstellen der Textilien durch die großen Web- und Spinnmaschinen zu verhindern.

allgemein so stark in den Vordergrund getreten, daß Lärmschwerhörigkeit bald die Staublunge der Bergarbeiter als Berufskrankheit Nr. 1 ablösen wird, wie KASISKE (1976:7) feststellt. Lärm ist übrigens ebenso wie schlechte Beleuchtung einer jener Störfaktoren, durch den auch Angestellte, insbesondere in Großraumbüros, beträchtlich zu leiden haben, wie auch in anderen Untersuchungen festgestellt wurde (G. RISCHANEK, in: POPPER, 1966: 85-88).

Müßte man jedoch ein generelles Urteil über die Belastung der verschiedenen Gruppen durch die Arbeitsbedingungen geben, so ist wohl festzustellen, daß Arbeiterinnen im allgemeinen und insbesondere einzelne Gruppen unter ihnen signifikant stärker belastet sind als Verkäuferinnen und Angestellte. Es wäre sicherlich gerade hier verfehlt, die spezifischen Belastungen dieser Gruppen zu übersehen,¹⁾ jedoch ist es unserer Meinung nach kaum gerechtfertigt zu behaupten, die Büroangestellte stehe unter demselben Zeitdruck wie die Industriearbeiterin (so HÜLSMANN 1962:98). Dieses Faktum drückt sich auch darin aus, daß die langfristigen Gesundheitsschädigungen und Probleme

1) So wurde z.B. bei Untersuchungen der Betriebsfürsorge in Wiener Kaufhäusern festgestellt, daß Verkäuferinnen einer Vielzahl von Arbeits- und Umweltbelastungen ausgesetzt sind (bedingt häufig durch das lange Stehen), die vielfach zu Haltungsanomalien und statischen Erkrankungen der Füße führen und auch hohe nervliche Anforderungen stellen (G. RISCHANEK, in: POPPER, 1966: 94-100). Auch bei einzelnen Gruppen von Büroangestellten (z.B. Stenotypistinnen) führen langfristige einseitige Beanspruchungen und Bewegungsmangel zu Schäden im Bereich von Bewegungsapparat, Wirbelsäure und nervlichen Störungen (RISCHANEK, ebenda). Hinzu kommt bei Angestellten die besondere Verschärfung von Konzentrations- und Leistungsdruck durch technologische Neuerungen wie die elektronische Datenverarbeitung (MERGNER, in: KASISKE, 1976:18).

wie Arbeitsunfälle oder Frühinvalidität bei Arbeiterinnen generell gravierender sind als bei Angestellten, wie auch in österreichischen sozialmedizinischen Untersuchungen festgestellt wurde (HEISS, 1960; POPPER, 1966; FRAUENBERICHT, 1975).

Nach diesen allgemeinen Überlegungen zur beruflichen Belastungssituation können wir übergehen zum Thema dieses Abschnittes im engeren Sinne, nämlich dem Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und gesundheitlichem Befinden. Daß hier ein systematischer Zusammenhang zweifellos besteht, wird schon dann offenbar, wenn man diese Ergebnisse mit jenen über die Häufigkeit und Art von gesundheitlichen Beschwerden nach Branchen und Berufsgruppen vergleicht, die wir in Abschnitt 3.1 dargestellt haben. Auch dort stellten wir fest, daß Arbeiterinnen generell und Textilarbeiterinnen im besonderen unter mehr und insbesondere öfters unter ernsteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen litten als Verkäuferinnen und Angestellte. Auch die konkreten Beschwerden, die in einzelnen Berufsgruppen bzw. Branchen besonders häufig genannt wurden, entsprechen den in den gleichen Gruppen typischerweise vorherrschenden Belastungen, wie etwa Fußschmerzen bei Verkäuferinnen und Textilarbeiterinnen ¹⁾ oder Augenschmerzen bei Büroangestellten. ²⁾

1) Auch viele Textilarbeiterinnen müssen ihre Arbeit im Stehen verrichten, wenn sie etwa das reibungslose Funktionieren der großen Spinnmaschinen überwachen und an den verschiedensten Stellen auftretende Risse einzelner Fäden sofort ausbessern müssen.

2) Rücken- und Kreuzschmerzen, die bei Näherinnen und Fließbandarbeiterinnen sehr häufig sind, waren in unserer Liste von Beschwerden nicht enthalten (vgl. DÜNTZER, 1964).

Betrachten wir jedoch, ob sich auch ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der beruflichen Belastung und dem gesundheitlichen Befinden aufzeigen läßt. Tabelle 19 bringt den globalen Zusammenhang zwischen dem Index "Arbeitsbelastung" und der Variable "gesundheitliche Erschöpfung", wobei wir konstant halten, ob die Frau auch Kinder hat oder nicht, um damit auch die außerberufliche Belastung zumindest teilweise zu kontrollieren. Es zeigt sich, daß in allen Gruppen die gesundheitliche Erschöpfung mit der Arbeitsbelastung deutlich ansteigt und daß dieser Zusammenhang bei Arbeiterinnen offenkundig stärker ist als bei den Angestellten.¹⁾

Die Stärke des Zusammenhanges ist allerdings nicht außerordentlich groß und er ist auch nur in einer Gruppe statistisch signifikant, nämlich bei den Arbeiterinnen mit Kindern. Zu diesem Ergebnis ist jedoch folgende Anmerkung zu machen. In unserer Studie ist die Feststellung von Zusammenhängen zwischen dem Gesundheitszustand und den Arbeitsbelastungen dadurch begrenzt, daß wir nur junge Frauen im Alter von 20 bis 30 Jahren befragt haben. Gerade in Bezug auf die Gesundheit ist es aber zweifellos so, daß sich die Folgen übermäßiger beruflicher Belastungen vielfach erst in einem höheren Lebensalter zeigen.²⁾

-
- 1) Aus Gründen der Besetzungszahlen fassen wir in den folgenden mehrdimensionalen Aufgliederungen die Verkäuferinnen und Büroangestellten in eine Gruppe zusammen, da sie sich hinsichtlich der Arbeitsbedingungen und des gesundheitlichen Befindens nicht stark unterscheiden.
 - 2) Diese Problematik der zeitlichen Dauer, in welcher die Frauen einer bestimmten Belastung ausgesetzt sind, ist vor allem im Falle der Fließbandarbeit evident. Diese ist gesundheitlich offenkundig so folgenswer und stellt so hohe Anforderungen an die Leistungsfähigkeit, daß Frauen über 30 seltener dafür eingesetzt werden, da sie dann bereits als "verschliffen" gelten (FUNKE, 1974:219 ff.). Dieses Faktum brachte übrigens auch eine der Frauen in den unstrukturierten mündlichen Interviews zum Ausdruck, nämlich die 30-jährige Akkordarbeiterin Frau G.. Von ihr notierte der Interviewer, daß sie der Meinung sei, "daß sie das Akkordtempo nicht mehr lange, auf alle Fälle nicht mehr bis zur Rente, durchhalten wird" (vgl. Abschnitt 3.4, Seite).

Tabelle 19: Gesundheitliche Erschöpfung (Rohscore) nach belastenden Arbeitsbedingungen, Kindern und beruflicher Stellung

		Belastung durch Arbeitsbeding. (N)		Gesundheitliche Erschöpfung niedrig mittel hoch zusammen (0 Pkte) (1 Pkt) (2-7 Pkte)			
Arbeiterinnen	ohne Kind	niedrig(0-3Pkte)(39)	33	41	26	100	
		mittel (4-6Pkte)(113)	26	30	44	100	
		hoch (7-14Pkte)(87)	17	35	48	100	
	mit Kind	niedrig	(93)	26	33	41	100
		mittel	(268)	31	36	33	100
		hoch	(159)	17	24	59	100
Angestellte (inkl.Ver- käuferinnen)	ohne Kind	niedrig	(151)	34	33	33	100
		mittel	(132)	26	38	36	100
		hoch	(36)	22	31	47	100
	mit Kind	niedrig	(134)	35	31	34	100
		mittel	(73)	30	30	40	100
		hoch	(19)	26	26	47	99

	χ^2	GAMMA
Arb./ohne Kind	7.65	.21
Arb./mit Kind	27.86 ^{xxx}	.22
Ang./ohne Kind	4.50	.14
Ang./mit Kind	1.88	.13

Dies ist auch eine Erklärung dafür, daß in unseren Daten nicht sehr starke Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitszustand und der Dauer der Berufstätigkeit bestehen, wie wir im folgenden noch zeigen werden.

Bemerkenswert ist weiters, daß die Arbeitsbelastungen sich nur auf die gesundheitliche Erschöpfung direkt auswirken, jedoch nur in wenigen Fällen auf das psychosoziale Mißbefinden (wir werden diese im folgenden aufzeigen) und überhaupt nicht auf das psychosoziale Wohlbefinden (aus diesem Grunde verzichten wir auf eine Präsentation der entsprechenden Tabellen).

Tabelle 2o zeigt die Zusammenhänge zwischen drei wichtigen spezifischen Belastungen am Arbeitsplatz und drei Indikatoren des gesundheitlichen Befindens. Auch hier zeigten sich wieder bei Arbeiterinnen eher signifikante und stärkere Zusammenhänge mit dem gesundheitlichen Befinden und zwar vor allem mit der gesundheitlichen Erschöpfung und nur bei Arbeiterinnen ohne Kinder auch mit dem psychosozialen Mißbefinden. Am deutlichsten mit einem verschlechterten gesundheitlichen Befinden verbunden ist demnach vor allem die nervliche Belastung am Arbeitsplatz. An zweiter Stelle steht bei den Arbeiterinnen das hohe Arbeitstempo, bei den Angestellten schlechte Arbeitsbedingungen im allgemeinen, jedoch sind die Zusammenhänge bei den letzteren statistisch nicht signifikant. Nicht ohne weiteres interpretierbar ist das Faktum, daß das psychosoziale Mißbefinden gerade bei Arbeiterinnen ohne Kinder signifikant und stark mit Störfaktoren am Arbeitsplatz korreliert. Abgesehen von statistischen Eigenheiten des verwendeten Assoziationskoeffizienten GAMMA (vgl. dazu BENNINGHAUS, 1974:16o ff., sowie die übernächste Anmerkung) könnte man die Hypothese aufstellen, daß Frauen ohne Kinder stärker auf die sozialen Beziehungen im Betrieb angewiesen und gegenüber entsprechenden Störungen daher empfindlicher sind. Eine solche Interpretation er-

Tabelle 20: Zusammenhänge zwischen Störfaktoren am Arbeitsplatz und Indikatoren des gesundheitlichen Befindens nach Berufsgruppen und Kindern (GAMMA)

Am Arbeitsplatz mißfällt bzw. stört	(N)	Arbeiterinnen		Angestellte	
		ohne Kind (239)	mit Kind (520)	ohne Kind (319)	mit Kind (226)
Unangenehme Vorgesetzte	I ¹	-.04	-.22	-.19	-.18
	II ¹	-.18	-.02	-.10	-.24
	III ¹	-.11	.30	-.09	-.39
Nervliche Belastung	I	-.42 ^{xxx}	-.34 ^{xxx}	-.28 ^x	-.33
	II	-.43 ^{xx}	-.17	.24	-.36 ^{xx}
	III	-.09	-.08	-.18	-.45 ^{xx}
Schlechte Arbeitsbedingungen	I	-.18	-.13 ^x	-.20	.21
	II	-.32 ^{xx}	-.10	-.06	-.008
	III	-.10	-.11	.18	-.20
Arbeitstempo	I	-.24	-.16 ^{xx}	-.01	-.06
	II	-.35 ^x	-.14	-.15	-.41
	III	-.25	-.09	.04	-.24
Absolute Anzahl belastender Arbeitsbedingungen	I	.21	.22 ^{xxx}	.14	.13
	II	.20	.04	-.08	.26
	III	.12	.25 ^{xx}	-.006	.06

1

I Gesundheitliche Erschöpfung

II Psychosoziales Mißbefinden

III Derzeit in ärztlicher Behandlung

(bei den Variablen I u. II handelt es sich um die Rohscores, zusammengefaßt in 3 Gruppen)

scheint aber wieder dadurch in Frage gestellt zu werden, daß sich kein signifikanter Zusammenhang des psychosozialen Befindens mit dem Verhältnis zu den Vorgesetzten nachweisen läßt. Diese Tatsache läßt übrigens auch die häufig übertriebene Betonung des "Betriebsklimas" als problematisch erscheinen, wenngleich mit dieser einfachen Korrelation jene komplexe Frage sicher nicht definitiv beantwortet werden kann.¹⁾

Tabelle 21 bringt die Zusammenhänge zwischen allen von den Frauen am Arbeitsplatz als störend empfundenen Bedingungen und allen Formen von spezifischen Beschwerden. Hier ist zunächst auffallend, daß gerade bei Angestellten eine Reihe von signifikanten und starken Zusammenhängen vor allem mit Aspekten der Umweltbedingungen bei der Arbeit besteht; dies ist jedoch zum größten Teil ein statistisches Artefakt, da der verwendete Assoziationskoeffizient GAMMA besonders empfindlich gegenüber

1) Detaillierte Aufgliederungen nach den einzelnen Firmen, in denen die Frauen beschäftigt waren, erbrachten in dieser Hinsicht ebenfalls keine signifikanten Zusammenhänge. Die Bedeutung des Betriebsklimas, der Beziehungen zu den Vorgesetzten und Kollegen usw. sollte allerdings nach unserer Meinung auch dann nicht vernachlässigt werden, wenn sich herausstellt, daß sie das gesundheitliche Befinden selbst nicht beeinflussen. Denn befriedigende Beziehungen in dieser Hinsicht stellen zweifellos einen wichtigen Wert an sich dar und können für andere Aspekte - etwa den Krankenstand oder den Arbeitsplatzwechsel - durchaus von Bedeutung sein (vgl. SCHAEFER & BLOHMKE, 1972:346-60).

Tabelle 21: Zusammenhänge zwischen störenden Arbeitsbedingungen und Beschwerden bei Arbeiterinnen und Angestellten (einschl. Verkäuferinnen) (GAMMA)

Am Arbeitsplatz mißfällt bzw. stört		Schlaflosigkeit	Kopfschmerzen	Augenschmerzen	Herzbeschw.	Fußschmerzen	Schwindelgefühl	Andere Beschw.
Unangenehme Vorgesetzte	Arb.	-.09	.16	.09	.35	.09	.35 ^z	-.11
	Ang.	.05	.18	-.03	.10	-.06	-.25	.29
Eintönige Arbeit	Arb.	-.22	.04	.37 ^{xxx}	.01	.09	.13	.20
	Ang.	-.04	-.02	.18	-.12	-.60 ^{xxx}	-.03	-.006
Nervliche Belastung	Arb.	.35 ^{xxx}	.05	.13	.45 ^{xxx}	.18 ^x	.24 ^{zz}	-.06
	Ang.	.48 ^{xxx}	.14	.18	.53 ^{xxx}	.02	.20	.39 ^{xxx}
Schlechte Arbeitsbeding.	Arb.	.13	.03	.21 ^z	.35 ^{xxx}	.16	.10	.26
	Ang.	.33 ^z	.16	.31 ^z	.11	.24	.03	.04
Nichts	Arb.	-.14	.03	-.13	-.36 ^{zz}	-.22 ^{zz}	-.12	-.11
	Ang.	-.18	-.15	-.06	-.09	.01	.09	-.18
Arbeits-tempo	Arb.	.23 ^z	.13 ^z	.05	.19	.10	.20 ^{zz}	.17 ^{zz}
	Ang.	.16	-.10	-.02	.01	-.25	-.25	.41 ^{zz}
Staub	Arb.	.07	.09	.01	-.01	.55 ^{xxx}	.006	.16
	Ang.	-.03	.11	.28	.21	.67 ^{xxx}	.26	-.05
Lärm	Arb.	.25 ^{zz}	.10	.21	.23	.17	.16	.14
	Ang.	.47 ^{xxx}	.23	.36 ^{zz}	.22	.11	.12	-.13
Zugluft	Arb.	-.08	.19 ^z	.25 ^x	.15	.31 ^{zz}	.15	.22
	Ang.	.16	.10	.27 ^x	.19	.39 ^{zz}	.05	.08
Hitze	Arb.	.15	.11	.05	.19	.17 ^x	.23 ^{zz}	.07
	Ang.	.12	.06	.05	.20	.31	.10	-.12
Gestank	Arb.	.07	.08	.24	.14	-.02 ^{xxx}	.35 ^{xxx}	-.22
	Ang.	.12	.02	.24	.15	.38 ^{xxx}	.22	-.05
Gase oder Dämpfe	Arb.	.10	-.17	.19	.25	-.15	.25	.28
	Ang.	-1.0	.24	.79	-1.00	-1.00	.22	-1.00
Schlechte Beleuchtung	Arb.	-.04	.00	.47 ^{xxx}	-.02	.25	.24	.29
	Ang.	.07	.07	.55 ^{xxx}	-.60	-.08	.01	.18
Nichts	Arb.	-.25 ^z	-.11	-.23 ^{zz}	-.24	-.42 ^{zz}	-.18	-.21
	Ang.	-.12	.05	-.37 ^{zz}	-.01	-.37 ^{zz}	.08	-.17

"perfekten" Zusammenhängen ist, auch wenn es sich dabei nur um sehr wenige Fälle handelt. ¹⁾ Wir müssen in dieser Tabelle daher ganz besonders auch darauf achten, ob es sich um statistisch signifikante Zusammenhänge handelt. Wir können diese Ergebnisse in zweierlei Hinsicht betrachten: zum einen danach, welche Störfaktoren am häufigsten mit bestimmten Beschwerden verbunden sind und zum anderen danach, welche Beschwerden am häufigsten mit der Perzeption störender Arbeitsbedingungen verbunden sind. Eine relativ klare Reihung ergibt sich demnach bei den Störfaktoren: einer tritt mit Abstand am häufigsten in Zusammenhang mit verschiedenen Beschwerden auf, nämlich die nervliche Belastung; sie ist siebenmal mit verschiedenen Beschwerden in einer relevanten Weise (nicht nur als Folge statistischer Artefakte) verbunden, addiert man die Zusammenhänge bei Arbeiterinnen und Angestellten.

1) Dies mag an einem Beispiel veranschaulicht werden. Wir ersehen aus Tabelle 21, daß die Assoziation zwischen dem Störfaktor "Gase oder Dämpfe" und Schlaflosigkeit bei Angestellten -1.0 beträgt. Die Absolutwerte, aufgrund derer sich ein solcher Wert für GAMMA ergibt, sind die folgenden:

Am Arbeitsplatz werden Gase oder Dämpfe als störend empfunden	Die Frau leidet ab und zu unter Schlaflosigkeit		
	ja	nein	zusammen
ja	-	3	3
nein	58	505	563
Zusammen	58	508	566

Es ist denkbar, daß es sich bei diesen drei Frauen, die Gase oder Dämpfe als störend empfinden, in Wirklichkeit um Arbeiterinnen handelt, die nur durch falsche Lochungen den Angestellten zugeordnet wurden.

Am zweithäufigsten, je etwa drei- bis viermal, sind schlechte Arbeitsbedingungen, hohes Arbeitstempo, Lärm und Zugluft mit Beschwerden korreliert, alle übrigen Faktoren nur etwa ein- bis zweimal.

Von der Seite der Beschwerden erweisen sich Schlaflosigkeit und - vielleicht etwas überraschend - Augenschmerzen als am häufigsten signifikant mit störenden Arbeitsbedingungen verbunden. An zweiter Stelle stehen hier mit je etwa vier Zusammenhängen Herzbeschwerden, Fußschmerzen und Schwindelgefühl. Sehr deutlich ist weiters auch der Unterschied zwischen Arbeiterinnen und Angestellten: bei den ersteren treten sehr viel mehr relevante Zusammenhänge auf als bei den letzteren.

Diese Ergebnisse bestätigen also relativ klar die These, daß es in erster Linie die Arbeit selbst, die damit verbundene Belastung und Anforderung ist, die man im Vergleich zu den Belastungen der Arbeitsumwelt sowie der sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz als wichtiger ansehen muß, was die gesundheitliche Erschöpfung betrifft. Auf weitergehende Spekulationen über die Zusammenhänge zwischen spezifischen Störfaktoren und Beschwerden wollen wir hier verzichten, jedoch ist allgemein sehr deutlich, daß die am stärksten als störend empfundenen Arbeitsbelastungen durchwegs sehr häufig mit den als besonders schwerwiegend empfundenen Beschwerdeformen zusammenhängen (Schlaflosigkeit, Schwindelgefühle und Herzbeschwerden). Nicht zu übersehen ist darüberhinaus aber auch die starke Assoziation von störenden Arbeitsbedingungen mit lokal-körperlichen Beschwerden wie Augen- und Fußschmerzen. Dies festzuhalten scheint uns besonders wichtig zu sein, da diese eher lokalisierten Beschwerden ja nicht direkt auf der Dimension der gesundheitlichen Erschöpfung liegen. Denn dies impliziert, daß Arbeiterinnen, die von solchen Beschwerden ja besonders häufig und stark betroffen sind,

neben der allgemeinen gesundheitlichen Erschöpfung noch unter einer Reihe zusätzlicher Beschwerden zu leiden haben. Das heißt also, daß es außer dem gesundheitlichen Befinden selbst, wie wir es in den drei Hauptdimensionen erfassen (gesundheitliche Erschöpfung, Wohlbefinden und Mißbefinden), noch andere Aspekte der Gesundheit gibt, in denen vermutlich ein noch größerer Unterschied zwischen Arbeiterinnen und Angestellten besteht. ¹⁾ Gerade hier scheint es einen breiten Bereich von Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Integrität des Menschen zu geben, der sehr eindeutig mit den Gegebenheiten und Belastungen der Arbeitswelt zusammenhängt und den man nicht dadurch aus der wissenschaftlichen Analyse ausschließen sollte, daß man ihn dem Bereich der "Berufskrankheiten" zuordnet und dort nur soweit anerkennt, als

1) Diese Tatsache wird auch durch die Statistik der Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspensionen nach Geschlecht und Berufsgruppen eindeutig bestätigt. Demnach sind Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates die einzige Krankheitsgruppe, aufgrund derer Arbeiterinnen deutlich häufiger berufsunfähig werden als Angestellte; unter allen Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen im Jahre 1972 (bei Arbeiterinnen insgesamt 71.671, bei Angestellten 19.719) betrug der Anteil dieser Krankheitsgruppe bei Arbeiterinnen 19,8 %, bei Angestellten 13,5 %, wobei jedoch der enorme Unterschied in den Absolutzahlen der Invaliden zu beachten ist (die Daten wurden zitiert nach dem FRAUENBERICHT, 1975, S. 28, Tab. 14a).

es sich um "organisch definierbare Krankheiten" handelt.¹⁾ Daß solche relativ stark lokalisierten, organbezogenen Beeinträchtigungen, oft vielleicht auch Folgen kleinerer oder größerer Unfälle, nicht als Beeinträchtigungen des gesundheitlichen Befindens empfunden werden, ist ohne weiteres verständlich (man findet sich eben mit ihnen ab), daß sie aber dennoch einen wichtigen Aspekt der Lebensbedingungen und Lebenschancen der Betroffenen darstellen,

-
- 1) Dieses Argument vertreten SCHAEFER und BLOHMKE (1972:361 f.), wenn sie sich dagegen aussprechen, durch Haltungsanomalien bedingte rheumatische Erkrankungen als betriebsspezifisch anzusehen. Dem können wir sicherlich zustimmen, nicht jedoch der oben angedeuteten Auffassung der Autoren, die auch in den folgenden Sätzen zum Ausdruck kommt: "Begriffe wie 'vorzeitiger Aufbrauch' oder 'Verschleiß' sind kaum exakt zu fassen, da das Moment der 'Vorzeitigkeit' nur in Hinsicht auf die 'Rechtzeitigkeit' des Verschleißes definierbar ist, ein 'Verschleiß' aber allmählich und ohne scharfe Grenze zur Gesundheit eintritt, offenbar enorm stark von der Persönlichkeitsstruktur und vom privaten Lebensstil der Menschen abhängt... Störungen der Aufmerksamkeit (Vigilanz) durch Monotonie der Arbeit, vegetative Störungen durch Schichtarbeit, Haltungsschäden, 'Überlastung' des Arbeiters, in sehr allgemeiner Form behauptet, sind neben Kreislaufregulationsstörungen und Infarkt nach Stress so gut wie alles, was vorgebracht wurde..." (SCHAEFER & BLOHMKE, 1972:362).
- Unserer Meinung nach sprechen die in der vorigen Anmerkung zitierten Statistiken über Frühinvalidität eine äußerst deutliche Sprache, was die Folgen übermäßiger Arbeitsbelastungen und -gefährdungen der Arbeiter betrifft und in diesem Zusammenhang den "privaten Lebensstil" verantwortlich zu machen, ist wohl kaum gerechtfertigt. Man kann SCHAEFER und BLOHMKE jedoch darin zustimmen, daß der Begriff des "vorzeitigen Gesundheitsverschleißes" nicht sehr günstig ist, jedoch nicht deswegen, weil es an einem Begriff des "rechtzeitigen" Verschleißes fehlt; zu definieren wäre vielmehr ein Begriff des "angemessenen" oder "zumutbaren" Gesundheitsverschleißes und die Zumutbarkeit wäre zu messen an den in dieser Hinsicht am meisten bevorzugten Gruppen der Gesellschaft!

kann aber trotzdem nicht in Frage gestellt werden. Eine zusätzliche Möglichkeit für die Bestätigung der Validität der festgestellten Zusammenhänge zwischen belastenden Arbeitsbedingungen und gesundheitlichem Befinden ergibt sich aufgrund einer Frage, ob die Frauen in der nächsten Zeit aus der Firma auszuschneiden beabsichtigen und welches die Gründe dafür seien. Die Ergebnisse auf diese Frage (vgl. Tab. 18) zeigen, daß nervliche Belastung und schlechte Arbeitsbedingungen für Arbeiterinnen zusammen doppelt bis dreimal so häufig als Motiv für einen Firmenwechsel oder das Aufgeben der Berufstätigkeit angegeben werden. Etwa die Hälfte der Arbeiterinnen in der Metall- und Bekleidungsindustrie nennen zu hohes Arbeitstempo als Grund, ein weiteres Viertel schlechte Arbeitsbedingungen; Textilarbeiterinnen geben am häufigsten schlechte Arbeitsbedingungen und an zweiter Stelle hohes Arbeitstempo an.

Nach diesem Überblick über die allgemeinen Zusammenhänge zwischen dem gesundheitlichen Befinden und belastenden Arbeitsbedingungen sollen noch einige besonders interessierende Fragen gezielter untersucht werden. Eine dieser Fragen betrifft das Verhältnis zwischen den "objektiv" gegebenen Arbeitsbedingungen und den "subjektiven" Belastungen durch die Arbeitsverhältnisse. Inwieweit läßt sich aufgrund unserer Daten behaupten, daß die von den Frauen geäußerten Klagen über belastende Arbeitsverhältnisse auch mit den tatsächlichen Gegebenheiten übereinstimmen? Denn auch wenn man die Auffassung vertritt, daß Belastung immer auch ein subjektiv-persönliches Element enthält, wird man das "objektive" Belastungsmoment in der Arbeitswelt nicht übersehen. Hierzu ist zunächst zu bemerken, daß wir diese Frage schon allein aufgrund der bisher referierten Ergebnisse eindeutig bejahen können. Denn es hat sich durchwegs eine sehr

Tabelle 22: Gesundheitliche Erschöpfung und Belastung durch Arbeitstempo nach der Entlohnungsform bei Arbeiterinnen

Entlohnungsform	(N)	Anteile von Frauen, die sich durch zu hohes Arbeitstempo belastet fühlen	%
Akkord oder Prämiensystem	(657)		38
Kollektivvertrag oder anders	(114)		26

$\chi^2 = 6.77^x(2)$, GAMMA = .26

Entlohnungsform	Arbeits- tempo zu hoch	(N)	Gesundheitliche Erschöpfung				zusammen
			niedrig (o Pkte)	eher niedrig (1)	eher hoch (2)	hoch (3-7)	
Akkord oder Prämiensystem	ja	(252)	22	28	24	26	100
	nein	(402)	29	33	22	16	100
Anders	ja	(30)	20	37	17	26	100
	nein	(84)	24	39	21	16	100

	χ^2	GAMMA
Akkord	19.88 ^{xx}	-.21
Anders	1.93	-.14

deutliche Übereinstimmung zwischen den Angaben der Frauen über Belastungen und den Arbeitsverhältnissen in den verschiedenen Branchen und Berufsgruppen gezeigt, wie sie nicht nur aus dem Fragebogen hervorgehen, sondern auch durch Betriebsbesichtigungen festgestellt werden konnten (und wohl auch den meisten Menschen mit einer "durchschnittlichen" Kenntnis verschiedener Industriebranchen und Berufe bekannt sind). Es ist jedoch möglich für einige speziellen Aspekte diesen Zusammenhang in unseren Daten systematisch zu untersuchen.

Einer dieser Zusammenhänge betrifft die Entlohnungsform und ihren Effekt auf die Belastung durch das Arbeitstempo und auf die gesundheitliche Erschöpfung. Es zeigt sich hier zunächst (vgl. Tabelle 22), daß Arbeiterinnen, die nach Akkord oder einem Prämiensystem arbeiten, sich signifikant häufiger durch zu hohes Arbeitstempo belastet fühlen als jene, bei denen dies nicht der Fall ist. Des weiteren aber zeigt sich auch, daß bei Arbeiterinnen, die nach einer solchen Form der Leistungsentlohnung arbeiten, ein etwas stärkerer Zusammenhang zwischen der Belastung durch das Arbeitstempo und der gesundheitlichen Erschöpfung besteht als bei jenen, die anders entlohnt werden.

Tabelle 23: Belastung durch den Arbeitsweg nach der Dauer des Arbeitsweges und beruflicher Stellung

Dauer des Weges zum Arbeitsplatz (Minuten)	Anteile von Frauen, die den Arbeitsweg als Belastung empfinden			
	Arbeiterinnen		Angestellte	
	(N)	%	(N)	%
0-20	(218)	24	(144)	29
21-41	(194)	33	(190)	43
41 und mehr	(280)	62	(202)	69
	$\chi^2(df=2)$		GAMMA	
Arbeiterinnen	80.26 ^{xxx}		-.52	
Angestellte	56.98 ^{xxx}		-.50	

Eine Überprüfung der Frage, inwieweit "objektive" Bedingungen und ihre "subjektive" Perzeption übereinstimmen, ist auch möglich hinsichtlich des Arbeitsweges. Auch hier zeigt sich, daß ein stark positiver und signifikanter Zusammenhang besteht (vgl. Tabelle 23): Frauen, die z.B. einen Arbeitsweg von über 40 Minuten haben, empfinden diesen zu etwa zwei Dritteln als Belastung, jene, die einen Arbeitsweg bis zu 20 Minuten haben, nur zu einem Viertel. Wenn es also so ist, daß schlechte Arbeitsbedingungen nur dann signifikant mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbunden sind, wenn sie von den Frauen persönlich als belastend erlebt werden, ¹⁾ ist es auf der anderen Seite auch so, daß solchen Gefühlen persönlicher Überlastung vermutlich immer auch tatsächlich überdurchschnittlich hohe Anforderungen in der Arbeitswelt entsprechen.

Eine weitere Frage, die wir hier kurz untersuchen wollen, haben wir bereits am Eingang dieses Abschnittes ausgesprochen, nämlich den Zusammenhang zwischen der Dauer der Berufstätigkeit und dem gesundheitlichen Befinden. Wir haben bereits darauf hingewiesen, daß der Aufdeckung eines solchen Zusammenhanges in unserer Erhebung dadurch Grenzen gesetzt sind, daß es sich um höchstens 30-jährige Frauen handelt und die Dauer der Erwerbstätigkeit daher

1) Dies zeigte sich in unseren Analysen auch darin, daß wir trotz sorgfältiger Aufgliederungen keine Zusammenhänge zwischen den Arbeitsbedingungen an sich (wie Akkordarbeit, Arbeit am Fließband, Dauer des Arbeitsweges usw) und dem gesundheitlichen Befinden feststellen konnten. Wir haben die entsprechenden Tabellen daher weggelassen, glauben jedoch, daß es nicht unwichtig ist auf dieses Faktum hinzuweisen.

allgemein noch nicht sehr lang sein kann. Sie beträgt im Durchschnitt etwa 10 Jahre, wobei allerdings beträchtliche Variationen nach Branchen bzw. Berufsgruppen bestehen, wie aus Tabelle 18 hervorgeht. Deutlich weniger lang als die übrigen sind Bekleidungsarbeiterinnen mit etwa sieben-einhalb Jahren berufstätig, überdurchschnittlich lange jedoch Textilarbeiterinnen und Verkäuferinnen (je etwa elf Jahre). Sollten die Arbeitsbedingungen tatsächlich das gesundheitliche Befinden beeinflussen, so wäre zu erwarten, daß länger berufstätige Frauen gesundheitlich eher beeinträchtigt sind als kürzer berufstätige, da die zeitliche Dauer der beruflichen Belastung ja eine zentrale Rolle dabei spielen muß, ob sich diese Belastungen auf die Gesundheit niederschlagen können. Dieser Zusammenhang wird allerdings dadurch verkompliziert, daß das gesundheitliche Befinden selbst signifikant mit der Entscheidung der Frauen zusammenhängen kann, die Erwerbstätigkeit beizubehalten oder nicht. In dieser Hinsicht weist unsere Studie also eine weitere, vielleicht noch schwererwiegende Einschränkung der Möglichkeit der Analyse sozialer Determinanten des gesundheitlichen Befindens auf. Welchen Effekt das gesundheitliche Befinden generell auf die Beibehaltung der Erwerbstätigkeit verheirateter Frauen hat, haben wir bereits in Abschnitt 2.2 diskutiert. Wir stellten dort fest, daß aufgrund der bisher vorliegenden Studien als relativ gesichert anzunehmen ist, daß berufstätige Frauen sich gesundheitlich eher in einer besseren Verfassung als nicht berufstätige befinden und daß Hausfrauen häufiger unter ernsthaften Erkrankungen leiden. Hier ist vor allem der letztere Zusammenhang wichtig (der erstere ist ohnehin eher fraglich) und er ist wohl nur so zu interpretieren, daß in ihrer Gesundheit ernstlich beeinträchtigte Frauen häufiger die Berufstätigkeit aufgeben bzw. seltener eine solche

wiederaufnehmen, wenn sie einmal aus der Erwerbstätigkeit ausgeschieden sind. ¹⁾ In unseren Daten läßt sich diese Problematik der Selektion unterschiedlich gesunder Frauen allerdings zumindest teilweise kontrollieren und zwar anhand der Variable, ob die Frau Kinder hat oder nicht. Denn nach den Ergebnissen der österreichischen Volkszählung im Jahre 1971 waren von den 20 bis 30-jährigen verheirateten Frauen ohne Kinder unter 15 Jahren nicht weniger als 85 %, also die große Mehrheit, erwerbstätig (ausgewertet von R. GISSER, in: FRAUENBERICHT, 1975, Heft 4, S. 35). In unserer eigenen Befragung gaben 62 % der befragten Frauen an, es sei die allgemein herrschende Meinung, eine verheiratete Frau ohne Kinder solle Beruf und Haushalt bzw. Familie als gleichrangig bzw. den Beruf als Hauptaufgabe betrachten und 70 % vertraten persönlich diese Auffassung. Die Erwerbstätigkeit der verheirateten Frau ist also nicht nur ein allgemein weitestgehend praktiziertes Verhalten, sondern sie hat in der Öffentlichkeit schon fast den Charakter einer sozialen Norm. Wir können also davon ausgehen, daß die Entscheidung für oder gegen die Beibehaltung oder Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit bei verheirateten Frauen ohne Kinder wohl nur im Falle sehr starker gesundheitlicher Beeinträchtigungen durch diese bestimmt wird. Bei Frauen mit Kindern mag sie dagegen eher eine Rolle spielen, da diese Frauen ja einen umfangreicheren häuslichen Arbeitskreis haben, neben dem "push-Faktor" der gesundheitlichen Beein-

1) Diese Interpretation vertritt auch Murray GENDELL (1963), der in einer schwedischen Studie über 906 Frauen ebenfalls einen eher schlechteren Gesundheitszustand der Hausfrauen festgestellt hatte und zu einer Beantwortung dieser Frage vor allem deshalb in der Lage war, da er berufstätige und nicht berufstätige Frauen befragte.

trächtigkeit also auch eine Reihe von "pull-Faktoren", d.h. positive Gründe, für ein Ausscheiden aus der Berufstätigkeit sprechen. Aufgrund dieser Überlegungen ist also zu erwarten, daß sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem gesundheitlichen Befinden und der Dauer der Berufstätigkeit eher bei berufstätigen Frauen ohne Kinder als bei solchen mit Kindern zeigen lassen müßte. ¹⁾ Dies ist denn auch das Ergebnis, das sich empirisch in der Tat zeigen läßt - zumindest annäherungsweise - (vgl. Tabelle 24): sowohl bei Arbeiterinnen wie bei Angestellten besteht bei Frauen ohne Kinder ein stärkerer Zusammenhang in der Richtung, daß länger berufstätige Frauen sich gesundheitlich in einer schlechteren Verfassung befinden. ²⁾ Dieser Zusammenhang ist

-
- 1) Es mag auch hier forschungslogisch von Interesse sein anzumerken, daß ich zu dieser Hypothese erst a posteriori, im Laufe der Datenanalyse selbst gelangt bin. Ursprünglich ging ich von der entgegengesetzten Annahme aus und zwar mit der Überlegung, daß Frauen mit Kindern, die durch ihre Doppelrolle in Beruf und Familie stärker durch die Berufstätigkeit belastet sind, gesundheitlich durch eine lange Berufstätigkeit stärker beeinträchtigt sein müßten. Diese Überlegung ist bei den Frauen, die nur aus finanzieller Notwendigkeit arbeiten müssen, wohl nicht ganz von der Hand zu weisen.
 - 2) Auf die Bedeutung der Dauer der Berufstätigkeit für die gesundheitlichen Konsequenzen wird man nicht zuletzt auch bei sorgfältiger Lektüre der unstrukturierten mündlichen Interviews hingewiesen, die wir in Abschnitt 3.4 dargestellt haben. Dort zeigt sich nämlich durchwegs, daß die beruflich und gesundheitlich am stärksten belasteten Frauen bereits relativ älter sind, nämlich 28 bis 30 Jahre alt. Auch handelt es sich eher um kinderlose Frauen bzw. bei Müttern um solche, denen die Schwiegermutter bzw. Mutter im Haushalt und bei den Kindern aushilft.

Tabelle 24: Gesundheitliche Erschöpfung (Rohscore) nach Dauer der Berufstätigkeit, Kindern und beruflicher Stellung

Berufliche Kind(er) Stellung	Dauer der Berufstätigkeit in Jahren (N)	Gesundheitliche Erschöpfung						zusammen
		sehr niedrig (0 Pkte)	eher niedrig (1)	eher hoch (2)	sehr hoch (3-6)	sehr niedrig (0 Pkte)	eher niedrig (1)	
Arbeiterinnen	-7	(101) %	20	42	26	12	100	
	8-11	(67) %	34	30	22	14	100	
	12 +	(63) %	19	25	29	27	100	
mit	-7	(177) %	20	42	26	12	100	
	8-11	(181) %	34	30	22	14	100	
	12 +	(138) %	19	25	29	27	100	
Angestellte (inkl. Verkäuferinnen)	-7	(137) %	33	34	20	13	100	
	8-11	(116) %	25	38	23	14	100	
	12 +	(64) %	30	31	23	16	100	
mit	-7	(52) %	29	35	15	21	100	
	8-11	(103) %	33	29	20	18	100	
	12 +	(67) %	34	30	15	21	100	
		χ^2 (df)					GAMMA	
Arb./ohne Kind		21.75 ^x (12)					.11	
Arb./mit Kind		14.82(12)					.06	
Ang./ohne Kind		10.69(12)					.07	
Ang./mit Kind		9.86(12)					.01	

allerdings nur bei Arbeiterinnen ohne Kind auch statistisch signifikant, was unserer Auffassung nach wiederum darauf hinweist, daß die Frage der Gesundheitsschädigung durch berufliche Belastungen vor allem bei den Arbeiterinnen ein ernstes Problem darstellt. Ein weiteres Problem betrifft die Frage der Arbeitsbelastung und Schwangerschaft. In unserer Studie wurde auch die Frage gestellt, ob die Frau derzeit schwanger war oder nicht. Der Anteil der Schwangeren betrug insgesamt 17 %. Wenngleich es für eine genauere Untersuchung unerläßlich wäre, auch das Stadium der Schwangerschaft konstantzuhalten, ist es doch von Interesse zu untersuchen, ob sich schon aufgrund dieser groben Differenzierung Zusammenhänge mit dem gesundheitlichen Befinden nachweisen lassen. Schwangerschaft ist eines der wichtigsten Probleme, das die Notwendigkeit eines besonderen Arbeitsschutzes für Frauen bedingt. Aufgrund älterer und neuerer österreichischer Untersuchungen ist als gesichert anzunehmen, daß Berufstätigkeit an sich und insbesondere die Art der ausgeübten Tätigkeit einen Einfluß etwa auf die Häufigkeit von Frühgeburten hat: im Jahre 1968 betrug der Anteil der Frühgeburten an allen Lebendgeburten in Österreich 6,0 %, bei Angestellten 6,4 % und bei Arbeiterinnen 7,5 % (nach Erhebungen des ÖStZ, dargestellt in: FRAUENBERICHT, 1975, Heft 6, S. 73). Das Problem einer besonderen Gesundheitsgefährdung der schwangeren Frauen scheint also nicht sosehr Berufstätige im Gegensatz zu den nicht Berufstätigen zu betreffen (was sich auch darin zeigt, daß zwischen diesen beiden Gruppen kaum ein Unterschied in der Häufigkeit von Arztbesuchen während der Schwangerschaft besteht (FRAUENBERICHT, 1975, Heft 6, S. 84) als vielmehr einzelne besonders belastete Gruppen innerhalb der berufstätigen Frauen (neben den oben Genannten sind dies vor allem die Frauen in der Landwirtschaft).

HEISS (1960:63 ff.) hatte schon vor fast zwei Jahrzehnten auf die besondere Häufigkeit von Schwangerschaftskomplikationen bei bestimmten Berufsgruppen wie Industriearbeiterinnen allgemein und Textilarbeiterinnen im besonderen hingewiesen. Er machte auch auf ein in diesen Gruppen häufig bestehendes Dilemma aufmerksam, nämlich jenes, daß die gesetzlich vorgesehene Schonzeit infolge finanzieller Notwendigkeit eines Zusatzverdienstes häufig nicht oder nur teilweise ausgenutzt wird (ein Problem, das in der gewerkschaftlichen Lohnpolitik auch in anderen Fällen oft auftritt). Aufgrund dieser besonderen Gefährdung schwangerer Frauen scheint es daher nicht unberechtigt, für schwangere Frauen besonders belastende Arbeitsbedingungen und -tätigkeiten generell zu verbieten, wie etwa Akkordarbeit (OSTERLAND u.a., 1973:312, Anm. 1).

Tabelle 25: Gesundheitliche Erschöpfung und nervliche Belastung am Arbeitsplatz nach derzeitiger Schwangerschaft bei Arbeiterinnen

Die Frau ist dzt.	Am Arbeitsplatz. stört nervl. Belastg.	Gesundheitliche Erschöpfung					Zusammen
		niedrig	eher niedr.	eher hoch	hoch		
		(N)	(0 Pkt.)	(1)	(2)	(3-7)	
schwanger	ja	(28)	% 14	29	29	28	100
	nein	(33)	% 43	30	15	12	100
nicht schwanger	ja	(255)	% 15	32	26	27	100
	nein	(372)	% 30	35	20	15	100
		χ^2		GAMMA			
	schwanger	7.44	(x)	-.50			
	nicht schw.	28.41	xxx	-.32			

Was läßt sich nach unseren Daten zu dieser Problematik sagen? Zunächst ist festzuhalten, daß bei Arbeiterinnen auch unter den schwangeren Frauen die Mehrheit am Fließband arbeitet bzw. ständig eine Maschine bedient und nach einem Leistungssystem (Akkord oder Prämiensystem) entlohnt wird. Bei Frauen, die zur Zeit der Erhebung nicht schwanger waren, betragen die Anteile jener, die am Fließband arbeiteten bzw. nach Akkord entlohnt wurden, 67 % bzw. 86 %; bei den Schwangeren betragen die entsprechenden Anteile zwar etwas weniger, aber immer noch 59 % und 72 %. Wenngleich man die Schwangerschaft als solche sicherlich nicht als Indikator eines beeinträchtigten Gesundheitszustandes ansehen kann,¹⁾ wird man doch anerkennen müssen, daß die Belastbarkeit von schwangeren Frauen eine niedrigere Schwelle hat. Dafür zeigt sich denn auch in unseren Daten ein deutlicher empirischer Hinweis (vgl. Tabelle 25): bei Arbeiterinnen, die zur Zeit der Erhebung schwanger waren, besteht ein deutlich stärkerer Zusammenhang zwischen nervlicher Belastung am Arbeitsplatz und gesundheitlicher Erschöpfung als bei Frauen, die nicht schwanger waren (bei den Schwangeren liegt die Signifikanz infolge der kleinen Besetzungszahlen allerdings knapp unter der Grenze von 0,5 %). Dies bedeutet also, daß sich bei schwangeren Frauen eine persön-

1) Dies zeigten auch unsere Analysen, in denen wir keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Schwangerschaft an sich und den verschiedenen Indikatoren des gesundheitlichen Befindens feststellen konnten. Tendenziell zeigte sich sogar ein umgekehrter Zusammenhang mit den psychosozialen Mißbefinden und zwar in der Richtung, daß schwangere Frauen eher einen niedrigen Wert auf der Skala des psychosozialen Mißbefindens hatten.

lich als besonders belastende berufliche Arbeitsleistung stärker auf das gesundheitliche Befinden niederschlägt als bei den nicht schwangeren Frauen. Trotz aller Vorbehalte gegenüber der Aussagekraft unserer Daten in dieser Hinsicht muß man dies wohl als einen deutlichen Hinweis auf die besondere, zusätzliche Belastung und Gefährdung schwangerer Arbeiterinnen durch berufliche Belastungen ansehen.

Die Problematik, die wir am Ende dieses Abschnittes noch kurz aufgreifen wollen, die wir jedoch in den folgenden Abschnitten noch systematischer untersuchen werden, betrifft jene der Modifikation des Zusammenhanges zwischen Arbeitsbelastung und gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch die Arbeitsorientierung und Berufsverbundenheit der Frauen. So hat vor allem KORNHAUSER (1965, 1970) in seiner Untersuchung über die psychische Gesundheit und Zufriedenheit von Industriearbeitern betont, daß der Zusammenhang zwischen konkreten Arbeitsverhältnissen und psychischer Gesundheit primär über die Arbeitszufriedenheit der Arbeiter vermittelt wird. Arbeiter, die mit ihrer Arbeit zufrieden sind, an ihr Interesse haben usw., sind auf allen Ebenen der beruflichen Hierarchie mit ihrer Lebenssituation zufriedener. Auch in Studien über Wirkungen des Betriebsklimas, Krankenstände usw. wird dieser Faktor besonders herausgestrichen (vgl. z.B. SOPP, o.J.) und FERBER (1974) konnte im Rahmen ähnlicher Überlegungen sehr interessante Entsprechungen zwischen dem Krankheitserleben und dem Erleben der Arbeitssituation bei Angehörigen unterschiedlicher beruflicher und betrieblicher Funktionsgruppen feststellen. Im Falle verheirateter Frauen und Mütter erhält diese generelle Problematik noch eine besondere Bedeutung dadurch, daß diese Frauen - zumindest innerhalb bestimmter Grenzen - die Möglichkeit der Wahl zwischen der Beibehaltung oder Aufgabe ihrer Berufstätigkeit überhaupt haben

(HALLER & ROSENMAYR, 1971). Es ist daher zu erwarten, daß sich diese Problematik im Falle erwerbstätiger Frauen noch schärfer stellt als im Falle der Männer. Was läßt sich aus dieser Sicht für die Problematik der beruflichen Belastung und der Gesundheit für die Frauen erwarten? Die generelle Hypothese, die sich aus den oben zitierten Arbeiten ableiten läßt, ist die, daß tatsächlich gegebene Belastungen sich umso eher negativ auf das Wohlbefinden auswirken, je negativer die Einstellung der Frau zu ihrer Arbeit ist. Wenn die Arbeit im allgemeinen schon als eine kaum zu bewältigende Bürde erlebt wird, ist auch zu erwarten, daß spezielle Belastungsfaktoren eher als störend empfunden werden und daß sie sich auf die Dauer auch öfters auf das gesundheitliche Befinden niederschlagen werden.

Eine Analyse dieser Problematik erfordert also, daß wir unter Kontrolle der verschiedenen Dimensionen der Arbeitseinstellung die Zusammenhänge zwischen störenden Arbeitsbedingungen und gesundheitlichem Befinden darstellen. Die Ergebnisse sind jedoch, wie Tabelle 26 zeigt, nicht immer ganz einheitlich und sie sollten auch lediglich als hypothetisch angesehen werden. Zumindest drei Tendenzen scheinen daraus relativ deutlich hervorzugehen. So zeigt sich zunächst bei Frauen ohne Kinder sowohl bei Arbeiterinnen wie Angestellten, daß der Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und gesundheitlicher Erschöpfung stärker ist, wenn die Frauen mit der Arbeit zufriedener sind und auch ohne finanziellen Zwang arbeiten würden. Dies steht natürlich im Gegensatz zu der oben formulierten allgemeinen Hypothese.

Tabelle 26: Zusammenhänge zwischen gesundheitlicher Erschöpfung und belastenden Arbeitsbedingungen nach Indikatoren der Berufsverbundenheit, Kindern und beruflicher Stellung (GAMMA) ¹⁾

Empfinden die Berufsarbeit als	Arbeiterinnen ohne Kind(ern) (N)	mit Kind(ern) (N)	Angestellte ohne Kind(ern) (N)	mit Kind(ern) (N)
unbefriedigend	(47) [.07]	(106) .30	(69) .12	(35) [.31]
befriedigend	(156) .18	(328) .17 ^x	(182) .05	(137) .05
sehr befriedigend	(29) [.26]	(72) .23 ^{xx}	(67) .32	(52) .07
würden auch ohne finanz.Zwang arbeiten	ja (98) .38 ^{xx}	(162) .24	(183) .17 ^x	(114) .16
	nein(139).08	(349) .21 ^{xxx}	(134) .10	(108) .04
wünschen sich die Berufstätigkeit beizubehalten	ja (44) [.36]	(119) .22 ^x	(72) -.05	(82) .14
	nein(149).16	(301) .19 ^{xx}	(224) .18	(117) .10
Erwarten sich die Berufstätigkeit beizubehalten	ja (44) [.08]	(132) .17	(114)-.07	(114) .19
	nein(160).17	(326) .22 ^{xxx}	(180) .27	(87) .08
Persönliche Einstellung zur Berufstätigkeit von Müttern	eher ²⁾ pos. (24) [-.01]	(112) .29	(31) [-.10]	(63) .21
	neg. ²⁾ (197) .22	(376) .20 ^{xxx}	(280) .16	(158) .09

1) Die Variable "gesundheitliche Erschöpfung" (Rohscore) und "belastende Arbeitsbedingungen" wurden jeweils in drei Kategorien zusammengefaßt (df=4).

2) Eher positiv: eine Mutter sollte Beruf als zeitweise notwendiges Übel bzw. Beruf und Haushalt gleichrangig bzw. Beruf als Hauptaufgabe betrachten, negativ: eine Mutter sollte nicht berufstätig sein.

Wir können es wohl am besten so interpretieren, ¹⁾ daß diese Frauen zwar eine relativ positive Einstellung zu ihrer derzeitigen Arbeit und Tätigkeit haben, daß sie aber deswegen nicht unbedingt auch langfristig berufstätig bleiben möchten; vielleicht ist gerade die gesundheitliche Erschöpfung einer der Gründe dafür, daß sie dies eher ausschließen! Ein eher umgekehrter Zusammenhang - also in der erwarteten Richtung - zeigt sich bei Frauen mit Kindern: hier besteht bei jenen ein stärkerer Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Gesundheitsstörungen, die ihre Arbeit als unbefriedigend empfinden. Hier bietet sich als relativ naheliegende Erklärung an, daß bei Frauen, die bereits Kinder haben und trotz geringer Freude an ihrer Tätigkeit berufstätig sind, die Erwerbstätigkeit zum Teil eine Notwendigkeit darstellt. Dabei ist allerdings zu differenzieren zwischen Arbeiterinnen und Angestellten. Nur bei den ersteren scheint diese Notwendigkeit unmittelbar auch als eine finanzielle interpretierbar zu sein, wie die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastung und Gesundheit bei Kontrolle der Variable "Bereitschaft zur Arbeit ohne finanziellen Zwang" nahelegen. Bei Angestellten dagegen scheint es auch das Muster einer Berufsverbundenheit ohne großes Interesse an der konkreten Tätigkeit zu geben, wie das dritte Muster nahelegt, das sich aus Tabelle 26 ergibt. Es zeigt sich nämlich, daß bei Angestellten mit Kindern der Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und gesundheitlicher Erschöpfung dann höher ist, wenn diese

1) Wir beziehen uns dabei auch auf die Ergebnisse unserer Analysen zu den Dimensionen und Determinanten der Berufsverbundenheit, die wir an anderer Stelle durchgeführt haben (vgl. HALLER & ROSENMAYR, 1971; ROSENMAYR u.a., 1973; HALLER, 1973, I. Band, S. 173-287).

auch ohne finanziellen Zwang arbeiten würden, eine langfristige Beibehaltung der Erwerbstätigkeit erwarten und eine positive Einstellung zur Berufstätigkeit einer verheirateten Frau haben. Es ist zu vermuten, daß es sich hier um eine Gruppe von Frauen handelt, für die die Berufstätigkeit ein sehr wesentliches Element des persönlichen Lebensstiles darstellt, eine Chance zur persönlichen Entfaltung und Bestätigung, die so hoch bewertet wird, daß man sie auch angesichts bestimmter gesundheitlicher Störungen nicht aufgeben möchte. Diese Ergebnisse und Erklärungsversuche, die wir in erster Linie als Beispiel dafür gebracht haben, wie komplex die Beziehungen zwischen Arbeitsbedingungen, beruflichen Belastungen und gesundheitlichem Befinden in Wirklichkeit sein mögen, sollen hier nicht weiterverfolgt werden, da wir auf sie ohnehin noch genauer eingehen werden.

Abschließend soll nochmals kurz auf die Frage nach der relativen Erklärungskraft der Variable Arbeitsbelastungen für das gesundheitliche Befinden eingegangen werden. Hierzu ist zunächst festzuhalten, daß wir signifikante Zusammenhänge der Arbeitsbelastung nur mit der Dimension der "gesundheitlichen Erschöpfung" feststellen konnten. Diese Tatsache ist an sich nicht unwichtig, da man sie als Bestätigung der These ansehen kann, daß "extrinsische" Variablen wie die Arbeitsbedingungen höchstens das Auftreten oder die Abwesenheit von Gesundheitsstörungen, nicht jedoch das (positive) psychosoziale Wohlbefinden beeinflussen können. Ganz allgemein muß man allerdings sagen, daß die direkte Erklärungskraft der Arbeitsbe-

lastungen für das gesundheitliche Befinden nicht als sehr groß erscheint. ¹⁾ Dieses Faktum sollte jedoch keinesfalls zu Verallgemeinerungen führen wie etwa der, daß Arbeitsverhältnisse für das gesundheitliche Befinden generell nur von untergeordneter Bedeutung sind. Denn die uns zur Verfügung stehenden Daten sind für eine solche Verallgemeinerung keineswegs zureichend. Zum einen handelt es sich nämlich durchwegs um Frauen, die noch nicht sehr lange berufstätig waren und außerdem ist die Stichprobe selbst möglicherweise genau in der Dimension des gesundheitlichen Befindens schon vorselektiert (gesundheitlich

- 1) Um die relative Stärke des Zusammenhanges zwischen belastenden Arbeitsbedingungen und gesundheitlicher Erschöpfung möglichst genau zu bestimmen, haben wir mehrere Assoziations- bzw. Korrelationskoeffizienten über die gesamte Population berechnet. Demnach ergeben sich folgende Koeffizienten:

	Gesundheitliche Erschöpfung	
	Rohscore	Rasch-Skala
GAMMA	.197	.195
ETA	.214	.198

(Für die Berechnung von ETA wurde die Variable "gesundheitliche Erschöpfung" in 7 Gruppen zusammengefaßt).

Generell zeigt sich, daß relativ geringfügige Abweichungen je nach verwendetem Koeffizient bzw. Indikator bestehen und etwa .04 % der Varianz in der Variable "gesundheitliche Erschöpfung" durch belastende Arbeitsbedingungen als erklärt gelten können.

stärker beeinträchtigte Frauen geben den Beruf unter Umständen schon früher auf). Zum anderen kann auch das Spektrum der von uns erfaßten Indikatoren für belastende Arbeitsverhältnisse nicht als vollständig angesehen werden. Umso wichtiger erscheint es daher, wenn wir trotz dieser Beschränkungen signifikante Zusammenhänge zwischen belastenden Arbeitsbedingungen und verschlechtertem gesundheitlichem Befinden nachweisen konnten, wobei wir zusätzlich zur Dimension der "gesundheitlichen Erschöpfung" Indizien dafür fanden, daß die ungleiche berufliche Belastung von Arbeiterinnen und Angestellten sich auch in Schädigungen und Beeinträchtigungen der körperlichen Integrität auswirkt, die nicht unmittelbar als Gesundheitsstörungen erlebt werden.

4.1.2. Belastung durch Haushaltsverpflichtungen und zeitlichen Druck

Eine Analyse der psychophysischen Belastungssituation berufstätiger Frauen und Mütter wäre unvollständig, wenn man neben der beruflichen Belastung nicht auch die Verpflichtungen der Frauen in Haushalt und Familie und damit die Gesamtheit ihrer Belastungen berücksichtigen würde. In der Tat ist es gerade diese Konstellation einer Kumulation von Belastungen, die der These die Berechtigung verleiht, daß die berufstätige Ehefrau und Mutter zu den "schwächsten Positionen unserer Sozialordnung" gehört (ROSENMAYR et al., 1973:50).

Die besondere Belastung berufstätiger Frauen und Mütter ergibt sich daraus, daß diese in ihren Verpflichtungen im Haushalt und bei der Kinderbetreuung bei weitem nicht in dem Ausmaße durch private und öffentliche Einrichtungen entlastet werden, in dem sie durch die außerhäusliche Erwerbstätigkeit beansprucht werden.

Wie die einschlägigen sozialwissenschaftlichen und amtlichen Mikrozensusserhebungen auch in Österreich zeigen, erfährt die berufstätige Frau zwar mehr Hilfe im Haushalt als nicht erwerbstätige Hausfrauen, jedoch ist diese zusätzliche Hilfe - für die neben Verwandten vor allem der Ehegatte in Frage kommt - der tatsächlichen Mehrbelastung berufstätiger Frauen keineswegs angemessen (ROSENMAYR et al., 1973:29; SZINOVACZ, 1975:397 ff.; Frauenbericht 1975, Heft 4, S. 47 ff.). Relevant ist in diesem Zusammenhang besonders die Tatsache, daß die familiäre Belastung der berufstätigen Frau regional und schichtspezifisch differenziert ist. Während bei Frauen in kleineren Gemeinden vor allem die Hilfeleistungen durch Mitglieder der Verwandtschaft - oft in Zusammenhang mit einer Haushalts- oder Wohngemeinschaft in einem Eigenheim - vielfach eine effektive Entlastung darstellen, tritt bei Frauen mittlerer und höherer sozialer

Schichten im großstädtischen Bereich neben Verwandten auch Aushilfe durch den Gatten und familienfremde Personen stärker hinzu und die verfügbaren Entlastungssysteme werden besser aufeinander abgestimmt. Es sind also vor allem berufstätige Frauen in großstädtischen Arbeiterfamilien, die in ihren Haushaltsverpflichtungen am wenigsten entlastet werden (Frauenbericht 1975, Heft 4, S. 51; SZINOVACZ, 1975:630).

In unserem Zusammenhang erhebt sich die Frage, inwieweit diese Belastung durch Haushaltsverpflichtungen sich auf das gesundheitliche Befinden der berufstätigen Frauen auswirkt. Wie schon in der Analyse der entsprechenden Effekte bei den Arbeitsbelastungen müssen wir auch hier davon ausgehen, daß es sich dabei um sehr komplexe Zusammenhänge handelt:

"Die besondere Belastung berufstätiger Frauen, die sich aus dieser Mehrfachbeanspruchung (auch bei der Kinderbetreuung) ergibt, ist nicht nur eine rein physische. Sie äußert sich auch in psychischer Hinsicht: in subjektiven Gefühlen der Belastung und in Schuldgefühlen, diesen innerfamiliären Pflichten - im Vergleich zur nicht berufstätigen Hausfrau - nicht in derselben Weise entsprechen zu können" (Frauenbericht 1975, Heft 4, S. 49).

Diesen Aspekt hat vor allem H. STROTZKA (1969:549) in seiner sozialpsychiatrischen Studie über berufstätige Frauen, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befanden, hervorgehoben, wo er feststellte, daß es weniger die Arbeit im Haushalt selbst als vielmehr die Probleme in den Familienbeziehungen und bei der Kindererziehung waren, die zum Ausbruch psychosozialer Erkrankungen führten.

In diesem Abschnitt sollen nun die folgenden drei Fragen beantwortet werden: Steht die "objektive" Haushaltsbelastung an sich schon in einem signifikanten Zusammenhang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen? Unterscheidet sich dieser Zusammenhang nach der Berufszugehörigkeit bzw. nach dem regionalen und sozialen Kontext, in dem die Frauen leben? Wie groß ist die Stärke des Zusammenhanges zwischen

Haushaltsbelastungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen verglichen mit den entsprechenden Effekten der Belastungen durch die Arbeitsbedingungen?

Bevor wir die empirischen Ergebnisse zu diesen Fragen präsentieren, noch eine kurze Bemerkung zur Belastung der berufstätigen Frauen in einem Aspekt, der eng mit der Doppelrolle der Frauen in Beruf und Familie zusammenhängt, nämlich mit dem zeitlichen Druck, unter dem diese Frauen stehen. Hier scheint in der Tat eines der Hauptprobleme, wenn nicht das Hauptproblem der erwerbstätigen Frauen überhaupt zu liegen. Dies hat vor allem E. SULLEROT in ihrem engagierten und kritischen Überblick über das Problem der Frauenarbeit vom Altertum bis heute herausgestellt:

"Nun ist das Problem der Frauenarbeit vor allem ein Problem, das eine Einteilung der Zeit für die Dauer eines Menschenlebens und eine Einteilung der Zeit für jeden einzelnen Tag erfordert.

Nur wenn man sich mit dem Zeitfaktor und der rationalen Einteilung der Arbeitszeit befaßt, kann man das Problem der Frauenarbeit an der Wurzel fassen. Nur eine Reduzierung der Zeit, die für die Haushaltsarbeiten notwendig ist, und eine Reduktion der Arbeitszeit für alle kann zur harmonischen Einfügung eines bis jetzt vernachlässigten und mißbrauchten weiblichen Potentials in die Welt der Arbeit führen. Eine Frau, selbst wenn sie eine Familienmutter ist, kann ohne weiteres sechs Stunden täglich außer Haus arbeiten. Nie wird sie sich mit neun, zehn oder elf Stunden Abwesenheit von zu Hause abfinden können, wie man es allenthalben verlangt... Die Zeit ist die primäre Größe im Leben der Frauen" (SULLEROT, 1972:288).

Daß diese Problematik sich für die von uns befragten berufstätigen Frauen in sehr dringender Weise stellt, haben wir bereits im vorhergehenden Abschnitt angedeutet, in dem sich etwa zeigte, daß die Frauen im Durchschnitt täglich etwa zehn bis elf Stunden von zuhause abwesend sind (vgl. Tabelle 18). Diese Problematik der Zeitknappheit erwerbstätiger Frauen ist vor allem deswegen von allgemeinerem gesellschaftspolitischen Interesse, weil sie in Gegensatz

nicht nur zu spürbaren Arbeitszeitreduzierungen, sondern sogar zu unerwünschter Freizeit bei breiten Gruppen der Bevölkerung steht:

"Die ungleiche Verteilung der arbeitsfreien Zeit unter den Erwerbstätigen und der Anteil von unfreiwilligen Arbeitslosen und Pensionierten lassen vermuten, daß jene mit der größten Freizeit mehr Arbeit brauchen und wollen ... In jeder Hinsicht stehen vielleicht die beiden Hauptgruppen in immer schärfer werdendem Gegensatz zu ihren emsig arbeitenden Kollegen in allen sozialen Schichten..." (WILENSKY, 1972:177).

Die Zeitknappheit verheirateter Frauen und Mütter ist zweifellos eines jener Fakten, von denen WILENSKY zu Recht meint, daß sie der allzu pauschalen These von einer universalen Tendenz zur "Freizeitgesellschaft" widersprechen. So haben international vergleichende Studien über das tägliche Zeitbudget verschiedener Bevölkerungsgruppen deutlich aufgezeigt, daß die berufstätige und verheiratete Frau in allen Ländern, im Westen wie im Osten, die am schwersten belastete Kategorie darstellt (SCHEUCH, 1972:198), sodaß diese Gruppe und insbesondere die Mütter nicht ganz zu Unrecht als das "Freizeitproletariat unserer Tage" bezeichnet worden sind (ROSENMAYR, 1972:224).

Es ist nicht Aufgabe der vorliegenden Studie, die Haushaltsbelastung und -entlastung und das Zeitbudget der jungen Arbeiterinnen und Angestellten an sich im Detail zu untersuchen, ¹⁾ jedoch mag es zweckmäßig erscheinen, einige Grundinformationen über Haushaltbelastung und Zeitknappheit der Frauen unseren speziellen Analysen voranzustellen. Um möglichst homogene Kategorien zu erhalten,

1) Die entsprechenden Ergebnisse aus den hier analysierten Daten wurden publiziert in ROSENMAYR, HALLER u. SZINOVACZ (1973), SZINOVACZ (1975) und gingen auch in den Frauenbericht der Bundesregierung (Heft 4: Die persönliche Situation der Frau) ein.

gliedern wir die Frauen nach Berufsgruppen und Industriebranchen bzw. Region auf, da sich diese Dimensionen für die Fragen der Belastung durch Haushaltsverpflichtungen und Zeitknappheit als relevant erweisen.¹⁾ Die wichtigsten Unterschiede in der Belastung der Frauen durch Haushaltsverpflichtungen und zeitlichen Druck in diesen verschiedenen "sozialen Kontexten"²⁾ präsentieren wir in Tabelle 27. Diese

-
- 1) Da es sich bei unserer Erhebung nicht um eine Zufallsstichprobe handelte, stehen die Variablen Industriebranche und Gemeindegröße miteinander in starkem Zusammenhang (vgl. dazu auch Abschnitt 2.3). Zwei Drittel der Arbeiterinnen in der Bekleidungsindustrie wohnten in kleinen Gemeinden (unter 2.000 Einwohnern) Niederösterreichs und des Burgenlandes, drei Viertel der Textilarbeiterinnen in mittleren Gemeinden des Wiener Beckens. Die Metallarbeiterinnen wohnten zur Hälfte in Wien, die übrigen zu zwei Dritteln in mittleren Gemeinden.

Wenn wir daher die Metallarbeiterinnen in Wien von jenen außerhalb Wiens unterscheiden, fällt die Variable Industriebranche bzw. Berufsgruppe auch mit relativ homogenen regionalen Kontexten zusammen: Bekleidungsarbeiterinnen in kleinen Gemeinden, Textil- und Metallarbeiterinnen in mittleren Gemeinden (über 2.000 Einwohner) und Metallarbeiterinnen sowie Verkäuferinnen und Angestellte in großstädtischem Milieu (Wien).

Da 5 % der Frauen die Frage nach dem Wohnort nicht beantworteten, reduziert sich die Grundgesamtheit in dieser Variable des "sozialen Kontextes" auf 1297 Personen.

- 2) Das Konzept des "sozialen Kontextes" wurde von uns in früheren Analysen dieses Datenmaterials entwickelt, um die Interaktion von regionalen, schichtspezifischen und subkulturellen Aspekten insbesondere in ihrem Effekt auf die Arbeitseinstellungen und Berufsverbundenheit der Frauen erfassen zu können (HALLER & ROSENMAYR, 1971; HALLER, 1973:83-95). Diesem Konzept liegt die Tatsache zugrunde, daß die spezifische berufliche und industrielle Struktur einer Gemeinde in engem Zusammenhang mit den familiären und beruflichen, religiösen und politischen Werthaltungen ihrer Mitglieder steht.

Tabelle 27: Belastung durch Haushaltsverpflichtungen und zeitlichen Druck nach sozialen Kontexten

	(N)	Bekleidungs- arb. (214)	Textil- arbeit. (103)	Metallarb. außer Wien (224)	Metallarb. Wien (202)	Verkäu- ferinnen (218)	Ange- stellte (336)
Mit Kind		66	82	70	69	41	54
- davon 2 u.m.	%	21	23	21	18	4	9
Ohne Haushaltshilfe	%	52	71	64	70	66	48
Durchschnittl. Haushaltsbelastung (Index)		11,2	12,9	12,0	11,5	9,6	9,3
Durchschnittl. Zeit für Hausarbeit (Stunden)							
- an Wochentagen		3,27	4,54	3,59	3,34	3,08	3,01
- an Samstag		6,55	5,78	6,45	6,25	4,26	5,60
Durchschnittl. Schlafzeit (Stunden)		8,12	7,26	7,48	7,56	7,80	7,63
Aufstehen bis 5 Uhr früh	%	25	81	71	40	7	10
Durchschnittl. Freizeit (Stunden) am letzten							
- Montag	%	1,90	1,93	1,93	1,84	2,57	2,03
- keine Angabe		39	16	22	22	18	4
- Samstag	%	5,34	4,85	4,96	5,39	5,67	5,72
- keine Angabe		9	18	24	10	16	5
Stärkste Belastungen an folgenden Wochentagen							
Montag bis Mittwoch	%	30	10	21	27	38	37
Donnerstag, Freitag	%	34	70	57	59	37	46
Samstag, Sonntag	%	54	49	51	40	42	37

Daten zeigen, daß ein sehr wesentlicher Unterschied zwischen den verschiedenen Gruppen der Arbeiterinnen einerseits und den Verkäuferinnen und Büroangestellten andererseits schon darin liegt, daß die ersteren zu zwei bis drei Viertel bereits ein Kind haben (ein Fünftel haben sogar bereits 2 Kinder), während dies nur bei etwa der Hälfte der letzteren der Fall ist (zwei Kinder haben überhaupt weniger als ein Zehntel). Dieser unterschiedlichen Belastung entspricht jedoch die Entlastung durch Haushaltshilfen keinesfalls. Nur Arbeiterinnen in der Bekleidungsbranche (also vorwiegend jene in den kleinen Gemeinden) haben ebenso häufig eine gelegentliche oder regelmäßige Haushaltshilfe wie Büroangestellte, nämlich zur Hälfte, während zwei Drittel aller übrigen Arbeiterinnen den Haushalt allein führen müssen. Dieses Mißverhältnis zwischen Belastung und Entlastung kommt deutlich zum Ausdruck im Index der "Haushaltsbelastung", der eine summarische Maßzahl für die Gesamtbelastung der Frauen durch Haushaltsverpflichtungen darstellt und Belastung und Entlastung in einem Wert zusammenfaßt.¹⁾

1) Der Index "Haushaltsbelastung" wurde gebildet, indem je ein Punkt für folgende Variablen bzw. Ausprägungen gegeben wurde: Kind(er) vorhanden (1 Punkt für jedes Kind;) keine Haushaltshilfe; die Frau hat zuwenig Zeit für Familie und Kind oder ist oft müde; die Frau muß selbst die folgenden Tätigkeiten erledigen: Einkaufen für täglichen Bedarf/Kochen/Geschirrspülen/Staubsaugen/Fensterputzen/Wohnung putzen/Wäsche waschen/auf Ämter gehen/Haushaltsgegenstände reparieren; im Haushalt keine Waschmaschine vorhanden; im Haushalt andere Personen (außer Kindern) zu betreuen; werktags 4 Stunden und mehr Zeit für Hausarbeit; samstags 7 Stunden und mehr Zeit für Hausarbeit; weniger als 7 Stunden Schlafzeit; vor 5.30 Uhr aufstehen; letztes Jahr keinen Urlaub gemacht; letzten Montag keine Freizeit; letzten Samstag unter 3 Stunden Freizeit; letzten Sonntag unter 5 Stunden Freizeit; hätte gerne mehr Freizeit für Haushalt, Kinder oder ausruhen.

Am stärksten belastet durch Haushaltsverpflichtungen sind demnach Textil- und Metallarbeiterinnen, etwas weniger Bekleidungsarbeiterinnen und deutlich weniger Verkäuferinnen und Angestellte.

Diese Unterschiede treten auch hervor, wenn wir die Indikatoren für das Zeitbudget und die zeitliche Gestaltung des Tagesablaufes ansehen: die beiden zuerst genannten Gruppen müssen gegenüber den letzteren mehr Zeit für Hausarbeit sowohl an Werktagen wie am Wochenende aufwenden, haben eine kürzere Schlafzeit, müssen früher aufstehen und haben werktags wie am Wochenende weniger Freizeit zur Verfügung.¹⁾ Wenngleich diese Differenzen sehr deutlich sind, könnte man sich doch fragen, warum sie nicht noch stärker hervortreten. Dafür gibt es jedoch genügend Gründe: so hat sich etwa hinsichtlich der Hausarbeit erwiesen, daß sie in starkem Ausmaße "gestrafft" oder aber "gestreckt" werden kann, während die Schlafzeit auch im internationalen Vergleich nur relativ geringfügigen Schwankungen unterliegt (SCHEUCH, 1972; ROSENMAYR, 1972). Gerade die Problematik der Schlafzeit legt jedoch nahe, daß eine überdurchschnittliche Ausdehnung der Zeit für Hausarbeit gar nicht mehr möglich wäre angesichts des Faktums, daß der Großteil der Frauen ohnehin schon unter einem enormen Zeitdruck steht (vgl. dazu auch die Ergebnisse der unstrukturierten Interviews in Abschnitt 3.4). Die relativ geringen Differenzen bezüglich der verfügbaren Freizeit erscheinen jedoch in einem anderen Licht, wenn man die Nichtbeantwor-

1) Die von uns berechneten Durchschnittswerte zum Zeitbudget sind nur als grobe Schätzwerte anzusehen, da bei den entsprechenden Fragen nur ganze Stunden, nicht jedoch Minuten erhoben wurden. Die Durchschnittswerte wurden gebildet, indem wir für jede Kategorie den mittleren Wert einsetzten (z.B. Freizeit 0 - unter 1 Stunde: 0,5 Stunden).

tungsquoten berücksichtigt: mit Ausnahme der Büroangestellten haben nahezu ein Fünftel der Frauen diese Frage nicht beantwortet. Darin zeigt sich unserer Meinung nach einerseits deutlich die Ambiguität des Begriffes der "Freizeit", andererseits aber wiederum die besondere Belastung dieser Frauen, die auch außerhalb der "Arbeitszeit" sehr zeitaufwendige und arbeitsintensive Verpflichtungen erledigen müssen.

Ein nicht un wesentliches Datum bringt in diesem Zusammenhang die Frage, an welchen Wochentagen sich die Frauen am stärksten belastet fühlen. Auch hier zeigen sich sehr unterschiedliche Muster: während die drei am stärksten belasteten Gruppen von Arbeiterinnen sich am Wochenbeginn (relativ) am wenigsten, an den beiden letzten Arbeitstagen der Woche (Donnerstag, Freitag) am stärksten und auch am Wochenende noch relativ häufig stark belastet fühlen, verteilt sich die Belastung bei Verkäuferinnen und Angestellten ziemlich gleichmäßig über die ganze Woche. Bekleidungsarbeiterinnen stellen einen Sonderfall in der Hinsicht dar, daß sie sich am Wochenende am stärksten belastet fühlen (es ist zu vermuten, daß ein Teil von ihnen an diesen Tagen in einer Landwirtschaft mitarbeitet). Die Belastungsspitze der Arbeiterinnen im städtischen Bereich gegen das Ende der Arbeitswoche läßt sich wohl als ein Ausdruck der Kumulation von beruflichen und familiären Belastungen in diesen Phasen der Woche auffassen. Diese Interpretation wird auch dadurch nahegelegt, daß bei Arbeiterinnen auch dann eine deutliche Zunahme der Gesamtbelastung gegen das Ende der Arbeitswoche erfolgt, wenn die Belastung durch Haushaltsverpflichtungen niedrig ist, während die Angestellten in diesem Falle sich in allen Phasen der Woche etwa zu gleichen Anteilen als besonders belastet bezeichnen (vgl. Tabelle 28). In allen Gruppen aber ist die Zunahme der Gesamtbelastung offenkundig, wenn die Frau durch Haushaltsverpflichtungen stark beansprucht wird.

Tabelle 28: Die Konzentration der Belastung auf drei Abschnitte der Woche nach der Gesamtbelastung durch den Haushalt ¹⁾

Belastung durch Haushaltsver- pflichtungen	(N)	Stärkste Belastung an folgenden Wochentagen			
		Montag - Mittwoch	Donnerstag, Freitag	Samstag, Sonntag	Arbeiterinnen
Sehr niedrig (0-7 Pkte)	(71) %	28	44	54	
eher niedrig (8-10 Pkte)	(160) %	29	46	46	
eher hoch (11-13 Pkte)	(284) %	25	52	44	
sehr hoch (14-21 Pkte)	(241) %	18	60	54	
Angestellte (incl. Verkäuferinnen)					
sehr niedrig	(157) %	41	39	34	
eher niedrig	(175) %	37	44	36	
eher hoch	(151) %	42	36	40	
sehr hoch	(55) %	15	62	60	
GAMMA (χ^2 , df = 9)		Arbeiterinnen	.10 ^x		
		Angestellte	.14 ^{xx}		

1) Die Summe der Prozentwerte ergibt mehr als 100, weil Mehrfachgaben möglich waren.

Wir können damit zu den Hauptfragen dieses Abschnittes übergehen, nämlich den Effekten der Belastung durch Haushaltsverpflichtungen und zeitlichen Druck auf das gesundheitliche Befinden der Frauen. Wie sich in Tabelle 29 zeigt, besteht ein solcher Zusammenhang, und zwar mit dem Indikator der "gesundheitlichen Erschöpfung". Dieser Zusammenhang ist jedoch nur bei den Arbeiterinnen relativ deutlich und nur bei den Arbeiterinnen in Wien auch statistisch signifikant. Ein signifikanter Effekt zeigt sich auch zwischen einem Indikator des zeitlichen Druckes und dem gesundheitlichen Befinden: in mittleren Gemeinden und Wien sind Frauen, die werktags weniger als 7 Stunden Zeit zum Schlafen haben, viel häufiger gesundheitlich stark erschöpft als jene Frauen, die länger schlafen können (vgl. Tabelle 30). Daß die Zeitproblematik besonders in mittleren Gemeinden ins Gewicht fällt, ist dadurch zu erklären, daß in diese Gruppe einerseits die sowohl beruflich als auch familiär am stärksten von allen belasteten Textilarbeiterinnen und andererseits die Metallarbeiterinnen fallen, die die längsten Arbeitswege und die längste tägliche Abwesenheit von zuhause aufzuweisen haben (vgl. Tabelle 18 ¹⁾).

1) Unterscheidet man bei Metallarbeiterinnen mittlere Gemeinden von Wien, so ergibt sich für die ersteren eine durchschnittliche tägliche Abwesenheit von zuhause von 11,7 Stunden, für die letzteren von 11,3 Stunden.

Tabelle 29: Gesundheitliche Erschöpfung und Belastung durch Haushaltsverpflichtungen nach Berufsgruppen bzw. Regionen (Anteile von Frauen mit starker gesundheitlicher Erschöpfung ¹⁾)

Belastung durch Haushaltsverpfl.	Arbeiterinnen		Wien		Verkäuferinnen		Angestellte	
	kleine Gemeinden (N)	mittl. Gemeinden (N)	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Sehr niedrig (0-7 Pkte)	14 (37)	14 (22)	14 (14)	14	10 (58)	10	11 (111)	11
eher niedrig (8-10 Pkte)	8 (48)	12 (65)	12 (55)	18	20 (76)	20	15 (108)	15
eher hoch (11-13 Pkte)	17 (82)	19 (108)	19 (84)	13	19 (70)	19	26 (87)	26
sehr hoch (14-21 Pkte)	28 (69)	28 (109)	28 (50)	34	15 (20)	15	16 (37)	16

GAMMA (X^2 , df = 9) .09 .12 .22^{*} .07 .13

1) 3 u.m. Punkte auf dem Rohscore der Variable "gesundheitliche Erschöpfung" (ebenso Tab. 30 und 31).

Tabelle 30: Gesundheitliche Erschöpfung und Dauer der Schlafzeit nach Berufsgruppen und Regionen
(Anteile von Frauen, die gesundheitlich stark erschöpft sind)

Dauer der Schlafzeit an Werktagen	Arbeiterinnen				Wien		Verkäuf.		Angestellte	
	kleine Gemeinden (N)	%	mittlere Gemeinden (N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Bis unter 7 Std.	(32)	19	(65)	35	(37)	35	(25)	20	(44)	25
7 " 8 "	(80)	21	(115)	17	(86)	17	(101)	16	(187)	16
8 Std. u. mehr	(118)	14	(111)	19	(70)	17	(91)	17	(109)	14
GAMMA (χ^2 , df = 6)		-.14	-.07 [±]	-.01	.02				-.08	

Schon aus den bisher dargestellten Ergebnissen geht indirekt hervor, daß Haushalts- und Berufsbelastungen sich in ihren Effekten auf die gesundheitliche Situation der Frauen kumulieren. Gerade jene Gruppen von berufstätigen Frauen, die wir im vorhergehenden Abschnitt als die beruflich am stärksten belasteten identifizieren konnten, werden auch am meisten zusätzlich durch Haushaltsverpflichtungen in Anspruch genommen. Wir können diese Frage jedoch auch direkt untersuchen, indem wir die Effekte von beruflichen und familiären Belastungen zugleich kontrollieren. Wie die Ergebnisse in Tabelle 31 zeigen, besteht bei Arbeiterinnen tatsächlich ein solcher Kumulationseffekt: wenn die Berufs- und Haushaltsbelastung hoch ist, steigt der Anteil gesundheitlich stark erschöpfter Frauen dramatisch an. Während in den anderen Gruppen selten mehr als ein Fünftel der Frauen gesundheitlich stark erschöpft sind, sind es in dieser Gruppe 42 %, also nahezu die Hälfte.

Tabelle 31: Die Effekte der Belastungen durch Arbeitsbedingungen und Haushaltsverpflichtungen auf die gesundheitliche Erschöpfung bei Arbeiterinnen (Anteile von Frauen mit starker gesundheitlicher Erschöpfung)

Belastung durch Haushaltsver- pflichtungen	Belastung durch Arbeitsbedingungen niedrig		mittel		hoch	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
sehr niedrig	(18)	17	(40)	13	(24)	17
eher niedrig	(31)	13	(94)	13	(53)	17
eher hoch	(59)	14	(149)	11	(92)	28
sehr hoch	(37)	22	(113)	19	(93)	42

GAMMA (χ^2 , df = 9)	.18	.04	.22 ^x
----------------------------	-----	-----	------------------

Wir können damit versuchen, eine Antwort auf die am Eingang dieses Abschnittes gestellten Fragen zu geben. Es hat sich gezeigt, daß eine hohe Belastung durch Haushaltsverpflichtungen an sich schon einen signifikanten Effekt auf das gesundheitliche Befinden ausübt. Dieser Effekt betrifft jedoch nur jene Dimension von Gesundheitsstörungen, die wir als "gesundheitliche Erschöpfung" bezeichnet haben, nicht jedoch das psychosoziale Befinden oder die allgemeine Zufriedenheit. Dieser Effekt war außerdem nur bei speziellen Gruppen von Frauen festzustellen, nämlich bei jenen, die durch hohe berufliche und haushaltsmäßige Belastungen gekennzeichnet sind, gleichzeitig aber in ihren Haushaltsverpflichtungen nur wenig entlastet werden, nämlich Arbeiterinnen im städtischen Milieu. Diese Ergebnisse legen auch nahe, daß es im Vergleich von beruflichen und haushaltsmäßigen Belastungen doch die ersteren sind, denen - bezogen auf die gesamten von uns befragten berufstätigen Frauen - größeres Gewicht für die Bestimmung der gesundheitlichen Situation der Frauen zukommt. Dies wird nicht zuletzt da-

durch belegt, daß wir eine Reihe von signifikanten Zusammenhängen zwischen spezifischen Aspekten der Arbeitsbelastung und gesundheitlichen Beschwerden aufweisen konnten, was im Falle der Haushaltsbelastung bzw. des Zeitdruckes nicht bzw. nur in einem Falle (Dauer der Schlafzeit) möglich war.

Die Tatsache, daß sich bei Arbeiterinnen in kleinen Gemeinden und bei Angestellten keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Haushaltsbelastung und gesundheitlichem Befinden aufweisen ließen, ist jedoch unserer Meinung nach nicht so zu erklären, daß bei diesen Gruppen die Belastung durch Haushaltsverpflichtungen überhaupt nur eine untergeordnete Rolle spielte. Das Fehlen eines solchen Zusammenhanges ist vielmehr auf dem Hintergrund der gesamten beruflichen und sozialen Lage dieser Gruppen, insbesondere der Angestellten, zu sehen. Denn es ist nicht sosehr die besondere Fähigkeit dieser Gruppen, Verpflichtungen im Haushalt in besonders effizienter Weise zu erledigen (auch dieser Aspekt scheint eine gewisse Rolle zu spielen), sondern vielmehr die gesamte berufliche, familiäre und soziale Situation dieser Frauen und ihrer Familie, welche es ihnen von vornherein ermöglicht, Konstellationen zu vermeiden oder zumindest zum Teil zu entschärfen, die eine übermäßig hohe Belastung der Frau mit sich bringen würden.¹⁾ Auf welche Weise dies geschieht und welche anderen Probleme damit verbunden sind, soll in den folgenden Abschnitten aufgezeigt werden.

1) Dies äußert sich auch darin, daß der in Tabelle 31 festgestellte Kumulationseffekt von Berufs- und Haushaltsbelastungen zwar auch bei Angestellten tendenziell besteht, daß aber die absoluten Zahlen der davon betroffenen Frauen hier so gering sind, daß der Zusammenhang statistisch nicht signifikant ist.

4.2. Gesundheitliches Befinden und die persönliche Situation der Frauen in Beruf und Familie

Wir haben im vorhergehenden Abschnitt festgestellt, daß die mehr oder weniger "objektiv" gegebene psychophysische Belastung der Frauen durch berufliche und familiäre Anforderungen zwar in einem signifikanten Zusammenhang mit Beeinträchtigungen des gesundheitlichen Wohlbefindens steht, daß die Stärke dieser Zusammenhänge jedoch nicht allzu groß ist. In dieser Hinsicht müssen wir also der in den einleitenden Überlegungen (vgl. Abschnitt 2.1) zitierten Auffassung recht geben, daß die reale Überbelastung durch Arbeit und Haushalt an sich nicht als ein zentraler krankheitsauslösender Faktor anzusehen ist (STROTZKA, 1969). Mit der psychophysischen Belastung sind jedoch die aus soziologischer Sicht relevanten Bestimmungsfaktoren des gesundheitlichen Befindens noch nicht vollständig erfaßt und es erscheint uns möglich und notwendig, weitere gesellschaftliche Determinanten oder zumindest 'Begleiterscheinungen' des gesundheitlichen und allgemeinen psychosozialen Befindens der Frauen herauszuarbeiten.

Wie im oben zitierten Abschnitt ausführlich dargelegt wurde, sprechen dafür vor allem zwei Gründe. Erstens die Vermutung, daß bei leichteren gesundheitlichen Irritationen, wie sie durch unsere Erhebungsinstrumente typischerweise erfaßt werden, situativen Zwängen der derzeit gegebenen persönlichen Lebenssituation ein größeres Gewicht zukommt als bei den ernsteren psychosozialen Gesundheitsstörungen. Ein zweiter Grund liegt darin, daß wir nicht nur Gesundheitsstörungen untersuchen, sondern auch die Voraussetzungen und Folgen von Gesundheit im positiven Sinne. Wie in Abschnitt 1.2.6 ausgeführt wurde, kann dieser Bereich nicht bereits als erforscht gelten, wenn man die Ursachen von Erkrankung festgestellt hat. Gesundheit im positiven Sinne bedeutet mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit, von wirklicher

Gesundheit kann man erst sprechen, wenn ein Mensch Selbstverwirklichung in einem oder mehreren Lebensbereichen findet, wenn er zu "schöpferischer Aktivität" fähig ist. Als "schöpferische Aktivität" in diesem Sinne ist nicht nur eine außerordentliche, etwa künstlerische oder wissenschaftliche, Leistung zu verstehen, sondern jene Form von aktiver, gestaltender und verantwortungsbewußter Auseinandersetzung mit den Problemen des alltäglichen Lebens. Damit rückt die Frage ins Zentrum, welche Chancen der Erfüllung, aber auch welche Quellen von Konflikten sich in den wichtigsten Lebensbereichen der Frauen, nämlich in Arbeit und Beruf einerseits, in Ehe und Familie andererseits, ergeben. Die Effekte der Erfahrungen und der Lage in diesen Lebensbereichen auf das psychosoziale Befinden sollen in den folgenden Abschnitten untersucht werden. ¹⁾

-
- 1) Es ist allerdings festzuhalten, daß mit dem in der vorliegenden Erhebung verwendeten methodischen Instrumentarium (standardisierter Fragebogen) die volle Problematik der Gratifikationen und Konflikte der Frauen in den verschiedenen Lebensbereichen nur zum Teil erfaßt werden kann. Abgesehen davon, daß es sich bei den meisten der im folgenden Abschnitt verwendeten Indikatoren um relativ grobe Skalen (höchstens auf Ordinalniveau) handelt, wären die darauf beruhenden Ergebnisse auch zu ergänzen durch stärker qualitativ ausgerichtete Verfahren. In dieser Hinsicht wären vor allem Biografien typischer Berufs- und Familienkarrieren von Frauen relevant, da mit ihrer Hilfe die Genese und Struktur der einzelnen Typen von Berufs- und Familienorientierung am besten erfaßt werden könnte (vgl. SEVE, 1973:364-395). Eines der besten Beispiele einer solchen Vorgangsweise in der deutschsprachigen Literatur hat Erika RUNGE (1969) geliefert. Als ein kleiner Schritt in dieser Richtung können in der vorliegenden Studie die in Abschnitt 3.4 dargestellten Ergebnisse aus unstrukturierten Interviews angesehen werden.

4.2.1. Zufriedenheit mit Beruf, Haushalt und Ehe

Ein erster Einblick in die relative Bedeutung der persönlichen Situation der jungen Arbeiterinnen und Angestellten in Beruf, Haushalt und Familie ist möglich, indem wir die Effekte der Zufriedenheit der Frauen in diesen Lebensbereichen auf das psychosoziale Befinden untersuchen. Wie bereits allgemein festgestellt (vgl. Anmerkung oben) müssen wir auch in Bezug auf diese Fragen zur allgemeinen Zufriedenheit festhalten, daß es sich dabei nur um relativ grobe Indikatoren handelt, deren Aussagekraft weniger in der absoluten Höhe als vielmehr darin liegt, durch ihre Analyse mögliche Ursachen und Folgen bestimmter Einstellungs- und Verhaltensmuster herausarbeiten zu können. Generelle Aussagen über die Zufriedenheit - und dies mag im Hinblick auf die Ehe in besonderem Maße gelten (vgl. GOVER, 1963) - enthalten stets ein Element von "Konventionalität" in dem Sinne, daß es bis zu einem gewissen Grade als Anpassung an die allgemeine Erwartung angesehen werden kann, seine persönliche Situation als "zufriedenstellend" zu bezeichnen bzw. daß eine allzu offen geäußerte Unzufriedenheit als eine Infragestellung des persönlichen Selbstbildes empfunden werden könnte. Angesichts dieser Einschränkungen liegt der Wert der Analysen in diesem Abschnitt vor allem darin, daß es uns möglich ist, durch sie einen ersten Hinweis auf die relative Bedeutung der verschiedenen Lebensbereiche für die persönliche Situation der Frauen zu gewinnen. Wenn wir dabei Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit in einem bestimmten Lebensbereich mit dem generellen Befinden aufzeigen, sollten diese Zusammenhänge auch nicht unmittelbar als "kausal" interpretiert werden. Denn hier besteht zweifellos eine Wechselwirkung: wie die Zufriedenheit in einem Bereich das allgemeine Befinden beeinflussen kann, mag oft auch die allgemeine Zufriedenheit zurückwirken auf die Bewertung der persönlichen Situation in einem spezifischen Lebensbereich.

Auf dem Hintergrund der vorhergegangenen Überlegungen ist es nicht überraschend, daß die große Mehrheit der jungen Arbeiterinnen und Angestellten ihre Berufs- und Haushaltsarbeit als befriedigend und ihre Ehe als glücklich bezeichnet (zur Ehezufriedenheit vgl. auch ORDEN & BRADBURN, 1968). Wir können hier nicht im Detail auf diese Fragen eingehen, jedoch können die wichtigsten Ergebnisse, die an anderen Stellen präsentiert wurden (ROSENMAYR, 1969a; HALLER, 1973; HALLER, 1. Band, S. 222-234; 2. Band, S 387-413; SZINOVACZ, 1973), folgendermaßen zusammengefaßt werden.

In allen drei Bereichen bezeichnet sich die Mehrheit der Frauen (die Hälfte bis zwei Drittel) als "zufrieden", etwa ein Zehntel bis ein Viertel als "sehr zufrieden" bzw. als "außerordentlich glücklich" und etwa ein Viertel als eher wenig zufrieden (einschließlich der Kategorie "durchschnittlich" bei der Ehezufriedenheit). Bemerkenswert ist, daß diese Werte nach der beruflichen Stellung der Frauen nur wenig variieren, wobei Verkäuferinnen und Angestellte tendenziell eher zufriedener als Arbeiterinnen sind. Sehr stark sind die Unterschiede zwischen diesen Gruppen jedoch im Hinblick auf die Bewertung der Hausarbeit: diese bezeichnen mehr als ein Drittel der Arbeiterinnen, jedoch nur etwa ein Zehntel der Büroangestellten als "sehr befriedigend"; in der Ausprägung "eher unbefriedigend" besteht ein genau umgekehrtes Verhältnis. Eine weitere Dimension der persönlichen Situation wird erfaßt durch die Fragen nach der Einschätzung des Erfolges der Frau in diesen drei Lebensbereichen. Während sich im Beruf nur etwa ein Drittel als "sehr erfolgreich" oder "erfolgreich" bezeichnen, betragen die entsprechenden Anteile beim Erfolg im Haushalt und als Gattin bzw. Mutter nahezu zwei Drittel (vgl. auch den Fragebogenanhang). Auch hier sind die Differenzen zwischen den Berufsgruppen nur schwach ausgeprägt.

Starke Zusammenhänge ergaben sich vor allem zwischen der Ein-

schätzung des Erfolges als Gattin bzw. Mutter und der Ehezufriedenheit, während die Ehezufriedenheit und die Befriedigung durch die Haushaltsarbeit nicht so stark korrelieren. Ein deutlich unterschiedliches Muster ergibt sich jedoch in den Zusammenhängen zwischen den Indikatoren der Zufriedenheit in den drei Lebensbereichen. Während bei Arbeiterinnen Zufriedenheit mit Beruf, Hausarbeit und Ehe signifikant und positiv korrelieren, besteht bei Angestellten tendenziell sogar ein negativer Zusammenhang zwischen der Berufszufriedenheit und der Zufriedenheit mit der Hausarbeit. Die Ehezufriedenheit wird bei den Angestellten durch die Zufriedenheit mit der Berufsarbeit jedoch kaum tangiert. Diese Ergebnisse zeigen, daß vor allem die Bewertung der Hausarbeit stark durch die gesamte soziale Situation und insbesondere die Schichtzugehörigkeit der Frau bestimmt wird: je größer die außerhäuslichen Erfüllungschancen und je differenzierter die Erwartungen an die Qualität der Ehe- und Familienbeziehung sind, desto mehr verliert die Haushaltsarbeit an Bedeutung als Quelle für die persönliche Erfüllung (was nicht bedeuten muß, daß sie deswegen weniger effizient erledigt wird). Die Situation im Beruf und jene in Ehe und Familie scheinen jedoch zum Teil voneinander unabhängige und eigenständige Grundlagen der Lebenszufriedenheit darzustellen und dies in umso höherem Grade, je differenzierter die sozialen Ansprüche der Frauen sind, wie sie sich bei ihnen im Laufe von Erziehung, Ausbildung und beruflichen Erfahrungen herausgebildet haben.¹⁾

Die vorerst noch hypothetischen Überlegungen können wir empirisch genauer untersuchen, indem wir die direkten Effekte der Zufriedenheit in den drei Lebensbereichen auf

1) Vgl. dazu auch die Ergebnisse der Faktorenanalyse von Berufsverbundenheit und Familienorientierung in Abschnitt 4.2.2.1.

die einzelnen Indikatoren des gesundheitlichen Befindens und der Zufriedenheit ansehen. Wie Tabelle 32 zeigt, bestehen hier in der Tat sehr starke Effekte, wobei Zusammenhänge bestehen vor allem zwischen dem psychosozialen Wohlbefinden und der allgemeinen Zufriedenheit einerseits und mit der Zufriedenheit mit der Ehe und mit der Berufarbeit andererseits. Dabei zeigen sich auch einige Differenzen nach der beruflichen Stellung bzw. danach, ob die Frau bereits ein Kind hat oder nicht. So zeigt sich - als Bestätigung der vorhergehenden Überlegungen - daß das Interesse an und die Zufriedenheit mit der Hausarbeit Wohlbefinden und allgemeine Zufriedenheit von Arbeiterinnen eher beeinflußt als von Angestellten.¹⁾ Während eher unerwartet scheint, daß die Berufszufriedenheit das psychosoziale Wohlbefinden von Arbeiterinnen stärker beeinflußt als jenes von Angestellten, zeigt sich ein mit unseren übrigen Ergebnissen konsistenter Interaktionseffekt von Berufsstatus und Familiensituation (Vorhandensein von Kindern) beim Zusammenhang von Berufszufriedenheit und allgemeiner Zufriedenheit. Bei Angestellten mit Kindern ist dieser Effekt deutlich stärker als bei jenen ohne Kinder. Im folgenden Abschnitt wird sich zeigen, daß dieses Faktum mit der höheren Berufsverbundenheit der länger berufstätigen und verheirateten Angestellten zusammenhängt. Ein spezifischer Interaktionseffekt zeigt sich schließlich bei der Variable der gesundheitlichen Erschöpfung: hier besteht in einer Gruppe, nämlich bei den Arbeiterinnen mit Kindern, ein deutlicher Zusammenhang mit den Variablen des Erfolges im Haushalt und als Gattin bzw. Mutter und der Ehezufriedenheit. Auch dieses Ergebnis können wir aufgrund unserer Analysen an anderen Stellen dieses Berichtes (vgl.

1) Beim durchwegs häufigeren Auftreten signifikanter Zusammenhänge bei Arbeiterinnen mit Kind darf jedoch nicht übersehen werden, daß dies in erster Linie durch die größere Besetzungszahl dieser Gruppe bedingt ist.

Tabelle 33: Analyse der Assoziationen zwischen Gesundheitsvariablen und Variablen der Zufriedenheit mit Beruf, Haushalt und Ehe (GAMMA)

Assoziation mit Variable	Kontrolle der Variable	Gesundheitl. Erschöpfung.	Psychosoz. Mißbef.	Psychosoz. Wohlbef.	Allgem. Zufried.
Zufriedenheit m. Hausarbeit					
Zufriedenheit mit der Berufsarbeit	niedrig	-.15	-.07	.21	-.42 ^{xxx}
	mittel	-.22 ^{xxx}	-.29 ^{xxx}	.18	-.51 ^{xxx}
	hoch	-.14	-.16	.21 ^x	-.14
Ehezufriedenheit					
	niedrig	-.28	-.23	.40 ^{xx}	-.58 ^{xxx}
	mittel	-.21	-.29 ^{xxx}	.21 ^{xx}	-.39 ^{xxx}
	hoch	.01	.001	.05	-.23
Berufszufriedenheit					
Zufriedenheit mit der Hausarbeit	niedrig	.03	-.03	.13	-.37 ^{xxx}
	mittel	-.01	-.11	.18 ^x	-.22 ^{xx}
	hoch	.08	-.09	.17	-.08
Berufszufriedenheit					
Ehezufriedenheit	niedrig	-.30 ^{xxx}	-.30	.43 ^{xxx}	-.37 ^{xxx}
	mittel	-.17 ^{xxx}	-.31 ^{xxx}	.35 ^{xxx}	-.22 ^{xx}
	hoch	-.04	-.09	.10	-.08

vor allem Abschnitt 4.1.2.) gut interpretieren. Da es genau dieselbe Gruppe von Frauen war, welche sich auch in Bezug auf die Haushaltsverpflichtungen als die am stärksten belastete erwiesen hat, wird man annehmen können, daß in dieser Gruppe außerordentlich stark belasteter Frauen eine zusätzliche Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen zwischen den Ehegatten besonders stark ins Gewicht fällt.

Weitere Aufschlüsse über die relative Bedeutung der einzelnen Lebensbereiche für das Befinden der Frauen ergeben sich aus einer gleichzeitigen Analyse der Effekte von Berufs- und Haushaltsarbeit bzw. Ehezufriedenheit, bei der die Effekte der Zufriedenheit im jeweils anderen Bereich konstantgehalten werden. Wie Tabelle 33 zeigt, ergibt sich hier fast durchwegs ein relativ einheitlicher Interaktionseffekt, der darin besteht, daß die Zufriedenheit mit einem Lebensbereich vor allem dann stark ins Gewicht fällt, wenn die Zufriedenheit im anderen Bereich sehr niedrig ist. Ist die Zufriedenheit jedoch schon in einem Lebensbereich - und dies gilt insbesondere für die Berufs- und Ehezufriedenheit - sehr hoch, so ergeben sich kaum mehr signifikante Effekte auf eine zusätzliche Erhöhung des Wohlbefindens oder der allgemeinen Zufriedenheit, wenn auch die Zufriedenheit im anderen Lebensbereich sehr hoch ist. Um diese Zusammenhänge deutlicher zu illustrieren, werden zwei davon auch in tabellarischer und graphischer Form dargestellt (Tabelle 34 und Abbildung 9). Daraus geht anschaulich hervor, daß allgemeine Zufriedenheit und gesundheitliche Erschöpfung dann am deutlichsten mit der Ehezufriedenheit korrelieren, wenn die Berufszufriedenheit niedrig ist.

Von diesem allgemeinen Muster gibt es nur wenig Abweichungen. Eine davon betrifft den Effekt der Berufszufriedenheit auf die gesundheitliche Erschöpfung und das psychosoziale Mißbefinden unter Kontrolle der Zufriedenheit mit der Hausarbeit. Von Interesse ist hier das Ergebnis, daß die gesundheitliche

Tabelle 34: Gesundheitliche Erschöpfung und allgemeine Zufriedenheit nach der Zufriedenheit mit Berufsarbeit und Ehe

Die Berufsarbeit wird empfunden als	Die Ehe wird empfunden als	(N)	Gesundheitliche Erschöpfung				Allgemeine Zufriedenheit				
			sehr niedrig	eher niedrig	eher hoch	sehr hoch	niedrig	mittel	hoch	zus.	
unbefriedigend	weniger glücl. ¹	(68)%	39	25	22	14	100	40	60	-	100
	glücklich	(139)%	25	26	32	16	100	17	78	5	100
	sehr glücklich	(52)%	17	14	27	42	100	8	73	19	100
befriedigend	weniger glücl.	(220)%	25	25	30	20	100	20	77	3	100
	glücklich	(418)%	17	21	30	32	100	5	87	8	100
	sehr glücklich	(181)%	9	23	38	30	100	5	76	19	100
sehr befriedigend	weniger glücl.	(42)%	12	16	46	26	100	5	78	17	100
	glücklich	(112)%	12	17	37	34	100	3	86	11	100
	sehr glücklich	(72)%	7	19	44	30	100	1	68	31	100

1) Kategorien "durchschnittlich, ziemlich unglücklich, sehr unglücklich"

Erschöpfung nicht dann am niedrigsten ist, wenn Berufs- und Ehezufriedenheit hoch sind, sondern dann, wenn die Ehezufriedenheit hoch, die Berufszufriedenheit jedoch sehr niedrig ist (vgl. Abbildung 9). Die besonders hohe allgemeine Zufriedenheit dieser Gruppe von Frauen könnte dadurch zustande kommen, daß sie eine bewußte Entscheidung für Haushalt und Familie unter Verzicht auf eine Berufsarbeit getroffen haben und infolgedessen können potentielle Entscheidungs- und Loyalitätskonflikte zwischen diesen Lebensbereichen wegfallen. Ob dieser Zusammenhang sich allerdings auch bei älteren bzw. länger nicht berufstätigen Hausfrauen in derselben Form nachweisen ließe, ist allerdings nicht sicher.

Wir können damit zu einer Zusammenfassung der Hauptergebnisse dieses Abschnittes übergehen. Allgemein können wir folgern, daß die Zufriedenheit in den einzelnen Lebensbereichen sehr stark mit der allgemeinen Zufriedenheit und dem psychosozialen Befinden und in Teilgruppen auch mit der gesundheitlichen Erschöpfung korreliert. Wenngleich dahingestellt bleiben muß, inwieweit es sich hier um kausale Zusammenhänge handelt, ist dieses Ergebnis dennoch nicht als unwichtig anzusehen, liefert es doch eine klare Bestätigung unserer allgemeinen These, daß die Bedeutung der Berufstätigkeit von Frauen keinesfalls nur unter den Aspekten der Doppelbelastung, der gesundheitlichen Erschöpfung und der möglichen Nachteile für Haushalts- und Familienleben zu sehen ist, sondern daß eine solche Berufstätigkeit auch für Frauen - und oft wohl in nicht geringerem Ausmaße als für Männer - eine wichtige Quelle der Selbstverwirklichung und Selbstbestätigung darstellt. Recht deutlich waren die Ergebnisse auch im Hinblick auf die relative Bedeutung der persönlichen Situation der Frau in den drei zentralen Lebensbereichen von Beruf, Haushalt und Familie. Den stärksten Effekt auf das allgemeine Befinden übt demnach eindeutig die Ehezufriedenheit aus, aber auch die Berufszufriedenheit hat durchwegs einen starken und

signifikanten Einfluß. Eher von untergeordneter Bedeutung scheint dagegen - und dies insbesondere bei Frauen in qualifizierteren Berufen - die Haushaltsarbeit als eine Quelle eigenständiger Befriedigung zu sein.

In Bezug auf die Frage, inwieweit Zufriedenheit mit Beruf und/oder Ehe eine unabdingbare Voraussetzung darstellen bzw. inwieweit die eine durch die andere "kompensierbar" ist, können wir feststellen, daß eine solche "Kompensierbarkeit" in der Tat gegeben zu sein scheint. Selbst wenn die Ehe als "weniger glücklich" bezeichnet wird, sind die Anteile von Frauen, die allgemein sehr zufrieden sind, immer noch außerordentlich hoch, wenn die Zufriedenheit mit der Berufsarbeit sehr hoch ist (vgl. Tab. 34). Diese Kompensierbarkeit scheint allerdings nur bis zu einem gewissen Grade möglich zu sein. So sind die Anteile von allgemein sehr zufriedenen Frauen mit Abstand dann am höchsten, wenn Berufs- und Ehezufriedenheit sehr hoch sind (vgl. Tab. 34 und Abb. 9); dasselbe gilt auch vom psychosozialen Wohlbefinden.¹⁾ Die letzte Bemerkung betrifft schließlich die Frage, ob durch die Zufriedenheit in den einzelnen Lebensbereichen mehr die negative oder die positive "Gefühlsbilanz" beeinflußt wird. Auch in dieser Hinsicht stimmen

1) Bei dieser nur teilweise möglichen Kompensierbarkeit der Ehezufriedenheit durch die Berufszufriedenheit darf allerdings nicht übersehen werden, daß es nur um die Problematik der mit ihrer Ehe sehr ("außerordentlich") zufriedenen Frauen geht. Daher kann dieses Ergebnis nicht dahingehend verallgemeinert werden, die Ehe an sich sei eine unabdingbare Voraussetzung für allgemeine Zufriedenheit. Vielmehr bezeichnet auch die Mehrheit der von uns befragten Frauen (die ja durchwegs verheiratet sind), ihre Ehe "nur" als "glücklich" und die allgemeine Zufriedenheit dieser Frauen wird sich wohl kaum wesentlich von jener etwa Unverheirateter unterscheiden (vgl. dazu die Ausführungen über die Situation der unverheirateten Frau in Heft 4 "Die persönliche Situation der Frau" des Frauenberichts [1975, S.66-68] sowie BRADBURN [1969:148-149]). "Außerordentlich glückliche" Ehen scheinen demgegenüber eher den "Ausnahmefall" darzustellen und daher erklärungsbedürftig zu sein (einiges dazu später).

unsere Ergebnisse - soweit sie vergleichbar sind - mit jenen analoger Studien überein (BRADBURN & CAPLOVITZ, 1965:36-41; ORDEN & BRADBURN, 1968; BRADBURN, 1969:147-179)¹⁾, indem sie zeigen, daß die Zufriedenheit mit Berufs- und Hausarbeit und mit der Ehe vor allem mit dem psychosozialen Wohlbefinden und der allgemeinen Zufriedenheit korrelieren, weniger jedoch mit dem Mißbefinden und der gesundheitlichen Erschöpfung. Dieses Ergebnis bestätigt unsere These, daß in der Untersuchung von Gesundheit und allgemeinem Befinden im positiven Sinne die Bedeutung der aktuellen sozialen Situation der Betroffenen von außerordentlich großer Bedeutung ist.

1) In diesen Studien wurde - analog zur Unterscheidung zwischen der negativen und positiven Gefühlsbilanz - auch hinsichtlich der Ehezufriedenheit zwischen einer negativen und positiven Seite (Index der ehelichen Spannung vs. Index der Ehezufriedenheit, aufgegliedert in einen Index der "Partnerschaftlichkeit" und einen Index der gemeinsamen sozialen Aktivitäten) unterschieden. Die Ergebnisse zeigten, daß der Spannungsindex vor allem mit dem negativen (allgemeinen) Gefühlsindex und die Zufriedenheitindizes vor allem mit den positiven happiness-Items korrelieren.

4.2.2. Berufsverbundenheit und berufliche Entscheidungskonflikte

Eine entscheidende Komponente der persönlichen Situation junger berufstätiger Frauen ist ihre Haltung zu ihrer Berufstätigkeit. Die damit zusammenhängenden Einstellungen sind es, die letztlich oft stärker ausschlaggebend sind für mögliche Effekte, welche von den beruflichen Belastungen, Anforderungen und Erfahrungen auf die außerberufliche, familiäre und soziale Situation der Frauen ausgehen als das bloße Faktum der Erwerbstätigkeit an sich. Diese Annahme leitete schon die Anlage der vorliegenden Erhebung, der es nicht um einen Vergleich von berufs- und nicht berufstätigen Frauen ging, sondern um eine detaillierte Analyse der persönlichen und sozialen Situation unterschiedlicher Gruppen berufstätiger Frauen. Diese persönliche Einstellung der Frauen zu ihrer Berufstätigkeit wurde in unseren bisherigen Analysen mit dem Begriff der "Berufsverbundenheit" zu erfassen versucht. Berufsverbundenheit wurde dabei definiert

"nicht nur als eine relativ statische, bereits in der Kindheit weitgehend fixierte Persönlichkeitseigenschaft, aber auch nicht als eine weitgehend festgelegte 'strukturelle Anforderung' sozialer Organisationen oder Institutionen, sondern als eine Dimension, die nur als Ergebnis einer komplexen Wechselwirkung zwischen persönlicher Lebensgeschichte und Erfahrung in verschiedenen Institutionen und mit verschiedenen Bezugspersonen und durch strukturelle Bedingungen in den verschiedensten gesellschaftlichen Organisationen zu verstehen ist" (HALLER, 1973, I. Band, S. 139).

Zwei Aspekte sind es also, die mit diesem Begriff und einer Theorie der Berufsverbundenheit besonders hervorgehoben werden sollen: erstens die Tatsache, daß die Einstellung zum eigenen Beruf in starkem Ausmaße durch die bisherige Lebensgeschichte der Frau, insbesondere durch

ihre Erfahrungen in Kindheit und Familie, in der Bildungs- und Berufslaufbahn, bestimmt wird und zweitens die Tatsache, daß die beruflichen Einstellungen und Werthaltungen stark durch Aspirationen und Erfahrungen in den außerberuflichen Lebensbereichen mitbestimmt werden.¹⁾ Aus dem ersten Punkt folgt vor allem, daß die Berufsverbundenheit eines Menschen keineswegs als eine ein- für allemal festgelegte Persönlichkeits- oder Charaktereigenschaft anzusehen ist, sondern sich im Laufe des Lebens und auch noch im Erwachsenenalter in der Folge neuer Erfahrungen grundlegend verändern kann. Der zweite Punkt ist gerade in einer Analyse der Berufsverbundenheit von Frauen wichtig, da er darauf hinweist, daß die Einstellung zum Beruf sehr wesentlich durch die Einstellungen zu Ehe und Familie mitbestimmt werden. Beide Hypothesen sind durch Studien über Berufseinstellungen und Berufsverbundenheit von Frauen in verschiedenen Ländern nachdrücklich belegt worden (vgl. z.B. PFEIL, 1961; KÄTSCH, 1965; LEHR, 1969; ALMQUIST & ANGRIST, 1970; FOGARTY et al., 1971; FUSCH, 1971; SAFILIOS-ROTHSCHILD, 1971), und sie konnten auch in den entsprechenden Analysen des vorliegenden Datenmaterials bestätigt werden (vgl. dazu ROSENMAYR, 1969a,b; HALLER & ROSENMAYR, 1971; HALLER, 1973, 1. Band; ROSENMAYR et al., 1973; SZINOVACZ, 1973).

1) Mit der Betonung dieser beiden Aspekte hebt sich die Theorie der Berufsverbundenheit deutlich ab von der soziologischen Rollentheorie, welche die durch einen bestimmten Kontext (eine Organisation oder eine Institution) gegebenen sozialen Normen als zentralen Ansatzpunkt für die Erklärung sozialen Verhaltens nimmt. Eine Theorie der Berufsverbundenheit ist demgegenüber besser vereinbar sowohl mit einer Entwicklungsperspektive der Persönlichkeit als auch mit einer marxistischen Analyse der Arbeit im Sinne von L. SEVE (1973:166 ff.). Sie könnte daher vielleicht eine Alternative, zumindest aber eine notwendige Ergänzung der Rollentheorie darstellen.

Berufsverbundenheit in diesem Sinne ist jedoch ein sehr vielschichtiges, "multidimensionales" Phänomen (HALLER & ROSENMAYR, 1971). Da wir in unseren bisherigen Arbeiten keine systematische Analyse dieser "Multidimensionalität" durchführen konnten, soll dies im folgenden Exkurs versucht werden. Ein Versuch in dieser Richtung scheint notwendig im besonderen angesichts der Tatsache, daß die bisherigen Arbeiten zur Berufsverbundenheit sich weitgehend auf getrennte Analysen der einzelnen Dimensionen beschränkten. Im vorliegenden Bericht ist dieser Exkurs, obwohl er sich nicht auf das psychosoziale Befinden selbst bezieht, auch deshalb von Interesse, weil sich daraus Hinweise auf berufliche Entscheidungskonflikte ergeben, die ihrerseits direkt mit dem gesundheitlichen Befinden der Frauen korrelieren.

4.2.2.1. Dimensionen der Berufsverbundenheit

Abgesehen von der Dimension der Zufriedenheit mit der Berufsarbeit, mit der wir uns bereits im vorhergegangenen Abschnitt befaßt haben, können vor allem drei Aspekte als relevante Dimensionen der Berufsverbundenheit im umfassenden Sinne angesehen werden.

(a) Die Motivation für die Berufstätigkeit. Motive, nicht im Sinne von "Ursachen" für die Erwerbstätigkeit, sondern im Sinne von Indikatoren des Bedeutungsgehaltes der Berufstätigkeit in der Lebensgestaltung der Frau, stellen die erste wichtige Dimension der Berufsverbundenheit dar. Vermeidet man die angedeutete simplifizierende Interpretation der Motive als "Ursachen" für Verhalten (vgl. zur Kritik dieser Auffassung KELLY, 1965) - in unserem Falle, für die Entscheidung berufstätig zu bleiben oder nicht - und berücksichtigt man die Vielschichtigkeit der Motivation, so erscheint es durchaus plausibel, daß die Motivation für die

Berufstätigkeit viel eher als das bloße Faktum der Berufstätigkeit an sich bedeutsam sein kann für mögliche Effekte der Berufstätigkeit auf die Situation der Frau in anderen Lebensbereichen (THOMPSON & FINLAYSON, 1963; HOFFMAN, 1963). An der Tatsache, daß sich die Motive für die Berufstätigkeit selbst im Laufe des Lebens vielfach ändern können, zeigt sich auch sehr deutlich die lebensgeschichtliche Determination und Veränderbarkeit der Berufsverbundenheit überhaupt. (vgl. auch PFEIL, 1961; LEHR, 1969; FOGARTY et al., 1971). In Bezug auf die inhaltlichen Motive beschränken wir uns imfolgenden auf die Unterscheidung zwischen finanziellen und nichtfinanziellen Motiven. Für die Frage nach den Effekten der Berufsmotivation auf das gesundheitliche Befinden scheint es eher notwendig, die Pluralität der Motive selbst zu berücksichtigen als innerhalb der nichtfinanziellen Motive - Interesse an der Arbeit, Wunsch nach Abwechslung gegenüber dem Haushalt usw. - zu differenzieren. Unter der "Pluralität" von Motiven verstehen wir das Faktum, ob eine Frau ausschließlich ein Motiv oder aber mehrere (hier vor allem von Interesse: finanzielle und nichtfinanzielle) angibt.

(b) Die Einstellung der Frauen zur Berufstätigkeit von verheirateten Frauen bzw. Müttern. Diese Dimension der Berufsverbundenheit ergibt sich aus der spezifischen Situation der verheirateten Frau, die - zumindest theoretisch - sich grundsätzlich für oder gegen eine außerhäusliche Berufstätigkeit entscheiden kann. Trotz - oder gerade wegen - dieser Wahlmöglichkeit liegt hier eine der Hauptursachen für Konflikte und Unsicherheiten der Frau, da in dieser Hinsicht gesellschaftliche Leitbilder und faktisches Verhalten weit auseinanderklaffen (CHOMBART DE LAUWE, 1964; KÖNIG, 1968). Wir haben selbst bereits Ergebnisse einer sozialpsychiatrischen Studie zitiert, denen zufolge in diesem Widerspruch zwischen

traditionellen Leitbildern und ihnen nicht mehr entsprechenden Verhaltensweisen eines der Hauptprobleme der berufstätigen Frau liegt (STROTZKA, 1969). In Bezug auf diese Einstellungen müssen vor allem zwei Aspekte unterschieden werden: die Einstellung zur Berufstätigkeit der verheirateten Frau ohne Kinder und zu der einer Mutter von einem oder mehreren Kindern.

(c) Eine dritte Dimension der Berufsverbundenheit stellen schließlich die Pläne für die langfristige Beibehaltung der Berufstätigkeit dar. Denn in diesen Plänen kommt die Stellungnahme der Frau zu ihrer Berufstätigkeit und die relative Bedeutung, die sie ihr gegenüber anderen Lebensbereichen zuschreiben, am deutlichsten zum Ausdruck. In der vorliegenden Erhebung wurden vier Aspekte dieser Dimension erfaßt: die Absicht, die derzeitige Firma in nächster Zukunft zu verlassen (der Großteil dieser Frauen will auch die Berufstätigkeit vorübergehend oder für immer aufgeben); den Wunsch bzw. die Erwartung, längerfristig ("in etwa 10 Jahren") berufstätig zu bleiben und die Bereitschaft, die Berufstätigkeit nach einer eventuellen Unterbrechung "im Alter von etwa 40 Jahren" wiederaufzunehmen.

Ohne detailliertes Material zu präsentieren, können die wichtigsten Einzelergebnisse in Bezug auf diese Dimensionen folgendermaßen zusammengefaßt werden (vgl. auch den Fragebogenauszug im Anhang). Die große Mehrheit - mindestens etwa drei Viertel aller Frauen - erwähnt an 1. oder 2. Stelle finanzielle Notwendigkeit als Motiv für die Berufstätigkeit, wobei charakteristischerweise kaum ein Unterschied nach der beruflichen Stellung der Frauen besteht. Ein solcher zeigt sich jedoch in der Nennung zusätzlicher Motive: geben nur knapp die Hälfte der Arbeiterinnen solche an, so sind es über drei Viertel bei den Ange-

stellten, wobei anteilmäßig das Motiv "Abwechslung gegenüber zuhause" an zweiter und das Motiv "Interesse an der Arbeit" an letzter Stelle steht. Es ist also nicht so, daß die Berufsmotivation mit steigender Qualifikation sich von einer eher finanziellen zu einer eher "intrinsischen" verschiebt, vielmehr hat die Erwerbstätigkeit in allen der von uns befragten Gruppen von Frauen einen zentral ökonomischen Charakter. Der Unterschied zwischen Arbeiterinnen und Angestellten besteht vielmehr darin, daß bei den letzteren die nichtfinanziellen Motive die Berufstätigkeit zusätzlich stärker prägen als es bei den Arbeiterinnen der Fall ist.

Im Hinblick auf die Einstellung zur Berufstätigkeit der verheirateten Frau bzw. Mutter ergibt sich dagegen ein nach Berufsgruppen weitgehend invariantes Bild. Die große Mehrheit - mindestens drei Viertel - aller Frauen bejaht die Berufstätigkeit der verheirateten Frau, während eine ebenso große Mehrheit die Berufstätigkeit von Müttern ablehnt. Bedenkt man, daß dieser Anteil auch unter den befragten Frauen, die bereits selbst Mütter sind, nicht kleiner ist und daß auch bei ihnen nur eine Minderheit von ca. 10 % die Berufstätigkeit von Müttern voll bejaht ("Eine Mutter sollte Beruf und Familie als gleichrangig betrachten"), so scheinen die Vermutungen berechtigt, daß hier möglicherweise eine der Hauptursachen für Konflikte berufstätiger Frauen liegt. Die enorme Diskrepanz zwischen sozialer Norm und tatsächlichem Verhalten, wie sie in diesen Zahlen zum Ausdruck kommt, wird allerdings zumindest teilweise relativiert durch die Tatsache, daß die Mehrheit der jungen Arbeiterinnen und Angestellten ihre Arbeit als eine "Berufstätigkeit auf Zeit" auffassen. Nur etwa ein Fünftel der Arbeiterinnen wünscht sich oder erwartet, die Berufstätigkeit auch in zehn Jahren noch beizubehalten. Bei Angestellten sind es zwar knapp die Hälfte, die sich eine Beibehaltung der Berufstätigkeit erwarten, jedoch

auch nur ein Drittel, die es sich wünschen. Nur bei Angestellten mit Kindern steigt die Erwartung langfristiger Berufstätigkeit auf zwei Drittel aller Frauen. Während die offenkundige Diskrepanz zwischen Norm und Wirklichkeit bei der Mehrheit der Frauen also vermutlich dadurch "versöhnt" wird, daß man hofft, die Berufstätigkeit bald aufgeben zu können, bleibt für viele Frauen auch diese 'Rechtfertigung' verschlossen. Zu erwähnen ist schließlich, daß sehr viel mehr Frauen, nämlich etwa zwei Drittel, einer späteren Wiederaufnahme der Berufstätigkeit positiv gegenüberstehen, wenngleich es sich auch nur ein Viertel bereits fest vorgenommen hat.

Die Zusammenhänge zwischen diesen Dimensionen und damit die "Struktur" der Berufsverbundenheit soll nun mit Hilfe einer Faktorenanalyse etwas genauer herausgearbeitet werden. Da zum Konzept der Berufsverbundenheit im vollen Sinne auch die Arbeitszufriedenheit wie die Zufriedenheit mit und Einstellungen zu Haushalt, Ehe und Familie gehören, werden auch einige darauf bezogenen Variablen in die Analyse einbezogen. Infolge des lediglich ordinalen Niveaus der Daten führen wir die Faktorenanalyse wie in Abschnitt 3.3.2. aufgrund des Assoziationskoeffizienten GAMMA durch. Es muß daher auch hier mit Nachdruck betont werden, daß die Ergebnisse rein explorativ-hypothetischen Charakter haben. Aus Raumgründen müssen wir auch auf die Wiedergabe der umfangreichen Korrelationsmatrix verzichten.¹⁾ Die ausgewählten

1) Bezüglich der Verwendung des ordinalen Assoziationskoeffizienten GAMMA als Grundlage für die Faktorenanalyse verweisen wir auf die Ausführungen unter 3.3.2. War eine Rechtfertigung für ihre Anwendung dort u.a. auch dadurch gegeben, daß wir dieselben Variablen durch ein zusätzliches Verfahren (das RASCH-Modell) untersuchten, so können wir in diesem Zusammenhang geltend machen, daß wir inhaltlich über das zu untersuchende Konzept der Berufsverbundenheit ein relativ gutes Vorverständnis besitzen. Im Sinne eines kürzlich erschienenen Beitrages von MARRADI (1978) liegt unsere Vorgangsweise daher in der Mitte des Kontinuums zwischen einer rein explorativen und einer rein konfirmativen Anwendung der Faktorenanalyse und damit in jenem Bereich, in dem sie wahrscheinlich am ergiebigsten ist.

Tabelle 35: Faktorenanalyse der Berufsverbundenheit: Arbeiterinnen
(Factor pattern matrix)

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5	FACTOR 6	FACTOR 7	FACTOR 8	FACTOR 9	FACTOR 10
KURSE ¹	-.33231	-.91449	<u>.79698</u>	-.09025	-.00891	-.19082	-.04537	.01425	-.11831	-.00656
ARE-INT	<u>.71132</u>	.01264	-.08611	-.07526	.04918	.05148	.05933	-.01001	-.11023	.09035
W-BEIB	.35483	-.05059	.03373	<u>.33877</u>	-.24078	.25665	-.31527	.12143	.08085	-.27955
E-BEIB	-.00752	.07601	.22928	-.11914	-.27072	.10756	-.46328	.13495	-.12453	<u>-.48384</u>
BT-ALTER	-.035653	-.04976	-.06453	-.13141	-.03898	-.13622	-.11225	<u>.35260</u>	<u>.68212</u>	.17498
B-ERFOLG	<u>.32374</u>	<u>.55724</u>	.28390	.07444	-.09689	.09682	.23850	-.08066	<u>.03519</u>	.14174
EINST.F	-.09871	-.02136	-.04998	.18051	.24638	-.23145	<u>.51386</u>	.12728	<u>.41864</u>	-.20188
EINST.MU	.05147	.15406	.00083	-.10970	<u>.05886</u>	.06971	<u>.05421</u>	.28198	-.08248	-.06423
ARB.O.FI	.17277	-.06098	.05547	-.03643	-.17567	.13934	.02656	.17108	-.06979	<u>.35855</u>
AUSSCHEI	-.02729	.14832	.11099	<u>.00853</u>	-.03452	-.00776	.17090	-.14044	-.10112	.20647
AUFSTIEG	-.13223	.13676	<u>.82439</u>	.10452	.13564	.11462	-.07625	.05292	.00682	-.03434
EINST.GA	.08913	.00428	.01010	.12750	.00983	.12601	-.06690	<u>.79570</u>	.02336	-.08021
GEF.ARB	<u>.84512</u>	-.01559	-.02331	.15142	-.01882	-.05898	.01517	-.08560	.10789	.00900
BEZ-KOLL	<u>.04615</u>	.18234	-.22348	<u>.34727</u>	-.06544	-.05931	-.16527	<u>-.39934</u>	.01052	-.02868
ARB-BEFR	-.79548	-.13805	-.04124	-.00947	.03333	.16055	-.02439	-.04889	.06290	-.16315
VGL.HP.B	-.02981	-.04303	.00068	-.20479	.06139	<u>-.62361</u>	.07108	-.03751	-.22682	-.08314
W.TO.ARB	.06992	.18611	-.09634	-.20423	-.03474	<u>.13452</u>	.01214	-.27429	<u>.57690</u>	-.05527
ENTSCH.B	-.00103	.00230	-.06503	-.03508	-.20887	.13890	<u>.80794</u>	-.03180	-.15048	-.05630
FEHLEN	.02446	-.02007	.01713	-.03097	-.02817	.02316	.06944	.00629	-.19661	-.08983
HH-BEFR.	-.00510	<u>.52339</u>	.27966	-.03010	-.10977	.30024	.03897	-.07336	.16576	-.04749
H-ERFOLG	-.09634	.91386	.14498	.01318	.09534	.11826	.03243	-.06052	.03417	.00157
G-ERFOLG	-.04374	.84575	.04097	.00657	-.05137	-.00724	.00833	-.06483	.16148	-.10144
HH-ABW.	.14331	.61785	-.26230	-.15658	.03636	-.13855	-.15634	.12163	-.12882	.04038
EROT.ERF	.18464	-.00193	.20462	.07238	-.15242	<u>-.64777</u>	-.15634	-.11679	.17219	-.08635
KIRCHE	.02962	.09524	-.06722	-.15978	<u>.32247</u>	<u>.15236</u>	-.02646	.05315	.08422	<u>.74685</u>
EHEZUFR.	.16155	-.29031	.11825	-.28657	<u>.01636</u>	<u>.44911</u>	.15020	-.01369	-.03720	-.15819
KI.ZEIT	-.03814	-.08416	.16909	-.03432	<u>.74799</u>	<u>.10171</u>	-.23951	<u>-.33990</u>	.08619	.08304
GEW.KI	-.00662	.06122	-.01672	-.11451	-.18680	.01752	-.13128	.08162	.02573	<u>-.78004</u>

¹Für die genaue Bezeichnung der Variablen vgl. Tab. 34a, S. 322

Tabelle 26: Faktorenanalyse der Berufsverbundenheit: Angestellte
(Factor pattern matrix)

KURSE	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5	FACTOR 6	FACTOR 7	FACTOR 8	FACTOR 9	FACTOR 10	FACTOR 11
ARB. INT	-.02918	.06569	.80795	.12484	-.01255	-.06780	.02186	-.02844	-.15488	.06821	.05557
W.BEIB	.84574	-.01954	-.03002	-.03405	-.35589	.12193	-.11745	.10701	.04043	.08907	-.02869
E.BEIB	.31480	-.21867	.22678	.68791	.34914	.16740	.03426	.08806	.26349	.10413	-.17649
B. ALTER	-.31522	.04179	-.14489	-.07746	-.53080	.28945	-.03242	.26952	.14727	.28317	.34666
B. ERFOLG	-.23208	.03567	-.59962	.17559	-.10863	.34732	-.11720	-.14825	-.18402	.01609	.03383
EINST. F	.07885	-.02966	.36162	.00674	.14822	-.06320	.03382	-.01067	.02442	.03387	.03387
EINST. MU	-.18526	-.02073	-.04181	.89564	.22539	.07610	.10552	.03101	.07214	.03912	.03912
ARB. O. FI	-.13129	.26534	-.13439	.07042	.33812	-.20672	.06313	.02988	.02209	-.25844	.05740
AUSSCHEI	.23194	-.32520	.29789	.07860	-.18990	-.19495	-.13093	-.11367	-.55771	.01211	-.05997
AUFSTIEG	-.28596	.03054	.11714	-.05264	.79419	-.07948	-.06251	-.01747	.04018	.06935	-.04219
EINST. GA	-.13365	-.02043	.05887	-.04002	-.05531	.26151	-.0193	.00438	-.04585	.01386	.08197
GEF. ARB	.82869	.00847	-.08025	-.09377	-.94811	-.18769	.03899	-.03685	.05754	-.09000	.02108
BEZ. KOLL	.59177	.03254	-.01966	-.00623	-.14874	-.05456	-.09039	-.01204	-.04646	.15711	-.02259
ARB. BEFR	-.87915	-.06413	-.07666	-.03296	.22489	.01247	.21478	-.09980	-.04074	.19310	.12474
VGL. NH. B	-.06481	-.16001	-.07766	.17991	.14950	-.01265	-.04604	.05047	.17954	.34913	.11764
W. TO. ARB	.06623	-.21515	-.12666	.14096	-.07960	.04108	.68655	.08259	.03922	.16423	-.03576
ENTSCH. B	-.03459	-.21588	-.00751	-.47796	.08684	.67226	.09417	.23005	.11779	.12831	.22871
FEHLEN	.14577	-.05362	.10059	-.03028	.16445	.22292	.07443	.10904	-.02774	-.28369	.05569
HH. BEFR.	-.07335	-.87386	-.03413	-.09739	-.20662	-.03564	-.09446	.07059	-.89285	-.03190	-.05345
H. ERFOLG	-.07564	.01516	-.12654	.13470	-.00826	.04427	.14431	.10326	-.17702	.06683	.03599
G. ERFOLG	-.04889	.39703	-.08811	-.12335	-.13145	.01772	.20649	.32003	-.38394	.07046	.06942
HH. ARB.	.05423	.83105	.13625	.02945	.05090	.02935	-.09581	-.52085	-.27283	.13139	.06295
EROT. ERF	.02626	.05986	.16616	-.10212	-.01565	-.03533	.71126	-.18960	.20830	-.01919	.01849
KIRCHE	-.00762	.05361	.09170	-.03494	-.14626	.13413	-.22720	-.02446	.07435	-.14184	-.07987
EHE7UF. R.	-.03615	.02580	-.03353	-.02411	-.03248	-.00477	-.01278	-.06262	-.05176	.13757	.38464
KI. ZEIT	-.05772	.21405	-.15896	.09083	-.05034	-.71861	.06582	.13927	-.09310	.01161	-.02078
GEW. KI	-.31238	.14727	-.07995	.00407	-.13142	.21551	-.11553	-.03891	.00320	-.02009	.23164
									-.15710	.14186	-.65997

Variablen sind in der nebenstehenden Übersicht zusammengestellt. Die für Arbeiterinnen und Angestellte (einschließlich der Verkäuferinnen) getrennt durchgeführte Faktorenanalyse (wie in Abschnitt 3.3.2. nach der Hauptkomponentenschätzung und schiefwinkliger Rotation unter Berücksichtigung aller Faktoren mit Eigenwert > 1) 10 und bei Angestellten 11 Faktoren (vgl. Tabelle 35 und 36). Von diesen Faktoren betrafen 7 bei Arbeiterinnen und Angestellten die gleiche oder eine zumindest ähnliche Dimension, während sich die restlichen drei bzw. vier Faktoren nur bei Arbeiterinnen bzw. Angestellten allein ergaben. Vier der gemeinsamen Faktoren beziehen sich auf die Einstellung zu Arbeit und Beruf, drei auf die Haushalts- und Familienorientierung. Die vier berufsbezogenen Faktoren sind die folgenden:

- (1) Der erste Faktor setzt sich in beiden Gruppen vor allem aus den Variablen der Arbeitszufriedenheit, des Interesses an der Arbeit und der Befriedigung mit der Tätigkeit ("Gefällt Ihnen die Arbeit") zusammen. Außerdem enthält er den Wunsch nach Beibehaltung der Berufstätigkeit und bei Arbeiterinnen die Variablen des Berufserfolges sowie die Absicht, die Firma demnächst zu verlassen.
- (2) Der zweite berufsbezogene, Arbeiterinnen und Angestellten gemeinsame Faktor betrifft das Aspirationsniveau. Er setzt sich in beiden Gruppen aus dem Wunsch nach einem beruflichen Aufstieg und dem Wunsch bzw. der Bereitschaft zum Besuch weiterbildender Kurse zusammen (Faktor 3). Bei Angestellten beinhaltet dieser

Faktor eine weitere Variable, nämlich die Bereitschaft zur Wiederaufnahme der Berufstätigkeit nach einer eventuellen Unterbrechung.¹⁾

- (3) Der dritte gemeinsame berufsbezogene Faktor ist die (finanzielle oder nichtfinanzielle) Motivation für die Berufstätigkeit (Faktor 4 bei Arbeiterinnen und Faktor 9 bei Angestellten). Bemerkenswert ist, daß hier vor allem die offene Frage "Was würde Ihnen fehlen, wenn Sie nicht berufstätig wären" relevant ist und erst in zweiter Linie die üblicherweise gestellte Frage "Würden Sie auch arbeiten, wenn Sie finanziell nicht dazu gezwungen wären".²⁾ Bei Arbeiterinnen enthält dieser Faktor auch den Wunsch nach Beibehaltung der Berufstätigkeit und die Beurteilung der Beziehungen zu den Kolleginnen.

1) Diese Variable ist - trotz des negativen Vorzeichens in Tabelle 36 - positiv mit Kursbesuch und Aufstiegswunsch korreliert. Das negative Vorzeichen ergibt sich daraus, daß die Variable "Bereitschaft zur Wiederaufnahme der Berufstätigkeit" umgekehrt skaliert ist wie die Aspirationsvariablen (1 bedeutet hier eine negative, 4 eine positive Stellungnahme; vgl. den Fragebogenauszug im Anhang). Dies gilt auch für einige andere Zusammenhänge in den Tabellen 35 und 36.

2) Nach einer Kritik von POLOMA und GARLAND (1969) and ORDEN & BRADBURN's Arbeit über die Ehezufriedenheit berufstätiger Frauen entspricht die letztere Frage dem Typ einer "Befürworten Sie das Böse"-Frage, d.h. in einer Kultur wie der westlichen Industriegesellschaft beantworte sie fast jedermann mit Ja.

- (4) Der vierte berufsbezogene, Arbeiterinnen und Angestellte gemeinsame Faktor wird dominiert - vor allem bei den Angestellten - von der Einstellung des Ehegatten zur Berufstätigkeit ihrer Frauen nach der Perzeption der befragten Frauen (Faktor 8 bzw. 5). Bei Angestellten enthält dieser Faktor auch drei Variablen der beruflichen Zukunftspläne (Absicht Firma zu verlassen, Wunsch und Erwartung Berufstätigkeit beizubehalten), bei den Arbeiterinnen die Bereitschaft zur Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit, die Beurteilung der Beziehungen zu den Kolleginnen und die Frage, wieviel Zeit eine Mutter täglich ihren Kindern widmen sollte.

In Bezug auf die Haushalts- und Familienorientierung gibt es drei Faktoren, die Arbeiterinnen und Angestellten gemeinsam sind.

- (5) Ein Faktor der Haushaltsorientierung, der Zufriedenheit und Interesse an der Hausarbeit und Erfolg im Haushalt beinhaltet (Faktor 2). Bei Arbeiterinnen ist hier auch die Variable des Erfolges als Gattin enthalten, bei den Angestellten die Bereitschaft, auch ohne finanziellen Zwang zu arbeiten.
- (6) Ein weiterer Faktor beinhaltet den Unterschied zwischen der Berufs- und Haushaltsarbeit und die Bedeutung der erotisch-sexuellen Erfüllung, bei Arbeiterinnen in schwächerem Ausmaße auch die Ehezufriedenheit (Faktor 6 bzw. 7).
- (7) Der Faktor der Berufs- und Familienorientierung, der Arbeiterinnen und Angestellten gemeinsam ist, beinhaltet die gewünschte Kinderzahl, die Häufigkeit des Kirchenbesuchs und die Erwartung langfristig berufstätig zu bleiben (Faktor 10 bzw. 11). Bei den Arbeiterinnen beinhaltet dieser Faktor auch die Bereitschaft zur Berufstätigkeit ohne finanziellen Zwang.

Die folgenden Faktoren treten nur bei Arbeiterinnen bzw. nur bei Angestellten auf. Bei den Arbeiterinnen sind dies drei:

- (8a) Der erste Faktor enthält vor allem die Frage, ob der Frau die Entscheidung berufstätig zu bleiben oder nicht, schwer fällt (Faktor 7). Auch die Einstellung zur Berufstätigkeit einer verheirateten Frau, der Wunsch nach Beibehaltung der Berufstätigkeit und die Bereitschaft zur Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit im Alter spielt hier eine gewisse Rolle.
- (9a) Ein weiterer Faktor enthält die Einstellung zur Berufstätigkeit einer Mutter von einem oder mehreren Kindern, die Zeit, die eine Mutter täglich für ihr Kind aufwenden sollte und die Häufigkeit des Kirchenbesuchs (Faktor 5).
- (10a) Der dritte Faktor enthält drei Variablen: die Bereitschaft zur Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit, die Frage, wann die Tochter der befragten Frau berufstätig sein sollte (nur vor der Ehe oder auch als verheiratete Frau bzw. Mutter) und schließlich die Einstellung zur Berufstätigkeit verheirateter Frauen (Faktor 9).

Bei Angestellten gibt es vier weitere Faktoren, von denen zwei die Berufsverbundenheit im engeren Sinne und zwei die Familienorientierung betreffen.

- (8b) Die Einstellung zur Berufstätigkeit von verheirateten Frauen (Faktor 4). Außerdem enthält dieser Faktor die Variablen des Wunsches nach langfristiger Berufstätigkeit und die Frage nach der Entscheidung über die Beibehaltung der Berufstätigkeit.

- (9b) Die Selbsteinschätzung des eigenen beruflichen Erfolges (Faktor 10). Auch die Arbeitszufriedenheit spielt hier eine gewisse Rolle.
- (10b) Die Frage nach der Zeit, die eine Mutter täglich für ihr Kind aufwenden sollte. Auch die Haltung der Frau gegenüber der Frage, wann die eigene Tochter später einmal arbeiten sollte und die Bereitschaft zur Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit sind hier enthalten (Faktor 6).
- (11) Die Ehezufriedenheit und - in deutlich schwächerem Ausmaße - die Einschätzung des Erfolges als Gattin bzw. Mutter sowie der Erfolg im Haushalt (Faktor 8).

Die Ergebnisse dieser Faktorenanalyse können wir in zweierlei Hinsicht interpretieren:

- (1) im Hinblick auf die Frage nach dem Verhältnis zwischen den empirischen Resultaten und den theoretisch postulierten Dimensionen der Berufsverbundenheit und
- (2) im Hinblick auf die unterschiedlichen Ergebnisse bei den Arbeiterinnen und bei den Angestellten.

Schon in Bezug auf die erste Fragestellung hat die Analyse wichtige Ergebnisse erbracht. Von den postulierten vier Dimensionen der Berufsverbundenheit (Arbeitszufriedenheit, Motivation, Einstellungen und berufliche Zukunftspläne) konnten durch die Analyse nur zwei, nämlich die Arbeitszufriedenheit und die Berufsmotivation, in beiden Gruppen in der erwarteten Weise identifiziert werden, während die beiden übrigen Dimensionen selbst wieder als sehr komplex erschienen.

So scheint in Bezug auf die Einstellungen zur Berufstätigkeit ein sehr wesentlicher Unterschied zwischen der Einstellung zur Berufstätigkeit einer verheirateten Frau und jener einer Mutter von einem oder mehreren Kindern zu bestehen.

Die Einstellung zur Berufstätigkeit einer verheirateten Frau bildet nur bei Angestellten die zentrale Komponente eines Faktors, der gleichzeitig zum Teil auch den Wunsch nach Beibehaltung der Berufstätigkeit erklärt. Bei beiden Gruppen tritt diese Variable auch zusammen mit der Frage auf, ob die Entscheidung für die Beibehaltung der Berufstätigkeit schwerfällt. Es ist daher naheliegend, diese Variable als einen Indikator der "emanzipatorischen Berufsorientierung" zu interpretieren. Anders dagegen die Einstellung zur Berufstätigkeit von Müttern: diese Variable wird nur bei Arbeiterinnen vorrangig durch einen einzigen Faktor erklärt und zwar durch einen Faktor, der auch noch die Frage nach der notwendigen Zeit für die Kinderbetreuung und die religiöse Praxis enthält. Diese Variable scheint daher eher die "Familien- bzw. Kinderorientierung" zu messen. Dafür spricht auch die Tatsache, daß bei den Angestellten an Stelle dieses Faktors ein anderer, jedoch sehr ähnlicher auftritt (Faktor 6), bei dem an erster Stelle die Frage nach der notwendigen täglichen Zeit zur Kinderbetreuung steht. Als eine weitere eminent wichtige Einstellungsvariable hat sich die Einstellung des Ehegatten zur Berufstätigkeit seiner Frau herausgestellt. Diese Variable wird durch einen Faktor determiniert, der außerdem auch - insbesondere bei Angestellten - mehrere Aspekte der beruflichen Zukunftspläne bestimmt. Wenn diese Variable auch nicht die Berufsverbundenheit der Frau selbst betrifft, so ist sie offenkundig doch als eine entscheidende Komponente ihrer persönlichen Situation anzusehen. Dieser Befund könnte dahingehend verallgemeinert werden, daß eine Theorie der Berufsverbundenheit in der "horizontalen" Dimension nicht nur die Situation eines Menschen in den verschiedenen Lebensbereichen, sondern auch die Einstellungen wichtiger Bezugspersonen berücksichtigen müßte.

Eine starke Differenzierung ergab sich auch im Hinblick auf die beruflichen Zukunftspläne. Hier muß man wohl

folgern, daß alle vier erfaßten Indikatoren (Ausscheiden aus dem Betrieb; Wunsch und Erwartung, die Berufstätigkeit beizubehalten; Bereitschaft zur Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit) auf einer anderen Ebene liegen. Die Absicht, die Firma zu verlassen, wurde bei Arbeiterinnen durch den Faktor der Arbeitszufriedenheit (Faktor 1) teilweise erklärt, bei Angestellten vor allem durch den Faktor der Einstellung des Ehegatten zur Berufstätigkeit der Frau (Faktor 5). Diese Variable scheint also am wenigsten von den genannten Variablen als direkter Indikator der Berufsverbundenheit gelten zu können. Dies ist auch relativ leicht verständlich, da das Ausscheiden aus der Firma bzw. der Berufstätigkeit noch wenig über die längerfristigen beruflichen Pläne besagt. Als deutlichsten Indikator für persönliche Bindung der Frauen an den Beruf kann man wohl den Wunsch, berufstätig zu bleiben, interpretieren. Er wird bei Arbeiterinnen und Angestellten auch durch den Faktor der Arbeitszufriedenheit erklärt, außerdem bei Arbeiterinnen durch die Berufsmotivation und den beruflichen Entscheidungskonflikt, und bei Angestellten durch die Faktoren 4 (Einstellung zur Berufstätigkeit der Frau) und 5 (Einstellung des Gatten). Die Erwartung, die Berufstätigkeit beizubehalten und die Bereitschaft zur Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit dagegen stehen offensichtlich enger in Zusammenhang mit der Familienorientierung und -situation der Frau (Kinderwunsch, Einstellung des Ehegatten). Von allen Variablen der beruflichen Zukunftspläne ist die Bereitschaft zur Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit bei Arbeiterinnen die einzige Variable, die als wichtigste Komponente eines Faktors (Faktor 9) gelten kann. Nur hier scheint es sich also um eine relativ eigenständige Dimension der Berufsorientierung zu handeln.

Einen zusätzlichen Einblick in die Struktur der Berufsverbundenheit ermöglichen die Korrelationen zwischen den einzelnen Faktoren (Tabelle 37). Von den Faktoren der

Tabelle 34 a: Faktorenanalyse Berufsverbundenheit-
Familienorientierung: Liste der Variablen

Nr.	Kurzbe- zeichnung	Bezeichnung	Fragebogen- Nr.
V1	Kurse	Weiterbildung durch Kurse gewünscht	Fr. 29
V2	Arb.Int.	Ist die Berufsarbeit interessant	Fr. 49
V3	W.Beib.	Wunsch Berufstätigkeit beizubehalten	Fr. 53
V4	E.Beib.	Erwartung Berufstätigkeit beizubeh.	Fr. 53
V5	Bt.Alter	Bereitschaft zur Wiederaufnahme Beruf	Fr. 55
V6	B.Erfolg	Selbsteinschätzung Berufserfolg	Fr. 57
V7	Einst. F	Einstellung Berufstätigkeit Frau	Fr.133
V8	Einst. Mu	Einstellung Berufstätigkeit Mutter	Fr.133
V9	Arb.o.Fi	Bereitschaft zu Arbeit ohne Fin.Zwang	Fr. 35
V10	Ausschei	Absicht aus Betrieb auszuschneiden	Fr. 31
V11	Aufstieg	Beruflicher Aufstieg gewünscht	Fr.115
V12	Einst.Ga	Einstellung des Gatten zur Berufst.	Fr. 36
V13	Gef.Arb.	Gefällt Ihnen die Berufsarbeit	Fr. 7
V14	Bez.Koll.	Beziehungen zu den Kolleginnen	Fr. 10
V15	Arb.befr.	Ist Berufsarbeit befriedigend	Fr. 21
V16	Vgl.HH.B	Vergleich Berufs- Haushaltsarbeit	Fr.161
V17	W.To.arb.	Wann soll Tochter arbeiten	Fr.164
V18	Entsch.B	Entscheidung Berufstätigkeit schwer	Fr.113
V19	Fehlen	Fehlen, wenn nicht berufstätig	Fr. 37
V20	HH.Befr.	Haushaltsarbeit befriedigend	Fr. 56
V21	H.Erfolg	Selbsteinschätzung Erfolg Haushalt	Fr. 57
V22	G.Erfolg	Selbsteinschätzung Erfolg Gattin-Mutter	Fr.57
V23	HH.Abw.	Ist Hausarbeit abwechslungsreich	Fr. 58
V24	Erot.Erf.	Bedeutung der erotisch-sex.Erfüllung	Fr.124
V25	Kirche	Häufigkeit des Kirchenbesuchs	Fr.160
V26	Ehezufr.	Zufriedenheit mit Ehe	Fr.130
V27	Ki.Zeit	Einstellung notw.Zeit für Kind	Fr.134
V28	Gew.Ki	Gewünschte Kinder insgesamt	Fr.138

Tabelle 37: Korrelationen zwischen den Faktoren der Berufsverbundenheit und Haushalts- bzw. Familienorientierung (rechte obere Dreiecksmatrix: Arbeiterinnen; linke untere Dreiecksmatrix: Angestellte)

Faktor	Kurzbezeichnung	Faktor											
		Arbeit.	Angest.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Arbeitszufriedenh.		10	-.09	.18	-.22	.07	-.11	.06	.01	.01	.01	.01
2	Haushaltsorientierung	-.08		-.08	.05	.001	-.16	-.02	-.14	-.02	-.14	.03	.14
3	Aspirationsniveau	.07	-.15		.01	-.01	.07	-.04	-.03	-.04	-.05	-.05	-.13
4	Berufsmotivation Berufstätigkeit Frau	-.07	.02	-.09		-.14	-.002	-.06	-.02	-.01	-.01	-.01	.06
5	Berufstätigkeit Mutter Einstellung Gatte	-.16	.09	-.08	-.07		-.11	.04	-.02	.02	.02	.02	.01
6	Sexuelle Erfüllung Zeit für Kind	.03	-.02	-.07	.01	-.10		.02	.03	-.02	-.02	.02	.02
7	Entscheidungskonflikt Sexuelle Erfüllung	-.06	.07	-.04	.01	.11	-.06		-.02	.004	.07	.07	.07
8	Einstellung Gatte Ehezufriedenheit	-.04	-.13	-.04	.002	-.01	.09	-.06		-.01	-.07	-.07	-.07
9	Wiederaufnahme Beruf Berufsmotiv	-.19	.09	-.10	.04	.11	-.06	.05	.03		-.02	-.02	-.02
10	Gewünschte Kinder Berufserfolg	.16	-.004	.11	.10	-.15	.05	.02	-.05	-.18			
11	--- Kirchenbesuch	-.12	.19	-.04	-.01	.25	-.06	.06	-.04	.09	-.06		

Berufsverbundenheit im engeren Sinne sind zwei bzw. drei in einem nennenswerten Grad (.16 oder mehr) miteinander korreliert, nämlich Arbeitszufriedenheit und Berufsmotivation bei Arbeiterinnen, Arbeitszufriedenheit, Berufsmotivation und Berufserfolg bei Angestellten. Bemerkenswert ist, daß die Arbeitszufriedenheit in beiden Gruppen mit einem Einstellungsfaktor korreliert ist: bei Arbeiterinnen mit der Einstellung zur Berufstätigkeit von Müttern, bei Angestellten mit jener des Ehegatten. Wichtig sind schließlich die unterschiedlichen Ergebnisse bei Arbeiterinnen und Angestellten, auf die wir zum Teil bereits eingegangen sind. Zusammenfassend läßt sich in dieser Hinsicht sagen, daß die Einstellungsstruktur bei den Angestellten sowohl in Bezug auf den Beruf wie auf die Familie gewissermaßen "differenzierter" erscheint. So gibt es bei ihnen zwei berufsbezogene (Einstellung zur Berufstätigkeit der Frau und Berufserfolg) und einen familienbezogenen Faktor (Ehezufriedenheit), die bei Arbeiterinnen nicht existieren. Außerdem ist der Faktor der "Familien- bzw. Kinderorientierung" (Faktor 5 bzw. 6) bei ihnen "konkreter" in dem Sinne, daß die Bedürfnisse des Kindes stärker im Vordergrund stehen als die allgemeinen sozialen Normen über die Erwerbstätigkeit von Müttern. Neben dieser unterschiedlichen "Differenziertheit" der Einstellungsstruktur sind zwei weitere Unterschiede zwischen den Arbeiterinnen und Angestellten hervorzuheben. Zum einen die Tatsache, daß die Einstellung des Ehegatten bei den Angestellten offensichtlich eine größere Relevanz besitzt und zwar nicht nur für die beruflichen Zukunftspläne, sondern auch für die unmittelbare Arbeits- und Familienorientierung der Frauen (vgl. auch die Korrelationen zwischen Faktor 5 und den Faktoren Arbeitszufriedenheit und gewünschte Kinderzahl bei den Angestellten in Tabelle 37). Zum anderen ist die Tatsache relevant, daß es bei den Arbeiterinnen einen Faktor des "beruflichen

Entscheidungskonfliktes" (Faktor 7) gibt, der in dieser Zusammensetzung bei den Angestellten überhaupt nicht auftritt. In den folgenden Abschnitten wird sich zeigen, daß beide Befunde auch für das psychosoziale Befinden der Frauen von Bedeutung sind.

Die Ergebnisse dieses Abschnittes legen auch eine klare Strategie für die Analysen der Zusammenhänge zwischen Berufsverbundenheit und psychosozialem Befinden nahe, die im folgenden durchzuführen ist. Von zwei "primären" Dimensionen der Berufsverbundenheit - der Arbeitszufriedenheit und der Einschätzung des Berufserfolges - haben wir bereits im vorhergehenden Abschnitt aufweisen können, daß sie in einem signifikanten Zusammenhang mit dem allgemeinen Befinden der Frauen stehen. Im folgenden sind daher als erstes die Zusammenhänge des gesundheitlichen Befindens mit der Motivation für die Berufstätigkeit und den Einstellungen zur Erwerbstätigkeit von Frauen bzw. Müttern zu analysieren. Im Anschluß an diese Einstellungskomponenten, die in zeitlicher Hinsicht sinnvollerweise als Voraussetzungen des Befindens bzw. als potentielle Ursachen von Gesundheitsstörungen angesehen werden können, untersuchen wir die Zusammenhänge zwischen dem gesundheitlichen Befinden und den beruflichen Zukunftsplänen der Frauen. Diese beruflichen Zukunftspläne und insbesondere berufliche Entscheidungskonflikte können ihrerseits eher als Folgen der derzeitigen sozialen Lage der Frauen und der damit verbundenen Möglichkeiten und Zwänge gesehen werden. Wir betrachten in diesem Falle das gesundheitliche Befinden daher als einen Teilaspekt der sozialen Lage und damit als eine der sozialen Determinanten von beruflichen Entscheidungskonflikten.

4.2.2.2. Ambivalente Einstellungen und extrinsische Berufsmotivation als Ursachen für Gesundheitsstörungen

Wir haben bereits darauf hingewiesen, daß in ambivalenten Einstellungen zur veränderten Rolle der verheirateten Frau und Mutter, wie sie sich als Folge einer außerhäuslichen Erwerbstätigkeit ergibt, unter Umständen eine wichtige Quelle für psychosoziale Spannungen und Konflikte liegt. Diese These hat vor allem der Sozialpsychiater Hans STROTZKA (1969; 1972) vertreten, der die psychosoziale Situation mehrerer Gruppen berufstätiger und nicht berufstätiger, in psychotherapeutischer Behandlung stehender Frauen in Wien untersucht hat:

"Bei genauerer Betrachtung der Familien mit überbelasteten Frauen, wo eine psychotherapeutische Behandlung bereits notwendig geworden ist, zeigt sich schließlich eine paradoxe Erscheinung. Nicht nur der männliche Ehepartner besteht auf seinem Recht bedient zu werden, nein, auch die Frau selbst leidet unter Schuldgefühlen dafür, daß sie dazu nicht mehr imstande ist. Sie lebt zwar realiter in der ökonomisch erzwungenen neuen Lebensform der gleichberechtigt arbeitenden Partnerin, ihre Wertwelt ist jedoch insofern noch die traditionelle, als daß der Lebensraum, der ihr eigentlich zusteht, 'Küche, Kind und Kirche' sei" (STROTZKA, 1969:554).

Aus diesem Sachverhalt folgert der Autor daher:

"Die Überbelastung der Frau mit gleichzeitigen Berufs- und Familienverpflichtungen liegt nicht sosehr in der realen Situation der Arbeitslast, Verantwortungsbürde und Verpflichtungsforderung, sondern daran, daß diese Frau und ihre Partner (in erster Linie natürlich Gatten, Eltern, Kinder, aber in zweiter Linie die ganze Gesellschaft, Arbeitgeber, Politiker, Bürokraten usw.) in ihren Einstellungen, Verhaltensweisen und Organisationsformen noch nicht die Konsequenzen gezogen haben, die eine funktionierende Anpassung ermöglichen könnten" (STROTZKA, ebenda).

Aufgrund unserer Ergebnisse sind wir nun in der Lage, diesen Befund in einem nicht unwesentlichen Aspekt zu ergänzen. Im vorhergehenden Abschnitt wurde festgestellt, daß die Problematik der Einstellungen zur Frage der Berufstätigkeit verheirateter Frauen bzw. Mütter eine wichtige Komponente der Berufsverbundenheit darstellt. Die Einstellungsproblematik selbst erwies sich jedoch als sehr differenziert: abgesehen davon, daß auch die Einstellung des Ehegatten wichtig ist (dazu weiter unten Näheres), besteht ein deutlicher Unterschied in der Einstellung zur Berufstätigkeit verheirateter Frauen und zur Berufstätigkeit von Müttern. Die erstere Dimension scheint eher mit der Problematik der Berufstätigkeit als Möglichkeit zur Emanzipation der Frau in Zusammenhang zu stehen (wofür auch spricht, daß sie bei Angestellten wichtiger ist), während die zweite Variable eher die Familien- und Kinderorientierung mißt. Es ist also zu vermuten, daß die von STROTZKA angesprochene Konfliktproblematik als Folge ambivalenter Einstellungen sich eher bei der Frage nach der Berufstätigkeit der Frau ohne Kinder zeigen wird als im Hinblick auf die Berufstätigkeit der Mütter, bei der ohnehin eine fast einhellige Ablehnung besteht.¹⁾ Dies zeigt sich tatsächlich in unserem Ergebnissen, zusammen mit einem weiteren wichtigen Faktum: ein signifikanter und konsistenter Zusammenhang zwischen der Einstellung zur Berufstätigkeit der Frau und dem psychosozialen Befinden besteht nur in einer speziellen Subgruppe von Frauen, nämlich bei den Angestellten ohne

1) Hier ist auch daran zu erinnern, daß die Einstellung zur Berufstätigkeit der Frau bei Arbeiterinnen sogar gemeinsam mit der Variable des beruflichen Entscheidungskonfliktes in einem Faktor auftrat.

Kinder. In dieser Gruppe sind psychosoziales Wohlbefinden und allgemeine Zufriedenheit bei jenen Frauen höher, die positiv zur Berufstätigkeit der verheirateten Frau eingestellt sind. (vgl. Tabelle 38).¹⁾ Daß diese Problematik in der Gruppe der (noch) kinderlosen Angestellten am gravierendsten ist, zeigt sich auch daran, daß der Anteil von Frauen, die eine Berufstätigkeit der verheirateten Frau uneingeschränkt bejahen ("eine verheiratete Frau sollte den Beruf als Hauptaufgabe betrachten"), bei ihnen mit nur 5 % deutlich niedriger ist als bei den Angestellten mit Kindern und bei den Arbeiterinnen (bei Arbeiterinnen ohne Kind beträgt dieser Anteil 14 %, bei den Arbeiterinnen mit Kind 23 %). Warum hier eine solche Differenz (die mit der gesamten sozialen Lage der Arbeiterinnen und Angestellten zusammenhängt) besteht, wird auch noch aufgrund von Ergebnissen plausibler werden, die wir weiter unten präsentieren. Es ist jedoch nicht schwer einzusehen, warum sich diese Problematik eher bei den Angestellten als bei den Arbeiterinnen stellt, denn bei diesen wird die Frage einer beruflichen Tätigkeit der verheirateten Frau, solange sie noch kinderlos ist, in weit stärkerem Maße nicht nur akzeptiert, sondern auch durch die ökonomische Situation der Familie erfordert sein. Auf jeden Fall kann dieses Ergebnis als eine nicht unwesentliche Ergänzung des eingangs

1) Schwieriger zu interpretieren ist das Faktum, daß bei Angestellten mit Kindern tendenziell ein umgekehrter Zusammenhang mit dem Wohlbefinden besteht in der Richtung, daß negativ zur Berufstätigkeit der Frau eingestellte Frauen eher seltener ein niedriges Wohlbefinden zeigen. Hier handelt es sich wahrscheinlich um Frauen, deren Ehegatte eine relativ gehobene soziale Position innehat, die erst kurz verheiratet und die viel stärker familien- als berufsorientiert sind (Evidenz dafür weiter unten). Gesundheitliches Befinden und Berufseinstellungen sind also beide als Folgen der sozialen Lage der Familie anzusehen.

Tabelle 38: Psychosoziales Wohlbefinden und allgemeine Zufriedenheit nach der Einstellung zur Berufstätigkeit der verheirateten Frau und Familienstatus bei Angestellten

Einstellung zur Berufstätigkeit der verh. Frau ¹⁾	ohne Kind			mit Kind		
	negativ (69) %	positiv (225) %	sehr pos. (15) %	negativ (27) %	positiv (154) %	sehr pos. (34) %
<u>Allgem. Zufriedenh.</u>						
sehr zufrieden	7	13	(20)	19	8	12
zufrieden	70	29	(67)	70	73	79
weniger Zufrieden	23	8	(13)	11	12	9
zusammen	100	100	(100)	100	100	100
<u>Psychosoz. Wohlbef.</u>						
hoch	30	38	(47)	44	23	44
mittel	26	28	(33)	26	30	12
niedrig	44	34	(20)	30	47	44
zusammen	100	100	(100)	100	100	100
<u>GAMMA (X²)</u>						
Zufriedenheit		ohne Kind		mit Kind		
		-.37 ^x		.03		
Wohlbefinden		.19		-.06 ^x		

- 1) Eine verheiratete Frau ohne Kinder sollte
- nicht berufstätig sein (negativ)
 - Beruf, Haushalt und Familie als gleichrangig ansehen (positiv)
 - Beruf als Hauptaufgabe sehen (sehr positiv).

zitierten sozialpsychiatrischen Befundes angesehen werden und als ein Beispiel für die Fruchtbarkeit und Notwendigkeit einer Zusammenarbeit zwischen Sozialpsychiatrie und Soziologie.¹⁾ Als nächster Indikator der Frauen ist die Motivation für die Berufstätigkeit zu untersuchen. Aus der Perspektive möglicher Effekte auf das gesundheitliche Befinden ist hier vor allem die Frage von Interesse, ob die Motivation für die Berufstätigkeit rein ökonomisch-finanzieller, also "extrinsischer" Art ist oder ob sie auch noch zusätzliche, nichtfinanzielle Motive beinhaltet wie Freude an der Arbeit, Möglichkeit um eine Abwechslung gegenüber dem Haushalt zu haben usw.

Diese Fragestellung ist hier relevant, weil sie einen Hinweis darauf gibt, ob die konkrete berufliche Tätigkeit selbst von den Frauen als etwas Positives bejaht wird oder ob sie als reines Mittel zum Zwecke eines zusätzlichen Einkommens für die Familie gesehen wird. Es ist zu vermuten, daß in einem solchen Falle die Berufstätigkeit als eine ungeliebte Last betrachtet wird, die in Extremfällen sogar zu ernststen Konflikten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen kann.

1) Im übrigen weist schon eine genaue Inspektion der Daten, die den Folgerungen von STROTZKA zugrundelagen, auf den von uns festgestellten Befund hin. STROTZKA untersuchte zwei Stichproben von psychotherapeutisch behandelten Frauen, wobei in der ersten 100 Frauen rein zufällig ausgewählt wurden (die ersten weiblichen Patienten des Jahres 1965), während er bei der zweiten offensichtlich so vorging, daß je etwa gleichviel Arbeiterinnen, Angestellte und Hausfrauen erfaßt wurden. Nun war es jedoch so, daß bei der ersten, echten Zufallsstichprobe die Angestellten bei weitem in der Mehrheit waren (50 Angestellte gegenüber 15 Arbeiterinnen), was unserer Meinung nach deutlich auf das größere Gewicht dieser Problematik bei den Angestellten hinweist (selbst unter Berücksichtigung der Tatsache, daß dieses Ergebnis auch dadurch beeinflußt sein mag, daß Angestellte eher bereit sind, sich bei psychosozialen Problemen in psychotherapeutische Behandlung zu begeben).

Tabelle 39: Das gesundheitliche Befinden nach der Motivation für die Berufstätigkeit und beruflicher Stellung

Berufsmotivation	Arbeiterinnen			Angestellte		
	rein finanz.	finanz. und n. finanz.	nur nicht-finanz.	rein finanz.	finanz. und n. finanz.	nur nicht-finanz.
(N)	(404) %	(223) %	(98) %	(141) %	(312) %	(90) %
<u>Gesundheit.Er-schöpfung</u>						
sehr niedrig	23	27	30	27	27	44
eher niedrig	32	30	38	36	32	33
eher hoch	22	25	23	18	23	15
sehr hoch	23	18	9	19	18	8
zusammen	100	100	100	100	100	100
<u>Psychosoziales Wohlbefinden</u>						
niedrig	40	32	21	41	42	31
mittel	31	29	28	27	27	26
hoch	29	39	51	32	31	43
zusammen	100	100	100	100	100	100
<u>Allgemeine Zufriedenheit</u>						
außerordentl.zufr.	7	9	22	12	9	20
zufrieden	79	82	76	75	78	77
nicht zufrieden	14	9	2	13	13	3
zusammen	100	100	100	100	100	100

GAMMA (χ^2)	Arbeiterinnen	Angestellte
Erschöpfung	.12	14 ^{xx}
Wohlbefinden	.24 ^{xxx}	.09
Zufriedenheit	-.36 ^{xx}	-.18 ^{xx}

Um diese Fragestellung zu untersuchen, genügt es also nicht, nur den Hauptgrund für die Berufstätigkeit mit dem gesundheitlichen Befinden in Beziehung zu setzen. Denn als erstes Motiv geben die meisten Frauen, wie bereits festgestellt, ein finanzielles an. Als eine grobe Annäherung an die "Vielschichtigkeit" der Berufsmotivation haben wir daher eine neue Variable gebildet, in der der Hauptgrund und der zweite Grund für die Berufstätigkeit so zusammengefaßt worden sind, daß man unterscheiden kann, ob die Frau nur finanzielle, finanzielle und nichtfinanzielle oder nur nichtfinanzielle Motive für ihre Erwerbstätigkeit angegeben hat. Wie Tabelle 39 zeigt, hängt diese Variable signifikant mit drei Indikatoren des gesundheitlichen Befindens zusammen und zwar sowohl bei Arbeiterinnen wie Angestellten. Der Unterschied liegt hier allerdings nicht, wie erwartet, in erster Linie zwischen den rein finanziell motivierten Frauen und den übrigen, sondern es sind eher die ausschließlich nichtfinanziell motivierten Frauen, die sich gegenüber den anderen durch ein besseres Befinden auszeichnen. Eine genauere Aufgliederung nach dem Familienstatus der Frauen zeigt, daß dieser Zusammenhang vor allem bei den Frauen mit Kindern und hier wiederum bei den Angestellten sehr stark ist (vgl. Tabelle 40). Die Interpretation dieses Zusammenhanges liegt damit auf der Hand: eine starke Bindung an den Beruf spielt vor allem bei Frauen in qualifizierteren Berufspositionen, bei Frauen, denen eine erfolgreiche Vereinbarung von Berufs- und Familienverpflichtungen gelungen ist, eine sehr wesentliche Rolle für die persönliche Erfüllung.¹⁾ Es ist aller-

1) Wir haben an anderer Stelle gezeigt, daß bei Angestellten die Ehedauer und die Dauer der Berufstätigkeit positiv mit der Berufsverbundenheit korrelieren (gemessen am Wunsch, langfristig berufstätig zu bleiben), d.h. daß bei ihnen eine längere Erfahrung der erfolgreichen Bewältigung von Berufs- und Familienverpflichtungen zugleich sehr wesentlich ist (vgl. HALLER & ROSENMAYR, 1971:506).

Tabelle 40: Gesundheitliche Erschöpfung nach der Berufsmotivation, Familienstatus (Kinder) und beruflicher Stellung

	Berufsmotivation	(N)	Gesundheitliche Erschöpfung				zusammen
			sehr niedrig	eher niedrig	eher hoch	sehr hoch	
ohne Kind	finanziell	(101)%	20	35	25	20	100
	beide	(73)%	19	32	26	23	100
	nichtfinanz.	(48)%	33	31	27	8	100
mit Kind	finanz.	(290)%	23	31	21	25	100
	beide	(137)%	31	28	26	15	100
	nichtfinanz.	(48)%	27	44	19	10	100
ohne Kind	finanziell	(77)%	25	36	22	17	100
	beide	(184)%	27	35	24	14	100
	nichtfinanz.	(51)%	39	33	18	10	100
mit Kind	finanziell	(57)%	30	37	12	21	100
	beide	(118)%	26	27	23	24	100
	nichtfinanz.	(39)%	51	33	13	3	100

GAMMA (χ^2)	Arbeiterinnen	Angestellte
ohne Kind	-.12	-.13
mit Kind	-.17 ^x	-.18 ^x

Tabelle 41: Assoziationen zwischen Indikatoren des gesundheitlichen Befindens und der Bereitschaft, auch ohne finanziellen Zwang zu arbeiten, nach Familienstatus und beruflicher Stellung (GAMMA)

(N ¹)	Arbeiterinnen		Angestellte	
	ohne Kind (235)	mit Kind (506)	ohne Kind (316)	mit Kind (221)
Gesundheitl. Erschöpfung	.05	.08	.12	.24 ^x
Psychosoz. Mißbefinden	.03	.10	.02	.38 ^{xx}
Allgemeine Zufriedenheit	.08	.32 ^{xx}	.25	.26

1) Kleinstes n in allen Tabellen

dings wahrscheinlich, daß hier noch ein zusätzlicher Faktor mitspielt, nämlich die generelle ökonomisch-soziale Lage der Familie. Denn bei Frauen, die das finanzielle Motiv überhaupt nicht erwähnen, kann angenommen werden, daß die Erwerbstätigkeit infolge eines hohen Einkommens des Ehegatten zum Teil "subsidiären" Charakter hat, der es ihnen ermöglicht, sie jederzeit aufzugeben. Die allgemein höhere Zufriedenheit dieser Frauen wäre demnach - ebenso wie die rein nichtfinanzielle Berufsmotivation - Folge einer besonders günstigen Gesamtsituation der Familie.¹⁾ Zur Überprüfung der weiter oben entwickelten Hypothese, daß finanzieller Zwang einer Berufstätigkeit unter Umständen zu Spannungen führt, steht uns aber eine weitere Variable zur Verfügung, nämlich die Frage, ob die Frau auch dann zu einer Berufsarbeit bereit wäre, wenn sie finanziell nicht dazu gezwungen wäre. Da hier nicht mehr die einzelnen Kategorien als solche von Interesse sind (wie beim Index der Berufsmotivation), beschränken wir uns auf die Wiedergabe der Assoziationskoeffizienten (vgl. Tabelle 41). Hier zeigen sich recht deutliche und signifikante Zusammenhänge sowohl bei Arbeiterinnen wie bei Angestellten mit Kindern: Arbeiterinnen mit Kindern sind allgemein eher zufrieden, wenn sie nicht nur aus finanziellem Zwang arbeiten, während bei Angestellten mit Kindern die gesundheitliche Erschöpfung und das psychosoziale Mißbefinden niedriger sind, wenn sie nicht nur aus finanziellem Zwang arbeiten (dieser Zusammenhang ist relativ linear, wie eine Inspektion der detaillierten Tabelle zeigt). Das Ergebnis bezüglich der Arbeiterinnen steht in konsistentem Zusammenhang mit unseren Analysen der Berufsverbundenheit, in denen wir zeigen konnten, daß bei Arbeiterinnen mit Kindern ein signifikanter Zu-

1) Vgl. dazu auch Anmerkung S. 332, oben. Für die angeführte Vermutung spricht auch der starke Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Lage der Familie und gesundheitlichem Befinden bzw. allgemeiner Zufriedenheit, den wir weiter unten aufzeigen werden (vgl. Abschnitt 4.3.2).

sammenhang zwischen der absoluten Höhe des Familieneinkommens und der Bereitschaft, auch ohne finanziellen Zwang berufstätig zu sein sowie mit der Erwartung langfristiger Berufstätigkeit besteht. Arbeiterinnen mit Kindern sind umso eher nur aus finanziellem Zwang berufstätig und erwarten sich umso häufiger länger berufstätig zu bleiben, je niedriger das Familieneinkommen ist (HALLER & ROSENMAYR, 1971:508).

Während es bei den Arbeiterinnen mit Kindern sehr häufig ein unzureichendes Einkommen des Ehegatten ist, also die objektive ökonomische Situation der Familie, welche die Frau oft gegen ihren Wunsch zu einer außerhäuslichen Erwerbstätigkeit veranlaßt, kommt bei den Angestellten eine solche Konfliktsituation der Frau eher dann zustande, wenn diese mit der beruflichen und sozialen Position des Mannes unzufrieden ist (dies werden wir weiter unten zeigen). Mit diesem Unterschied mag es auch zusammenhängen, daß die gesundheitliche Erschöpfung und das psychosoziale Mißbefinden nur bei den Angestellten mit Kindern signifikant mit der Notwendigkeit zur Beibehaltung der Berufstätigkeit aus finanziellen Motiven korrelieren. Nicht die "intrinsischen" Aspekte der Berufstätigkeit sind es hier - wie bei jenen Frauen, die allein aus nichtfinanziellen Motiven berufstätig zu sein angaben - die einen positiven Effekt auf die Zufriedenheit ausüben, sondern die negativen Aspekte der Berufstätigkeit als einer rein finanziell "extrinsisch" motivierten Aktivität. Unsere Analyse wichtiger Dimensionen der Berufsverbundenheit und ihrer Effekte auf das gesundheitliche Befinden hat also auch hier wieder ergeben, daß bei Arbeiterinnen und Angestellten Konfliktsituationen unterschiedlicher Art angelegt sind. Im folgenden Abschnitt wird zu untersuchen sein, welche Rolle die beruflichen Zukunftspläne der Frauen in diesen Konstellationen spielen.

4.2.2.3. Gesundheitsstörungen als Folge von
Entscheidungskonflikten über die berufliche Zukunft

Für die Erfassung von möglichen Konflikten der Frauen bei der Entscheidung, ob sie die Erwerbstätigkeit langfristig beibehalten sollen oder nicht, stehen uns zwei Möglichkeiten zur Verfügung. Erstens eine direkte Frage danach, ob es der Frau schwer fällt bzw. ob sie sich unsicher ist in dieser Entscheidung (Frage 113), zweitens eine Analyse der Antworten auf die Frage, ob sich die Frauen die Berufstätigkeit beizubehalten wünschen bzw. erwarten. Aufgrund einer gleichzeitigen Analyse von Wünschen und Erwartungen über die berufliche Zukunft ergeben sich zwei konsistente und zwei inkonsistente, möglicherweise konfliktuell erlebte Zukunftsperspektiven: zum einen Wunsch und Erwartung, die Berufstätigkeit beizubehalten oder aufzugeben; zum anderen ein Widerspruch zwischen Wunsch und Erwartung. Die Häufigkeit dieser Antwortmuster sowie die Antworten auf die direkte Frage nach einem Entscheidungskonflikt zeigt Tabelle 42.

Tabelle 42: Berufliche Entscheidungskonflikte nach
Stellung im Beruf und Familienstatus

Berufstätigkeit beizubehalten		Arbeiterinnen		Angestellte	
		ohne Kind	mit Kind(ern)	ohne Kind	mit Kind(ern)
gewünscht	erwartet (N)	(174) %	(374) %	(279) %	(182) %
ja	ja	8	12	18	29
ja	nein	14	16	7	12
nein	ja	14	19	22	30
nein	nein	64	53	53	29
zusammen		100	100	100	100
Entscheidung schwer bzw. unsicher		40	44	36	40

Diese Ergebnisse legen nahe, daß sich in allen Subgruppen ein beträchtlicher Anteil von Frauen - mit mehr oder weniger großen Variationen durchwegs mindestens ein Drittel - vermutlich in einem solchen Konflikt befindet. Dabei ist bemerkenswert, daß sich nur geringe Differenzen nach beruflicher und familiärer Situation ergeben, wobei Frauen mit Kindern etwas häufiger davon betroffen sind. Dies würde darauf hindeuten, daß berufliche Entscheidungskonflikte eher ein Problem der erwerbstätigen Frau generell als spezieller Gruppen von Frauen sind. Kann man diese Aussage jedoch auch in Bezug auf das Gewicht eines solchen Konfliktes für die persönliche Situation der Frau behaupten? Wie die folgenden Ergebnisse über die Zusammenhänge zwischen Entscheidungskonflikten und dem Befinden der Frauen zeigen, ist dies nicht ohne weiteres der Fall.

Tabelle 43: Psychosoziales Mißbefinden und berufliche Entscheidungskonflikte nach Familienstatus und beruflicher Stellung

	Familienstatus	Die Entscheidung, berufstätig zu bleiben	Psychosoz.Mißbefinden			
			niedrig	mittel	hoch	zusam.
Arbeiterinnen	ohne Kind	fällt schwer bzw. ich bin unsicher (95) %	29	39	32	100
		ich bin mir klar (141) %	33	48	19	100
	mit Kind	schwer bzw. unsicher(227)%	35	39	26	100
		klar (289)%	37	41	22	100
Angestellte	ohne Kind	schwer bzw.unsicher(115) %	35	43	22	100
		klar (203) %	46	35	19	100
	mit Kind	schwer bzw.unsicher (90) %	29	41	30	100
		klar (135) %	42	42	16	100

GAMMA (χ^2)	ohne Kind	mit Kind
Arbeiterinnen	-.17	-.07
Angestellte	-.16	-.28 ^x

Betrachten wir zunächst die Zusammenhänge zwischen dem direkten Indikator eines Entscheidungskonfliktes und dem Befinden. Ein solcher Zusammenhang zeigt sich mit dem psychosozialen Mißbefinden (vgl. Tabelle 43): Frauen, die sich in der Entscheidung für die Beibehaltung der Berufstätigkeit unsicher sind, zeigen fast durchwegs ein höheres psychosoziales Mißbefinden. Dieser Zusammenhang ist allerdings nur bei den Angestellten mit Kindern auch als "relevant" anzusehen (d.h., statistisch signifikant und relativ stark). Dies sollte nach unserer Auffassung allerdings nicht so interpretiert werden, daß solche Entscheidungskonflikte in den anderen Gruppen für das persönliche Befinden der Frau relativ bedeutungslos sind. Es ist wohl eher so zu erklären, daß diese Entscheidung von den Angestellten deshalb als gravierender empfunden wird, weil diese überhaupt einen größeren Entscheidungsspielraum haben als Arbeiterinnen (dies gilt eher für Angestellte mit Kindern, weil bei Angestellten ohne Kinder die Erwerbstätigkeit von den Frauen weitgehend als selbstverständlich angesehen und bejaht wird).

Verwendet man nämlich den indirekten Indikator beruflicher Entscheidungskonflikte, so zeigt sich in der Tat, daß eine Reihe von relevanten Zusammenhängen zwischen einem solchen Konflikt und dem gesundheitlichen Befinden und der allgemeinen Zufriedenheit der Frauen bestehen. Dabei ergeben sich auch inhaltlich relevante Unterschiede nach beruflicher Stellung und Familiensituation der Frau. So zeigt sich zunächst, daß die allgemeine Zufriedenheit in allen Gruppen niedriger ist, wenn die Frauen die Berufstätigkeit aufzugeben wünschen, jedoch beizubehalten erwarten (vgl. Tabelle 44; dieser Zusammenhang wird von der Familiensituation nicht berührt).

Tabelle 44: Die allgemeine Zufriedenheit nach beruflichen
Entscheidungskonflikten und beruflicher Stellung

Wunsch Erwartung	Berufstätigkeit	beizubehalten		aufzugeben	
	Berufstätigkeit (N)	beizubehalten (58) %	aufzugeben (90) %	beizubehalten (96) %	aufzugeben (320) %
Arbeiterinnen	<u>Allgemeine Zufriedenheit</u>				
	sehr zufrieden	12	13	4	8
	zufrieden	78	82	77	84
	eher nicht zufr.	10	5	19	8
	zusammen	100	100	100	100
		$x^2=17.58^x$			
Angestellte	sehr zufrieden	9	14	6	14
	zufrieden	81	74	74	78
	eher nicht zufr.	10	12	20	8
	zusammen	100	100	100	100
		$x^2=14.30^x$			

Besonders gravierend scheint diese Problematik bei den Arbeiterinnen mit Kindern zu sein: befinden sich diese in einem Entscheidungskonflikt dieser Art, so sind gesundheitliche Erschöpfung und psychosoziales Mißbefinden höher (Tabelle 45).

In dieser Subgruppe zeigen vor allem jene Frauen deutlich seltener ein schlechtes Befinden, die sich die Berufstätigkeit beizubehalten wünschen und erwarten.

Bei Angestellten zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem psychosozialen Wohlbefinden und der Existenz eines beruflichen Entscheidungskonfliktes (vgl. Tabelle 46).

Tabelle 45: Gesundheitliches Befinden nach beruflichen
Entscheidungskonflikten bei Arbeiterinnen
mit Kindern

Wunsch Erwartung	Berufstätigkeit Berufstätigkeit (N)	beizubehalten		aufzugeben	
		beizubehalten (45) %	aufzugeben (61) %	beizubehalten (70) %	aufzugeben (198) %
<u>Gesundheitl. Erschöpfung</u>					
sehr niedrig		31	18	29	32
eher niedrig		33	41	19	31
eher hoch		27	20	18	18
sehr hoch		9	21	34	19
zusammen		100	100	100	100
					$\chi^2 = 19.57^x$
<u>Psychosoziales Mißbefinden</u>					
niedrig		40	28	27	35
mittel		29	39	43	48
hoch		31	33	30	17
zusammen		100	100	100	100
					$\chi^2 = 13.26^x$

Tabelle 46: Das psychosoziale Wohlbefinden nach beruflichen
Entscheidungskonflikten und Familienstatus
bei Angestellten

Wunsch Erwartung	Berufstätigkeit Berufstätigkeit	beizubehalten		aufzugeben	
		beizubehalten %	aufzu- geben %	beizubehalten %	aufzu- geben %
<u>Psychosoziales Wohlbefinden</u>					
ohne Kind	niedrig	33	(58)	50	30
	mittel	20	(26)	27	28
	hoch	47	(16)	23	42
	zusammen	100	(100)	100	100
	(N)	(49)	(19)	(62)	(149)
					$\chi^2=16.75^{xx}$
mit Kind	niedrig	62	(29)	53	34
	mittel	19	(33)	22	36
	hoch	19	(38)	25	30
	zusammen	100	(100)	100	100
	(N)	(53)	(21)	(55)	(53)
					$\chi^2=12.69^x$

So ist bei den Angestellten ohne Kinder das Wohlbefinden in beiden "konsistenten" Entscheidungstypen deutlich höher als bei den inkonsistenten, konfliktbesetzten Typen. Bei Angestellten mit Kindern dagegen ist das Wohlbefinden nicht nur im Falle eines Entscheidungskonfliktes besonders häufig niedrig, sondern auch bei jenen Frauen, die sich die Berufstätigkeit beizubehalten wünschen und erwarten. Diese Ergebnisse zeigen also, daß berufliche Entscheidungskonflikte je nach dem Kontext bzw. nach der familiären Situation der Frau recht unterschiedliche Effekte auf das persönliche Befinden der Frau haben. Um die soeben präsentierten Ergebnisse inhaltlich besser einordnen zu können, sollen daher abschließend einige charakteristische Kennzeichen dieser vier Typen von Antizipationen der beruflichen Zukunft dargestellt werden. Die entsprechenden Ergebnisse enthält Tabelle 47.

Den ersten Typus repräsentieren Frauen, die sich die Berufstätigkeit beizubehalten wünschen und erwarten. Der Anteil dieses Typus beträgt etwa ein Zehntel bei den Arbeiterinnen, knapp ein Fünftel bei den Angestellten ohne Kind und über ein Viertel bei den Angestellten mit Kindern (vgl. auch Tabelle 42).

Zwei Merkmale charakterisieren diesen Typus sowohl bei Arbeiterinnen und Angestellten, nämlich die Sicherheit in der Entscheidung für die Beibehaltung der Berufstätigkeit (also das Fehlen eines Entscheidungskonfliktes gemessen durch die direkte Frage) und der seltenere Wunsch nach zwei oder mehr Kindern. Arbeiterinnen dieses Typus haben darüberhinaus häufig einen Ehegatten, der Hilfsarbeiter ist, Angestellte haben besonders häufig ein ebenso hohes Einkommen wie ihr Gatte und sind selbst ebenso wie ihr Gatte überdurchschnittlich oft positiv zur Berufstätigkeit von Frauen bzw. Müttern eingestellt. Zusammenfassend kann man sagen, daß es sich bei diesem Typus - dies gilt allerdings primär für Angestellte -

Tabelle 47: Korrelate beruflicher Entscheidungskonflikte
nach der beruflichen Stellung

Beibehaltung d. Berufstätigk. gewünscht erwartet (N ¹)	Arbeiterinnen				Angestellte			
	ja		nein		ja		nein	
	ja (58) %	nein (92) %	ja (96) %	nein (322) %	ja (102) %	nein (39) %	ja (117) %	nein (202) %
Arbeit unbefriedigend	16	20	8	12 ^{xx}	11	2	23	24 ^{xxx}
Arb. nur aus finanz. Zwang	58	48	76	68 ^{xxx}	17	14	57	55 ^{xxx}
Entsch. über Berufst. schwer	25	42	38	42	19	42	49	38 ^{xxx}
Dauer Berufstätigk. bis 7 Jahre	26	38	27	43 ^x	21	24	32	47 ^{xxx}
Ehedauer bis 2 Jahre	19	31	20	34 ^{xxx}	33	35	38	63 ^{xxx}
Derzeit ohne Kinder	22	29	26	36	48	48	53	74 ^{xxx}
2 u.m. Kinder gew.	50	70	65	79 ^{xx}	39	58	59	77 ^{xxx}
Ehe sehr glücklich	17	18	14	21 ^{xx}	21	19	21	38 ^{xxx}
Frau kommt schlecht mit Geld aus	25	20	36	18 ^x	14	19	25	20
Frau verdient gleich- viel o.m. als Gatte	22	21	11	16	24	16	24	11 ^x
Ehegatte Arbeiter ²	37	26	30	25	31	40	32	29
Mit Berufspos. des Mannes unzufrieden	21	12	24	14	20	36	40	22 ^{xxx}
Einstllg. d. Gatten z. Berufstätigkeit neg.	19	17	19	32 ^x	7	19	12	37 ^{xxx}
Negative Einstllg. z. Berufst. d. Frau	14	19	22	29	4	17	25	25 ^{xxx}
Negative Einstllg. z. Berufst. d. Mutter	68	72	84	85 ^{xx}	61	83	89	90 ^{xxx}

- 1) Kleinstes n in allen Subtabellen, ausgenommen "gewünschte Kinderzahl"
2) Arbeiterinnen: Mann Hilfsarbeiter

um stark berufsorientierte Frauen handelt, die in ihren Zukunftsplänen ebenso wie in ihren Einstellungen offenkundig eine relativ erfolgreiche und befriedigende Bewältigung ihrer Doppelrolle erkennen lassen. Besonders relevant scheint in diesem Zusammenhang die Tatsache, daß die Berufstätigkeit bei diesen Frauen einen besonders wichtigen Stellenwert für den wirtschaftlichen Lebensunterhalt der Familie besitzt und daß sie nicht vorrangig durch ein "intrinsisches" Berufsinteresse bestimmt sind. Dies könnte mit einer Erklärung für das oben festgestellte Ergebnis sein, daß das psychosoziale Wohlbefinden dieser Gruppe von Frauen eher niedrig ist (vgl. Tabelle 46). Obwohl diese Frauen insgesamt gesehen eine recht befriedigende Lebensgestaltung erreichen konnten, bleiben sie durch Beruf und Haushalt vermutlich dennoch in einem hohen Maße belastet.¹⁾

Den zweiten Typus bilden jene Frauen, die sich die Berufstätigkeit beizubehalten wünschen, jedoch aufzugeben erwarten. Dies ist der mit etwa einem Zehntel aller Frauen am seltensten vertretene Typus. Auch dieser Typus bedeutet bei Arbeiterinnen und Angestellten offenkundig etwas völlig anderes. Während er bei den Arbeiterinnen vor allem durch jungverheiratete, erst kurz berufstätige Frauen repräsentiert wird, sind Angestellte dieses Typs vor allem dadurch charakterisiert, daß sie überdurchschnittlich häufig einen Ehegatten haben, der Arbeiter ist und daß sie mit der Berufsposition des Ehegatten unzufrieden sind. Im Gegensatz zu

1) Die Tatsache, daß selbst bei diesem anscheinend am besten "gelungenen" Typus von Berufsverbundenheit die Gesamtsituation der Frauen nicht ohne Probleme erscheint, darf allerdings nicht auf die berufstätige Frau überhaupt verallgemeinert werden. Gegen eine solche Verallgemeinerung spricht die Tatsache, daß in unserer Erhebung Frauen in hochqualifizierten Berufen fehlen.

dem vorher beschriebenen Typus scheint eine längerfristige Berufstätigkeit der Frau hier jedoch deshalb nicht ins Auge gefaßt zu werden, weil die Frau selbst im Vergleich zum Gatten relativ wenig verdient.

In Bezug auf das gesundheitliche Befinden zeigt dieser Typus nur bei den Angestellten ein deutlich abweichendes Muster (vgl. Tabelle 46), jedoch verbieten sich weitgehende Interpretationen dieser Ergebnisse aufgrund der geringen Besetzungszahlen.

Der dritte Typus wird von jenen Frauen dargestellt, die sich ein Ausscheiden aus dem Beruf wünschen, jedoch die Beibehaltung der Berufstätigkeit erwarten. Der Anteil dieses Typus beträgt etwa ein Fünftel bei den Arbeiterinnen und den Angestellten ohne Kind, ein Drittel bei den Angestellten mit Kindern. Aus einer Reihe von Indikatoren geht deutlich hervor, daß dies jene Gruppe von Frauen ist, die sich im stärksten beruflichen Entscheidungskonflikt befinden. Sie arbeiten durchwegs überdurchschnittlich häufig nur aus finanzieller Notwendigkeit, sind mit der Berufsposition des Ehegatten sehr unzufrieden und haben eine negative Einstellung zur Berufstätigkeit der Frau bzw. Mutter. Während die Berufstätigkeit bei Arbeiterinnen und Angestellten eine zentrale Rolle für die Aufrechterhaltung eines angemessenen Lebensstandards der Familie spielt, besteht in dieser Hinsicht doch ein sehr wesentlicher Unterschied zwischen beiden Gruppen: bei Arbeiterinnen scheint die absolute ökonomische Lage der Familie die ausschlaggebende Rolle zu spielen (Frauen dieses Typs kommen besonders häufig schlecht mit dem Geld aus), bei den Angestellten dagegen der relative Beitrag der Frau zum Familieneinkommen (Frauen dieses Typs verdienen besonders häufig gleichviel oder mehr als ihr Ehegatte). In beiden Gruppen hat sich jedoch gezeigt, daß eine bloß extrinsisch motivierte Berufstätigkeit der Frau und der damit verbundene Entscheidungskonflikt auch

das gesundheitliche Befinden beeinträchtigen.

Der letzte Typus wird von jenen Frauen repräsentiert, die sich ein baldiges Ausscheiden aus dem Beruf wünschen und erwarten. Dieser Typus ist quantitativ der am stärksten von allen vertretene: etwa zwei Drittel der noch kinderlosen Arbeiterinnen, die Hälfte der Arbeiterinnen mit Kindern und der Angestellten ohne Kinder und ein Drittel der Angestellten mit Kindern sind ihm zuzuordnen. Auch hier handelt es sich um eine Gruppe von Frauen, die in ihrer charakteristischen Einstellung zu Beruf, Haushalt und Familie ebenso wie in ihrer tatsächlichen sozialen Lage sehr deutlich von den drei anderen Gruppen abgehoben sind. So handelt es sich bei Arbeiterinnen und Angestellten größtenteils um jungverheiratete, seit relativ kurzer Zeit berufstätige Frauen, die selbst ebenso wie ihr Mann sehr negativ zur Berufstätigkeit der Frau bzw. Mutter eingestellt sind, meist nur aus finanziellen Motiven berufstätig sind, die jedoch andererseits eine größere Befriedigung aus der Tätigkeit in Haushalt und Ehe beziehen und sich häufig mindestens zwei Kinder wünschen. Bei Angestellten fällt zusätzlich noch ins Gewicht, daß die Frau relativ selten gleichviel verdient wie ihr Gatte. Es handelt sich bei diesem Typus also durchwegs weniger um berufsverbundene als haushalts- und familienorientierte, vorwiegend jüngere Frauen. Die Tatsache des relativ guten gesundheitlichen Befindens dieser Frauen mag daher nicht nur durch das Fehlen eines beruflichen Entscheidungskonfliktes allein zu erklären sein, sondern auch als Indikator einer relativ befriedigenden Gesamtsituation dieser Frauen, die es ihnen ermöglicht, Belastungen durch die Erwerbstätigkeit im Hinblick auf ein baldiges Ausscheiden aus dem Beruf mehr oder weniger

problemlos zu bewältigen.¹⁾

Zur Vervollständigung der Ergebnisse aus diesen Tabellenanalysen der Zusammenhänge zwischen Berufsverbundenheit und gesundheitlichem Befinden sollen nun abschließend die Resultate aus einem komplexeren statistischen Verfahren, einer Latent Structure oder Latent Class Analysis von Berufsverbundenheit und gesundheitlichem Befinden präsentiert werden. Zunächst einige knappe Bemerkungen zur Methode selbst.

Die von P.F.LAZARSFELD entwickelte Latent Structure Analysis stellt ein Verfahren zur Feststellung "latenter Klassen" aus einer Reihe manifest beobachteter, qualitativer Merkmale dar (vgl. LAZARSFELD & HENRY, 1968; GIBSON, 1966; FORMANN, 1976). In ihren Grundprinzipien entspricht sie weitgehend dem probabilistischen Testmodell von RASCH (vgl. dazu Abschnitt 3.3.1. der vorliegenden Arbeit). Sie teilt mit diesem insbesondere die Annahme, daß zwischen beobachteten Indikatoren und latenten Klassen eine probabilistische Beziehung besteht, sowie die Annahme der lokalen stochastischen Unabhängigkeit, d.h., daß die Beziehung der Items zueinander nur durch deren Beziehung zur latenten Klasse zu erklären ist.

1) Eine wichtige Frage ist in diesem Zusammenhang jene, inwieweit diese Frauen ihre beruflichen Zukunftswünsche bzw. -erwartungen später auch tatsächlich realisieren können. Es ist nämlich zu vermuten, daß ein beträchtlicher Teil der Frauen dies nicht in der geplanten Weise tun kann. Was die Häufigkeit der oben dargestellten beruflichen Entscheidungskonflikte betrifft, könnte unsere Querschnittsuntersuchung hier leicht zu einer Unterschätzung führen. Sie sollte in dieser Hinsicht ergänzt werden durch eine Längsschnittstudie, in der tatsächliche Verläufe von Berufs- und Familienkarrieren junger Frauen zu erfassen wären.

Ausgangspunkt für die Latent Structure Analysis sind Antwortvektoren von Personen bezüglich einer Reihe von mehreren (dichotomen oder polychotomen) Items. Ziel der Analyse ist es, herauszufinden, ob die Gesamtzahl der möglichen Antwortvektoren sich auf eine geringere Anzahl von latenten Klassen reduzieren läßt (typisches Beispiel: gibt es charakteristische Konsumenten von Fernsehprogrammen, etwa solche, die nur Nachrichten ansehen, solche, die Nachrichten und kulturelle Sendungen ansehen usw.). Die Antwortvektoren folgen einer Multinomialverteilung über alle möglichen Antwortmuster, sodaß die Modellgeltung durch einen statistischen Vergleich von beobachteter und zu erwartender Häufigkeitsverteilung der Antwortmuster geprüft werden kann (z.B. durch einen χ^2 -Goodness-of-fit Test). Die praktische Relevanz einer Klassifizierung wird durch den erwarteten Fehler der Klassenzuordnung (E) ausgedrückt, der angibt, wie deutlich im Mittel alle Antwortmuster einer Klasse zugeordnet werden können. Die Klassen selbst werden beschrieben durch ihren Klassengrößenparameter und ihre klassenspezifischen Itemkategoriewahrscheinlichkeiten. Zusammenfassend kann die Latent Structure Analysis als ein vielfach anwendbares und klar konzipiertes Verfahren zur Clusterung von qualitativen Daten bezeichnet werden. Seine Schwäche ist allerdings, daß es relativ starke Restriktionen aufstellt, denen empirische Daten nur selten gerecht werden. In unserer Analyse verwendeten wir ein von A.K. FORMANN (1976) entwickeltes Computerprogramm zur praktischen Berechnung.

Tabelle 48 präsentiert die Ergebnisse einer Latent Structure Analysis, in die neben drei Variablen der Berufsverbundenheit (Wunsch und Erwartung berufstätig zu bleiben und Bereitschaft zu Berufstätigkeit auch ohne finanziellen Zwang) auch die Variable "gesundheitliche Erschöpfung" einging und die sich aufgrund des Chi-Quadrattests als akzeptabel erweist.¹⁾ Aufgrund

1) Im Zuge dieser Analyse wurden eine Reihe von Latent Structure Analysen unterschiedlicher Kombinationen von Variablen der Berufsverbundenheit durchgeführt, von denen jedoch keine zu akzeptablen Lösungen führt. Abgesehen von dem relativ aufwendigen Verfahren, das sich bei einer größeren Anzahl von Variablen und Kategorien ergibt, zeigt sich damit in der Tat, daß die statistisch-mathematischen Anforderungen, die dieses Modell an die Daten stellt, relativ hoch sind. Dies zeigt sich im übrigen auch daran, daß die praktische Relevanz der von uns festgestellten latenten Klassifikation nur gering ist, wie der große Fehler der Klassenzuordnung zeigt.

Tabelle 48: Gesundheitliche Erschöpfung und Berufsverbundenheit:
Ergebnisse der latent-class analysis

	Klassenspezifische Itemkategorie-Wahrscheinlichkeiten			Alle Befragten
	Klasse 1 $W_1 = .24$	Klasse 2 $W_2 = .34$	Klasse 3 $W_3 = .42$	
Erwartung Berufstätigkeit				
beizubehalten-aufzugeben	.38	.78	.66	.63
Wunsch Berufstätigkeit				
beizubehalten-aufzugeben	.13	.96	.85	.71
Arbeiten ohne finanz. Zwang: nein - ja	.49	.62	.86	.69
Gesundheitl. Erschöpfung niedrig-mittel-hoch	.33	.34	.33	.29
	.47	.25	.28	.32
	.11	.36	.53	.39

$$\chi^2 = 7.43 \text{ (df=6), } E = .292$$

dieser Analyse ergeben sich drei latente Klassen, die sich in ihren charakteristischen Itemkategoriewahrscheinlichkeiten sehr deutlich voneinander unterscheiden.

Klasse 1 ist dadurch charakterisiert, daß die darin enthaltenen Frauen sich überdurchschnittlich häufig eine Beibehaltung der Berufstätigkeit wünschen und erwarten und häufig auch ohne finanzielle Notwendigkeit arbeiten würden. In Bezug auf das gesundheitliche Befinden entspricht diese Gruppe etwa dem Durchschnitt.

Klasse 2 enthält Frauen, die sich besonders häufig die Berufstätigkeit aufzugeben wünschen und erwarten. Diese Frauen sind durch ein überdurchschnittlich gutes gesundheitliches Befinden charakterisiert.

Klasse 3 schließlich enthält vor allem solche Frauen, die sich wünschen die Berufstätigkeit aufzugeben, die vor allem aus finanzieller Notwendigkeit arbeiten und die gesundheitlich stark erschöpft sind.

Diese Latent Structure Analysis hat damit recht deutlich unsere oben präsentierten Ergebnisse bestätigt, in denen wir ebenfalls drei relativ klar voneinander abgehobene Gruppen von Frauen identifizieren konnten, nämlich

- (1) stark berufsorientierte, im gesundheitlichen Befinden dem Durchschnitt entsprechende Frauen;
- (2) Frauen in einem beruflichen Entscheidungskonflikt und - vermutlich in engem Zusammenhang damit - einem deutlich verschlechterten Gesundheitszustand und schließlich
- (3) jüngere Frauen mit einer stärkeren Orientierung auf Haushalt und Familie, die sich gesundheitlich eher in einer besseren Verfassung befinden.

Gegenüber der tabellarischen Analyse ergeben sich allerdings nicht unwesentliche quantitative Verschiebungen. So ist der Anteil der berufsorientierten Frauen nach der Latent Structure Analysis höher (die Wahrscheinlichkeit von Klasse 1 beträgt etwa ein Viertel) während der Anteil

der vorwiegend familienorientierten Frauen als niedriger erscheint (Wahrscheinlichkeit von Klasse 2 etwa ein Drittel). Gravierend ist jedoch, daß der Anteil der gesundheitlich beeinträchtigten, vorwiegend extrinsisch berufsorientierten Frauen mit über 40 % hier als viel höher erscheint als aufgrund der Tabellenanalyse (Wahrscheinlichkeit von Klasse 4 = .42 gegenüber 21 % der Frauen, die unter Typ 2 im oben definierten Sinn fallen). Dies stellt zweifellos eine wichtige zusätzliche Bestätigung der grundlegenden These dieses Abschnittes dar, daß die persönliche Haltung der Frau zu ihrem Beruf (eine Haltung, die sich im übrigen selbst sehr deutlich aus der sozialen Lage der verschiedenen Gruppen von Frauen ableiten läßt) eine entscheidende Determinante ihres psychosozialen Befindens und ihres Gesundheitszustandes darstellt.

4.2.3. Position im Lebenszyklus der Familie - Veränderungen von sozialer Lage und gesundheitlichem Befinden im Laufe der Ehe und beim Übergang zur Mutterschaft

Die vorliegende Untersuchung ging in ihrer Anlage davon aus, daß die soziale Lage junger Frauen in starkem Maße durch ihre Position im Lebenszyklus von Ehe und Familie bestimmt ist. Indem nur verheiratete, junge Frauen in die Stichprobe einbezogen wurden, wurde versucht, diesen Aspekt teilweise zu kontrollieren. Trotz der dadurch bedingten relativen Homogenität der befragten Frauen besteht ansatzweise die Möglichkeit, Hinweise auf Veränderungen von gesundheitlichem Befinden und sozialer Lage der Frauen im Laufe der Ehe zu erhalten, da wir die Frauen ohne Kinder den Frauen mit Kindern gegenüberstellen und in beiden Gruppen Frauen unterschiedlicher Ehedauer miteinander vergleichen können.¹⁾

In der soziologischen Familienforschung wird versucht, die mit dem Lebensverlauf von Ehen und Familien verbundenen Veränderungen mit dem Konzept des "Familienzklus" zu erfassen. Dieses Konzept soll zum Ausdruck bringen, daß jede Ehe bzw. Familie sich im Zuge ihrer Gründung, Erweiterung und Auflösung vor ähnlich gelagerte Aufgaben und Probleme gestellt sieht. Dabei werden vor allem drei

1) Wir versuchen in diesem Abschnitt also, durch solche Vergleiche indirekte Rückschlüsse auf Prozesse zu ziehen, die im Zeitablauf stattfinden. Methodisch ist dies strenggenommen nur durch eine Longitudinalstudie feststellbar, in der man einzelne Personen bzw. Ehepaare zu mehreren Zeitpunkten untersucht. Schlüsse von den Ergebnissen aus Querschnittsdaten auf Prozesse in Zeitablauf dürfen in unserem Falle nur mit besonderer Vorsicht getroffen werden, weil zugleich ein starker Selektionsprozeß stattfindet: viele Frauen scheiden nach der Geburt des ersten Kindes aus dem Beruf aus und die Quote dieses Ausscheidens ist nicht unabhängig von der sozialen Lage der Frau.

Aspekte hervorgehoben: die ökonomische Lage von Familien unterscheidet sich beträchtlich je nach der Phase, in der sie sich befindet; die Interaktionsstruktur und die "Qualität" der Beziehungen der Familienmitglieder zueinander kann sich im Laufe der Ehe und mit der Erweiterung der Ehe durch Kinder wandeln; die Art und Weise, wie die "kritischen Übergänge" von einer Phase zur nächsten bewältigt werden, hat oft wichtige Effekte auf die gesamte soziale Situation der Familie in den nächsten Phasen (vgl. dazu allgemein HILL & RODGERS, 1964; KÖNIG, 1969; HALLER, 1974).

Die Relevanz der Position im Familienzyklus konnte auch für die hier untersuchte Population berufstätiger junger Frauen nachgewiesen werden, wobei sich ergab, daß die typischen Probleme, vor die sich junge Frauen in verschiedenen Lebensphasen gestellt sehen, sehr deutlich nach der sozialen Lage und Schichtzugehörigkeit der Familien variieren (HALLER, 1973b).

Der wichtigste Unterschied liegt hierbei darin, daß - bedingt durch unterschiedliche Erziehungs- und Bildungswege und berufliche Erfahrungen - Frauen in Arbeiter- und Mittelschichtfamilien auch unterschiedliche Erwartungen und Ansprüche an das Kind, seine Erziehung und Rolle im System ihrer familiären und außerfamiliären sozialen Beziehungen stellen.

Im Leben der Frau in einer Arbeiterfamilie spielen Kinder eine zentrale Rolle nicht nur für die familiäre, sondern auch für die gesamte soziale Situation und Zufriedenheit der Frau, während dabei auftauchende Schwierigkeiten vielfach als "naturegeben" hingenommen werden.

Mit steigender Bildung und beruflicher Qualifikation dagegen steigen die Ansprüche der Frauen an die "Qualität" der familiären und außerfamiliären sozialen Beziehungen und Erfüllungschancen und auch die mit der Kindererziehung

verbundenen Probleme werden differenzierter gesehen und geben damit eher Anlaß zu Krisen und Konflikten.¹⁾ Dieser wohl wichtigste schichtspezifische Unterschied wird im Auge zu behalten sein, wenn wir im folgenden untersuchen, ob sich auch das gesundheitliche Befinden der Frauen mit ihrer Position im Lebenszyklus der Familie verändert. Wir gehen dabei nicht von explizit formulierten Hypothesen aus, sondern werden in jenen Fällen, wo sich solche Unterschiede nachweisen lassen, durch Heranziehung zusätzlicher Informationen aufzuzeigen versuchen, daß sich die Veränderungen des gesundheitlichen Befindens als Teilaspekt der Veränderung der gesamten sozialen Lage der Frauen interpretieren lassen. Da es sich in unserer Erhebung durchwegs um relativ junge Familien handelt, folgen wir in unserer Aufgliederung nicht der üblichen Schematisierung nach Phasen im Familienzyklus,²⁾ sondern unter-

-
- 1) Eine detaillierte Darstellung dieser hier nur grob angedeuteten Unterschiede wird unter Bezug auf die einschlägige Literatur gegeben in HALLER (1973b). Die beeindruckendste Studie im deutschsprachigen Raum über diese subkulturellen Differenzen stammt von der Journalistin E. WINDMÖLLER (1971).
 - 2) In der Familiensoziologie wurden verschiedene Schemata zur Klassifizierung des Familienzyklus vorgeschlagen, die teilweise bis zu 24 Phasen unterscheiden (vgl. HILL & RODGERS, 1964:189). Als wichtigste Einschnitte werden jedoch übereinstimmend die Geburt und der Schuleintritt des ersten Kindes, sowie das Verlassen des elterlichen Haushaltes durch das letzte Kind angesehen, sodaß sich mindestens 5 Phasen ergeben (Phase des jungverheirateten, kinderlosen Ehepaares, Erweiterungsphase, stabile Phase, Kontraktionsphase und nachelterliche Phase des (wieder) alleinstehenden Ehepaares). Nach Begriff und Theorie des "Familienzyklus" ist diese Kategorisierung jedoch keineswegs die einzig mögliche und relevante, denn die angeführten kritischen Übergänge stellen lediglich die markantesten Einschnitte dar.

scheiden nur nach zwei Aspekten, nämlich danach, ob die Frau bereits Kinder hat oder noch nicht, sowie innerhalb dieser beiden Gruppen nach der Ehedauer.

In unserer Analyse der Familiensituation der jungen Frauen hat sich gezeigt, daß diese Aufgliederung relevante Differenzen in der sozialen Lage der Frauen aufzuzeigen in der Lage ist, wobei sie bei den jung verheirateten Frauen auch Hinweise auf das Fertilitätsverhalten bzw. die Familienplanung gibt (HALLER, 1973b; vgl. auch GRAFINGER, 1973; ROSENMAYR, 1974).

Bevor wir zu einer Darstellung der Zusammenhänge zwischen der Position im Familienzyklus und dem gesundheitlichen Befinden übergehen, ist zunächst festzuhalten, daß es sich infolge der Anlage unserer Erhebung nicht um eine repräsentative Stichprobe von jungen Familien handelt. Dies zeigt sich, wenn man die Verteilung der Arbeiterinnen und Angestellten nach Familienstatus und Ehedauer betrachtet (vgl. dazu die Grundgesamtheiten in Tabelle 49). Während rund zwei Drittel der Arbeiterinnen schon ein Kind haben, liegt dieser Anteil bei den Angestellten mit 41 % deutlich niedriger.¹⁾

Die Angestellten sind im Durchschnitt auch weniger lang verheiratet: 39 % der Arbeiterinnen im Gegensatz zu 58 % der Angestellten sind erst zwei Jahre verheiratet. Diese Unterschiede sind vor allem darauf zurückzuführen, daß das durchschnittliche Heiratsalter der Angestellten etwas höher liegt als das der Arbeiterinnen: nur 23 % der Büroangestellten, jedoch 44 % der Arbeiterinnen haben vor dem 20. Lebensjahr geheiratet (vgl. dazu die Analysen

1) Zwei Kinder hatten insgesamt nur 15 % der Frauen, sodaß wir uns in diesem Abschnitt auf eine Unterscheidung zwischen kinderlosen Frauen und Frauen mit Kindern beschränken.

Tabelle 49: Gesundheitliche Erschöpfung nach Ehedauer, Familienstatus und beruflicher Stellung

		Gesundheitliche Erschöpfung					
Ehedauer in Jahren		(N)	sehr niedrig	eher niedrig	eher hoch	sehr hoch	zusammen
Arbeit. ohne Kind	bis 2	(148) %	24	39	22	15	100
	3-5	(36) %	42	22	19	17	100
	6 u.m.	(50) %	10	24	40	26	100
mit Kind	bis 2	(141) %	33	30	22	15	100
	3-5	(121) %	21	39	25	15	100
	6 u.m.	(245) %	23	31	19	27	100
Angest. ohne Kind	bis 2	(231) %	32	34	21	13	100
	3-5	(42) %	19	36	31	14	100
	6 u.m.	(42) %	26	33	21	19	100
mit Kind	bis 2	(79) %	32	44	13	11	100
	3-5	(56) %	32	23	23	22	100
	6 u.m.	(88) %	34	23	19	24	100

Kontrolle von Variable: GAMMA (X^2)	Familienstatus		Ehedauer		
	ohne Kind	mit Kind	-2	3-5	6+
Arbeiterinnen	-.21 ^{xx}	-.15 ^{xx}	-.07	.11	-.22 ^{xx}
Angestellte	-.14	-.12 ^x	-.09	-.06	-.02

des vorliegenden Datenmaterials durch SZINOVACZ [1975:280-1] sowie allgemein für Österreich KAUFMANN [1971:19]). Daneben mag auch die Tatsache eine Rolle spielen, daß Angestellte eher in der Lage sind, den Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes selbst zu bestimmen und nach der Heirat eventuell aufzuschieben (vgl. MÜNZ & PELIKAN, 1978:71).¹⁾

Auch dieser Unterschied zwischen Arbeiterinnen und Angestellten ist im Auge zu behalten, wenn man Veränderungen des gesundheitlichen Befindens im Laufe der familiären "Karriere" der Frauen untersucht. Denn er könnte unter Umständen implizieren, daß die Tatsache, ob eine Frau länger nach der Eheschließung noch kinderlos bleibt, bei Arbeiterinnen eine andere Bedeutung hat als bei Angestellten.

Betrachten wir jedoch zunächst, ob sich feststellen läßt, daß sich das gesundheitliche Befinden der Frauen in relevanter Weise nach ihrer Position im Familienzyklus - im oben definierten Sinne - unterscheidet.

Tabelle 50: Psychosoziales Wohlbefinden nach Ehedauer und Familienstatus bei Angestellten

	Psychosoziales Wohlbefinden					
	Ehedauer in Jahren	(N)	niedrig	mittel	hoch	zusammen
ohne Kind	bis 2	(231) %	59	20	20	100
	3-5	(42) %	69	21	10	100
	6 u.m.	(42) %	81	5	14	100
mit Kind	bis 2	(79) %	62	10	28	100
	3-5	(56) %	78	11	11	100
	6 u.m.	(88) %	77	10	13	100
Gamma(X ²)			ohne Kind .31 ²	mit Kind .26		

1) Zum Teil wird dies aus unseren Daten dadurch belegt, daß von den bis 2 Jahre verheirateten Frauen etwa die Hälfte der Arbeiterinnen, jedoch nur ein Viertel der Angestellten Kinder hat. Dieser Unterschied kann allerdings dadurch überhöht sein, daß Angestellte nach der Geburt des ersten Kindes häufiger (zumindest vorübergehend) aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

In den Tabellen 49 und 50 zeigt sich, daß dies in zweierlei Hinsicht der Fall ist. Bei Arbeiterinnen ohne Kinder und tendenziell auch bei Arbeiterinnen und Angestellten mit Kindern nimmt die gesundheitliche Erschöpfung mit der Ehedauer zu und bei den Angestellten ohne Kinder steigt mit zunehmender Ehedauer der Anteil jener Frauen, die durch ein niedriges psychosoziales Wohlbefinden gekennzeichnet sind. Wenngleich diese Zusammenhänge nicht allzu stark sind, kann man doch annehmen, daß es bei Frauen ohne Kinder in der Tat die "Familienkarriere" bzw. die familiären Erfahrungen sind, welche mitverantwortlich sind, für das schlechtere gesundheitliche Befinden länger verheirateter Frauen.¹⁾

Als Erklärung für diese Tendenzen bieten sich aus unseren Daten selbst einige Hinweise an, da sich zeigt, daß auch andere Aspekte der Familiensituation bzw. der sozialen Lage der Frau nach Familienstatus und Ehedauer variieren. So sieht man zunächst bei den Arbeiterinnen und hier vor allem bei den kinderlosen Frauen, daß einerseits die Ehezufriedenheit mit zunehmender Ehedauer abnimmt, andererseits die Häufigkeit steigt, daß der Ehegatte der Frau nach den Angaben der Frau ab und zu "mehr trinkt, als ihm guttut" (vgl. Tabelle 51).

1) Analoge Aufgliederungen des gesundheitlichen Befindens nach dem Alter und der Dauer der Berufstätigkeit der Frauen zeigten tendenziell ähnliche Zusammenhänge, jedoch nicht so deutliche wie die Ehedauer bei den Frauen ohne Kinder. Bei den Frauen mit Kindern mag dagegen sehr wohl die größere berufliche und haushaltsmäßige Belastung der länger verheirateten Frauen (die häufiger auch schon zwei Kinder haben) die Hauptursache für die stärkere gesundheitliche Erschöpfung sein.

Tabelle 51: Korrelate der Position im Familienzyklus nach beruflicher Stellung

Ehedauer in Jahren	Arbeiterinnen						Angestellte						GAMMA (χ^2 , df)			
	- 2 (N)	%	3 - 5 (N)	%	6 u.m. (N)	%	- 2 (N)	%	3 - 5 (N)	%	6 u.m. (N)	%				
Anteile von Frauen, deren Ehe sehr glücklich ist	OK ¹ MK ¹	(125) (85)	32 25	(59) (170)	20 17	(49) (243)	14 12	.32 ^{xx} .10 ^x	(6)	(200) (50)	40 29	(72) (84)	25 18	(41) (87)	26 18	.25 -.03
Anteile von Frauen, denen die sexuelle Erfüllung sehr wichtig ist	OK MK	(118) (77)	29 43	(54) (157)	26 32	(44) (217)	18 29	-.13 -.13	(4)	(195) (47)	39 51	(68) (82)	22 35	(40) (85)	25 39	-.27 -.20 ^{xx}
Anteile von Frauen, mit Berufsschwe u.m. (Arb.) bzw. mit Matura (Ang.)	OK MK	(124) (87)	29 33	(59) (174)	30 30	(50) (245)	18 28	.15 .05	(6)	(200) (51)	25 18	(72) (84)	21 20	(42) (87)	21 2	.09 .12 ^{xx}
Anteile von Frauen, die gleich alt oder älter sind als ihr Ehegatte	OK MK	(116) (80)	17 21	(54) (167)	22 20	(42) (227)	17 11	.10 -.16	(4)	(188) (48)	22 19	(70) (79)	13 24	(41) (86)	7 15	-.22 ^{xx} -.00
Anteile von Frauen, deren Ehegatte ab und zu trinkt	OK MK	(121) (84)	31 31	(58) (172)	57 49	(49) (240)	47 47	.28 ^x .13 ^x	(4)	(198) (51)	17 23	(72) (83)	29 32	(42) (84)	17 20	.12 ^x -.09

1) OK: Frauen ohne Kind
MK: Frauen mit Kind(ern)

Daß das Trinken des Ehemannes in der Tat eine sehr zentrale Determinante für die persönliche Situation der verheirateten Frau darstellt, zeigt sich in Tabelle 52: Frauen, die angeben, daß ihr Mann ab und zu trinkt, zeigen sich in ihrem eigenen gesundheitlichen Befinden signifikant beeinträchtigt. So ist bei allen Arbeiterinnen die gesundheitliche Erschöpfung und das psychosoziale Mißbefinden höher, bei den Arbeiterinnen mit Kindern auch die allgemeine Zufriedenheit niedriger, während bei den Angestellten Mißbefinden und Wohlbefinden der Frauen davon beeinflußt werden.

Tabelle 52: Assoziationen zwischen Indikatoren des gesundheitlichen Befindens und Trinken des Ehegatten¹⁾ nach beruflicher Stellung und Familienstatus (GAMMA)

	Arbeiterinnen		Angestellte	
	ohne Kind (N) (232)	mit Kind(ern) (507)	ohne Kind (316)	mit Kind(ern) (221)
Gesundheitl. Erschöpfung	-.23 ^x	-.13 ^{xx}	-.36	.03
Psychosoz. Mißbefinden	-.16	-.21 ^{xxx}	-.24 ^x	-.14
Psychosoz. Wohlbefinden	-.09	.06	.15	.37 ^{xx}
Allgemeine Zufriedenheit	-.09	-.26 ^x	-.07	-.26

1) Antworten auf die Frage: Wie oft kommt es vor, daß Ihr Mann mehr trinkt als ihm gut tut?

Es kommt vor/selten/fast nie (Fr. 129)

Der Zusammenhang zwischen gesundheitlichem Befinden der Frau und Trinken ihres Ehegatten ist zweifellos sehr komplex. Abgesehen von möglichen Faktoren der Persönlichkeit und latenten Bedürfnissen auf Seiten der Ehefrauen selbst, die zu einer Selektion von spezifischen zum Trinken tendierenden Ehepartnern führen können (DAY, 1961; BERNER, 1962),¹⁾ wird man jedoch annehmen müssen, daß ein über das "Normale" hinausgehendes Trinken des Mannes schwerwiegende Konsequenzen für die Ehebeziehung und das Familienleben hat.

Sozialpsychiatrische und psychologische Untersuchungen von Alkoholikern haben gezeigt, daß bei ihnen Gattenkonflikte besonders häufig auftreten, wobei der Mann als Folge des Trinkens immer mehr Aspekte seiner Rolle als Familienoberhaupt an die Frau abtreten muß. Da er diese aber dennoch vielfach wieder beansprucht, ergeben sich in der Folge Ehekonflikte (STROTZKA, 1969:67; SCHULZ, 1967:65).

Tabelle 53: Assoziationen zwischen Trinken des Mannes und ausgewählten Aspekten der familiären Situation der Frau nach beruflicher Stellung und Familienstatus (GAMMA)

	(N)	Arbeiterinnen		Angestellte	
		ohne Kind (232)	mit Kind(ern) (502)	ohne Kind (315)	mit Kind(ern) (220)
Eheglück		.27 ^{xxx}	.37 ^{xxx}	.39 ^{xxx}	.52 ^{xxx}
Erfolg als Gattin bzw. Mutter		-.19	-.12	-.21	-.22 ^x
Auskommen mit dem Geld		-.05	-.24 ^{xx}	-.35 ^x	-.15
Letzte Schwangerschaft kam unerwartet		.28 ¹	.07	.53 ¹	.36 ^(x)

1) N bei Arbeiterinnen = 57 Angestellten = 55

1) Ein Hinweis darauf ergibt sich auch aus unseren Daten: Frauen, die angeben, daß ihr Mann ab und zu trinkt, bezeichnen sich selbst häufiger als weniger erfolgreiche Gattinnen bzw. Mütter (vgl. Tabelle 53). Dieser Zusammenhang ist allerdings nur bei Angestellten relativ deutlich.

Daß das Trinken des Ehegatten sich vor allem über eine Verschlechterung des Ehe- bzw. Familienklimas negativ auf das gesundheitliche Befinden der Frauen auswirkt, legen die Ergebnisse in Tabelle 53 nahe, in denen sich zeigt, daß Frauen, deren Mann ab und zu trinkt, mit ihrer Ehe weniger zufrieden sind. Tabelle 53 gibt auch Hinweise darauf, in welcher Weise es zu einer solchen Veränderung der familiären Situation kommen kann, nämlich zum einen dadurch, daß die ökonomische Situation der Familie sich verschlechtert, zum anderen dadurch, daß die Frau weniger gut in der Lage ist, eine effiziente Familienplanung durchzuführen. Während der erstere dieser beiden Aspekte vor allem bei Arbeiterinnen mit Kindern und Angestellten ohne Kinder relevant ist, hat der letztere eher bei den Angestellten Bedeutung (näheres dazu weiter unten). Zur Vervollständigung dieses Exkurses über die Effekte des Trinkens des Ehegatten ist noch ein Aspekt zu behandeln, nämlich die Problematik der unterschiedlichen Bedeutung des Phänomens in schicht-spezifischer und regionaler Hinsicht. Für ein adäquates Verständnis des schwereren Trinkens ist es unumgänglich sich vor Augen zu halten, daß "Alkohol die legale und soziale integrierte Droge des angloeuropäischen Kulturraums" darstellt und der Konsum von Alkohol bei vielen Gelegenheiten als eine "ritualisierte Verpflichtung" gilt, der man sich nur schwer entziehen kann (LEGNARO, 1973). Wenngleich der "normale" Konsum von Alkohol nur wenig nach sozialen Schichten variiert, ist es doch kaum überraschend, daß dies bei der Krankheitserscheinung des schweren Alkoholismus sehr wohl der Fall ist, da die Fähigkeit zur "Kontrolle" des Alkoholgenusses zweifellos schichtspezifisch sehr unterschiedlich verteilt ist. So zeigten Auswertungen von Akten des Wohlfahrtsamtes der Stadt Wien, in denen über 1.000 von der Fürsorge erfaßte Familien untersucht worden waren, daß nahezu die Hälfte der männlichen Alkoholiker

als ungelernte Arbeiter, insgesamt fast drei Viertel als Arbeiter tätig waren (TANDLER & KRAUS, 1963). Dieses Faktum ist umso gravierender, als auch die Erfolgsprognose bei der Behandlung von Alkoholikern, die als Arbeiter tätig sind, schlechter ist als bei Angestellten (SCHULZ, 1967:109).

Neben der Schichtzugehörigkeit ist hier noch eine weitere Dimension von Relevanz, nämlich die regionale Zugehörigkeit. Hier haben sozialpsychiatrische Studien gezeigt, daß Alkoholismus besonders ein Problem der ländlichen Bevölkerung darstellt und zwar vermutlich gerade dort, wo diese sich in rapiden Umschichtungen befindet (BERNER, 1962; STROTZKA, 1969a:77 f.). Beide Aspekte - die schichtspezifische und regionale Variation des Trinkens und seiner Effekte - lassen sich auch durch die vorliegende Studie belegen.

So hatten wir bereits festgestellt, daß das Trinken des Mannes nur bei Arbeiterinnen im Laufe der Ehe signifikant zunimmt (vgl. Tabelle 51). Darüberhinaus zeigten sich diese Differenzen schon in der Häufigkeit der Angaben der Frauen, ob ihr Mann ab und zu trinkt, sehr deutlich. Während etwa ein Zehntel der Arbeiterinnen angibt, übermäßiges Trinken des Mannes komme vor und gut ein weiteres Drittel, es komme zumindest hier und da ("selten") vor, betragen die entsprechenden Anteile bei den Angestellten nur 5 % bzw. knapp ein Viertel. Während sich aber in der Häufigkeit dieser Angaben nur ein geringer Unterschied in regionaler Hinsicht zeigt, ergibt sich aus Tabelle 54, daß die

Tabelle 54: Assoziationen zwischen Ehedauer und Trinken des Mannes nach Gemeindegröße und Familienstatus bei Arbeiterinnen

Gemeindegröße	- 2.000 EW		2.000 - unter 1 Mio EW		über 1 Mio EW (Wien)	
	(N)	GAMMA	(N)	GAMMA	(N)	GAMMA
ohne Kind	(72)	.54 ^{xxx}	(81)	.31 ^x	(62)	.18
mit Kind(ern)	(143)	.29 ^x	(198)	.03	(120)	.08

Häufigkeit des Trinkens im Laufe der Ehe umso stärker zunimmt, je kleiner die Gemeinde ist, in welcher die Frauen wohnen.¹⁾

Andere soziale Konstellationen als bei den Arbeiterinnen sind vermutlich bei den Angestellten für die oben festgestellte Veränderung des gesundheitlichen Befindens verantwortlich. Dies ist bereits aufgrund der Tatsache zu vermuten, daß bei ihnen nicht eine Verschlechterung des gesundheitlichen Befindens im Laufe des Familienzyklus festzustellen war, sondern lediglich eine Reduktion des psychosozialen Wohlbefindens. Jungeverheiratete Angestellte und zwar besonders die noch kinderlosen Angestellten wiesen besonders häufig ein hohes psychosoziales Wohlbefinden auf (vgl. Tabelle 50). In dieselbe Richtung weist auch die Tatsache, daß die erotisch-sexuelle Erfüllung den jungverheirateten Angestellten persönlich häufiger sehr wichtig erscheint als bereits länger verheirateten Angestellten (vgl. Tabelle 51). Hier wird eine Erklärung also in erster Linie in der besonderen Situation der erst kurz gegenüber den schon länger verheirateten Frauen zu suchen sein.

Wir haben oben festgestellt (vgl. Anm. oben, S. 357), daß Angestellte häufiger als Arbeiterinnen in der Lage sind, den Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes selbst zu bestimmen und daß diese Geburt bei ihnen häufiger erst eine gewisse Zeit nach der Eheschließung erfolgt.

1) Hier ist allerdings zu berücksichtigen, daß selbst die von uns als "länger verheiratet" klassifizierten Frauen absolut erst relativ kurz (etwa 6 bis 10 Jahre) verheiratet sind. Es ist denkbar, daß Alkoholismus ein besonders in jüngeren Altersgruppen verbreitetes Phänomen darstellt (so berichten TANDLER und KRAUS [1963], daß männliche Alkoholiker jünger als der Bevölkerungsdurchschnitt sind). Laut BERNER (1962:242 ff.) sind Trinker in ländlichen Gemeinden allerdings am häufigsten zwischen 40 und 60 Jahre alt.

Amerikanische Studien haben ergeben, daß bei Frauen mit erfolgreicher Familienplanung das Intervall zwischen Heirat und Geburt des ersten Kindes meist länger wird als ursprünglich beabsichtigt und daß zwei Drittel jener Frauen, die auch die Dauer dieses Intervalls zu planen in der Lage sind, ihr erstes Kind frühestens drei Jahre nach der Eheschließung bekommen. Je kürzer die Periode zwischen Eheschließung und Geburt des ersten Kindes ist, desto größer ist der Anteil von Frauen, die der Ansicht sind, ihr erstes Kind sei zu früh gekommen (WHELPTON 1966; CHRISTENSEN, 1968). Es ist außerdem bekannt, daß auch in Europa ein sehr großer Anteil (zwischen einem Viertel und einem Drittel) aller erstgeborenen Kinder bereits vor der Eheschließung gezeugt werden und häufig den Anstoß zur Eheschließung geben (KÖNIG, 1969:246; GRAFINGER, 1973). Dies wird durch die Ergebnisse in Tabelle 55 bestätigt:

Tabelle 55: Psychosoziales Wohlbefinden nach Planung der letzten Schwangerschaft und beruflicher Stellung bei Frauen mit Kindern

Die letzte Schwangerschaft kam	Arbeiterinnen		Angestellte	
	unerwartet (N) (250) %	erwartet (216) %	unerwartet (127) %	erwartet (90) %
Psychosoziales Wohlbefinden				
niedrig	40	34	50	32
mittel	30	31	23	33
hoch	30	35	27	35
zusammen	100	100	100	100
GAMMA (χ^2)	.10		.26 ^{**}	

Angestellte, deren letzte Schwangerschaft unerwartet gekommen ist, zeigen ein niedrigeres psychosoziales Wohlbefinden als jene, bei denen sie erwartet war.

Wie Tabelle 56 zeigt, ist dieser Zusammenhang bei jungverheirateten Angestellten am stärksten.

Tabelle 56: Ehezufriedenheit, psychosoziales Wohlbefinden und ökonomische Situation der Familie nach Planung der letzten Schwangerschaft und Ehedauer bei Angestellten mit Kindern

Ehedauer in Jahren	6 u.m. (N) %	3-5 (N) %	- 2 Jahre (N) %
a) Anteile von Frauen, deren Ehe außerordentlich glücklich ist			
unerwartet	(49) 16	(43) 16	(34) 18
erwartet	(34) 22	(37) 20	(17) [53]
GAMMA (X^2 , df=2)	.27	.20	.52 ^x
b) Anteile von Frauen mit hohem psychosozialem Wohlbefinden			
unerwartet	(49) 22	(43) 25	(34) 32
erwartet	(34) 27	(37) 24	(17) [65]
GAMMA (X^2 , df=2)	.24	.11	.67 ^{xx}
c) Anteile von Frauen, die mit ihrem Geld gut auskommen			
unerwartet	(49) 14	(43) 9	(33) 15
erwartet	(34) 18	(37) 16	(17) [47]
GAMMA (X^2 , df=)	-.31	-.36	-.50 ^(x)

Hier besteht sowohl im Eheglück als auch im psychosozialen Wohlbefinden ein sehr deutlicher Unterschied zwischen Frauen, deren Schwangerschaft erwartet oder unerwartet kam (aufgrund der geringen Besetzungszahlen kann dieses Ergebnis allerdings nur hypothetische Aussagekraft beanspruchen). Dies ist auch verständlich, wenn man sich vorstellt, daß die sozialen Folgen einer ungeplanten Schwangerschaft und Geburt gerade bei jungen Ehen, die am Beginn ihres Haushaltsaufbaues stehen, gravierender sein werden - einerseits, weil eine solche Schwangerschaft selbst ein Indikator einer teilweise erzwungenen Heirat ist, andererseits, weil die ökonomische Situation einer sehr jungen Familie weniger gesichert sein wird als jene eines länger verheirateten Ehepaares, das sich Wohnung und Haushaltseinrichtung bereits vor der Geburt des ersten Kindes anschaffen konnte.

Auch diese Vermutung wird durch unsere Ergebnisse belegt (vgl. Tabelle 56): die ökonomische Situation ist gerade bei jungen Familien mit Kindern besonders günstig, bei denen das erste Kind geplant worden war. Neben der Familienplanung scheint bei Angestellten noch ein weiterer Aspekt nicht ohne Bedeutung für die Veränderung der sozialen Lage der Frau im Laufe von Ehe und Familienzyklus zu sein, nämlich die relative Macht der Frau in der Ehe. Als Hinweise darauf könnten die Ergebnisse in Tabelle 51 angesehen werden, nach denen kürzer verheiratete Angestellte tendenziell eine höhere Bildung haben und häufiger gleich alt oder älter sind als ihr Ehegatte als länger verheiratete Frauen. Daß nicht nur bessere Bildung, sondern auch ein geringerer Altersabstand zwischen den Ehegatten einen relativen Machtzuwachs der Frau gegenüber dem Mann zu Folge haben kann, vermutete etwa SZINOVACZ (1975:277):

"...bei deutlich ausgeprägten Altersunterschieden zwischen den Ehepartnern, wobei in der Regel die Frau wesentlich jünger als der Mann ist, (wird) der Gatte aufgrund seiner rein altersmäßig begründeten größeren Erfahrungen und Kenntnisse eine Gestaltung der familiären Entscheidungskontrolle nach seinen Vorstellungen eher durchzusetzen imstande sein - dies umso mehr, wenn die Frau zum Zeitpunkt der Eheschließung relativ jung war."

Von derselben Autorin konnte in einer Analyse der Daten der vorliegenden Studie auch nachgewiesen werden, daß die Ehezufriedenheit von Angestellten durch eine Abweichung von egalitären Entscheidungsmustern in der Ehe negativ beeinflusst wurde (SZINOVACZ, 1975:310 ff.).

Wir können damit versuchen, die wichtigsten Ergebnisse dieses Abschnittes kurz zu resümieren. Hierzu ist zunächst zu bemerken, daß wir in diesen Analysen (wie im größten Teil des vorliegenden Berichtes) nur die beiden großen Gruppen von Arbeiterinnen und Angestellten einander gegenübergestellt haben, ohne genauer nach Unterschieden innerhalb dieser Kategorien zu differenzieren. Dies war deswegen gerechtfertigt, weil sich in detaillierten Analysen gezeigt hatte, daß etwa die Unterschiede zwischen Hilfs- und Facharbeiterinnen einerseits, zwischen Verkäuferinnen und Büroangestellten andererseits weniger ins Gewicht fallen als jene zwischen diesen beiden großen Gruppen, sodaß es nicht ganz ungerechtfertigt erscheint, sie als Indikatoren typischer Lebensstile von Arbeiterklasse und Mittelschicht zu interpretieren (vgl. HALLER, 1973a,b).

Die Ergebnisse dieses Abschnittes haben dies insofern ergänzt, als sie aufgezeigt haben, daß auch das gesundheitliche Befinden sich im Laufe der Ehe- und Familienkarriere der Frauen verändert. Während schon aus älteren

sozialepidemiologischen Studien bekannt war, daß gerade jungverheiratete Frauen ein recht günstiges Bild hinsichtlich des Auftretens von vegetativen Beschwerden und psychosozialen Gesundheitsstörungen zeigen (PFLANZ, 1962:241), konnte unsere Studie diese Ergebnisse in der Hinsicht vertiefen, daß sie die typischen sozialen Konstellationen aufzeigte, welche dazu führen, daß dieser Befund zustande kommt. Sie konnten auch die Ergebnisse einschlägiger familiensoziologischer Forschungen dahingehend ergänzen, daß sich die typischen Probleme und Konflikte von Ehen und Familien, die deutlich nach sozialer Schicht und regionaler Zugehörigkeit variieren, bis in das gesundheitliche Befinden der Frauen auswirken. Als zentral erwiesen sich dabei das Problem des Trinkens des Ehegatten für ländliche Arbeiterfamilien und die Frage der effizienten Familienplanung für Frauen und Familien in städtischen Mittelschichten.

4.3. Gesundheitliches Befinden nach Herkunft und gesellschaftlicher Lage der Frauen

Die Determination von Gesundheitsstörungen durch die soziale Lage, insbesondere im Sinne der Schichtzugehörigkeit einer Person, gehört zu den traditionellen Fragestellungen der Medizinsoziologie und wurde besonders für den Bereich der psychosozialen Erkrankungen häufig untersucht. So wurden die Befunde von HOLLINGSHEAD und REDLICH¹, klassischer Studie (1958; dt. 1975) über die schichtspezifisch ungleiche Verteilung psychischer Erkrankungen durch eine Vielzahl neuerer empirischer Studien bestätigt, teilweise aber auch modifiziert. Zu diesem Bereich gilt allerdings in besonderem Maße die Feststellung von SACK (1973:236), daß Belege für den Zusammenhang zwischen Erkrankungen und sozialen Faktoren bereits in "schwelgerischer Redundanz" vorliegen. In kritischen Diskussionen wird daher zu Recht moniert, daß sich die Aussagekraft des Nachweises globaler Zusammenhänge zwischen Schichtzugehörigkeit und Erkrankungen weitgehend erschöpft hat. Dies nicht nur deswegen, weil globale Indikatoren des sozialen Status inhaltlich schwer interpretierbar und methodisch problematisch sind (GLEISS, SEIDEL, ABHOLZ, 1975:25-33), sondern auch deshalb, weil damit lediglich "Strukturen" beschrieben werden ohne zu hinterfragen, inwieweit die Strukturen selbst "therapieresistent" sind oder nicht (vgl. DEPPE [1978:82] und - in einem anderen Kontext - FRÖHLICH [1978:31-35]). Im vorliegenden Bericht gingen wir explizit von einem anderen Ansatz aus, nämlich jenem, die charakteristische soziale Lage und die spezifischen Probleme eines klar abgegrenzten Kollektivs detailliert zu beschreiben und mit dem gesundheitlichen Befinden in Zusammenhang zu bringen. Diese Zielsetzung soll auch in diesem letzten Abschnitt beibehalten werden, in dem es darum geht, die Relevanz der gesellschaftlichen "Verortung" der Frauen

und ihrer Familien in den Strukturen der sozialen Ungleichheit zu untersuchen. Wir werden uns daher auch hier nicht damit begnügen, allein Zusammenhänge zwischen Schichtzugehörigkeit und Mobilität der Frauen und ihrer wichtigsten Bezugspersonen aufzuzeigen, sondern ansatzweise auch einige jener Dimensionen genauer herauszuarbeiten, von denen zu vermuten ist, daß sie wichtige Zwischenglieder im Zusammenhang von sozialer Lage und gesundheitlichen Störungen darstellen.

4.3.1. Effekte sozialer Mobilität

Bevor wir auf die Relevanz der derzeitigen ökonomischen und sozialen Lage der jungen Frauen und ihrer Familie für das gesundheitliche Befinden eingehen, soll untersucht werden, ob sich direkte Effekte der sozialen Herkunft der Frauen, ihrer Mobilität durch eigene Ausbildung und Berufskarriere und durch Heirat nachweisen lassen. Einleitend sollen kurz zwei allgemeine Fragen diskutiert werden, nämlich die gesellschaftliche Relevanz dieser Fragestellung sowie ihre besondere Ausprägung im Falle der Frauen.

Die Problematik von möglichen Folgen sozialer Mobilität für die involvierten Personen findet in der soziologischen Forschung schon seit längerer Zeit beträchtliches Interesse. Dahinter steht wohl die Erwartung, durch die Untersuchung dieser Fragestellung genaueren Aufschluß über das "emanzipatorische Potential" sozialer Mobilität (ORTMANN, 1971:26) zu erhalten, also über die Möglichkeit, soziale Ungleichheit durch individuellen oder kollektiven Aufstieg von Personen, Familien oder größeren sozialen Gruppen teilweise zu überwinden oder den Fortbestand dieser Ungleichheit zumindest besser rechtfertigen zu können.

Denn wenn sich zeigen ließe, um eines der am häufigsten untersuchten Probleme zu nennen (vgl. z.B. STUCKERT, 1963), daß sozialer Aufstieg infolge einer gewissen Entfremdung von der Herkunftsschicht und gleichzeitig einer ungenügenden Integration in die neue soziale Umwelt zu einer Einschränkung der sozialen Beziehungen und damit zu einer Verarmung der persönlichen Beziehungen führt, müßte man sozialen Aufstieg wohl etwas weniger positiv bewerten als es manche enthusiastischen Verfechter der Leistungsfähigkeit moderner "Industriegesellschaften" tun. Mobilität kann also nicht nur wünschenswert sein, sondern auch eine Reihe von persönlichen und sozialen "Kosten" für die Betroffenen mit sich bringen (STACEY, 1967). Die Untersuchung dieser Kosten stellt nicht nur eine bedeutende wissenschaftliche Fragestellung dar (vgl. dazu auch BERGER & LUCKMANN, 1964), sondern auch ein gesellschaftspolitisch wichtiges Problem. In diesem Zusammenhang ist es jedoch von besonderer Bedeutung festzuhalten, daß sich die Untersuchung von Folgen sozialer Mobilität nicht nur auf Aufstiegsprozesse beschränken darf, sondern auch sozialen Abstieg untersuchen muß. Gerade die Frage nach möglichen Mobilitätskosten (im Falle eines Abstieges sollte man vielleicht besser von "Mobilitätsverlusten" sprechen) erhält dadurch eine breitere Perspektive.

Eine zweite Bemerkung betrifft die Frage nach der besonderen Relevanz von Mobilitätsprozessen im Falle der Frau. Die Chancen zu sozialer Mobilität sind im Falle von Frauen schon zum Teil deswegen anders strukturiert als bei Männern, weil Frauen weniger gut ausgebildet sind als Männer, und sich in weniger qualifizierten Positionen befinden und ihre Berufskarriere häufiger vorübergehend oder länger unterbrechen. Es wäre jedoch falsch, daraus zu folgern, daß die Frau sozialen Aufstieg ausschließlich

oder hauptsächlich durch Heirat, nicht jedoch durch eigene schulische und berufliche Leistung erlangen könne.¹⁾ Denn trotz der genannten Benachteiligungen sind auch Frauen in den meisten qualifizierten Berufen absolut gesehen in beträchtlicher Anzahl vertreten, finden auch Frauen in ihrem Beruf wichtige Quellen nicht nur für persönliche Erfüllung (vgl. dazu auch Abschnitt 4.2. dieses Berichtes), sondern auch für die Aufrechterhaltung eines angemessenen persönlichen Lebensstiles und sozialen Status. Wir müssen also davon ausgehen, wenn es überhaupt Effekte sozialer Mobilität gibt, daß beide Formen sozialer Mobilität von Frauen - durch eigene Bildung bzw. Berufslaufbahn und durch Heirat - solche Effekte ausüben können.

Wir postulieren also nur zwei grundsätzliche Hypothesen über mögliche Effekte der sozialen Mobilität auf das gesundheitliche Befinden, nämlich

(1) sozialer Aufstieg und Abstieg haben unterschiedliche Effekte (Aufstieg sollte sich eher in einer Erhöhung des Wohlbefindens bzw. der allgemeinen Zufriedenheit auswirken, Abstieg eher in vermehrtem Auftreten von Gesundheitsstörungen), und

(2) sowohl die Mobilität der Frau durch Bildung und Beruf, also gegenüber ihrer sozialen Herkunft, als auch jene durch Heirat (hier kann der Vergleichsmaßstab auch der Status der Frau selbst sein) haben möglicherweise Effekte auf das gesundheitliche Befinden.

Im Hinblick auf die Aussagekraft unserer Daten in Bezug auf die Analyse von Mobilitätseffekten sind allerdings einige gewichtige Einschränkungen festzuhalten. Die wichtigste betrifft jene, daß unsere Stichprobe nicht das gesamte

1) Eine systematische Kritik dieser in der soziologischen Theorie (z.B. bei T. PARSONS) ebenso wie in der Erforschung von Mobilitätsmustern und -effekten bei Frauen häufigen These versuchte ich in anderem Zusammenhang zu geben (HALLER, 1978).

Spektrum der gesellschaftlichen Statushierarchie umfaßt: Vor allem Frauen in hochqualifizierten Positionen, möglicherweise aber auch Frauen in sehr gering qualifizierten Positionen sind nicht vertreten, sodaß wir beim Nichtauftreten von Effekten das Bestehen solcher Effekte nicht prinzipiell in Frage stellen können. Eine Einschränkung stellt weiters auch die Tatsache dar, daß wir nur junge Frauen befragten, die sich selbst ebenso wie ihre Ehegatten erst am Beginn der Berufskarriere befinden. Die derzeitige Position mag daher oft noch keineswegs als die endgültige anzusehen sein, die von den Frauen und ihren Familien später erreicht wird (oder die man zumindest noch erhoffen kann zu erreichen). Dieses Manko hängt eng mit der dritten Einschränkung zusammen, nämlich der, daß wir nur eine Querschnittsaufnahme der derzeitigen Lebenserfahrungen in einer Längsschnittperspektive verfolgen können (ein solcher idealer Ansatz konnte bisher allerdings sehr selten verwirklicht werden).

Zwei Bemerkungen betreffen die Methodik, mit der wir im folgenden die Mobilitätseffekte untersuchen, und zwar einerseits die Abgrenzung sozialer Schichten und andererseits die methodische Feststellung von solchen Effekten.

Zur Abgrenzung sozialer Schichten wurde in dieser Studie ein eigener Schichtindex entwickelt, der sich relativ einfach beschreiben läßt (vgl. dazu ausführlich ROSENMAYR, 1969:33-39; HALLER, 1973, 2. Band, S. 541-44): Als Grundmerkmal für die Schichtzuordnung wurde die Berufsposition und als Korrekturfaktor die Schulbildung verwendet. Für Berufspositionen über dem ungelernten Arbeiter wurde jeweils eine Mindestschulbildung als notwendig definiert; war sie nicht gegeben, wurde die Person eine Schicht niedriger eingestuft. Daraus ergaben sich die folgenden 4 sozialen Schichten:

Schicht	Kurzbezeichnung	Berufsposition	Mindestbildung
I	Einfache Arbeiterschicht	Hilfs- und angelernte Arbeiter	----
II	Gehobene Arbeiterschicht	Facharbeiter (Verkäuferin), kleine Selbständige	Lehre
III	Untere Mittelschicht	Einfache Angestellte, Vorarbeiter, mittlere Selbständige	Lehre, Fachschule
IV	Mittlere Mittelschicht	Angestellte, mittlere und große Selbständige	Matura

54 % der von uns befragten Frauen fallen in Schicht I, 17 % in Schicht II, 22 % in Schicht III und 7 % in Schicht IV.

Es handelt sich hier also um einen "socioeducational" Index, der gegenüber Indizes mit mehreren gewichteten Faktoren den Vorzug hat, daß er relativ klar interpretierbar ist. Aus Gründen der Besetzungszahl fassen wir in den folgenden Analysen Schicht III und IV beim Vater und Ehegatten der Frau zusammen (als Indikator der sozialen Herkunft beschränken wir uns auf die Schichtzugehörigkeit des Vaters).

Einige kurze Bemerkungen zur statistischen

Methodik der Feststellung von Mobilitätseffekten. Die Feststellung solcher Effekte ist im vorliegenden Fall besonders komplex, da wir drei mögliche Mobilitätseffekte unterscheiden müssen: Effekte der Mobilität oder Statusdifferenz zwischen den Eltern und der Frau selbst, zwischen der Frau und ihrem Gatten und zwischen den Eltern und dem Gatten der Frau. Bloß tabellarische Analyse erweist sich infolge des Umfanges der damit gegebenen Typen als unzureichend. Aufgrund der Beschaffenheit unserer Daten erscheint es auch nicht zielführend, Methoden zu verwenden, die hohe Anforderungen an das Skalenniveau stellen (wie etwa Regressions- oder varianzanalytische Ansätze; vgl. dazu HERZ, 1976). Wir verwenden daher hierarchische, log-lineare Modelle zur Analyse der Mobilitätseffekte, bei denen wir die abhängigen (Gesundheits-) Variablen in

4 (gesundheitliche Erschöpfung) bzw. 3 (alle anderen Variablen) Ausprägungen zusammenfassen (was allerdings einen gewissen Informationsverlust bedeutet).

Die hierarchischen log-linearen Modelle wurden speziell entwickelt für die Analyse von diskreten Variablen, die üblicherweise nur mit Hilfe von Tabellenanalyse behandelt werden.

Sie erweisen sich damit gerade für soziologische Fragestellungen, in denen ein Großteil der Variablen nur auf dem Nominalniveau gemessen wird, als außerordentlich bedeutsam. Den entscheidenden Durchbruch in der Entwicklung dieser Modelle und ihrer Anwendung in der Soziologie brachte L.GOODMAN (1972), eine Einführung in jenen Teil des Modells, den wir hier verwenden, bringt DAVIS (1974), die erste umfassende Darstellung stammt von BISHOP, FIENBERG und HOLLAND (1975).

Die log-linearen Modelle bestehen im wesentlichen aus zwei voneinander unabhängigen Teilen;

(1) Verfahren zum Signifikanztest von hierarchischen Modellen und

(2) den log-linearen Techniken. Letztere heißen log-linear, weil sie von logarithmierten linearen Effekten ausgehen; da unsere Anwendung nur den ersten Teil betrifft, brauchen wir hier nicht darauf eingehen.

Für das Verständnis der hierarchischen Modelle sind drei Begriffe notwendig (vgl. dazu DAVIS, 1974).

Eine "odds-ratio" (relative Chance) ist das Verhältnis der Häufigkeit zweier Ausprägungen einer Variable zueinander; sie beträgt 1, falls diese Häufigkeiten gleich groß sind und variiert im übrigen von 0 aufwärts. Eine "bedingte (conditional) odds-ratio" ist die odds-ratio zweier Kategorien einer Variable unter Kontrolle einer anderen Variable und eine "relative odds-ratio" ist das Verhältnis zweier bedingter odds-ratios zueinander. Eine (einfache) odds-ratio heißt auch odds-ratio erster Ordnung, eine bedingte odds-ratio eine solche zweiter Ordnung und eine relative odds-ratio eine solche dritter Ordnung.

Abweichend vom üblichen Sprachgebrauch kann man daher auch von einem Ein-Variablen-Effekt (Verhältnis zweier Kategorien zueinander) und von einem Zwei-Variablen-Effekt sprechen (letzterer wird im üblichen Sprachgebrauch einfach als Assoziation bezeichnet).

Im Falle eines Drei-Variablen-Effektes wird es möglich von Interaktion zu sprechen: nämlich dann, wenn der Zusammenhang zwischen zwei Variablen modifiziert wird durch Einführung einer dritten Variable. Der große Vorteil solcher odds-ratios ist, daß sie invariant sind beim Austausch von Zeilen oder Spalten und

gegenüber Multiplikationen (BISHOP et al., 1975:14). Von Modellen spricht man in diesem Zusammenhang nur dann, wenn der Forscher a priori spezifiziert, ob und welche Effekte zweiter und höherer Ordnung er in einem System mit mehr Variablen als bestehend oder nicht bestehend annimmt. Aufgrund dieser Annahmen werden mit Hilfe der (einfachen) odds-ratios die zu erwartenden Zellenbesetzungen errechnet, diese mit den tatsächlichen verglichen und mit Hilfe eines geeigneten Chi-Quadrattestes (meist Likelihood-ratio- X^2 , der statistisch-mathematisch besser geeignet ist als der Pearsonsche X^2) kann dann bestimmt werden, ob die errechnete Verteilung von der beobachteten signifikant abweicht, d.h. ob ein Effekt besteht. Hierarchisch sind nun eine Reihe von Modellen dann, wenn sukzessiv Effekte höherer Ordnung eingeführt werden. Die Effekte höherer Ordnung können als Abweichungen von jenen niedrigerer Ordnung angesehen werden (BISHOP et al., 1975:67). Daraus ergibt sich unmittelbar die Strategie zur Bestimmung von Interaktionseffekten, die wir auch in unserem Falle (Mobilitätseffekte sind praktisch Interaktionseffekte dritter Ordnung) anwenden. Es werden zwei Modelle errechnet, von denen das eine den fraglichen Effekt enthält, das andere nicht. Durch Subtraktion der jeweiligen X^2 -Werte voneinander sowie der dazugehörigen Freiheitsgrade läßt sich dann bestimmen, ob der betreffende Effekt signifikant ist oder nicht (vgl. BISHOP et al., 1975:123 ff.). Die Signifikanz muß hier jedoch umgekehrt betrachtet werden als beim Test von Modellen selbst: während ein bestimmtes Modell dann "akzeptabel" ist, wenn der X^2 -Wert innerhalb des festgelegten akzeptierbaren Fehlerbereichs (also .05 oder .01) liegt, ist ein konkreter Einzeleffekt dann als bestehend anzunehmen, wenn der oben angeführte "Differenz-Test" einen oberhalb des kritischen Bereiches liegenden Signifikanzwert ergibt.

Die Analyse von Mobilitätseffekten auf die 4 Indikatoren des gesundheitlichen Befindens erbrachte nur für eine Variable signifikante Effekte, nämlich für das psychosoziale Mißbefinden (vgl. Tab. 57). Hier besteht ein Mobilitätseffekt der sozialen Herkunft der Frau, d.h. es besteht ein konsistenter Interaktionseffekt zwischen der Schichtzugehörigkeit der Frau selbst und der ihres Vaters auf das psychosoziale Mißbefinden, in allen möglichen Tests, die man durch Differenzbildung zwischen jeweils zwei Modellen machen kann, bei denen der three-way

Tabelle 57: Hierarchische Modelle für den Zusammenhang zwischen psychosozialem Mißbefinden (1) und Schichtzugehörigkeit der Frau (2), ihres Ehegatten (3) und Vaters (4)

Modell	Kontrolle der Effekte				df	χ^2
1	(234)	(1)			52	67.4
2	(234)	(12)			48	61.4
3	(234)	(13)			48	64.3
4	(234)	(14)			48	64.1
5	(234)	(12)	(13)		44	60.4
6	(234)	(12)	(14)		44	56.9
7	(234)	(13)	(14)		44	60.0
8	(234)	(12)	(13)	(14)	40	55.7
9	(234)	(123)	(14)		32	48.0
10	(234)	(124)	(13)		32	38.1
11	(234)	(134)	(12)		32	49.5
12	(234)	(123)	(124)		24	29.9
13	(234)	(123)	(134)		24	42.2
14	(234)	(124)	(134)		24	29.0
15	(234)	(123)	(124)	(134)	16	21.2

Differenz zwischen Modell	Test für Effekt	df	χ^2	p
8 - 10	(124)	8	17.6	<.05
9 - 12	(124)	8	18.1	<.02
11 - 14	(124)	8	20.5	<.01
13-15	(124)	8	21.0	<.01

Effekt {124} übrigbleibt (vgl. die untere Hälfte von Tabelle 57). Würde es sich allerdings nicht wie hier um einen three-way Effekt handeln, der eine sinnvolle inhaltliche Interpretation besitzt, würde man selbst diesen Effekt kaum als relevant ansehen können, da schon Modell 1 geeignet wäre, in dem nur ein Zusammenhang zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit des Vaters, des Ehegatten und der Frau, jedoch kein Effekt von diesen Variablen auf das psychosoziale Mißbefinden postuliert wird. Normalerweise würde man in einem solchen Falle die Suche nach Effekten höherer Ordnung eher abbrechen (vgl. dazu auch BISHOP et al., 1975:319). Wie dieser Mobilitätseffekt inhaltlich zu interpretieren ist, ergibt sich aus Tabelle 5. Auch hier zeigt sich, daß der Effekt keineswegs sehr stark ist.

Tabelle 58: Psychosoziales Mißbefinden nach der Schichtzugehörigkeit der Frau und ihres Vaters

Schichtzugehörigkeit			Psychosoziales Mißbefinden			
des Vaters	der Frau	(N)	niedrig	mittel	hoch	zusammen
1	1	(206) %	36	39	25	100
	2	(31) %	19	42	39	100
	3-4	(49) %	45	43	12	100
2	1	(60) %	23	50	27	100
	2	(36) %	39	36	25	100
	3-4	(66) %	49	30	21	100
3-4	1	(67) %	24	39	37	100
	2	(32) %	41	34	25	100
	3-4	(76) %	30	48	22	100

Inhaltlich das einzig sinnvoll interpretierbare Ergebnis scheint zu sein, daß Frauen, die gegenüber ihrem Vater einen sozialen Abstieg erlebt haben, besonders häufig durch ein hohes psychosoziales Mißbefinden gekennzeichnet sind.

Unsere methodisch sorgfältige Analyse von Mobilitätseffekten hat damit insgesamt nur sehr wenig Resultate im Hinblick auf gesundheitliches Befinden und allgemeine Lebenszufriedenheit ergeben. Daß allein sozialer Abstieg einen Effekt, und zwar einen negativen, auszuüben scheint, mag für die gesellschaftspolitische Einschätzung des "emanzipatorischen Potentials" von sozialer Mobilität nicht ohne Interesse sein.¹⁾

Die Verlässlichkeit dieses einzigen Ergebnisses im Hinblick auf Mobilität wird übrigens dadurch untermauert, daß auch die Autoren der sozialpsychiatrischen Feldstudie "Kleinburg" (STROTZKA, 1969:77) einen signifikanten Zusammenhang zwischen sozialem Abstieg und psychischer Krankheit feststellen konnten (vgl. auch KESSIN, 1971), wobei sie in der Lage waren festzustellen, daß die psychische Erkrankung dem Abstieg eher vorausging als umgekehrt.

Welche Folgerungen ergeben sich aus dem insgesamt betrachtet eher geringen Effekt von Mobilität auf das gesundheitliche Befinden? Abgesehen von der Einschränkung, daß wir mit unseren Ergebnissen das mögliche Auftreten solcher Effekte in anderen, repräsentativeren Stichproben nicht ausschließen können, muß man daraus unserer Ansicht nach

1) Das Fehlen signifikanter Effekte in Bezug auf gesundheitliches Befinden und Zufriedenheit schließt allerdings nicht aus, daß solche Effekte in anderen Lebensbereichen auftreten (vgl. dazu HALLER, 1973, Bd. II, Kap. X und HALLER, 1974).

nicht unbedingt folgern, daß die Problematik der sozialen Schichtung sowie der sozioökonomischen Lage der Familie für das gesundheitliche Befinden irrelevant ist. Diesen Aspekt kann man jedoch erst dann erfassen, wenn man nicht bloß die Schichtzugehörigkeit an sich, sondern auch die subjektive Perzeption der eigenen sozialen Lage durch die Frauen berücksichtigt. Dies soll im nächsten Abschnitt ansatzweise versucht werden.

4.3.2. Position des Ehegatten und sozioökonomische Lage der Familie

Wir haben im vorhergehenden Abschnitt festgestellt, daß sich praktisch keine direkten Beziehungen zwischen Schichtzugehörigkeit der Frauen und ihres Ehegatten und gesundheitlichem Befinden feststellen lassen (keiner der Effekte zweiter Ordnung in den Modellen 2 bis 11 von Tabelle 57 erwies sich als signifikant). Signifikante Effekte der sozioökonomischen Lage der Familie lassen sich jedoch nachweisen, wenn man spezifische Aspekte der Beurteilung der derzeitigen sozialen Lage durch die Frauen berücksichtigt. Ein erster dieser Aspekte ist die Zufriedenheit mit der Berufsposition des Ehegatten (vgl. Tabelle 59):

Tabelle 59: Assoziationen zwischen gesundheitlichem Befinden und Zufriedenheit mit der Berufsposition des Gatten nach Stellung im Beruf und Familienstatus (GAMMA)

	Arbeiterinnen		Angestellte		
	(N)	ohne Kind (238)	mit Kind (514)	ohne Kind (310)	mit Kind(ern) (216)
Gesundheitliche Erschöpfung		.14	.19 ^{xx}	.07	.18
Psychosoziales Mißbefinden		.16	.18	.09	.06
Psychosoziales Wohlbefinden		-.16	-.33 ^{xxx}	-.19	-.33 ^{xx}
Allgemeine Zufriedenheit		.51 ^{xxx}	.60 ^{xxx}	.40 ^{xx}	.46 ^{xxx}

Hier zeigen sich in allen Gruppen sehr starke Zusammenhänge mit der allgemeinen Zufriedenheit, bei Frauen mit Kindern auch mit dem psychosozialen Wohlbefinden. Eine Analyse der Zufriedenheit mit der Berufsposition des Gatten zeigt wiederum, daß diese primär durch das Einkommensniveau des Ehegatten, in zweiter Linie auch durch seine berufliche Position bestimmt wird (vgl. Tabelle 60).

Tabelle 60: Zufriedenheit mit der Berufsposition des Ehegatten nach Einkommen und beruflicher Stellung des Ehegatten und der Frau (Anteile von Frauen, die mit der Berufsposition ihres Mannes sehr zufrieden sind).

Monatliches Nettoeinkommen des Mannes	Arbeiterinnen		Verkäuferinnen		Büroangestellte	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
- 3.000	(306)	26	(64)	12	(70)	14
3.001 - 3.500	(180)	33	(49)	22	(55)	13
3.501 - 4.000	(176)	43	(41)	22	(76)	25
4.000 u.m.	(80)	64	(39)	59	(116)	40
GAMMA (X^2 , df=6)	-.32 ^{xxx}		-.41 ^{xxx}		-.44 ^{xxx}	
Berufsposition des Mannes						
Hilfs- oder angelernter Arbeiter	(214)	26) (103)	22	(73)	18
Facharbeiter	(337)	36				
Angestellter, Beamter o. Selbständiger	(196)	42	(107)	29	(252)	29
GAMMA (X^2 , df=4)	-.22 ^{xxx}		-.05		-.28 ^x	

Hier zeigt sich also sehr deutlich, daß die sozioökonomische Lage der Familie sehr wohl auch das allgemeine Befinden der Frauen tangiert, wenngleich nicht direkt, sondern vermittelt über die ~~Perzeption~~ ~~der eigenen~~ Situation durch die Frauen.¹⁾

Ähnliches zeigt sich auch im Hinblick auf zwei weitere Indikatoren der sozioökonomischen Lage der Familie, nämlich die Frage, wie die Frau mit dem ihr zur Verfügung stehenden Geld auskommt und wie zufrieden sie mit ihrer Wohnungssituation ist (vgl. Tabelle 61). Während die finanzielle Situation der Familie vor allem bei den Arbeiterinnen mit Kindern sehr deutlich mit mehreren Indikatoren des gesundheitlichen Befindens zusammenhängt, hat die Zufriedenheit mit der derzeitigen Wohnungssituation in allen Gruppen Effekte auf die allgemeine Zufriedenheit mit der derzeitigen Lebenssituation. In diesem Zusammenhang können wir auch auf die Ergebnisse einer in Wien durchgeführten Studie über Auswirkungen schlechter Wohnbedingungen verweisen, in der sich zeigte, daß die Wohnsituation eine relevante, wenngleich unspezifische (in dem Sinne der Wohnsituation als Ganzes und nicht einzelner negativer Aspekte wie Überfüllung usw.) Stresssituation darstellen kann, die insbesondere beim Vorliegen psychosozialer Störungen beeinträchtigend wirken kann (vgl. STROTZKA, GEHMACHER & KAUFMANN, 1971).

Die Implikation des Sachverhaltes, daß dagegen kaum ein Zusammenhang des gesundheitlichen Befindens mit einem Indikator wie der Schichtzugehörigkeit festgestellt werden

1) Vgl. dazu auch das Ergebnis von Abschnitt 4.2.2.1., daß die Einstellung des Ehegatten zur Berufstätigkeit der Frau eine wichtige Dimension der Berufsverbundenheit der Frauen darstellt.

Tabelle 61: Assoziation zwischen Indikatoren des gesundheitlichen Befindens und der sozioökonomischen Lage der Familie¹⁾ nach beruflicher Stellung und Familienstatus der Frau (GAMMA)

	Arbeiterinnen		Angestellte		
	(N)	ohne Kind (235)	mit Kind(ern) (504)	ohne Kind (317)	mit Kind(ern) (223)
a) <u>Finanzielle Lage der Familie¹⁾</u>					
Gesundheitliche Erschöpfung		-.01	.24 ^{xx}	.14	.35 ^{xx}
Psychosoziales Mißbefinden		.12	.20 ^{xxx}	.02	.19
Psychosoziales Wohlbefinden		.02	-.18	-.09	-.24
Allgemeine Zufriedenheit		.24 ^{xx}	.42 ^{xxx}	.13	.33
b) <u>Zufriedenheit mit der Wohnungssituation²⁾</u>					
Allgemeine Zufriedenheit		.46 ^{xx}	.25 ^{xx}	.33 ^{xx}	.34 ^x

1) Antworten auf Frage 99: Kommen Sie mit Ihrem Geld gut aus?
Ja/ganz gut/knapp/nein.

2) Antworten auf Frage 91: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer jetzigen Wohnung?
Sehr zufrieden/ziemlich zufrieden/

konnte, liegt auf der Hand: solche Indikatoren sind viel zu grob, um die reale Situation einzelner Familien hinreichend zu erfassen. Aus theoretischer und methodischer Perspektive ist es daher ebenso notwendig wie aus sozialpolitischer, in künftigen Untersuchungen über die Lebensverhältnisse einzelner Gruppen der Bevölkerung diese Aspekte noch detaillierter zu erfassen, als es in der vorliegenden Studie möglich war.

4.4. Resümee

Es wäre kaum möglich und auch nicht sinnvoll, alle Ergebnisse über die sozialen Bedingungen und Folgen des gesundheitlichen Befindens hier nochmals im Detail anzuführen. Stattdessen geben wir zunächst in knapper Form eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und versuchen im anschließenden Abschnitt eine methodisch anspruchsvollere Darstellung einiger wichtiger Ausschnitte aus diesen Zusammenhängen zu liefern. Wir lassen uns in diesen abschließenden Betrachtungen von den beiden folgenden Fragestellungen leiten:

- (1) welche sind die wichtigsten von uns erfaßten sozialen Determinanten des gesundheitlichen Befindens und wie groß ist ihre relative Erklärungskraft für die in Frage stehenden Indikatoren des gesundheitlichen Befindens?
- (2) Wurden die vier verschiedenen Gesundheitsindikatoren durch jeweils unterschiedliche "Sets" von Variablen erklärt? Gab es deutliche Unterschiede im Ausmaß, in dem wir diese verschiedenen Indikatoren jeweils "erklären" konnten?

Trotz der zahlreichen Mängel unserer Daten glauben wir, daß zumindest ein Versuch in dieser Richtung notwendig ist, um die wissenschaftliche Relevanz unserer Analysen aus einer allgemeineren Perspektive beurteilen zu können.

4.4.1. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

In unseren Analysen sozialstruktureller Determinanten des gesundheitlichen Befindens untersuchten wir die Effekte von fünf verschiedenen Variablengruppen:

Effekte der Belastungen durch Arbeitsbedingungen, berufliche Anforderungen und Haushaltsbelastungen; Effekte der

Zufriedenheit in Beruf, Haushalt und Ehe; Effekte spezifischer Einstellungen und Konfliktsituationen im Beruf und in Ehe und Familie und schließlich Effekte der gesellschaftlichen Herkunft und sozioökonomischen Lage der Frau und ihrer Familie.

Was den ersten Problemkreis, die psychophysischen Belastungen betrifft, konnte nachgewiesen werden, daß die gesundheitliche Erschöpfung signifikant mit dem Ausmaß der Arbeitsbelastungen zusammenhängt, wobei sich sowohl direkte als auch indirekte Effekte über die persönliche Perzeption dieser Belastungen durch die Frauen nachweisen ließen. Als wichtigste Belastungen erwiesen sich die mit der konkreten Tätigkeit selbst verbundenen Faktoren, darunter insbesondere das Arbeitstempo, dessen enger Bezug zu Fließbandarbeit und Akkordentlohnung offenkundig der Hauptgrund für die unterschiedlich hohe Belastung von Arbeiterinnen und Angestellten sowie für verschiedene Gruppen innerhalb der Arbeiterinnen ist. Verglichen mit den Arbeitsbelastungen erwiesen sich die gesundheitlichen Effekte der Belastungen durch Haushaltsverpflichtungen als weniger stark, jedoch konnte auch hier gezeigt werden, daß hohe Belastung, wie sie in bestimmten Gruppen gegeben ist, zu einer Verschlechterung des gesundheitlichen Befindens führt. Als ein besonders gravierendes Problem erwies sich in dieser Hinsicht der zeitliche Druck, unter dem vor allem jene Frauen zu leiden haben, für die keine effektiven Entlastungssysteme im Haushalt zur Verfügung stehen; es sind dies vor allem die Arbeiterinnen im großstädtischen Milieu. In dieser am stärksten belasteten Gruppe konnte ein deutlicher Kumulationseffekt von beruflichen und hauswirtschaftsmäßigen Belastungen auf die Verschlechterung des gesundheitlichen Befindens nachgewiesen werden.

Haben außerordentliche Belastungen vor allem einen Effekt auf Gesundheitsstörungen, so gilt das umgekehrte für die Zufriedenheit der Frauen mit Beruf, Haushalt und Ehe. Hohe Zufriedenheit in diesen Bereichen führt fast durchwegs zu verbessertem psychosozialem Wohlbefinden und höherer allgemeiner Zufriedenheit, wobei von der Ehezufriedenheit der stärkste, von der Zufriedenheit mit der Hausarbeit der relativ schwächste Effekt ausgeht. Bemerkenswert scheint auch, daß eine gewisse "Kompensierbarkeit" der jeweiligen Effekte der persönlichen Erfüllung in den Bereichen von Beruf und Ehe auf die allgemeine Zufriedenheit zu bestehen scheint.

Zusammenhänge mit dem gesundheitlichen Befinden ergaben sich auch in Bezug auf spezielle Aspekte der beruflichen, ehelichen und familiären Situation der Frau. Hier zeigte sich zunächst, daß drei zentrale Dimensionen der Berufsverbundenheit - die allgemeine Einstellung zur Berufstätigkeit von verheirateten Frauen und Müttern, die berufliche Motivation und Entscheidungskonflikte über die berufliche Zukunft - signifikant mit dem gesundheitlichen Befinden zusammenhängen. Auch hier konnten charakteristische Unterschiede in den jeweiligen Effekten dieser Dimensionen auf das Befinden von Arbeiterinnen und Angestellten festgestellt werden. Während bei den Arbeiterinnen vor allem die ökonomische Situation der Familie und - in engem Zusammenhang damit - die Problematik einer vorwiegend finanziell-extrinsischen Berufsmotivation im Vordergrund stehen, ist dies bei den Angestellten eher die Problematik von Widersprüchen zwischen gesellschaftlichen Leitbildern und aktuellem Verhalten - bedingt nicht zuletzt durch die Entscheidungsfreiheit für oder gegen die langfristige Beibehaltung der Erwerbstätigkeit. Ähnliche Differenzen zwischen Arbeitern und Angestellten, die offensichtlich mit grundlegenden ökonomischen und

kulturellen schichtspezifischen Unterschieden zusammenhängen, zeigten sich auch in einigen Aspekten des Ehe- und Familienlebens. Hier erwies sich bei den Angestellten vor allem die Frage einer effizienten Familienplanung (insbesondere im Hinblick auf den Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes) als relevant für das gesundheitliche Befinden, bei den Arbeiterinnen dagegen schon die Ehedauer an sich, wobei sich insbesondere bei Arbeiterinnen in kleineren Gemeinden auch das Trinken des Ehegatten als eine wesentliche Quelle für familiäre Spannungen und verschlechtertes gesundheitliches Befinden der Frau erwies. Nicht ohne Interesse scheinen auch die Ergebnisse zu sein, die sich im letzten Abschnitt ergaben, der sich mit Effekten der sozialen Herkunft und gesellschaftlichen Lage der Frau und ihrer Familie befaßte. Hier konnte zunächst ein signifikanter Effekt von intergenerationalen sozialem Abstieg auf das psychosoziale Mißbefinden festgestellt werden, jedoch keine unmittelbaren Effekte der Schichtzugehörigkeit der Frau oder ihres Ehegatten. Durch spezielle Analysen konnte allerdings nachgewiesen werden, daß die sozio-ökonomische Lage der Familie (gemessen an der finanziellen Lage, an der Wohnungssituation und der Zufriedenheit der Frau mit der Position ihres Mannes) sehr wohl deutliche Einflüsse auf die allgemeine Zufriedenheit ausübt, was unserer Meinung nach darauf hinweist, daß diese Aspekte durch globale Indikatoren der Schichtzugehörigkeit nur unzureichend erfaßt werden können.

Die bisher angeführten Ergebnisse haben vor allem eines gezeigt: es haben sich eine Reihe von Effekten ergeben, die für jeweils verschiedene Subgruppen von Frauen (etwa: Arbeiterinnen in kleinen Gemeinden vs. Arbeiterinnen in der Großstadt, Frauen ohne Kinder vs. Frauen mit Kindern) jeweils in unterschiedlicher Weise gelten. Das Aufzeigen solcher Interaktionseffekte, um die es sich hier handelt, war vielfach nur möglich durch Bildung von Indizes, die nicht

ohne weiteres als lineare Dimension interpretierbar sind sowie - im Zusammenhang damit - durch differenzierte tabellarische Aufgliederungen unserer Daten. Inhaltlich kann man darin einen Hinweis auf die Richtigkeit des grundsätzlichen Ansatzes dieser Studie sehen, der davon ausging, daß man spezifische soziale Gruppen und ihre besonderen Probleme herausarbeiten sollte anstatt nach globalen Korrelationen zwischen "Sozialvariablen" und Gesundheitsindikatoren zu suchen.

Die Methodik der Tabellenanalyse hat jedoch den Nachteil, daß es praktisch unmöglich ist, zugleich eine größere Anzahl von Variablen zu kontrollieren, um zu Aussagen über die relative "Erklärungskraft" sowie die sequentielle Kausalstruktur der unabhängigen Variablen zu gelangen. Als Ergänzung unserer bisherigen Analysen soll daher im folgenden Abschnitt ein Versuch in dieser Richtung präsentiert werden.

4.4.2. Pfadmodelle zur Erklärung der Dimensionen "gesundheitliche Erschöpfung" und "allgemeine Zufriedenheit"

Da die Methode der Pfadanalyse auch in der deutschsprachigen Literatur bereits in mehreren Darstellungen beschrieben und mit Beispielen vorgestellt wurde (vgl. WEEDE, 1970, 1972; ZIEGLER, 1972; HOLM, 1976; PELIKAN, 1977), beschränken wir uns hier mit einigen knappen Hinweisen auf die Charakteristik dieses Verfahrens sowie auf die besonderen Probleme seiner Anwendung auf unsere Daten.

Die in den 20er Jahren vom Genetiker S. WRIGHT entwickelte Pfadanalyse wurde erstmals von amerikanischen Soziologen in die sozialwissenschaftliche Datenanalyse eingeführt (vgl. LAND, 1969; HEISE, 1969; DUNCAN, 1975). Sie kann beschrieben werden als ein Verfahren, das es erlaubt, unter Zugrundelegung

spezifischer Annahmen über kausale Beziehungen zwischen einem Set von Variablen, also unter Annahme eines bestimmten "Modells", mit Hilfe empirischer Daten zu überprüfen, inwieweit ein solches Modell mit der Realität übereinstimmt oder nicht. Methodisch ist die Pfadanalyse als eine spezielle Variante der linearen Regression anzusehen, nämlich als eine wiederholt angewandte multiple Regression, wobei standardisierte Koeffizienten berechnet werden. Dies ist deswegen notwendig, weil jeder einzelne Pfadkoeffizient in einem komplexen Modell (das eine Kette solcher Koeffizienten darstellt) interpretierbar sein soll als jener Anteil der Standardabweichung einer abhängigen Variable, der durch die mit ihr durch einen gerichteten Pfeil verbundene vorhergehende Variable (unter Kontrolle aller übrigen Beziehungen im Modell) direkt determiniert wird. Das Quadrat des Pfadkoeffizienten gibt daher den Anteil der erklärten Varianz der abhängigen Variablen an, der durch die betreffende vorhergehende unabhängige Variable allein erklärt wird (vgl. WEEDE, 1970:101). Mathematisch-statistisch beruht ein komplexes Pfadmodell auf einer Reihe von Strukturgleichungen, die eine Beziehung zwischen endogenen (zu erklärenden) und exogenen (unabhängigen) Variablen und Strukturparametern herstellen. Jede abhängige Variable stellt dabei eine Linearkombination nur jener Variablen dar, die ihr kausal vorhergehen, d.h. das System der Strukturgleichungen ist rekursiv. Anzuführen ist schließlich, daß es infolge der Tatsache, daß durch ein Pfadmodell die Gesamtvarianz der abhängigen Variablen erklärt werden muß, notwendig ist, Residualeffekte anzunehmen, die den Anteil der durch die vorhergehenden Variablen nicht spezifizierten Faktoren zum Ausdruck bringen. Infolge der inhomogenen Zusammensetzung dieser Residualeffekte (vgl. PELIKAN, 1977:146) dürfen sie jedoch nur mit Vorsicht als Maß für die "Güte" eines Pfadmodells angesehen werden.

Mit der linearen Regression teilt die Pfadanalyse auch die wichtigsten Annahmen, anhand derer wir nun kurz die Problematik ihrer Anwendung auf die vorliegenden Daten darstellen. Zunächst ist notwendig, daß die Variablen auf Intervallniveau gemessen sind. Diese Voraussetzung ist in unserem Datenmaterial nur für drei Variablen (die Rasch-Skalen der gesundheitlichen Erschöpfung und des Mißbefindens und Wohlbefindens) voll, für einige andere jedoch nur teilweise gegeben (so etwa für die Indikatoren "Anzahl belastende Arbeitsbedingungen" und "Haushaltsbelastung" während die meisten übrigen Variablen

Ordinalskalen darstellen (so die Frage nach der allgemeinen Zufriedenheit, nach der Zufriedenheit mit Beruf, Haushalt und Ehe und allen anderen Fragen, in denen eine mehrstufige Antwortskala etwa von "sehr zufrieden" bis "sehr unzufrieden" vorgegeben war). Die Annahme des Intervallskalenniveaus ist jedoch nur dann unbedingt notwendig, wenn man Signifikanztests für die einzelnen Koeffizienten eines Modells durchführen oder Schlüsse von der Stichprobe auf die Grundgesamtheit ziehen will. Drei wichtige Informationen können mit Hilfe der Pfadanalyse jedoch auch ohne Intervallskalen gewonnen werden: die lineare Regressionsfunktion, das multiple Bestimmtheitsmaß R^2 (der Anteil der erklärten Varianz) und die durch die einzelnen unabhängigen Variablen erklärte Varianz (HOLM, 1976: 66-67). In unserem Falle wollen wir die Pfadanalyse nur für die zuletzt genannten Fragestellungen anwenden.

Für die Durchführung der Pfadanalyse mit ordinalen Variablen gibt es zwei Strategien: die eine ist, ausgehend von einer eigenen "Theorie der Ordinaldaten" eine spezielle, auf Ordinal-Assoziationskoeffizienten aufbauende Analyse durchzuführen, die dann auch anders zu interpretieren ist (vgl. H.DENZ in: HOLM, 1976:103-122). Eine andere Strategie, die wir hier einschlagen, ist jene, den einzelnen Ausprägungen der Ordinalvariablen Zahlen zuzuordnen, die der ordinale Ordnung entsprechen (in unserem Falle meist 1 bis 4 oder 5; Zahlen von 1 bis 8 wurden auch der Variable "Einkommen des Mannes" zugeordnet, da es nur in diskreten Klassen erfaßt worden war). Eine geringe Anzahl von Ausprägungen ist jedoch problematisch, da sie sehr leicht zu Meßfehlern führt und die grundlegende Annahme von der Unabhängigkeit zwischen exogenen Variablen und "error terms" in Frage stellt (vgl. DUNCAN, 1973:11-12). Die Zulässigkeit dieser Strategie wurde empirisch überprüft, wobei gezeigt werden konnte, daß sie relativ verlässliche Resultate liefert (LABOVITZ, 1970); man könnte hier auch anführen, daß selbst viele der üblicherweise als Intervallskalen betrachteten sozialwissenschaftlichen Variablen im Grunde nur Ordinalskalen darstellen). Einige unserer Variablen besitzen schließlich nicht einmal Ordinalniveau (so z.B. die Variable Industriebranche) oder es scheint sinnvoller, sie als Nominalvariablen zu betrachten, obwohl ihnen teilweise Ordinalniveau zugesprochen werden könnte (so bilden wir aus der Variable "Berufsposition" eine Nominalvariable mit den zwei Ausprägungen Arbeiterinnen vs. Angestellte).

Die Verwendung derartiger "Dummy-Variablen" ist dann ohne weiteres möglich, wenn sie nur als unabhängige Variablen in das Pfadmodell eingehen, wobei die Nominalvariable hier einfach als eine quantitative Variable behandelt wird (vgl. BOYLE, 1970; HOLM, 1976:83). Solche Dummy-Variablen stellen in unseren Analysen neben dem Berufsstatus der Frau noch die Variablen "Familienstatus der Frau" (Frauen ohne vs. Frauen mit Kindern), sowie die Bereitschaft auch ohne finanziellen Zwang zu arbeiten (ja/nein) dar. Ähnliches gilt auch für eine weitere Annahme der Pfadanalyse, die Linearität der Zusammenhänge zwischen den Variablen (Notwendigkeit für die Berechnung von Signifikanztests). Relevant ist hier jedoch, daß bei Nichtzutreffen dieser Voraussetzung der erklärende Wert eines Pfadmodells höchstens reduziert wird (vgl. HOLM, 1976:70). Weniger problematisch scheinen in unseren Beispielen schließlich die restlichen Voraussetzungen der Pfadanalyse (keine Multikollinearität und gleich zuverlässige Messung der unabhängigen Variablen), sodaß wir nicht darauf eingehen.

Wie schon in anderen Beispielen der Anwendung komplexer statistischer Verfahren in diesem Bericht können wir also auch für die Anwendung der Pfadanalyse eine Reihe von Gründen anführen, die ihre Verwendung rechtfertigen. Dennoch müssen wir auch hier betonen, daß ihre Anwendung trotz allem noch recht problematisch bleibt und daß den Ergebnissen, die wir daraus ableiten werden, in hohem Grade hypothetischer Charakter zuzuschreiben ist.

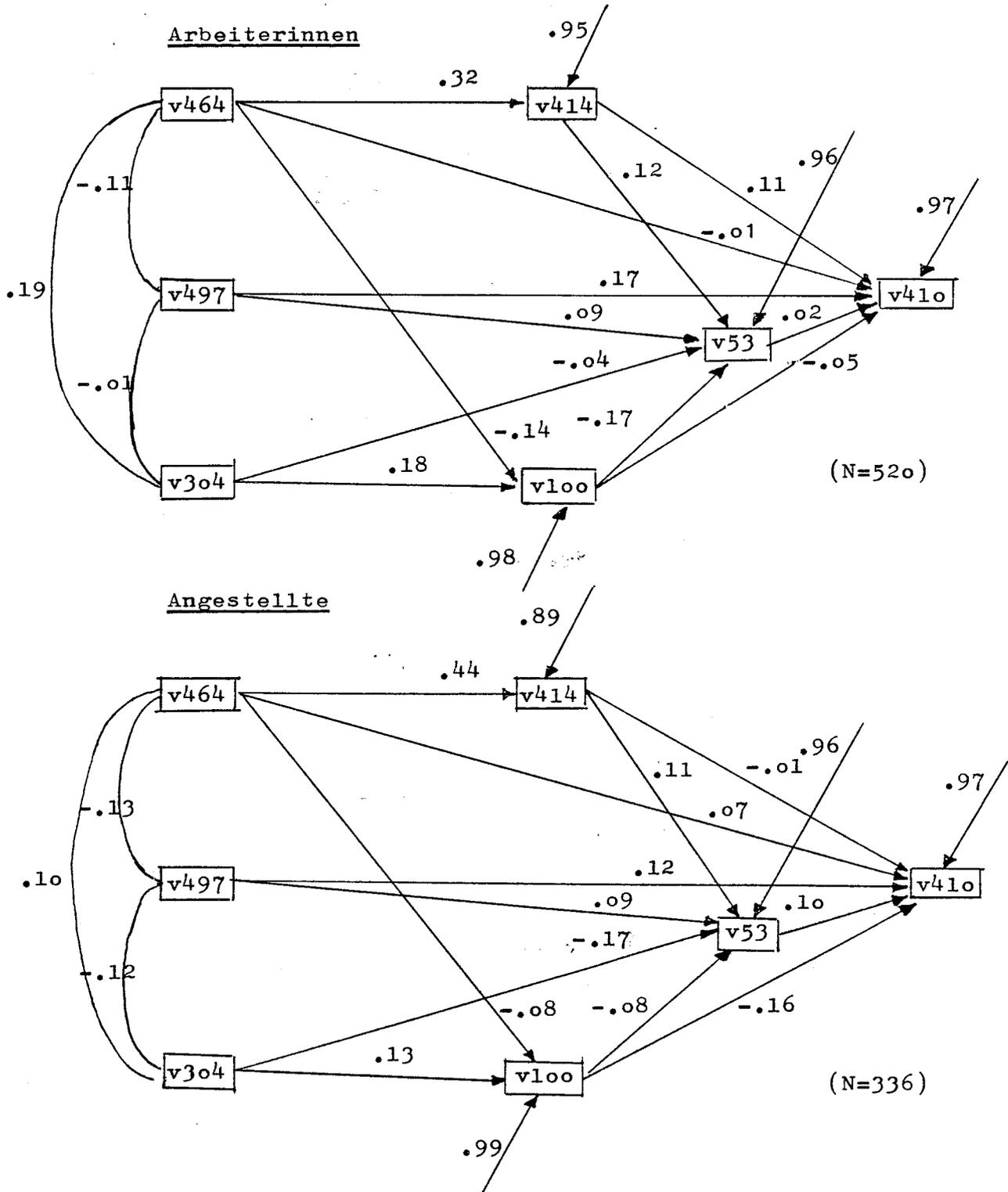
Ziel der Pfadanalyse ist also über die Feststellung des Bestehens und der Stärke von Korrelationen zwischen Variablen hinausgehend Fragen zu beantworten wie etwa die folgenden: Sind Korrelationen zwischen Variablen Scheinkorrelationen, die auf andere, intervenierende Variablen zurückzuführen sind? Welchen Beitrag leisten die verschiedenen Variablen jeweils zur Erklärung der abhängigen Variable? Erfolgt dieser Beitrag direkt oder vermittelt über ein oder mehrere andere Variablen? Die Beantwortung dieser Fragen würde zu einem systematisch durchanalysierten "Strukturmodell" eines bestimmten Bereiches führen, das als theoretisches Modell eines in der Wirklichkeit gegebenen komplexen Feldes von

der Haushaltsbelastung darstellt und das Einkommen des Mannes, das sich als die Hauptdeterminante der sozio-ökonomischen Lage der Familie erwiesen hatte. Es ergibt sich damit ein relativ kohärentes, "dreistufiges" Pfadmodell mit drei unabhängigen, drei intervenierenden und einer abhängigen Variable (da der Berufsstatus hier nicht explizit in das Modell eingeht, betrachten wir auch die Variable "Arbeitsbelastung" als unabhängig). Eine wichtige Entscheidung betraf hierbei die Eliminierung von Pfaden mit niedrigen Koeffizienten. Da aufgrund der geschilderten Datenmängel die Signifikanz der Pfadkoeffizienten nicht mehr zuverlässig angebbbar ist, wurden nach der Anregung von HEISE (1969:61) alle jene Pfade, deren Größe in beiden Modellen den Minimalwert von .05 nicht überschritt, eliminiert. Von den so verbliebenen Koeffizienten kann wohl mit einiger Sicherheit vermutet werden, daß sie eine gewisse Aussagekraft besitzen (wenngleich die niedrigeren darunter statistisch immer noch schwerlich signifikant wären). Die verbleibenden Koeffizienten wurden durch wiederholt angewandte multiple Regression berechnet, d.h. es wurde unterstellt, es handle sich jeweils um ein voll rekursives System (zu der damit verbundenen Problematik vgl. HOLM, 1976:64-65).

Folgende Ergebnisse verdienen besonders hervorgehoben zu werden. In beiden Gruppen zeigt sich zunächst, daß die Residualeffekte auf die Variable "gesundheitliche Erschöpfung" sehr hoch sind, d.h. daß das Ausmaß der durch die unabhängigen Variablen erklärten Varianz sehr gering ist. Dasselbe Ergebnis wird sich auch in den folgenden Pfadmodellen zeigen. Dies bedeutet zunächst zweifelsohne eine starke Relativierung unserer Ergebnisse in der Hinsicht, daß die Dimensionen der gesundheitlichen Erschöpfung und allgemeinen Zufriedenheit durch die hier erfaßten Aspekte der sozialen Situation nur in so geringem Ausmaße bestimmt werden, daß man allein aufgrund der Stärke

Zusammenhängen anzusehen wäre (vgl. dazu HEISE, 1969; DUNCAN, 1975; PELIKAN, 1977). Da die vorliegende Studie nicht primär auf die Erforschung des gesundheitlichen Befindens ausgerichtet worden war, ist schon a priori anzunehmen, daß wir in diesem Falle schwerlich bis zur Entwicklung eines solchen "Strukturmodells" vordringen können. Jedoch zeigen die Ergebnisse nach unserer Ansicht, daß die Anwendung der Pfadanalyse auch im vorliegenden Datenmaterial einige zusätzliche Einsichten erbringt. Zunächst zu den Ergebnissen der Pfadmodelle zur "gesundheitlichen Erschöpfung". Hier erbrachte eine Serie von Analysen, daß es sinnvoller erschien, nicht die befragten Frauen als Gesamtgruppe in ein Modell einzubeziehen, sondern jeweils zwei Subgruppen zu bilden, und zwar erstens Arbeiterinnen den Angestellten gegenüberzustellen und zweitens Frauen ohne Kinder jenen mit Kindern. Auf diese Weise wird es möglich, auch mit Hilfe der Pfadanalyse gewissermaßen "Interaktionseffekte" festzustellen (während die Pfadanalyse als solche nur lineare Zusammenhänge zu analysieren gestattet). Die Ergebnisse dieser Analysen sind enthalten in Tabelle 62 und Abbildung 10. Aus den zentralen Gruppen von Variablen, die wir zur Erklärung des gesundheitlichen Befindens herangezogen haben, wählten wir zwei Indikatoren der psychophysischen Belastung (Arbeits- und Haushaltsbelastung), einen Indikator für berufliche Entscheidungskonflikte (Bereitschaft zur Arbeit auch ohne finanziellen Zwang) und einen Indikator der sozioökonomischen Lage der Familie (Auskommen mit Geld) aus, da sich diese Dimensionen noch am ehesten als relativ linear mit der gesundheitlichen Erschöpfung verknüpft erwiesen hatten. Aufgrund der Auswahl dieser Indikatoren lag es nahe, drei zusätzliche Indikatoren als weitere unabhängige Variablen einzuführen, nämlich den Familienstatus der Frau (Vorhandensein von Kindern), der die wichtigste Determinante

Abbildung 10: Pfadmodelle "gesundheitliche Erschöpfung" I
(Arbeiterinnen vs. Angestellte)¹



¹ Zur Bezeichnung der Variablen vgl. Tabelle 62

der Zusammenhänge bzw. des Ausmaßes an erklärter Varianz den Sinn des Modells überhaupt in Frage stellen müßte. Die inhaltliche Gültigkeit eines Pfadmodells kann jedoch keineswegs an diesem Kriterium allein gemessen werden. So ist es zum Teil auch dadurch bedingt, daß viele der hier als unabhängig oder intervenierend betrachteten Variablen durch das Untersuchungsdesign selbst schon teilweise kontrolliert worden sind (so das Faktum der Doppelbelastung durch Beruf und Haushalt, das Alter usw.), sodaß bei weitem nicht die gesamte Spannweite dieser Dimensionen erfaßt wird. Die inhaltliche und theoretische Gültigkeit unserer Modelle muß sich dadurch erweisen, daß die Ergebnisse in einem sinnvollen Zusammenhang mit den bisher präsentierten theoretischen und empirischen Befunden stehen. Dies scheint aber durchaus der Fall zu sein. So zeigt sich in Abbildung 10, daß in beiden Gruppen nennenswerte direkte Effekte auf die gesundheitliche Erschöpfung praktisch nur von der Variable "Arbeitsbelastung" ausgehen. Dieser Belastungseffekt ist jedoch bei Arbeiterinnen deutlich stärker, wobei bei ihnen zusätzlich die Belastung durch den Haushalt einen weiteren direkten Effekt ausübt. Bei Angestellten dagegen hat vor allem die sozioökonomische Situation der Familie, die Berufsmotivation und - in abgeschwächtem Ausmaße - der Familienstatus der Frau einen merklichen Effekt auf die gesundheitliche Erschöpfung. Diese Befunde bestätigen zunächst unsere Ergebnisse aus den Tabellenanalysen, daß bei Arbeiterinnen eher psychophysische Belastungen, bei Angestellten psychosoziale Konfliktkonstellationen in Beruf und Familie zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen (als Indikator eines solchen Konfliktes ist wohl auch der Effekt des Familienstatus zu werten, der vermutlich mit dem Erfolg des Ehepaares in der Familienplanung zusammenhängt). Auch einige der Zusammenhänge zwischen unabhängigen und intervenierenden Variablen sind nicht

ohne Interesse: so zeigt sich hier, daß die Berufsmotivation der Arbeiterinnen vor allem durch die Variable "Auskommen mit Geld", bei Angestellten jedoch durch das absolute Einkommensniveau des Gatten bestimmt wird. Dies ist ein Hinweis auf den mehrfach festgestellten Befund, daß die Berufstätigkeit bei Arbeiterinnen viel stärker "subsidiären" Charakter als Beitrag zum notwendigen Lebensunterhalt der Familie hat, während bei Angestellten infolge des vielfach höheren Einkommens des Gatten ein beträchtlich größerer Spielraum für die beruflichen Entscheidungen der Frau geschaffen wird.

Von besonderem Interesse ist es, inwieweit die gesundheitliche Erschöpfung durch die unabhängigen Variablen indirekt, d.h. vermittelt über die intervenierenden Variablen, beeinflußt wird. Aus Abbildung 10 geht hervor, daß dies - absolut allerdings nur sehr schwach - in zwei Fällen zutrifft. Der Familienstatus hat einen indirekten Effekt auf die gesundheitliche Erschöpfung bei Arbeiterinnen, und zwar vermittelt über Haushaltsbelastung und finanzielle Situation der Familie, während das Einkommen des Mannes bei Angestellten schwache indirekte Effekte über Berufsmotivation und finanzielle Situation der Familie ausübt. Diese beiden indirekten Effekte bestätigen also die bereits für die direkten Effekte festgestellten Grunddifferenzen in den entscheidenden sozialen Determinanten der gesundheitlichen Erschöpfung bei Arbeiterinnen und Angestellten.

Die Pfadmodelle "gesundheitliche Erschöpfung nach Frauen ohne und mit Kindern präsentiert Abbildung 11.

Hier ist zunächst festzuhalten, daß der Anteil erklärter Varianz bei Frauen ohne Kinder merklich niedriger ist als bei jenen mit Kindern (ca. 3 % vs. 8 %), was darauf hinweist, daß Frauen mit Kindern in stärkerem Grade jenen Belastungsmomenten und Konflikten ausgesetzt sind, die sich als relevant für die gesundheitliche Erschöpfung

Tabelle 63: Korrelationen, Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen
in den Pfadmodellen "Gesundheitliche Erschöpfung" II
(Frauen ohne Kinder vs. mit Kindern)¹⁾

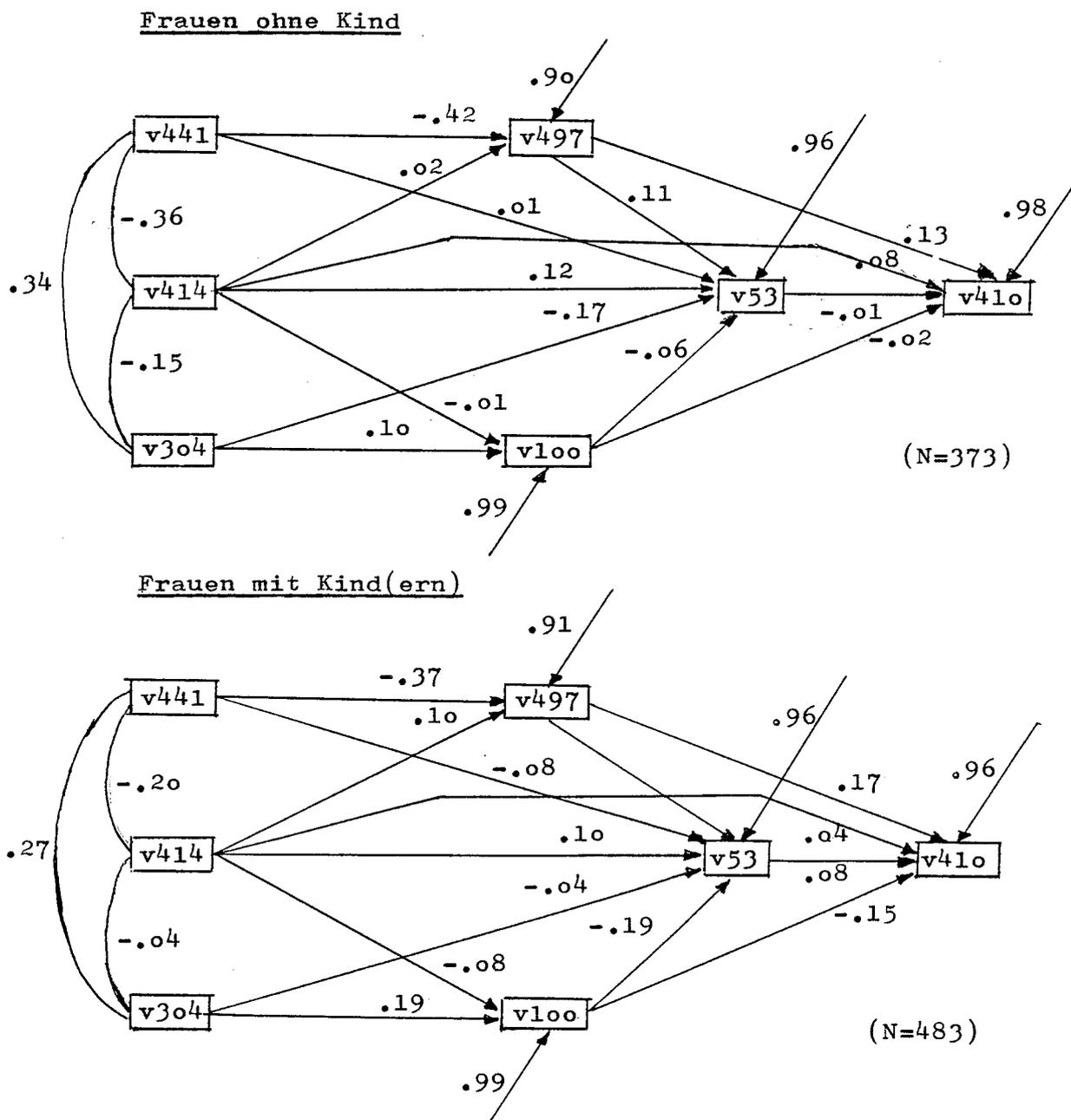
Variable	V410	V53	V497	V100	V441	V414	V304	ohne Kind \bar{x}	mit Kind \bar{x}
V410 Gesundheitliche Erschöpfung		.03	.14	-.03	-.09	.10	-.02	-1.35	-1.23
V53 Bereitschaft zu arbeiten ohne finanz.Zwang	.15		.16	-.09	-.13	.16	-.21	1.52	1.64
V497 Arbeitsbelastung	.20	.17		-.06	.17	-.43	-.17	4.99	5.03
V100 Auskommen mit Geld	-.18	-.22	-.06		-.01	-.03	.10	2.99	2.86
V441 Berufsstatus der Frau	-.04	-.16	-.39	.02		-.36	.34	.55	.27
V414 Haushaltsbelastung	.10	.16	.17	-.09	-.20		-.15	9.41	12.31
V304 Einkommen des Mannes	.00	-.12	-.14	.19	.27	-.04		3.26	3.46

1) Rechte obere Dreiecksmatrix: Frauen ohne Kind (N=373)

linke untere Dreiecksmatrix: Frauen mit Kind(ern) (N=483)

2) Letzte Dezimalstelle aufgerundet

Abbildung 11: Pfadmodelle "gesundheitliche Erschöpfung" II
 (Frauen ohne Kind vs. Frauen mit Kindern)¹



¹ Zur Bezeichnung der Variablen vgl. Tabelle 63

erwiesen haben. Betrachtet man die Effekte im einzelnen, so fallen bei Frauen ohne Kinder praktisch nur die Arbeitsbelastung und - deutlich schwächer - die Haushaltsbelastung als direkte Determinanten des gesundheitlichen Befindens ins Gewicht. Bei Frauen mit Kindern sind diese beiden Effekte unterschiedlich stark ausgeprägt: die Arbeitsbelastung hat einen stärkeren, die Haushaltsbelastung einen schwächeren Effekt als bei den kinderlosen Frauen. Zusätzlich dazu üben bei ihnen auch die sozioökonomische Situation der Familie (Auskommen mit Geld) sowie die Berufsmotivation der Frau merkliche Effekte auf die gesundheitliche Erschöpfung aus. Auch in den Beziehungen zwischen unabhängigen und intervenierenden Variablen treten charakteristische Unterschiede auf. Während in beiden Gruppen der Berufsstatus die Arbeitsbelastung sehr stark, die Haushaltsbelastung die Berufsmotivation und das Einkommen des Mannes die finanzielle Situation der Familie (das Auskommen mit dem Geld) determiniert, bestimmt bei Frauen ohne Kinder das absolute Einkommen des Mannes die Berufsmotivation der Frau. Bei Frauen mit Kindern bestehen dagegen deutliche Effekte auch vom Berufsstatus der Frau und vom Auskommen mit dem Geld auf die Berufsmotivation der Frau sowie von der Haushaltsbelastung und dem Einkommen des Mannes auf das Auskommen mit dem Geld.

Von unmittelbarem Interesse sind in unserem Zusammenhang jedoch die indirekten Effekte von den unabhängigen Variablen auf die gesundheitliche Erschöpfung. Hier besteht in beiden Gruppen zunächst ein relativ deutlicher Effekt vom Berufsstatus über die Arbeitsbelastung. Bei Frauen mit Kindern hat auch das Einkommen des Mannes einen schwächeren indirekten Effekt auf die gesundheitliche Erschöpfung und zwar vermittelt über das Auskommen mit dem Geld. Wollen wir damit zu einem kurzen Resümee der

Ergebnisse aus den Pfadmodellen zur gesundheitlichen Erschöpfung kommen, so läßt sich folgendes feststellen. Wenngleich der Anteil an erklärter Varianz in der abhängigen Variablen in allen Modellen absolut gesehen als sehr gering zu bezeichnen ist, hat sich doch gezeigt, daß die Ergebnisse inhaltlich durchaus konsistent mit den bisherigen Befunden dieser Studie sind. So zeigte sich generell, daß als Determinanten der gesundheitlichen Erschöpfung bei Arbeiterinnen psychophysische Belastung, bei Angestellten Konflikte und soziale Probleme in Beruf und Familie im Vordergrund stehen. Generell erwies sich auch, daß sowohl Belastungs- wie Konfliktmomente bei Frauen mit Kindern größeres Gewicht besitzen als bei jenen ohne Kinder. Im Hinblick auf die kausale Reihenfolge der verschiedenen sozialen Determinanten des gesundheitlichen Befindens konnte mit Hilfe der Pfadanalyse sehr deutlich nachgewiesen werden, daß es weniger die "objektiven" Indikatoren der sozialen Lage der Frau, wie Berufs- und Familienstatus oder das Einkommen des Mannes sind, die für die gesundheitliche Erschöpfung unmittelbar relevant sind, sondern daß solche Effekte fast ausschließlich von der persönlichen Belastung der Frau und von der sozioökonomischen Situation der Familie, wie sie von den Frauen erfahren wird, ausgehen. Die besondere Relevanz des Berufsstatus und der sozioökonomischen Lage der Familie, die vor allem durch das Einkommen des Ehegatten bestimmt wird, zeigt sich allerdings darin, daß von diesen Variablen sich merkliche indirekte Effekte auch auf die gesundheitliche Erschöpfung nachweisen lassen.¹⁾

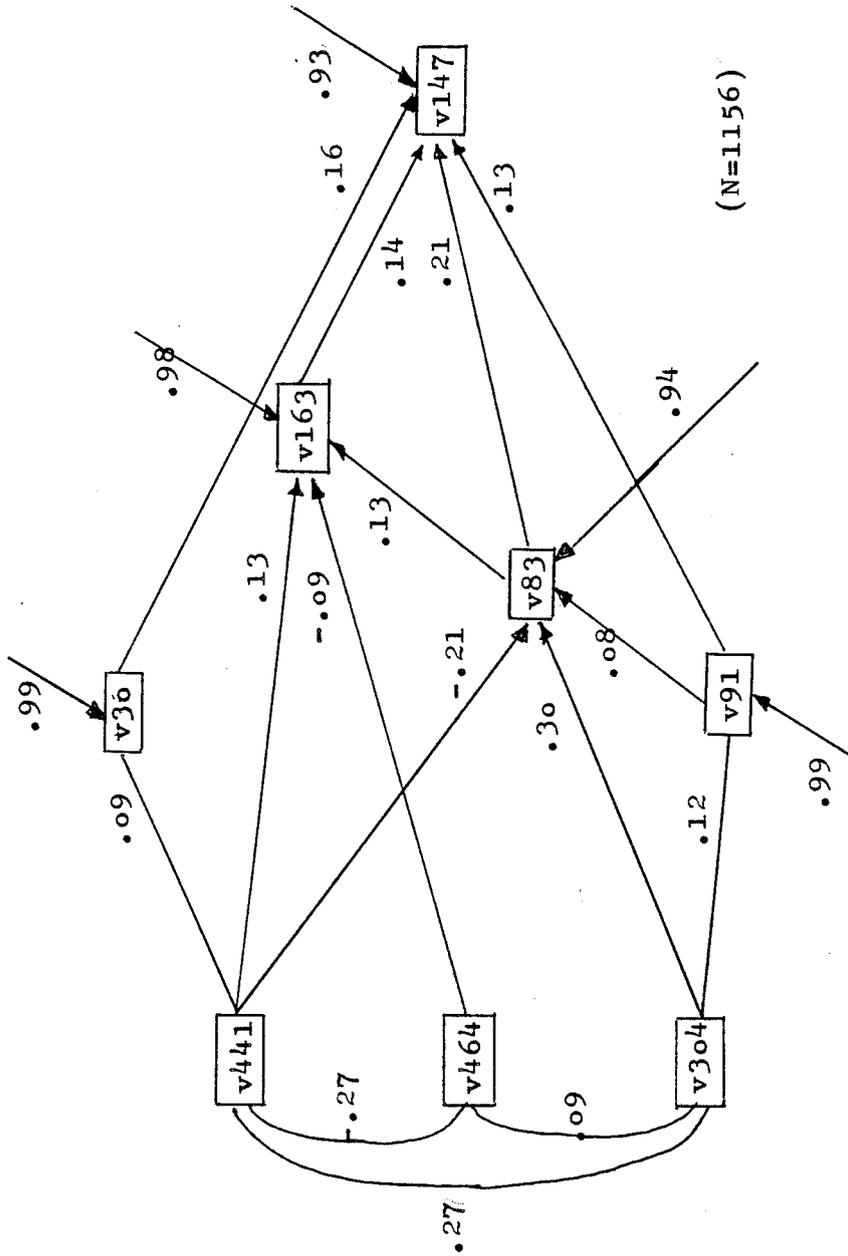
1) Im Hinblick auf die Operationalisierung des Berufsstatus in den präsentierten Modellen ist zu bemerken, daß eine Berücksichtigung auch der Branchenzugehörigkeit zweifellos noch einen zusätzlichen Effekt ausgeübt hätte.

Tabelle 64: Korrelationen, Mittelwerte und Standardabweichungen
der Variablen im Pfadmodell "allgemeine Zufriedenheit"

Variable	V163	V83	V91	V30	V441	V464	V304	\bar{x}	s
V147 Allgemeine Zufriedenheit	.17 ¹	.25	.16	.19	.00	.04	.11	2.99	.46
V163 Ehezufriedenheit		.10	.03	.02	.14	-.12	.05	3.83	.99
V83 Zufriedenheit mit der Berufsposition des Mannes			.12	.07	-.13	.07	.26	3.08	.78
V91 Zufriedenheit mit Wohnung				.05	-.01	-.03	.12	2.95	1.06
V30 Arbeitszufriedenheit					.09	.01	.04	2.94	.68
V441 Berufsstatus der Frau						-.27	.27	.42	.49
V464 Familienstatus der Frau							.09	.57	.49
V304 Einkommen des Mannes								3.44	1.71

1) Letzte Dezimalstelle aufgerundet (N=1156)

Abbildung 12: Pfadmodell "allgemeine Zufriedenheit"¹



(N=1156)

¹ Zur Bezeichnung der Variablen vgl. Tabelle 64

Wir können damit übergehen zu den Ergebnissen des Pfadmodells "allgemeine Zufriedenheit", das in Abbildung 12 präsentiert wird. Auch hier wurden aufgrund der Analysen des vorhergehenden Kapitels jene Variablen ausgewählt, die sich als besonders relevant erwiesen hatten, nämlich die Dimensionen der Arbeits- und Ehezufriedenheit einerseits, die Zufriedenheit mit der sozioökonomischen Lage der Familie (operationalisiert durch die Zufriedenheit mit der Berufsposition des Gatten und die Wohnungszufriedenheit) andererseits. An diesem Pfadmodell ist zunächst bemerkenswert, daß der Anteil erklärter Varianz mit 13 % doch deutlich höher ist als in den Modellen zur gesundheitlichen Erschöpfung. Mit Ausnahme der Variable "Zufriedenheit mit der Berufsposition des Mannes" zeigt sich aber, daß die unabhängigen Variablen Berufs- und Familienstatus der Frau und Einkommen des Mannes nur einen recht geringen Beitrag zur Erklärung der intervenierenden Variablen Arbeits-, Ehe- und Wohnungszufriedenheit leisten. Einen merklichen indirekten Effekt auf die allgemeine Zufriedenheit haben Berufsstatus der Frau und Einkommen des Mannes allerdings über die Variable "Zufriedenheit mit der Berufsposition des Ehegatten". Es zeigt sich also gegenüber der gesundheitlichen Erschöpfung, daß die Dimension der allgemeinen Zufriedenheit mit der derzeitigen Lebenssituation insgesamt zwar durch eine Reihe von Variablen der Zufriedenheit mit Aspekten der Berufs- und Familiensituation als besser erklärt erscheint, daß diese Dimensionen ihrerseits sich jedoch als relativ stark "autonom", durch die Variablen des Berufs- und Familienstatus nur wenig determiniert erweisen.

Mit den bisherigen Bemerkungen haben wir zum Teil auch schon eine Beantwortung der beiden Fragen gegeben, die wir uns am Beginn dieses zusammenfassenden Abschnittes gestellt haben. So haben sich zunächst relativ deutlich

einige wenige Variablen als zentral für die gesundheitliche Erschöpfung einerseits, für die allgemeine Zufriedenheit andererseits herausgestellt. Nur eine dieser Variablen - die Zufriedenheit mit der Berufsposition des Ehegatten - erwies sich für beide Dimensionen als relevant.

Wir können damit auch feststellen, daß Gesundheits-störungen durch andere Determinanten bestimmt werden als gesundheitliches Wohlbefinden bzw. Zufriedenheit im positiven Sinne. Aufgrund der Analysen dieses Abschnittes kann man vermuten, daß diese Unterschiedlichkeit der sozialen Determinanten tendenziell auch für die Variablen des psychosozialen Mißbefindens und Wohlbefindens gilt, jedoch ist die relative Erklärungskraft der in dieser Studie erfaßten sozialen Determinanten des gesundheitlichen Befindens zweifellos noch geringer als im Falle der gesundheitlichen Erschöpfung und der allgemeinen Zufriedenheit. Dieses Faktum des sehr geringen Anteils erklärter Varianz in den abhängigen Variablen ist zweifellos in seinen Implikationen ernstzunehmen und wir werden daher in unseren abschließenden Bemerkungen nochmals darauf eingehen.

5. Schlußbemerkungen

Die Frage, die wir uns im Anschluß an die Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse vorlegen wollen, lautet: Hat sich der Ansatz dieser Studie trotz der vorhandenen Mängel und Defizite im Prinzip bewährt? Wenn ja, in welcher Richtung müßten zukünftige Studien anders angelegt und verbessert werden? Welches sind mögliche praktische Implikationen von Forschungsergebnissen aus solchen Studien?

Der grundsätzliche Ausgangspunkt unserer Studie war, Gesundheitsstörungen nicht (wie im labelling- oder ideologiekritischen Ansatz) erst in jener Phase zu erfassen und zu untersuchen, in denen ihr Störungscharakter bereits als sozialer erkannt und definiert worden ist (vgl. z.B. KEUPP, 1972:37; DREITZEL, 1968), sondern solche Störungen bereits dann zu erfassen, wenn sie dem Betroffenen bewußt werden und zwar auch von solchen Beschwerden und Aspekten des psychosozialen Befindens, die noch vor ihrer sozialen "Definition" von den Betroffenen als signifikante Beeinträchtigungen des Befindens angesehen werden (vgl. auch BROWN et al., 1975:247). Wir grenzten unseren Ansatz jedoch nicht nur von einer ausschließlich auf soziale Aspekte konzentrierten Perspektive ab, sondern auch von einem psychosomatischen Ansatz, dem es um die Herausarbeitung spezifischer Entsprechungen zwischen "Sozialfaktoren" einerseits und Krankheiten andererseits geht.

Werden in einem solchen Ansatz Aspekte des sozialen Milieus meist nur selektiv und fragmentarisch erfaßt, ging es uns in erster Linie um die systematische Herausarbeitung der spezifischen sozialen Lage und Probleme einer relativ klar umgrenzten Kategorie von Menschen. In dieser Perspektive liegt das Hauptproblem nicht darin, daß "bisher noch keine einzige Korrelation zwischen einem

soziologischen Faktorenkomplex und einer bestimmten Krankheit nachgewiesen worden ist, die wenigstens innerhalb des westlichen Kulturkreises über jeden Zweifel erhaben ist" (PFLANZ, 1962:367). Denn Ziel unserer Studie war zunächst einmal aufzuweisen, daß gerade die am häufigsten verwendeten "sozialen Variablen" unzureichend sind, wenn es darum geht, die konkrete soziale Lage bestimmter Gruppen von Menschen zu erfassen. Gerade in dieser Hinsicht glauben wir, daß unsere Ergebnisse nicht ohne allgemeinere Bedeutung sind trotz der im vorhergehenden Abschnitt zutage getretenen geringen Erklärungskraft jener Variablen, die sich noch am ehesten als Elemente in ein lineares Modell zur Erklärung von Gesundheitsstörungen einbauen lassen. Wenn die Zielsetzung unserer Arbeit also darin lag, die spezifischen Quellen für persönliche und soziale Konflikte, aber auch für Wohlbefinden und Befriedigung einer bestimmten Gruppe herauszuarbeiten, so stand dahinter die Annahme, daß mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, daß durch diese Probleme auch das gesundheitliche Befinden der Betroffenen in einem erheblichen Ausmaße tangiert werden kann. So ist es wohl offenkundig geworden, daß es viel weniger die Erwerbstätigkeit an sich ist, welche zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Frauen führen kann, als vielmehr die jeweils gegebenen psychophysischen Belastungen in Beruf und Haushalt einerseits, die persönlichen Einstellungen und Haltungen der Frauen zu ihren Rollen in Beruf und Familie andererseits. Da auf der anderen Seite aber deutlich gezeigt werden konnte, daß Berufstätigkeit offensichtlich nicht nur zu Beeinträchtigungen der Gesundheit und des Wohlbefindens führen, sondern auch eine wichtige Quelle persönlicher Erfüllung darstellen kann, wird es deutlich, wie komplex die Beziehungen zwischen sozialer Situation und persönlichem Befinden in Wirklichkeit sind. Auch am Beispiel von Indikatoren der sozio-

ökonomischen Lage der Familie konnte nachgewiesen werden, daß sozialstrukturelle Voraussetzungen sich kaum unmittelbar im Befinden und Zufriedenheit der Betroffenen niederschlagen, sondern daß es die jeweilige Art der Bewältigung von Problemen ist, die den Ausschlag gibt, ob weitergehende Schwierigkeiten auftreten oder nicht. Wenn aber derartige soziale Konfliktkonstellationen tatsächlich signifikant zum Auftreten von Gesundheitsstörungen beitragen können, muß auch eine darauf bezogene Sozialpolitik als wesentlicher Aspekt einer umfassenden Gesundheitspolitik angesehen werden. Der Hauptbeitrag von Studien wie dieser liegt daher auch nicht in Anleitungen für eine individuenbezogene therapeutische Praxis, sondern in einer Thematisierung gesellschaftspolitisch relevanter und beeinflusbarer Probleme. Schon aufgrund unserer Studie ließe sich eine beträchtliche Liste derartiger Probleme anführen, Probleme, die von spezifisch belastenden Arbeitsbedingungen (vgl. etwa die Befunde zur Akkordarbeit) über die Problematik der unzureichenden Hilfseinrichtungen für Frauen mit Kindern bis zu jener von angemessen gesellschaftlichen Leitbildern über die Rolle der Frau (aber auch des Mannes) in Familie und Gesellschaft reichen. Diese Ergebnisse könnten auch als Kriterien für die Beurteilung von Adäquatheit und Wirksamkeit der bestehenden gesetzlichen Vorschriften und sozialpolitischen Einrichtungen für berufstätige Frauen und ihre Kinder dienen (in mancher Hinsicht scheint es, daß es weniger am Vorhandensein als vielmehr an der praktischen Effizienz dieser Maßnahmen fehlt). Am Beispiel des gesundheitsgefährdenden Effektes bestimmter Arbeitsverhältnisse zeigt sich aber auch, daß die Relevanz der Ergebnisse in mancher Hinsicht durchaus über die von uns untersuchte Population hinausreicht auf alle jene Gruppen, die ähnlichen Belastungen ausgesetzt sind. So könnten sie zusätzliche Aspekte in die Diskussion um bestimmte Formen

von Arbeitsverhältnissen einbringen, von denen im Grunde schon lange bekannt ist, daß sie die Arbeitnehmer in das (vom einzelnen oder einer spezifischen Gruppe von Arbeitnehmern allein nicht lösbare) grundsätzliche Dilemma bringen, wegen höherer Löhne die eigene Gesundheit auf das Spiel setzen zu müssen. Sofern besondere Vorschriften zum Schutze berufstätiger Frauen und Mütter sich auf Gefährdungen beziehen, die auch andere Gruppen von Arbeitnehmern betreffen, ist nicht einzusehen, warum sie nicht auch auf diese ausgedehnt werden sollen (vgl. auch DOBBERTHIEN, 1976). Der deutliche Effekt der sozio-ökonomischen Lage der Familie auf die allgemeine Zufriedenheit und die berufliche Entscheidungssituation der Frauen hat schließlich deutlich gezeigt, daß die Problematik der sozialen Ungleichheit auch in diesem gesellschaftlichen Bereich von zentraler Bedeutung ist umso mehr, als sich eine weitgehende "Konsolidierung" von sozialer Benachteiligung in den verschiedensten Lebensbereichen geoffenbart hat.

Wenngleich unsere Studie also einige in bestimmter Hinsicht nicht unwichtige Ergebnisse erbracht haben mag, ist sie dennoch beträchtlich hinter dem zurückgeblieben, was ein systematisch durchgeführtes Projekt dieser Art unserer Ansicht nach prinzipiell leisten könnte. Sowohl in der Erfassung von Wohlbefinden und Gesundheitsstörungen wie auch in der Analyse der sozialen Voraussetzungen und Folgen des gesundheitlichen Befindens zeichnen sich mehrere Möglichkeiten zu einer Verbesserung der hier verwendeten Forschungsmethoden ab. So ist es wahrscheinlich, daß die Validität der verwendeten Indikatoren des gesundheitlichen Befindens teilweise dadurch beeinträchtigt wird, daß in die Antworten auf die entsprechenden Fragen nicht nur das tatsächliche gesundheitliche Befinden eingeht, sondern auch Elemente der "sozialen Erwünschtheit" bestimmter Symptome und Befind-

lichkeiten - Elemente, die zu einer nicht unwesentlichen Verzerrung der Ergebnisse geführt haben mögen (vgl. DOHRENWEND, 1966; PHILLIPS & SEGAL, 1969; PHILLIPS, 1973:23-35). In Bezug auf die Erfassung von körperbezogenen psychosomatischen Beschwerdekomplesen liegen inzwischen auch aus dem deutschen Sprachraum eine Reihe gut validierter Skalen vor, die sich eine künftige Untersuchung zunutze machen könnte (vgl. KEREKJARTO ua., 1972; FAHRENBERG, 1975; BRÄHLER & SCHEER, 1978).

Kritische Diskussionen der Zusammensetzung der Items zum psychosozialen Befinden bei BRADBURN und CAPLOVITZ legen außerdem nahe, daß die einfache Dichotomisierung in negative und positive Items eine zu grobe Vereinfachung einer zumindest zweidimensionalen Struktur der menschlichen Stimmungen und Gefühlszustände darstellt (CHERLIN & REEDER, 1975). Hier scheint es notwendig zu sein, auch neuere Erkenntnisse von Persönlichkeits- und Gruppendiagnostik fruchtbar zu machen ¹⁾ (vgl. z.B. BECKMANN & RICHTER, 1975).

Eine beträchtliche Verbesserung der Erklärungskraft von Studien wie der vorliegenden wäre vermutlich gerade dann zu erreichen, wenn damit auch so etwas wie "individuelle Risikodispositionen" ansatzweise erfaßt werden könnten (vgl. SIEGRIST, 1977).

Aber die vorliegende Erhebung hat Defizite nicht nur in der Erfassung des gesundheitlichen Befindens

1) Diese Aspekte, die zwar in unser theoretisches Modell (vgl. Abbildung 3) eingingen, konnten wir in den empirischen Analysen nicht berücksichtigen, da uns nur sehr beschränkte Informationen zur Verfügung standen (z.B. die Kurzform eines Intelligenztests), die sich für das gesundheitliche Befinden praktisch nicht als relevant erwiesen.

aufzuweisen, sondern auch in der Analyse seiner sozialen Voraussetzungen und Begleiterscheinungen. So wurden einige für das gesundheitliche Befinden zentrale Determinanten der sozialen Situation der jungen Frauen fast gar nicht erfaßt,¹⁾ und auch die persönliche Situation der Frauen in den zentralen Lebensbereichen von Beruf und Familie wurde nur durch recht grobe Indikatoren thematisiert. Durch verbesserte und auch in anderen Populationen verwendbare Skalen wären vermutlich auch hier beträchtlich aussagekräftigere Ergebnisse zu erwarten. Darüberhinaus aber sollte versucht werden, auch grundsätzlich andere methodische Verfahren zum Einsatz zu bringen und zwar insbesondere Erhebungsmethoden, durch welche die persönliche Erfahrung sozialer Belastungen und Gratifikationen, psychosozialen Wohlbefindens und gesundheitlicher Störungen viel direkter in ausführlichen Interviews thematisiert werden könnte (vgl. z.B. FERBER, 1972). Auch der beschei-

1) Hier ist etwa zu denken an die Chancen der Frauen, enge persönliche Beziehungen zu pflegen und zwar nicht nur mit ihrem Gatten, sondern auch mit Verwandten oder Freundinnen außerhalb der Ehe oder an die Relevanz von gesellschaftlichen Aktivitäten außerhalb von Beruf und Familie wie z.B. im Bereiche von Organisationen. So zeigten detaillierte Auswertungen unserer Daten, daß Frauen, die Mitglied einer außerbetrieblichen Frauenorganisation waren, sich gesundheitlich durchwegs in einer außerordentlich guten Verfassung befanden. Aufgrund der absolut sehr geringen Anzahl - nur etwa 5 % aller Frauen gaben an, Mitglied einer solchen Organisation zu sein - verzichteten wir auf eine Präsentation dieser Ergebnisse.

dene Schritt in dieser Richtung, den wir in der vorliegenden Studie gemacht haben, scheint für eine solche Strategie zu sprechen. Im Rahmen eines solchen Ansatzes wäre es schließlich auch naheliegend, zentrale Aspekte der Lebensgeschichte der Betroffenen zu thematisieren und in ihren Effekten auf das derzeitige Befinden abzuschätzen zu versuchen. Wahrscheinlich könnte erst in einem solchen Ansatz der Anspruch dieser Arbeit in befriedigender Weise eingelöst werden, der darin bestand, zu zeigen, daß Gesundheit und ihre Störungen untrennbar sind von der persönlichen und sozialen Erfahrung des Menschen.

Literaturverzeichnis

- ABRAMSON, J.H.
(1966), "Emotional disorder, status inconsistency and migration", The Milbank Memorial Fund Quarterly 44:23-48.
- ADLER, Alfred
(1973), Der Sinn des Lebens, Frankfurt: Fischer.
- AICHHORN, August
(1972), Erziehungsberatung und Lebenshilfe, Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.
- ALMQUIST, E.M. & ANGRIST, A.S.
(1970), "Career salience and atypicality of occupational choice among college women", Journal of Marriage and the Family 32:242-49.
- AMANN, Anton
(1973), "Einige kritische Bemerkungen zum Begriff der Gesundheit in der sozialen Gerontologie", Zeitschrift für Gerontologie 6:316-24.
- ASCHNER, Bernhard
(1933), Heilerfolge der Konstitutionstherapie bei weiblichen Geisteskranken insbesondere Schizophrenie, Stuttgart-Leipzig: Hippokrates.

(1962), Befreiung der Medizin vom Dogma, Ulm: Haug.
- BAIER, Horst
(1967), "Die Wirklichkeit der Industriegesellschaft als Krankheitsfaktor", in: A. MITSCHERLICH (Hg.), Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Köln-Berlin: Kiepenhauer & Witsch, S. 37-55.
- BALINT, Michael
(1969), Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse, Frankfurt: Fischer.
- BASTIDE, Roger
(1973), Soziologie der Geisteskrankheiten, Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- BAUMERT, G. & HOPPE, R.
(1965), "Untersuchungen über den Einfluß sozialer Faktoren in der Tuberkulose-Therapie", in: R. KÖNIG & M. TÖNNESMANN (Hg.), Probleme der Medizin-Soziologie, Sonderheft 3, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, S. 219-34.

- BECKMANN, D. & RICHTER, H.E.
(1975), Gießen-Test (GT), Huber: Bern.
- BENNINGHAUS, H.
(1974), Deskriptive Statistik, Stuttgart: Teubner.
- BERGER, Ernst, (Hg.)
(1977), Krank. Zur Krise der Medizin, Wien:Europaverlag.
- BERGER, P. & T. LUCKMANN
(1964), "Social mobility and personal identity",
Archiv. Europ. de Sociologie V: 331-43.
- BERGMANN, Gustav von
(1936), Funktionelle Pathologie, Berlin: Springer.
- BERNER, P.
(1962), "Der Alkoholismus im ländlichen Milieu", in:
Arbeitstagung über Alkoholismus, K. KRYSPIN-EXNER
(Hg.), Wien, S. 237-54.
- BERNER, P. & HOFF, H.
(1962), "Das Unbehagen in der Psychiatrie", Wiener
Zeitschrift für Nervenheilkunde 20:1-3.
- BERNFELD, Siegfried
(1971), Antiautoritäre Erziehung und Psychoanalyse.
Ausgewählte Schriften (2 Bde), Frankfurt: März.
- BETHGE, C.
(1968), "Untersuchungen über die pathogenetische Wirksam-
keit von Berufskonflikten bei Männern und Frauen",
in: H.M. SZEWCYK (Hg.), Konflikte im Beruf, Berlin.
- BIENER, K.
(1970), Wirksamkeit der Gesundheitserziehung, Basel-
München-New York: Karger.
- BIENER, K., FOREST, F. & SCHÄR, M.
(1976), "Normogrammstudie: Erhebung über den Gesundheits-
zustand männlicher Betriebsangehöriger in der
Nordschweiz", Schweiz. Med. Wochenschrift
106:1279-84.
- BISHOP, Y.M.M., FIENBERG, S.E. & HOLLAND, P.W.
(1975), Discrete Multivariate Analysis: Theory and
Practice, Cambridge, Mass.: MIT Press.
- BITTER, Wilhelm
(o.J.), Angst und Schuld in theologischer und psycho-
therapeutischer Sicht, München: Kindler.

- BLALOCK, Hubert M.
(1972), Social Statistics, New York: McGraw Hill.
- BLUME, O.
(1970), "Subjektiver Gesundheitszustand und sozialer Status im höheren Lebensalter", Veröffentlichungen der deutschen Gesellschaft für Gerontologie 3:114-18.
- BOWLBY, John
(1976), Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind, München: Kindler.
- BOYLE, Richard P.
(1970), "Path analysis and ordinal data", American Journal of Sociology 75:461-80.
- BRADBURN, Norman M.
(1969), The Structure of Psychological Well-Being, Chicago: Aldine.
- BRADBURN, N.M. & CAPLOVITZ, D.
(1965), Reports on Happiness, Chicago: Aldine.
- BRÄHLER, E. & SCHEER, J.W.
(1978), "Skalierung psychosomatischer Beschwerdekomplexe mit dem Gießener Beschwerdebogen" (GBB), Zt. Psychoth.Med.Psychol. (im Druck).
- BRAVERMAN, Harry
(1974), Labor and Monopoly Capital, New York-London: Monthly Review Press (dt.: Die Arbeit im modernen Produktionsprozeß, Frankfurt-New York 1977).
- BRÄUTIGAM, Walter
(1977), "Zur Frage der wirksamen Faktoren des psychotherapeutischen Prozesses", in: A.M. BECKER & REITER, L. (Hg.), Psychotherapie als Denken und Handeln, München: Kindler, S. 9-26.
- BREDE, Karola
(1971), "Die Pseudo-Logik psychosomatischer Störungen", in: Psychoanalyse als Sozialwissenschaft, Frankfurt: Suhrkamp, S. 152-98.
- BRENNER, Charles
(1967), Grundzüge der Psychoanalyse, Frankfurt: Fischer.
- BROWN, G.W., BHROLCHAIN, M.N. & HARRIS, T.
(1975), "Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population", Sociology 9:225-54.

- BUCHSTALLER, Walter
(1974), "Das österreichische Gesundheitswesen im Spiegel der Demoskopie", Krankenhaus 1974, S. 35-55.
- CANGUILHEM, Georges
(1974), Das Normale und das Pathologische, München: C. Hanser.
- CHERLIN, A. & REEDER, L.G.
(1975), "The dimensions of psychological well-being", Sociological Methods and Research 4:189-314.
- CHOMBART de LAUWE, P.H. u.a.
(1963), La femme dans la société, Paris.
- CONDRAU, Gion
(1965), Psychosomatik der Frauenheilkunde, Bern-Stuttgart.
(1975), Medizinische Psychologie, Psychosomatische Krankheitslehre und Therapie, München: Kindler.
- CREMERIUS, Johannes
(1962), Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie, Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer.
(1968), Die Prognose funktioneller Syndrome, Stuttgart:Enke.
- CHRISTENSEN, H.T.
(1968), "Children in the family: Relationship of number and spacing to marital succes", Journal of Marriage and the Family 30:383-89.
- DAVIS, James, A.
(1974), "Hierarchical models for significance tests in multivariate contingency tables: An exegesis of Goodman's recent papers", in: H.L.COSTNER (ed.), Sociological Methodology 1973/74, San Francisco: Jossey Bass, S. 189-231.
- DAY, Barbara R.
(1961), "Alcoholism and the family", Marriage and Family Living 23:253-58.
- DELIUS, L. & FAHRENBERG, J.
(1966), Psychovegetative Syndrome, Stuttgart: Thieme.
- DELORE, P.
(1957), "Die Entwicklung der Pathologie, Gesundheit und Zivilisation", Lebensbedingungen und Gesundheit I:119-22.

- DENEKE, J. E. V.
(1957), Gesundheitspolitik, Ihr Wesen und ihre Aufgabe in unserer Zeit, Wien.
- DEPPE, Hans-Ulrich
(1978), Medizinische Soziologie, Frankfurt:Fischer.
- DESOUILLE, H.
(1956), "Die Arbeitsbedingungen als grundlegender pathogener Faktor", Lebensbedingungen und Gesundheit 1.
- DOBBERTHIEN, Marliese
(1976), "Zwischen Gesundheitssicherung und Hausfrauenideologie: der Frauenarbeitsschutz", in: R. KASISKE (Hg.), Gesundheit am Arbeitsplatz, Reinbek b. Hamburg: Rowohlt, S. 136 ff.
- DODGE, D.L. & MARTIN, W. T.
(1970), Social Stress and Chronic Illness, Notre Dame-London: University of Notre Dame Press.
- DOHRENWEND, B. P.
(1966), "Social status and psychiatric disorder: An issue of substance and an issue of method", American Sociological Review 31:14-34.
- DOHRENWEND, B. P. & DOHRENWEND, B. S.
(1974), Sex differences and psychiatric disorder, Paper presented at the 8th World Congress of Sociology, Toronto.
- DÖHNER, Otto (Hg.)
(1973), Arzt und Patient in der Industriegesellschaft, Frankfurt: Suhrkamp.
- DÖRNER, K.
(1971), "Gesellschaftlicher Nutzen und Schaden des Krankheitsbegriffes", in: H. LAUTER & J.E. MAYER (Hg.), Der psychisch Kranke und die Gesellschaft, Stuttgart: Thieme, S. 9-19.
- DREITZEL, Hans Peter
(1968), Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft, Stuttgart: Enke.
- DUNCAN, Otis D.
(1975), Introduction to Structural Equation Models, New York (hier zitiert nach der Manuskriptfassung als Research Memorandum Nr. 78, Institut für Höhere Studien, Wien 1973).

DÜNTZER, Emilie

(1964), Erfahrungen aus der Tätigkeit einer Berufsschulärztin, Stuttgart: Thieme.

ELIAS, Norbert

(1969), "Sociology and psychiatry", in: S.H. FOULKES & G. S. PRINCE (eds.), Psychiatry in a Changing World, London: Tavistock Publications, S.117-44.

(1971), Was ist Soziologie? München: Juventa.

ENKE, Helmut

(1973), "Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie in der Industriegesellschaft", in: O. DÖHNER (Hg.), Arzt und Patient in der Industriegesellschaft, Frankfurt: Suhrkamp, S. 124-39.

ERIKSON, Erik H.

(1966), Wachstum und Krisen der gesunden Persönlichkeit, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

EYSENCK, Hans Jürgen

(1971), Wege und Abwege der Psychologie, Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.

FAHRENBERG, J.

(1975), "Die Freiburger Beschwerdeliste FBL", Zeitschrift für klinische Psychologie 4:79-100.

FERBER, Christian von

(1971), Gesundheit und Gesellschaft. Haben wir eine Gesundheitspolitik? Stuttgart: Kohlhammer.

FERBER, Liselotte von

(1974), "Macht Arbeit krank? Entwicklung eines Kurzfragebogens zur Ermittlung krankheitsbegünstigender Belastungen am Arbeitsplatz", Zeitschrift für angewandte Arbeits- und Personalwissenschaft 28:96-98.

FEUCHTERSLEBEN, Ernst Freiherr von

(1845), Lehrbuch der ärztlichen Seelenheilkunde, Wien: C. Gerold.

FINDL, Peter

(1978), "Längerfristige Entwicklungstendenzen von Beschäftigung und Berufsstruktur", in: M. HALLER, H. STRASSER u.a., Strukturen der sozialen Ungleichheit in Österreich, Teil I, Analysen zur Klassenstruktur und sozialen Schichtung in Österreich, II. Band, Wien (Institut für Höhere Studien), S. 577-611.

- FIRNBERG, H. & RUTSCHKA, L.
(1967), Die Frau in Österreich, Wien: Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsbundes.
- FISCHER, Gerhard H.
(1974), Einführung in die Theorie psychologischer Tests, Bern-Stuttgart-Wien: H. Huber.
- FOGARTY, M.P., RAPOPORT, R. & RAPOPORT, R.
(1971), Career, Sex and Family, London: Allen & Unwin.
- FORMANN, Anton K.
(1976), Latent-Class-Analyse polychotomer Daten, Research Bulletin 19, Wien: Psychologisches Institut der Universität Wien.
- FORSTER, R. & PELIKAN, J.M.
(1977a), "Krankheit als Karriereprozeß - Zur Entstehung, Verteilung und Versorgung psychischer Störungen", Österreichische Zeitschrift für Soziologie 3/4:29-42.

(1977b), Psychische Störungen: Karriereprozeß und Versorgungssystem, Forschungsmemorandum Nr. 124, Institut für Höhere Studien, Wien.
- FORSTER, R. u.a.
(1975), Psychiatrische Versorgung und menschliche Bedürfnisse, Abteilungsanalysen in einem psychiatrischen Großkrankenhaus, Wien: Institut für Höhere Studien (Forschungsbericht).
- FOUCAULT, Michel
(1968), Psychologie und Geisteskrankheit, Frankfurt: Suhrkamp.
- FOUDRAINE, Jan
(1973), Wer ist aus Holz? München: Piper.
- FRANKE, Manfred
(1967), "Die sozialhygienische Situation tuberkulöser Jugendlicher", in: A. MITSCHERLICH (Hg.), Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Köln-Berlin: Kiepenheuer & Witsch, S. 225-33.

(1970), Die medizinischen Probleme des Gesundheitsbegriffes, Heidelberg: A. Hüthig.
- FRANKL, Viktor E.
(1947), Zeit und Verantwortung, Wien: F. Deuticke.

FRAUENBERICHT

- (1975), Bericht über die Situation der Frau in Österreich, Heft 6: Die gesundheitliche Situation der Frau, Wien: Österreichische Staatsdruckerei (Hg. vom Bundeskanzleramt).
- FREUD, Anna
(o.J.), Das Ich und die Abwehrmechanismen, München:Kindler.
- FREUD, Sigmund
(1961), Die Traumdeutung, Frankfurt: Fischer.
(1969), Darstellungen der Psychoanalyse, Frankfurt: Fischer.
- FRIEDAN, Betty
(1966), Der Weiblichkeitswahn, Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.
- FRÖHLICH, Dieter
(1978), Arbeitserfahrung und Bildungsverhalten, Frankfurt-New York: Campus.
- FUNKE, Hajo, Hg.
(1974), Industriearbeit und Gesundheitsverschleiß, Frankfurt: Europäische Verlagsanstalt.
- FUNKENSTEIN, Daniel H.
(1957), The Mastery of Stress, Cambridge: Harvard University Press.
- GENDELL, Murray
(1963), Swedish Working Wives, Totowa, N. J.: The Bedminster Press.
- GERHARDT, Uta
(1976), "Krankenkariere und Existenzbelastung", Zeitschrift für Soziologie 5:215-36.
- GIBSON, W.A.
(1966), "Three multivariate models: Factor analysis, latent structure analysis and latent profile analysis", in: P.F. LAZARSELD & M.W. Henry (eds.), Readings in Mathematical Social Science, Chicago: Science Research Associates, S. 54-77..
- GLEISS, I., R. SEIDEL & ABHOLZ, H.
(1975), Soziale Psychiatrie. Zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung, Frankfurt: Fischer.
- GOFFMAN, Erving
(1961), Encounters. Two Studies in the Sociology of Interaction, Indianapolis-New York: Bobbs-Merrill.

- GOODMAN, Leo A.
(1972), "A general model for the analysis of surveys",
American Journal of Sociology 77:1035-86.
- GOVER, D.A.
(1963), "Socioeconomic differential in the relationship
between marital adjustment and wife's employment
status", Marriage and Family Living 25:452-57.
- GRAFINGER, Josef
(1973), Soziologische Aspekte der Familienplanung,
Phil. Dissertation (Wien).
- LeGUILLANT, L. & BEGOIN, J.
(1957), "Einige methodologische Bemerkungen über die
'Telefonisten-Neurose' ", Lebensbedingungen und
Gesundheit I:72-85.
- GUIRDHAM, Arthur
(1960), Krankheit als Schicksal, Freiburg-München: K. Alber.
- GURIN, G., VEROFF, J. & FELD, S.
(1960), Americans View Their Mental Health, New York:
Basic Books.
- GUTTMANN, Giseler
(1972), Einführung in die Neuropsychologie, Stuttgart-
Wien: Huber.
- HALLER, Max
(1973a), Die Frau in der Gesellschaft. Eine soziologische
Studie junger Frauen in Beruf und Familie. I. Bd.:
Arbeitsbedingungen und Berufsverbundenheit,
II. Bd.: Familie und soziale Mobilität, Wien:
Phil. Diss.
- (1973b), Social Stratification and the Life Cycle of Young
Families, Paper presented at the 13th International
Family Research Seminar, Paris.
- (1974a), "Lebenszyklus und Familientheorie", Kölner Zeit-
schrift f. Soziologie und Sozialpsych. 26:148-66.
- (1974b), Patterns and Consequences of Social Mobility of
Women, Paper presented at the 8th World Congress
of Sociology, Toronto.
- (1976), "Junge Frauen in Beruf und Familie" (Forschungs-
notiz), Österreichische Zeitschrift für Soziologie,
100-101.
- (1978), Marriage and Social Stratification. A Theoretical
Critique, unpubl. Manuskript, Wien: Institut für
Höhere Studien.

- HALLER, M. & ROSENMAYR, L.
(1971), "The pluridimensionality of work commitment",
Human Relations 24:501-18.
- HALLER, M., STRASSER, H. u.a.
(1978), Strukturen der sozialen Ungleichheit I, Analysen
zur Klassenstruktur und sozialen Schichtung in
Österreich (3 Bde.) Wien: Institut für Höhere
Studien (Forschungsbericht).
- HANSLUWKA, Harald
(1966), Die Frau in Haushalt und Beruf, Wien: Verlag für
Geschichte und Politik.
- HEISE, D. R.
(1968), "Problems in path analysis and causal inference",
in: E.F. BORGATTA (ed.), Sociological Methodology,
San Francisco: Jossey Bass, S. 38-73.
- HEISS, Herbert
(1960), Die berufstätige Frau in ärztlicher Sicht,
Wien-Innsbruck: Urban & Schwarzenberg.
- HERZ, Thomas A.
(1976), "Effekte beruflicher Mobilität", Zeitschrift
für Soziologie 5:17-37.
- HERZBERG, F., MAUSNER, B. & SNYDERMAN, B.B.
(1959), The Motivation to Work, New York: Wiley.
- HEYCK, Hartwig
(1958), Der Kopfschmerz, Stuttgart: Thieme.
- HILL, R. & RODGERS, R.H.
(1964), "The developmental approach", in: H.T.
CHRISTENSEN (ed.), Handbook of Marriage and the
Family, Chicago: Rand McNally, S. 171-214.
- HOFF, Ferdinand
(1958), Die Behandlung innerer Krankheiten, Stuttgart:Thieme.
- HOFFMAN, L.W.
(1963), "The decision to work", in: N.I.NYE & L.W.HOFFMAN
(eds.), The Employed Mother in America, Chicago:
Rand McNally, S. 18-39.
- HOLLINGSHEAD, A.B. & REDLICH, F.C.
(1958), Social Class and Mental Illness, New York: Wiley
(dt.: Der Sozialcharakter psychischer Störungen,
Frankfurt: Fischer).
- HOLM, Kurt, Hg.
(1976), Die Befragung 3. Faktorenanalyse,
München: Francke.

- HOLM, Kurt, Hg.
(1977), Die Befragung 5. Pfadanalyse, Coleman-Verfahren,
München: Francke.
- HOLZINGER, Wolfgang
(1974), Wissen und Handeln in der alltäglichen Lebens-
welt, Berlin (Dissertation).
- HÜLSMANN, Paul
(1962), Die berufstätige Frau. Arbeitsmedizinische
Leitsätze, Stuttgart: Thieme.
- IFES (Institut für empirische Sozialforschung)
(1970), Einstellungen der österreichischen Bevölkerung
zur Ärzteschaft, Wien (Forschungsbericht).
- JAHODA, Marie
(1958), Current Concepts of Positive Mental Health,
New York: Basic Books.
- JONES, Ernest
(1967), Was ist Psychoanalyse, München: Goldmann.
- JORES, Arthur
(1970), Der Mensch und seine Krankheit, Stuttgart: Klett.
- KASISKE, Rolf, Hg.
(1976), Gesundheit am Arbeitsplatz, Reinbek b.Hamburg:
Rowohlt.
- KASL, S.V. & COBB, S.
(1966), "Health behavior, illness behavior and sick role
behavior", Archives of Environmental Health
12:246-66.
- KATSCHNIG, Heinz
(1977), "Epidemiologie und primäre Soziogenese psychischer
Erkrankungen", in: A.M.BECKER & L. REITER (Hg.),
Psychotherapie als Denken und Handeln, München:
Kindler, S. 77-91.
- KELLY, G.A.
(1965), "Der Motivationsbegriff als irreführendes Konstrukt",
in: H. THOMAE (Hg.), Die Motivation menschlichen
Handelns, Köln: Kiepenheuer & Witsch, S. 498-509.
- KEMPF, Wilhelm F., Hg.
(1974), Probabilistische Modelle in der Sozialpsychologie,
Bern-Stuttgart-Wien: Huber.

- KEREKJARTO, M. von, MAYER, E.A & ZERSSEN D. von
(1972), "Die HHM-Beschwerdenliste bei Patienten einer internistischen Ambulanz",
Zt. Psychosomat.Med.Psychoanal. 18:1-16.
- KEUPP, Heinrich, Hg.
(1972), Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie,
München-Berlin-Wien: Urban und Schwarzenberg.
- KING, S.H.
(1963), "Social psychological factors in illness", in:
H.E. FREEMAN et al. (eds.), Handbook of Medical
Sociology, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall,
S. 98-121.
- KÖNIG, René
(1968), "Die Stellung der Frau in der modernen Gesellschaft",
in: O. KÄSER u.a. (Hg.), Gynäkologie und Geburtshilfe,
Bd. 1, Stuttgart, S. 1-50.
- (1969), "Soziologie der Familie", in: R. KÖNIG (Hg.),
Handbuch der empirischen Sozialforschung, 2. Band,
Stuttgart, S. 172-305.
- KOOS, E. L.
(1967), "Krankheit in Regionville", in: A. MITSCHERLICH
(Hg.), Der Kranke in der modernen Gesellschaft,
Köln: Kippenheuer & Witsch.
- KORNHAUSER, Arthur
(1965), Mental Health of the Industrial Worker, A Detroit
Study, New York: J. Wiley.
- (1970), "The mental health of the industrial worker", in:
WECHSLER et al. (eds.), Social Psychology and
Mental Health, Holt, Rinehart & Winston,
S. 730-53.
- KOSA, J. & ROBERTSON, L.S.
(1975), "The social aspects of health and illness", in:
J.KOSA & ZOLA I.K. (eds.), Poverty and Health,
Cambridge-London: Harvard University Press,
S. 40-79.
- KRIZ, Jürgen
(1973), Statistik in den Sozialwissenschaften, Reinbek b.
Hamburg: Rowohlt.
- KUBIE, Lawrence S.
(1956), Psychoanalyse ohne Geheimnis, Reinbek b.
Hamburg: Rowohlt.

- KUTY, Olgierd
(1973), Le pouvoir du malade, Diss., Paris.
- LABOVITZ, Sanford
(1970), "The assignment of number to rank order categories", American Sociological Review 35:515-24.
- LAESSIG, Ursula
(o.J.), "Über den Heilungsvorgang in der Psychotherapie", in: W. BITTER, Angst und Schuld in theologischer und psychotherapeutischer Sicht, München: Kindler, S. 140-46.
- LAING, Ronald D.
(1967), Phänomenologie der Erfahrung, Frankfurt: Suhrkamp.
- LAING, R. D., PHILLIPSON, H. & LEE, A.R.
(1971), Interpersonelle Wahrnehmung, Frankfurt: Suhrkamp.
- LAND, Kenneth C.
(1969), "Principles of path analysis", in: E.F.BORGATTA (ed.), Sociological Methodology 1969, San Francisco: Jossey Bass, S. 3-37.
- LANGNER, T. S. & MICHAEL, S. T.
(1963), Life Stress and Mental Health, New York: Free Press.
- LAZARSELD, P. F. & HENRY, N. W.
(1968), LATENT Structure Analysis, Boston: Houghton Mifflin.
- LEGNARO, Aldo
(1973), "Soziologische Aspekte des Alkoholismus", Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 25:403-19.
- LEHR, Ursula
(1969), Die Frau im Beruf. Eine soziologische Analyse der weiblichen Berufsrolle, Frankfurt-Bonn: Athenäum.
- LORENZER, Alfred
(1973), Über den Gegenstand der Psychoanalyse oder: Sprache und Interaktion, Frankfurt: Suhrkamp.
- MARRADI, Alberto
(1978), "Die Faktorenanalyse und ihre Rolle in der Entwicklung und Verfeinerung empirisch nützlicher Konzepte", Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsych. 30:488-513.

- McKINLAY, John B.
(1975), "The help-seeking behavior of the poor",
in: J.KOSA & I.K. ZOLA (eds.), Poverty and
Health, Cambridge-London: Harvard University
Press, S. 224-273.
- MECHANIC, David
(1962), "The concept of illness behavior", Journal
of Chronic Diseases 15:189-94.

(1974), Politics, Medicine and Social Science,
New York: Wiley.
- MENNINGER, Karl
(1974), Das Leben als Balance, München: Kindler.
- MERGNER, Ulrich
(1976), "Technisch-organisatorischer Wandel und Be-
lastungsstruktur", in: R. KASISKE (Hg.), Ge-
sundheit am Arbeitsplatz, Reinbek b. Hamburg:
Rowohlt, S. 12-32.
- MERING, Otto von
(1967), "Erkranken, Gesundwerden und die Problemlösung -
eine verhaltenswissenschaftliche Studie", in:
A. MITSCHERLICH (Hg.), Der Kranke in der modernen
Gesellschaft, Köln-Berlin: Kiepenheuer & Witsch,
S. 332-48.
- MIRSKY, I. Arthur
(1961), "Körperliche, seelische und soziale Faktoren
bei psychosomatischen Störungen", Psyche
XV:26-37.
- MITSCHERLICH, Alexander
(1966), Krankheit als Konflikt, Studien zur psycho-
somatischen Medizin I, Frankfurt: Suhrkamp.

(1967), Krankheit als Konflikt, Studien zur psycho-
somatischen Medizin II, Frankfurt: Suhrkamp.
- MÜNZ, R. & PELIKAN, J.M.
(1978), Geburt oder Abtreibung. Eine soziologische
Analyse von Schwangerschaftskarrieren, Wien:
Jugend und Volk.
- NASCHOLD, Frieder und Mitarbeiter
(1974), Systemanalyse des Gesundheitswesens in
Österreich, Forschungsbericht des Instituts
für Höhere Studien (3 Bde.), Wien.

- NEFF, Walter S.
(1965), "Psychoanalytic conceptions of the meaning of work", *Psychiatry* 28:324-33.
- NIE, N.H., HULL, C.H. et al.
(1975), *SPSS. Statistical Package for the Social Sciences*, New York: McGraw Hill.
- ORDEN, S.R. & BRADBURN, N.M.
(1969), "Working wives and marriage happiness", *American Journal of Sociology* 74:392-407.
- ORTMANN, Hedwig
(1971), *Arbeiterfamilie und sozialer Aufstieg*, München: Juventa.
- OSTERLAND, M., DEPPE, W. u.a.
(1973), *Materialien zur Arbeits- und Lebenssituation der Industriearbeiter in der BRD*, Frankfurt: EVA.
- ÖSTERREICHISCHE BAUERNKRANKENKASSE
(1973), *Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen 1971-72 bei der Österreichischen Bauernkrankenkasse*, Wien.
- ÖSTERREICHISCHES STATISTISCHES ZENTRALAMT (Hg.)
Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus, Beiträge zur österreichischen Statistik, Heft 422, Wien: ÖStZ.
- PARSONS, Talcott
(1965), "Struktur und Funktion der modernen Medizin, eine soziologische Analyse", in: R. KÖNIG & M. TÖNNESMANN (Hg.), *Probleme der Medizin-Soziologie, Sonderheft 3, Kölner Zeitschrift f. Soziologie u. Sozialpsych.*, S. 10-57.
- PELIKAN, Jürgen M.
(1977), "Die Methode der Pfadanalyse", in: G. BRUCKMANN (Hg.), *Langfristige Prognosen*, Würzburg-Wien: Physica Verlag, S. 141-58.
- PFEIL, Elisabeth
(1961), *Die Berufstätigkeit von Müttern*, Tübingen: Mohr.
- PFLANZ, Manfred
(1962), *Sozialer Wandel und Krankheit*, Stuttgart: Enke.
(1965), "Die epidemiologische Methode in der medizinischen Soziologie", in: R. König & M. TÖNNESMANN (Hg.), *Probleme der Medizin-Soziologie, Sonderheft 3, Kölner Zeitschrift für Soziologie u. Sozialpsych.*, S. 134-49.

- (1967), "Gesundheitsverhalten", in: A. MITSCHERLICH (Hg.), Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Köln-Berlin: Kiepenheuer & Witsch, S. 283-89.
- (1973), Allgemeine Epidemiologie, Stuttgart: Enke.
- PFLANZ, M., u.a.
(1967), "Medizinsoziologische Untersuchungen zum Gesundheitsverhalten", in: A. MITSCHERLICH (Hg.), Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Köln-Berlin: Kiepenheuer & Witsch, S. 290-303.
- PHILLIPS, D. & SEGAL, B.
(1969), "Sexual status and psychiatric symptoms", American Sociological Review 34:58-72.
- PHILLIPS, Derek L.
(1973), Abandoning Method, San Francisco: Jossey Bass.
- PLATO
(1967), Sämtliche Werke, I. Band, Köln-Olten: Hegner.
- PLESSNER, Helmuth
(1970), Philosophische Anthropologie, Frankfurt: S.Fischer.
- PLÜGGE, Herbert & KOHN, Rolf
(1958), "Mißbefinden und Wohlbefinden. Eine phänomenologische Studie", Psyche 12:33-49.
- POLOMA, M.M. & GARLAND, T. N.
(1971), "The married professional woman: A study in the tolerance of domestication", Journal of Marriage and the Family 33:531-40.
- POPPER, Ludwig
(1961), Beruf und Lebenserwartung im Spiegel der Statistik, Wien 1961.
- (1966), Betriebsfürsorge. Broschüre vorgelegt beim 15. Internationalen Kongreß für Arbeitsmedizin, Wien: Verlag der medizinischen Akademie.
- PROSS, Helge
(1975), Die Wirklichkeit der Hausfrau, Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.
- RAPAPORT, David
(o.J.), Die Struktur der psychoanalytischen Theorie, Stuttgart: Klett.
- RASCH, Georg
(1966), "An individualistic approach to item analysis", in: P.F. LAZARFELD & N. W. HENRY (eds.), Readings in Mathematical Social Science, Cambridge-London: MIT-Press, S. 89-108.

- REDLICH, Fritz
(1967), "Der Gesundheitsbegriff in der Psychiatrie", in:
A. Mitscherlich (Hg.), Der Kranke in der modernen
Gesellschaft, Köln-Berlin: Kiepenheuer & Witsch,
S. 88-110.
- REIMANN, Helga
(1973), "Die Entwicklung der Psychiatrischen Soziologie",
Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozial-
psychologie 25:240-56.
- RENNE, Karen S.
(1974), "Measurement of social health in a general
population survey", Social Science Research
3:25-44.
- RIESMAN, David
(1968), Freud und die Psychoanalyse, Frankfurt: Suhrkamp.
- RICHTER, Horst-Eberhard
(1977), "Die Beziehung der Psychoanalyse zur Innenwelt
und zur sozialen Realität", in: A.M. BECKER &
L. REITER (Hg.), Psychotherapie als Denken und
Handeln, München: Kindler, S. 171-96.
- ROBACK, Abraham A.
(1970), Weltgeschichte der Psychologie und Psychiatrie,
Olten-Freiburg: Walter.
- ROBINSON, D.
(1971), The Process of Becoming 111, London: Routledge
& Kegan.
- ROSEN, G.
(1963), "The evolution of social medicine", in:
H.E. FREEMAN, S. LEVINE & G. REEDER (eds.),
Handbook of Medical Sociology, Englewood Cliffs,
N.J.: Prentice Hall, S. 17-61.
- ROSENMAYR, Leopold
(1969a), Die junge Frau in der Industriegesellschaft, Wien:
Sozialwissenschaftliche Gesellschaft (Forschungs-
bericht)
- (1969b), Die junge Frau und ihre berufliche Zukunft, Wien:
Sozialwissenschaftliche Gesellschaft (Forschungs-
bericht, unter Mitarbeit von A. AMANN, J. GRAFINGER,
M.HALLER, J.HANDL, W. HOLZINGER, M.K. STROLZ,
M.SZINOVACZ)
- (1972), "Illusion und Realität der Freizeit", in:
E.K.SCHEUCH & R. LIEBERSOHN (Hg.), Soziologie der
Freizeit, Köln: Kiepenheuer & Witsch, S.219-29.

- (1973), "Familienplanung, Empfängnisregelung und Einstellungen zur Sexualität", Wiener Medizinische Wochenschrift, Supplement Nr. 2, S. 24-29.
- (1974), "Ist die moderne Familie eine 'Problemfamilie'?" in: H. ASPERGER & F. HAIDER (Hg.), Das Werden sozialer Einstellungen in Familie, Schule und anderen Sozialformen, Wien: Österreichischer Bundesverlag, S. 32-60.
- ROSENMAYR, L., HALLER, M. & SZINOVACZ, M.
(1973), Barrieren im beruflichen Aufstieg. Studien über die junge Arbeitnehmerin im Spannungsfeld von Beruf, Haushalt und Familie, Schriftenreihe zur sozialen und beruflichen Stellung der Frau, Heft 2 (Wien: Bundesministerium für Soziale Verwaltung).
- ROSENSTOCK, Irwin M.
(1975), "Prevention of illness and maintenance of health", in: J. KOSA & I.K.ZOLA (eds.), Poverty and Health, Cambridge-London: Harvard University Press, S. 193-223.
- RUNGE, Erika
(1969), Frauen, Versuche zur Emanzipation, Frankfurt: Suhrkamp.
- RYLE, Gilbert
(1969), Der Begriff des Geistes, Stuttgart: Reclam.
- SACK, Fritz
(1973), "Theoretische Vorbemerkungen und organisatorische Bedingungen zum interdisziplinären Forschungsprojekt im Landeskrankenhaus Düsseldorf-Grafenberg", Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 25:231-39.
- BAFILIOS-ROTHSCHILD, Constantina
(1971), "Towards the conceptualization and measurement of work commitment", Human Relations 24:489-93.
- SCHAEFER, Hans
(1963), Die Medizin heute, München: Piper.
- SCHAEFER, H. & BLOHMKE, M.
(1972), Sozialmedizin, Stuttgart: Thieme.
- SCHEUCH, Erwin, K.
(1972), "Die Verwendung von Zeit in Ost- und Westeuropa", in: E.K. SCHEUCH & R. MEYERSONN (Hg.), Soziologie der Freizeit, Köln-Berlin: Kiepenheuer & Witsch, S. 192-215.

- SCHNEIDER, Michael
(1973), Neurose und Klassenkampf, Reinbek b.Hamburg:
Rowohlt.
- SCHNEIDER, P.
(1970), "Die Frauen bei Bosch", Kursbuch 21 (Berlin).
- SCHULTZ, J.H.
(1966), Das autogene Training, Stuttgart: Thieme.
- SCHULZ, Wolfgang
(1967), Analyse sozialer und psychologischer Variablen
in der ambulanten Behandlung von Alkoholikern,
Wien: Phil.Diss.
- SEVE, Lucien
(1973), Marxismus und Theorie der menschlichen Persönlich-
keit, Frankfurt: Verlag Marxistische Blätter.
- SHOSTAK, Arthur B.
(1969), Blue-Collar Life, New York: Random House.
- SIEGRIST, Johannes
(1975), Lehrbuch der medizinischen Soziologie,
München-Berlin-Wien: Urban & Schwarzenberg.
- (1977), "Psychosoziale Risikokonstellationen bei vor-
zeitigen Herzinfarkten - Zur Begründung eines
Forschungsplanes", Manuskript, Universität
Marburg.
- SIMMONS, Walt R.
(1963), "The matrix of health, manpower, and age", in:
R.H.WILLIAMS et al. (eds.), Processes of Aging,
New York: Atherton Press, S. 349-78.
- SOPP, Hellmut
(o.J.), Was der Mensch braucht... Ein tiefenpsycholo-
gischer Exkurs über Erfüllung und Versagen im
Beruf, München: Goldmann.
- SROLE, L., LANGNER, T.S. et al.
(1962), Mental health in the Metropolis. The Midtown
Manhattan Study, New York: McGraw Hill.
- STACEY, Barrie
(1967), "Some psychological consequences of inter-
generation mobility", Human Relations 20:3-12.
- STINCHCOMBE, Arthur L.
(1968), Constructing Social Theories, New York:
Harcourt, Brace & World.

- STROTZKA, Hans
(1965), Einführung in die Sozialpsychiatrie, Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.
- (1969a) "Zur psychosozialen Lage berufstätiger Frauen. Erfahrungen einer psychotherapeutischen Ambulanz in Wien", in: L. ROSENMAYR & S. HÖLLINGER (Hg.), Soziologie-Forschung in Österreich, Wien-Köln-Graz: Böhlau, S. 543-58.
- (1969b), Kleinburg - Eine sozialpsychiatrische Feldstudie, Wien-München: Österreichischer Bundesverlag.
- (1972a), Psychotherapie und soziale Sicherheit, München: Kindler.
- (1972b), Gesundheit für Millionen: Sozialpsychiatrie heute, Wien-Hamburg: P. Zsolnay.
- STROTZKA, H., GEHMACHER, E. & KAUFMANN, A.
(1971), Zusammenhänge zwischen Wohnbedingungen und psychischen Störungen, Wien: Forschungsgesellschaft für Wohnen, Bauen und Planen.
- STUCKERT, R.P.
(1963), "Occupational mobility and family relationships", Social Forces 41:301-7.
- SULLEROT, Evelyne
(1972), Die emanzipierte Sklavin. Geschichte und Soziologie der Frauenarbeit, Wien-Köln-Graz: Böhlau.
- SZASZ, Thomas
(1961), The Myth of Mental Illness, New York: Harper & Row (dt.; Geisteskrankheit - ein moderner Mythos, München: Kindler, 1974).
- SZINOVACZ, Maximiliane
(1973), "Satisfaction with work, marriage, and household activities in women blue-collar and white-collar workers", Paper presented at the 2nd Meeting of the Int. Society of Behavioral Development, Ann Arbor.
- (1975), Entscheidungsstruktur und Aufgabenverteilung in jungen Familien. Ergebnisse einer Untersuchung an berufstätigen Frauen und Müttern in Wien, Niederösterreich und dem Burgenland, Phil.Diss. (3 Bde.), Wien

- TANDLER, J. & KRAUS, S.
(1936), Die Sozialbilanz der Alkoholikerfamilie, Wien.
- THOMPSON, B. & A.FINALYSON
(1963), "Married women who work in early motherhood",
British Journal of Sociology 14:150-68.
- TROSCHKE, Jürgen von
(1974), Das Kind als Patient im Krankenhaus, München-
Basel: E. Reinhardt.
- ÜBERLA, K.
(1971), Faktorenanalyse, Berlin-Heidelberg-New York:Springer.
- UEXKÜLL, Thure von
(1963), Grundfragen der psychosomatischen Medizin,
Reinbek b. Hamburg; Rowohlt.
- (1965), "Was kann eine Spezialdisziplin 'Soziologische
Medizin' für eine allgemeine Medizin leisten?",
in: R. KÖNIG & M. TÖNNESMANN (Hg.), Probleme der
Medizin-Soziologie, Sonderheft 3, Kölner Zeit-
schrift f. Soziologie u. Sozialpsych., S. 58-79.
- WAITZKIN, H. & STOECKLE, J.D.
(1972), "Communication of information about illness",
Adv. psychosom. Med. 8:180-215.
- WAKENHUT, Roland
(1974), Messung gesellschaftlich-politischer Einstellungen
mit Hilfe der Rasch-Skalierung, Bern-Stuttgart-
Wien: Huber.
- WEEDE, Erich
(1970), "Zur Methodik der kausalen Abhängigkeitsanalyse
(Pfadanalyse) in der nicht-experimentellen
Forschung", Kölner Zeitschrift für Soziologie
und Sozialpsych. 22:532-50.
- (1972), "Zur Pfadanalyse. Neuer Entwicklung. Ver-
besserungen, Ergänzungen", Kölner Zeitschrift
für Soziologie u. Sozialpsych. 24:101-17.
- WHELPTON, P.K. u.a.
(1966), Fertility and Family Planning in the United
States, Princeton, N.J.
- WIESER, Wolfgang
(1959), Organismen - Strukturen - Maschinen,
Frankfurt: Fischer.

WILENSKY, Harold

(1972), "Die Umverteilung von Freizeit und Arbeit", in:
E.K.SCHEUCH & R. MEYERSONN (Hg.), Soziologie der
Freizeit, Köln: Kippenheuer & Witsch, S. 153-82.

WINDMÖLLER, Eva.

(1971), Ehen in Deutschland, Hamburg-Düsseldorf: Marion
von Schröder.

ZIEGLER, Rolf

(1972), Theorie und Modell, München-Wien:Oldenbourg.

ZOLA, Irving K.

(1966), "Culture and symptoms", American Sociological
Review 31:615-30.

ANHANG: Auszug aus dem Fragebogen

Sozialwissenschaftliche Forschungsstelle
des Instituts für Soziologie
Universität Wien
Dr. Karl Lucgerring 1
1010 Wien I.

7. Wie gefällt Ihnen Ihre jetzige Arbeit ?
ausgezeichnet
gut
mittelmäßig
weniger gut
nicht

Sp. 16
①
②
③
④
⑤

Sehr geehrte Frau !

Wir danken Ihnen, daß Sie so liebenswürdig sind und uns bei unserer Studie über Probleme der berufstätigen Frau unterstützen.

Die Befragung erfolgt im Einvernehmen mit der Betriebsleitung und dem Betriebsrat. Alle Ihre Angaben werden streng geheimgehalten und dienen nur der statistischen Auswertung. Aus diesem Grund fragen wir Sie auch nicht nach Ihren Namen.

Durch Ihre Bereitwilligkeit helfen Sie der wissenschaftlichen Forschung, und Sie wirken auch mit, Antworten auf ein wichtiges soziales Problem unserer Zeit zu finden.

Bitte füllen Sie alle Fragen genau aus - und bitte allein, ohne Mitwirkung anderer ! Es liegt uns an Ihrer persönlichen Meinung !

Es dankt Ihnen sehr

L. Rosenmayr

Univ.-Prof. Dr. L. Rosenmayr
Vorstand des Instituts für Soziologie
Leiter der Sozialwissenschaftlichen
Forschungsstelle

Jede 10. Dame erhält eine PRÄMIE von 50.- (fünfzig) Schilling. Die Verlosung und Auszahlung erfolgt unmittelbar nach dem Ausfüllen der Fragebogen

8. Was mißt Ihnen an Ihrem jetzigen Arbeitsplatz ?
(Bitte bei jeder zutreffenden Antwort ein X eintragen)

- | | |
|---|--|
| 1 | Vorgesetzte sind unangenehm |
| 2 | Arbeit zu eintönig |
| 3 | Bezahlung zu gering |
| 4 | zu geringe Aufstiegsmöglichkeiten |
| 5 | die nervliche Belastung ist zu groß |
| 6 | schlechte Arbeitsbedingungen (Lärm, Tempo zu schnell, zu ermüdend) |
| 7 | was mißfällt Ihnen sonst ? |
| 8 | ich habe nichts zu kritisieren |

Sp. 17
Sp. 18

Was mißfällt Ihnen davon am meisten ? 1. Grund
(Bitte die entsprechenden Nummern eintragen!) 2. Grund

9. Was stört Sie an Ihrem Arbeitsplatz ?
(Bitte bei jeder zutreffenden Antwort ein X eintragen)

- | | |
|---|-----------------------|
| 1 | das Arbeitstempo |
| 2 | die Staubentwicklung |
| 3 | der Lärm |
| 4 | Zugluft |
| 5 | Hitze |
| 6 | Gestank |
| 7 | Gase oder Dämpfe |
| 8 | schlechte Beleuchtung |
| 9 | nichts |

Sp. 19
Sp. 20

Was stört Sie davon am meisten ? 1. Grund
(Bitte die entsprechenden Nummern eintragen!) 2. Grund

10. Wie beurteilen Sie Ihre Beziehungen zu Ihren Arbeitskolleginnen ?

ausgezeichnet
gut
mittelmäßig
weniger gut
nicht gut

Sp. 21
①
②
③
④
⑤

31. (Bitte antworten Sie v ö l l i g f r e i m ü t i g, es ist Ihnen eidesstattlich zugesichert, daß Ihre Angaben g e h e i m g e h a l t e n werden.)
- Beabsichtigen Sie - (etwa im Laufe des nächsten halben Jahres)-aus Ihrer jetzigen Firma auszuschneiden? Sp 76
- ① ja
 ② wahrscheinlich, aber noch nicht sicher
 ③ ich denke gelegentlich daran
 ④ sicher nicht
32. Wenn Sie daran denken, aus der Firma wegzugehen, welche Gründe sind dafür maßgebend?
 (Bitte bei jeder zutreffenden Zeile ein eintragen)
- | | |
|---|--|
| 1 | Vorgesetzte sind unangenehm |
| 2 | Arbeit zu eintönig |
| 3 | Bezahlung zu gering |
| 4 | zu geringe Aufstiegsmöglichkeiten |
| 5 | die nervliche Belastung ist zu groß |
| 6 | schlechte Arbeitsbedingungen (Lärm, Tempo zu schnell, zu ermüdend) |
| 7 | welche Gründe sonst? |
- Sp 77
 ① 1. Grund
 ② 2. Grund
33. Wenn Sie weggehen wollen, beabsichtigen Sie unmittelbar darauf in einer anderen Firma zu arbeiten den Beruf für immer aufzugeben
- ① später in dieselbe Firma zurückzukehren
 ② später in eine andere Firma zu gehen
 ③ ich will nicht weggehen
 ④ Welche sind die Gründe, aus denen Sie gegenwärtig berufstätig sind?
 (Bitte bei jeder zutreffenden Zeile ein eintragen!)
- | | |
|---|--|
| 1 | nich zwingen finanzielle Gründe |
| 2 | mich interessiert die Arbeit |
| 3 | ich habe mich an meine Arbeitskolleginnen gewöhnt |
| 4 | mir wäre die Arbeit im Haushalt allein zu eintönig |
- Sp 79
 ① 1. Grund
 ② 2. Grund
34. Würden Sie auch arbeiten gehen, wenn Sie finanziell nicht dazu gezwungen wären?
- ① ja
 ② nein

14. Wie lange benötigen Sie für einen Weg zum Arbeitsplatz? Stunden Minuten
15. Empfinden Sie den Weg zu und von Ihrem Arbeitsplatz als Belastung
- ① Sp. 24
 ②
21. Empfinden Sie Ihre eigene Berufsarbeit als
- ① Sp. 29
 ② sehr unbefriedigend
 ③ eher unbefriedigend
 ④ eher befriedigend
 ⑤ sehr befriedigend
22. Ist Ihre Arbeitszeit durch betriebliche Arbeitspausen unterbrochen?
- durch eine Mittagspause ja
 nein
- durch andere Arbeitspausen ja
 nein
23. Finden Sie die Mittagspause
- ① Sp. 30
 ② ausreichend
 ③ etwas knapp
 ④ viel zu kurz
 ⑤ überflüssig
 ⑥ habe keine
24. Finden Sie die anderen Arbeitspausen ausreichend
- ① Sp. 31
 ② etwas knapp
 ③ viel zu kurz
 ④ überflüssig
 ⑤ habe keine
25. Können Sie, während Sie arbeiten,
- ① Sp. 34
 ② an etwas anderes denken
 ③ mit einer Kollegin sprechen
 ④ einen kleinen Imbiß einnehmen
 ⑤ es trifft nichts von allem zu
- 29d. Würden Sie sich gerne durch Kurse weiterbilden?
- ja, wenn es leicht geht
 ja, auch wenn es Geld und Mühe kostet
 nein
- ① Sp 72
 ②
 ③

36. Welche Einstellung hat Ihr Mann zu Ihrer Berufstätigkeit?
 (Bitte bei jeder zutreffenden Zeile ein X eintragen)

er verlangt, daß ich arbeiten gehe
 er ist damit einverstanden, daß ich arbeite
 er kritisiert manchmal, daß ich berufstätig bin
 er möchte, daß ich meine Arbeit aufgebe

37. Was würde Ihnen fehlen, wenn Sie nicht berufstätig wären?
 (Bitte bei jeder zutreffenden Zeile ein X eintragen)

1	der Umgang mit Menschen
2	eine an und für sich interessante Arbeit
3	das Geld, das ich verdiene
4	die Abwechslung gegenüber zu Hause
5	was sonst?
6	mir würde nichts fehlen

Was würde Ihnen am meisten fehlen? in 1. Linie
 (Bitte die entsprechenden Nummern eintragen!) in 2. Linie

38. Arbeiten Sie

am Fließband	Sp 12
am Schiebband	Sp 13
bediene ständig eine Maschine	Sp 14
machte eine andere Arbeit	Sp 15

Wie werden Sie entlohnt?
 im Einzelakkord
 im Gruppenakkord
 nach einem Prämiensystem
 nach dem Kollektivvertrag
 über dem Kollektivvertrag
 andere Entlohnung

39. Bitte ergänzen Sie den folgenden Satz rasch mit ein paar Worten! Schreiben Sie das nieder, was Ihnen zuerst einfällt!

Ich bin berufstätig, und ich bin froh darüber,
 weil

40. Kreuzen Sie bitte an, welche der folgenden Feststellungen für Sie zutrifft!
 (Bitte nur eine Antwort ankreuzen)

meine Arbeit ist die ganze Zeit über interessant
 meine Arbeit ist die meiste Zeit über interessant,
 es gibt aber eintönige Augenblicke
 manchmal ist meine Arbeit interessant, sonst ist sie jedoch eintönig
 meine Arbeit ist nur eintönig und überhaupt nicht interessant

51. Glauben Sie, daß Sie es leichter oder schwerer haben, als Ihre Mutter es hatte?

beruflich	leichter	familiär	leichter
	schwerer		schwerer

53. Was wünschen oder erwarten Sie sich für die Zeit in etwa 10 Jahren?
 (Bitte beide Spalten ausfüllen!)

so wünsche ich es mir	so wird es <u>wahr-</u> <u>scheinlich</u> kommen
<input type="radio"/> daß ich meine Berufstätigkeit beibehalte	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> daß ich nach Erreichung einiger Ziele (z.B. Anschaffungen, Wohnung, Haus) aus dem Beruf ausscheide	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> daß ich nach der Geburt des ersten (oder nächsten) Kindes aus dem Beruf ausscheide	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> daß ich auch ohne diese Gründe aus dem Beruf ausscheide	<input type="radio"/>

54. Bitte vollenden Sie den folgenden Satz mit ein paar Worten! Schreiben Sie das nieder, was Ihnen zuerst einfällt!

Ich bin berufstätig, bedauere das aber manchmal,
 weil

55. Angenommen, Sie beabsichtigen in den nächsten Jahren aus dem Beruf auszusteigen, wären Sie bereit, etwa im Alter von 40 oder 45 Jahren wieder eine Berufstätigkeit aufzunehmen?

eher nein
 ich könnte es mir vorstellen
 ich würde es ganz gerne tun
 ich habe es mir schon vorgenommen

56. Empfinden Sie Ihre Arbeit in Haushalt als

sehr unbefriedigend	Sp. 24
eher unbefriedigend	1
eher befriedigend	2
sehr befriedigend	3
	4

57. Wie schätzen Sie sich selber ein?

a) im Beruf:

sehr erfolgreich	Sp. 25
erfolgreich	1
durchschnittlich	2
weniger erfolgreich	3
sehr erfolgreich	4
erfolgreich	1
durchschnittlich	2
weniger erfolgreich	3
	4

b) im Haushalt:

sehr erfolgreich	Sp. 26
erfolgreich	1
durchschnittlich	2
weniger erfolgreich	3
sehr erfolgreich	4
erfolgreich	1
durchschnittlich	2
weniger erfolgreich	3
	4

- c) als Gattin bzw. Mutter: sehr erfolgreich
erfolgreich
durchschnittlich
weniger erfolgreich
58. Empfinden Sie Ihre Arbeit im Haushalt als
- Sp. 28
- ① sehr abwechslungsreich
② eher abwechslungsreich
③ eher eintönig
④ sehr eintönig
82. Sind Sie mit der jetzigen beruflichen Stellung Ihres Mannes zufrieden?
- Sp. 41
- ① ich bin sehr zufrieden
② ich bin zufrieden
③ ich bin wenig zufrieden
④ ich bin überhaupt nicht zufrieden
83. Was wünschen Sie sich, daß Ihr Mann tun sollte?
- Sp. 42
- ① Er sollte in seiner jetzigen Stelle im gleichen Betrieb bleiben
② eine andere Stelle im gleichen Betrieb haben
③ eine ähnliche Stelle in einem anderen Betrieb haben
④ eine Stellung in einem anderen Beruf haben
84. Warum wollen Sie das? Weil Ihr Mann dann
- Sp. 43
- ① mehr verdient
② ein besseres Ansehen hat
③ warum sonst?
91. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer jetzigen Wohnung?
- Sp. 49
- ① sehr zufrieden
② ziemlich zufrieden
③ eher nicht zufrieden
④ unzufrieden
99. Können Sie mit Ihrem Geld gut aus?
- Sp. 58
- ① ja, ich habe nie Schwierigkeiten
② ich komme ganz gut zurecht
③ es geht mir nur knapp aus
④ nein, ich bin gezwungen, mir manchmal Geld auszuborgen
110. Bitte kreuzen Sie jede Zeile aus! Das interessiert, wie sich die Menschen fühlen. Die folgende Seite beschreibt einige Zustände, wie sie jeder aus eigener Erfahrung kennt.
- Bitte kreuzen Sie an, wie Sie sich in der letzten Zeit gefühlt haben
- oft
- gelegentlich
- selten
- fast nie
- Sp. 36
- ① 1 ich war eigentlich ganz zufrieden mit mir 1 2 3 4
- Sp. 37
- ② 2 ich war von etwas ange- nehm überrascht 1 2 3 4
- Sp. 38
- ③ 3 ich fühlte mich einsam und verlassen 1 2 3 4
- Sp. 39
- ④ 4 ich war mutlos und niedergeschlagen 1 2 3 4
- Sp. 40
- ⑤ 5 ich war fröhlich, weil mir etwas gelungen ist 1 2 3 4
- Sp. 41
- ⑥ 6 es hat mir etwas so großen Spaß gemacht, daß ich gar nicht mehr aufhören wollte etwas nachgegangen ist 1 2 3 4
- Sp. 42
- ⑦ 7 ich war mißmutig, weil mir am liebsten die ganze Um- gebung verwünscht hätte 1 2 3 4
- Sp. 43
- ⑧ 8 mir war so zumute, daß ich in einer guten Stimmung, weil man mich gelobt hat 1 2 3 4
- Sp. 44
- ⑨ 9 ich war wirklich einmal glücklich 1 2 3 4
- Sp. 45
- ⑩ 10 ich war vom ewigen Einerlei angeödet 1 2 3 4
- Sp. 46
- ⑪ 11 ich habe das Gefühl ge- habt, daß mich alle links liegen lassen 1 2 3 4
- Sp. 47
- ⑫ 12 ich war so in Schwung, daß ich etwas Neues anpacken wollte 1 2 3 4
- Sp. 48
- ⑬ 13 ich war so froh und gut gelaunt, daß ich meine ganze Umgebung damit angesteckt habe 1 2 3 4
- Sp. 49
- ⑭ 14 ich war grantig, ohne genau zu wissen warum 1 2 3 4
- Sp. 50
- ⑮ 15 ich habe das Gefühl ge- habt, daß alle An- strengungen doch umsonst sind 1 2 3 4
- Sp. 51
- ⑯ 16 ich habe das Gefühl ge- habt, daß alle An- strengungen doch umsonst sind 1 2 3 4

125. Wieviel Zeit benötigen Sie für die Hausarbeit ?
 an Werktagen (Montag bis Freitag) Stunden
 am Samstag Stunden
 am Sonntag

126. Bitte geben Sie die folgenden Zeitpunkte aus dem Ablauf eines Werktages an, wie es für Sie selbst gewöhnlich zutrifft:

Aufstehen um Uhr
 Verlassen der Wohnung um Uhr
 Arbeitsbeginn um Uhr
 Arbeitsschluß um Uhr
 Rückkehr in die Wohnung um Uhr
 zu Bett gehen um Uhr

129. Wie oft kommt es vor, daß Ihr Mann mehr trinkt als ihm gut tut ?

- es kommt vor ①
 es kommt selten vor ②
 es kommt fast nie vor ③

130. Insgesamt betrachtet, ist Ihre Ehe bis jetzt für Sie gewesen

- sehr unglücklich ①
 ziemlich unglücklich ②
 etwa durchschnittlich ③
 ziemlich glücklich ④
 außerordentlich glücklich ⑤

131. Haben Sie Kinder ?

- ja ①
 nein ②

Wenn JA: Bub ... Jahre Mädchen ... Jahre
 ... Jahre ... Jahre
 ... Jahre ... Jahre

132. Hatten Sie schon einmal eine Fehlgeburt ?

- ja ①
 nein ②

133. (Bitte Ihre ganz persönliche Meinung angeben !)

Wie sollte es nach Ihrer Meinung richtig sein:
 (bitte beide Spalten ausfüllen!)

eine verheiratete Frau ohne Kinder sollte eine Mutter von 1-2 Kindern sollte

- nicht berufstätig sein
 den Beruf als zeitweise notwendiges Übel betrachten
 Beruf und Arbeit im Haushalt und in der Familie gleichrangig sehen
 den Beruf als Hauptaufgabe betrachten

104. Wer führt bei Ihnen den Haushalt ?

- ich führe den Haushalt allein, ohne Mithilfe anderer Familienmitglieder oder familienfremder Personen ①
 ich führe den Haushalt unter gelegentlicher Mithilfe anderer Personen ②
 ich führe den Haushalt unter regelmäßiger Mithilfe anderer Personen ③
 ich führe den Haushalt nicht selbst, helfe aber regelmäßig mit ④
 ich führe den Haushalt nicht selbst, helfe aber gelegentlich mit ⑤

105. Wer hilft Ihnen im Haushalt (bzw. führt den Haushalt)

- Mutter
 Schwiegermutter
 Gatte
 Kinder
 sonstige verwandte oder verschwängerte Personen
 familienfremde Person (z.B. Nachbarin, Bedienerin, Hausgehilfin)

111. Wenn Sie die Dinge alle zusammen betrachten, wie schätzen Sie Ihre Lage ein ?

- ich bin außerordentlich zufrieden ①
 ich bin zufrieden ②
 ich bin eher nicht zufrieden ③
 ich bin unzufrieden ④

112. Wenn Sie Ihr Leben vor 3 bis 4 Jahren mit Ihrem heutigen Leben vergleichen, waren Sie damals

- eher zufriedener ①
 eher weniger zufrieden ②

113. Fällt es Ihnen schwer, sich zu entscheiden, ob Sie berufstätig bleiben wollen oder nicht ?

- es fällt mir schwer ①
 ich bin manchmal unsicher ②
 ich bin mir klar darüber, was für mich richtig ist ③

124. Wie wichtig ist die erotisch-sexuelle Erfüllung in der Ehe für die meisten Frauen Ihres Alters ?

- sehr wichtig ①
 wichtig ②
 nicht besonders wichtig ③

134. Wie sollte es nach Ihrer Meinung für eine Mutter von 1 - 2 Kindern richtig sein:

- ① sie sollte sich täglich einen halben Tag den Kindern widmen
- ② sie sollte täglich etwa ein bis zwei Stunden für ihre Kinder Zeit haben
- ③ sie muß die Kinder nicht täglich sehen, es genügt, wenn die Kinder bei einer anderen Person gut aufgehoben sind

Sp.71

138. Wieviele Kinder wollen Sie insgesamt haben ?

Sp. 77

- ① Kinder
- ② ja
- ③ nein

139. Erwarten Sie gegenwärtig ein Kind ?

Sp. 76

- ① unerwartet
- ② erwartet

145. Fühlen Sie sich den größten Teil des Jahres über gesundheitlich wohl ?

Sp.79

- ① ja
- ② nein

146. Welche Beschwerden haben Sie ?

- Schlaflosigkeit ab und zu wird durch den Arzt behandelt
- Kopfschmerzen
- Augenschmerzen
- Herzbeschwerden
- Schmerzen in den Füßen
- Schwindelgefühl
- welche sonst?

147. Verwenden Sie

- Beruhigungsmittel
- Schlaftabletten
- keines von beiden

148. An welchen Tagen der Woche fühlen Sie sich am stärksten belastet ?

- Montag
- Dienstag
- Mittwoch
- Donnerstag
- Freitag
- Samstag
- Sonntag

149. Beurteilen Sie sich selbst als nervös ?

Sp.80

- ① sehr nervös
- ② nervös
- ③ eher weniger nervös
- ④ gar nicht nervös

152. Wieviele Stunden Freizeit, wir meinen damit Zeit, in der Sie nach können, was Sie wollen, hatten Sie

- an letzten Montag Stunden
- an letzten Donnerstag Stunden
- an letzten Samstag Stunden
- an letzten Sonntag Stunden

153. Wofür vor allen hätten Sie gerne mehr Freizeit zur Verfügung ?

.....

161. Wenn Sie Ihre Arbeit in Haushalt und Familie mit der Berufsarbeit vergleichen, so gibt es

- ① sehr große Unterschiede
- ② einige wichtige Unterschiede
- ③ keine wesentlichen, Unterschiede
- ④

164. Wenn Sie eine Tochter haben oder einmal bekommen, Sp. 17 soll Ihre Tochter

- ① nur vor der Ehe arbeiten
- ② als verheiratete Frau ohne Kind arbeiten
- ③ auch als Mutter von 1-2 Kindern arbeiten
- ④ überhaupt nicht arbeiten