

Universität Hamburg  
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften  
Department Wirtschaft und Politik

**Zur Bewältigung von Arbeitsbelastungen im  
Lebenszusammenhang von  
erwerbstätigen Frauen am Beispiel von Erzieherinnen  
und Lehrerinnen.**

Vorgelegt am 5.7.2005 von Gabriela Boni-Tamm

Dissertation zur Erlangung des Grades einer Doktorin der Wirtschafts- und  
Sozialwissenschaften

Erstgutachter: Prof. Dr. Alfred Oppolzer  
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Bärbel von Borries-Pusback

## Danksagung

Nach vielen Jahren, die erfüllt waren von Erwerbs- und Familienarbeit in wechselnden Intensitäten ganz gemäß der Puzzle-Biografie erwerbstätiger Frauen mit Kindern, fand diese Arbeit spät ihren erfolgreichen Abschluss. Die geistige, seelische und soziale Kraft dazu verdanke ich vielen Menschen.

Ich bedanke mich für Geduld und Unterstützung im langen akademischen Reifeprozess bei Prof. Dr. Alfred Oppolzer. Die Diskussion und die wissenschaftlichen Hinweise, Gewährung angemessener Spielräume und die Zeit, die mir immer wieder zur Verfügung gestellt wurde, waren eine große Hilfe.

Mein Dank gilt Prof. Dr. Bärbel von Borries-Pusback für ihre Unterstützung in der Endphase.

Ich danke den Mitarbeiterinnen aus den beteiligten Institutionen, dem Institut für Lehrerfortbildung und der Gewerkschaft ÖTV (jetzt Verdi) für ihre konstruktive Unterstützung.

Ich bedanke mich bei meinen Freundinnen für die Unterstützung bei der Exploration und schließlich bei der konkreten Fertigstellung der Arbeit.

Mein besonderer Dank gilt meinen Interviewpartnerinnen, die mich an ihren Erfahrungen und Kenntnissen in aller Offenheit teilhaben ließen und damit das vorliegende Ergebnis erst ermöglichen.

Ich bedanke mich bei meinem Partner Rolf Dieter Tamm, der mich ermutigte und immer wieder tatkräftig unterstützte, das Werk zu vollenden.

Dank gilt auch meinen Kindern, die so manche Stunde auf ihre Mutter verzichten mussten und auch ihren Missmut über „Nicht –Gelungenes“ mit getragen haben.

Meiner Mutter gilt mein Dank für ihre wohlwollenden Signale und ihrem Stolz auf ihre fleißige Tochter. Dank auch meinem Vater, der es schon an meiner Wiege wusste: Dieses Kind wird eine „dottoressa“, Recht hat er behalten, wenn es auch lange gar nicht danach aussah!

Gabriela Boni-Tamm

Im September 2006

|   |           |
|---|-----------|
| 1. EINLEITUNG   |           |
| <b>1.1. Vorstellung des Themas</b>                                    | <b>9</b>  |
| <b>1.2. Zielsetzung und Fragestellung der Untersuchung</b>            | <b>14</b> |
| <b>1.3. Methodisches Vorgehen</b>                                     | <b>15</b> |
| 1.3.1. Rahmentheorien   | 15        |
| 1.3.2. Erhebungs- und Auswertungsmethoden der Interviews              | 16        |
| 1.3.3. Erhebungs- und Auswertungsmethoden der schriftlichen Befragung | 19        |
| <b>1.4. Grundgesamtheit und Stichproben</b>                           | <b>20</b> |
| 1.4.1. Grundgesamtheit der Erzieherinnen und Lehrerinnen              | 20        |
| 1.4.2. Stichprobe der Interviewteilnehmerinnen                        | 20        |
| 1.4.3. Stichprobe der Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung  | 21        |
| 1.4.3.1. Stichprobe der Erzieherinnen                                 | 21        |
| 1.4.3.2. Stichprobe der Lehrerinnen                                   | 21        |
| 1.4.2. Biografische Daten der Teilnehmerinnen                         | 22        |
| 2. BELASTUNG UND BEANSPRUCHUNG  |           |
| <b>2.1. Zusammenhang zwischen Belastung und Beanspruchung</b>         | <b>24</b> |
| <b>2.2. Untersuchungen zur Arbeitsbelastung</b>                       | <b>26</b> |
| 2.2.1. Alltagsbelastung von Frauen                                    | 26        |
| 2.2.2. Belastungen im LehrerInnenberuf                                | 29        |
| 2.2.3. Belastungen im Erzieherinnenberuf                              | 30        |
| <b>2.3. Stress und Burn-out als Folgen von Belastung</b>              | <b>31</b> |
| 2.3.1. Stressmodelle  | 32        |
| 2.3.2. Burn-out als Belastungsfolge                                   | 34        |
| <b>2.4. Fragestellung zur Belastungssituation</b>                     | <b>35</b> |
| <b>2.5. Ergebnisse der Interviews</b>                                 | <b>36</b> |
| 2.5.1. Tätigkeitsbeschreibung einer Erzieherin und einer Lehrerin     | 36        |
| 2.5.2. Zeitumfang und Zeitbelastung der Alltagsarbeit                 | 38        |
| 2.5.3. Berufliche Belastung   | 39        |
| 2.5.3.1. Qualitative Zeitprobleme                                     | 40        |
| 2.5.3.2. Konflikte  | 41        |

|   |           |
|---|-----------|
| 2.5.3.2.1. Konfliktreiche Kommunikation   | 41        |
| 2.5.3.2.2. Sexuelle Belästigung   | 42        |
| 2.5.3.2.3. Mobbing  | 43        |
| 2.5.3.3. Belastung durch Arbeitsorganisation- und Arbeitsinhalt                                       | 43        |
| 2.5.3.4. Belastung durch Arbeitsumgebung  | 44        |
| 2.5.3.5. Probleme der Distanzierung und des Anspruchsniveaus  | 44        |
| 2.5.3.6. Positive Aspekte des Berufs und Einstellung zum Beruf  | 44        |
| 2.5.4. Belastung durch Haus- und Familienarbeit   | 45        |
| 2.5.4.1. Belastungsfaktoren   | 45        |
| 2.5.4.1.1. Zeitprobleme   | 45        |
| 2.5.4.1.2. Arbeitsorganisation und Arbeitsinhalt  | 45        |
| 2.5.4.1.3. Anspruch und Anerkennung   | 46        |
| 2.5.4.1.4. Positive Aspekte   | 46        |
| 2.5.4.2. Aufgabenverteilung im Haus- und Familienbereich  | 46        |
| 2.5.4.3. Theoretisches Verständnis von Hausarbeit<br>als Zuständigkeitsbereich von Frauen             | 46        |
| 2.5.5. Qualitative Belastung der Berufsarbeit, der Haus- und<br>Familienarbeit und sonstiger Arbeiten | 47        |
| 2.5.6. Freizeit und Erholung  | 48        |
| 2.5.7. Stress und Burn-out als Belastungsfolge  | 48        |
| <b>2.6. Ergebnisse der schriftlichen Befragung</b>  | <b>49</b> |
| 2.6.1. Zeitumfang und Zeitbelastung der Alltagsarbeit   | 49        |
| 2.6.2. Berufliche Belastung   | 51        |
| 2.6.2. 1. Qualitative Zeitprobleme  | 51        |
| 2.6.2. 2. Konflikte   | 52        |
| 2.6.2. 2.1. Konfliktreiche Kommunikation  | 52        |
| 2.6.2. 2.2. Sexuelle Belästigung  | 53        |
| 2.6.2. 2.3. Mobbing   | 53        |
| 2.6.2. 3. Arbeitsorganisation- und Arbeitsinhalt  | 54        |
| 2.6.2. 4. Arbeitsumgebung   | 54        |
| 2.6.2. 5. Probleme der Distanzierung und des Anspruchsniveau  | 55        |
| 2.6.2. 6. Positive Aspekte und Einstellung zum Beruf  | 56        |
| 2.6.3. Belastung durch Haus- und Familienarbeit   | 56        |
| 2.6.3. 1. Belastungsbereiche  | 56        |
| 2.6.3.1.1. Zeitprobleme   | 57        |
| 2.6.3.1.2. Arbeitsorganisation und Arbeitsinhalt  | 57        |
| 2.6.3. 1.3. Anspruch und Anerkennung  | 57        |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.6.3.2. Aufgabenverteilung im Haus- und Familienbereich   | 58        |
| 2.6.3.3. Theoretisches Verständnis über Hausarbeit als<br>Zuständigkeitsbereich von Frauen           | 59        |
| 2.6.4. Qualitative Belastung der Berufsarbeit und Haus- und<br>Familienarbeit und sonstiger Arbeiten | 59        |
| 2.6.5. Freizeit und Erholung   | 59        |
| 2.6.6. Stress und Burn-out als Belastungsfolge   | 60        |
| 2.6.6.1. Stress  | 60        |
| 2.6.6.1.1. Häufigkeit des Stresserlebens   | 60        |
| 2.6.6.1.2. Gefühle beim Stress   | 60        |
| 2.6.6.1.3. Begründung des Stresserlebens   | 61        |
| 2.6.6.2. Burn-out  | 62        |
| 2.6.6.2.1. Häufigkeit von spezifischen Gefühlen  | 62        |
| 2.6.6.2.2. Gruppen unterschiedlicher Gefährdung  | 63        |
| <b>2.7. Zusammenfassung und Resumee</b>  | <b>64</b> |
| <br>   |           |
| 3. GESUNDHEIT  |           |
| <b>3.1. Begriffsbestimmung</b>   | <b>66</b> |
| <b>3.2. Indikatoren für Gesundheit und Krankheit von Frauen</b>                                      | <b>70</b> |
| 3.2.1. Mortalität und Morbidität   | 71        |
| 3.2.2. Soziale Lage  | 71        |
| 3.2.3. Krankenstand  | 72        |
| 3.2.4. Krankheitsdiagnosen   | 72        |
| 3.2.5. Subjektive Einschätzung der Gesundheit und des Stresserlebens                                 | 73        |
| <b>3.3. Gesundheit von LehrerInnen</b>   | <b>75</b> |
| <br>   |           |
| <b>3.4. Fragestellung der Untersuchung</b>   | <b>75</b> |
| <br>   |           |
| <b>3.5. Ergebnisse der Interviews</b>  | <b>76</b> |
| 3.5.1. Gesundheitsbegriff und Gesundheitseinschätzung  | 76        |
| 3.5.2. Gesundheitsbeschwerden  | 77        |
| 3.5.2. 1. Häufigkeit der Beschwerden   | 77        |
| 3.5.2. 2. Entwicklung der Beschwerden  | 77        |
| 3.5.2. 3. Gesundheitsbeschwerden bei sexueller Belästigung und Mobbing                               | 78        |
| 3.5.2. 4. Ausfalltage wegen Krankheit  | 78        |
| 3.5.2. 5. Begründung der Beschwerden   | 78        |
| 3.5.3. Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes  | 79        |

|  |            |
|--|------------|
| 3.5.4. Lebenszufriedenheit   | 81         |
| 3.5.5. Gesundheitsvorsorge   | 81         |
| <b>3.6. Ergebnisse der schriftlichen Befragung</b>   | <b>82</b>  |
| 3.6.1. Gesundheitsbegriff und Gesundheitseinschätzung  | 82         |
| 3.6.2. Gesundheitsbeschwerden  | 83         |
| 3.6.2. 1. Häufigkeit der Beschwerden   | 83         |
| 3.6.2.2. Entwicklung der Beschwerden   | 85         |
| 3.6.2.3. Gesundheitsbeschwerden bei sexueller Belästigung und Mobbing  | 86         |
| 3.6.2.4. Ausfalltage wegen Krankheit   | 86         |
| 3.6.2.5. Begründung der Beschwerden und Stress   | 87         |
| 3.6.3. Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustand  | 88         |
| 3.6.4. Lebenszufriedenheit   | 90         |
| 3.6.5. Gesundheitsvorsorge   | 91         |
| <b>3.7. Zusammenfassung und Resumee</b>  | <b>93</b>  |
| <br>   |            |
| 4. ZUSAMMENHANG ZWISCHEN GESUNDHEIT UND BEWÄLTIGUNG<br>VON BEANSPRUCHUNG UND BELASTUNGEN                     |            |
| <b>4.1. Begriffsbestimmung</b>   | <b>94</b>  |
| <b>4.2. Ressourcen und Stressoren im Belastungs-Bewältigungsgeschehen</b>                                    | <b>95</b>  |
| <b>4.3. Untersuchungen zum Thema</b>   | <b>96</b>  |
| <b>4.4. Soziale Netzwerke</b>  | <b>97</b>  |
| 4.4.1. Begriffsbestimmung  | 97         |
| 4.4.2. Untersuchungen zu frauenspezifischen Netzwerken   | 99         |
| <b>4.5. Fragestellung der Untersuchung</b>   | <b>100</b> |
| <br>   |            |
| <b>4.6. Ergebnisse der Interviews</b>  | <b>100</b> |
| 4.6.1. Bewältigungsstrategien bei Belastung und Stress   | 100        |
| 4.6.2. Bewältigungsstrategien bei gesundheitlichen Beschwerden   | 101        |
| 4.6.3. Medizinische Anwendungen  | 101        |
| 4.6.4. Umgang mit Psychotherapie und alternativen Heilmethoden   | 102        |
| 4.6.5. Soziale Netzwerke   | 102        |
| 4.6.5.1. Informelle und formelle Netzwerke zur Unterstützung bei Belastung und<br>gesundheitlichen Störungen | 102        |
| 4.6.5.2. Unterstützungsinhalte   | 105        |

|  |            |
|--|------------|
| 4.6.5.3. Unterstützungsbilanz von Geben und Nehmen   | 105        |
| 4.6.6. Wohlbefinden  | 106        |
| <b>4.7. Ergebnisse der schriftlichen Befragung</b>   | <b>106</b> |
| 4.7.1. Bewältigungsstrategien bei Belastung  | 106        |
| 4.7.2. Bewältigungsstrategien bei Stress   | 111        |
| 4.7.3. Soziale Netzwerke   | 112        |
| 4.7.3.1. Informelle und formelle Netzwerke zur Unterstützung bei Belastung und gesundheitlichen Störungen                                  | 112        |
| 4.7.3.2. Unterstützungsinhalte   | 115        |
| 4.7.3.3. Unterstützungsbilanz von Geben und Nehmen   | 116        |
| 4.7.3.4. Gesundheitsförderliche Orte   | 118        |
| <b>4.8. Zusammenfassung und Resumee</b>  | <b>119</b> |
| 5. SCHLUSSFOLGERUNG UND UMSETZUNG  |            |
| <b>5.1. Ziele und Grundannahmen der Erhebung</b>   | <b>121</b> |
| 5.1.1. Belastung und Beanspruchung   | 122        |
| 5.1.2. Gesundheit der Teilnehmerinnen  | 124        |
| 5.1.3. Bewältigung von Belastung und Beanspruchung   | 126        |
| <b>5.2. Vorschläge zur Verbesserung der Lebens- und Berufssituation von Erzieherinnen und Lehrerinnen auf den 5 Aktionsfeldern der WHO</b> | <b>129</b> |
| 5.2.1. Verbesserung der Lebens- und Berufssituation durch Maßnahmen der „Gesamtpolitik“  | 130        |
| 5.2.2. Verbesserung der Lebens- und Berufssituation durch gesundheitsförderlich „Lebenswelten“   | 134        |
| 5.2.3. Verbesserung der Lebens- und Berufssituation durch „Unterstützung von Gemeinschaftsinitiativen“                                     | 137        |
| 5.2.4. Verbesserung der Lebens- und Berufssituation durch „Stärkung der persönlichen Fähigkeiten“  | 138        |
| 5.2.5. Verbesserung der Lebens- und Berufssituation durch „Neuorientierung der Gesundheitsdienste“   | 139        |

|  |            |
|--|------------|
| 6. ANHANG  |            |
| <b>6.1. Literaturverzeichnis</b>                               | <b>141</b> |
| <b>6.2. Tabellen und Grafiken</b>                              | <b>147</b> |
| <b>6.3. Materialien für die mündlichen Interviews</b>          | <b>150</b> |
| 6.3.1. Gesprächsleitfaden                                      | 150        |
| 6.3.2. Sozialstatistik   | 152        |
| 6.3.3. Schriftlicher Fragebogen Beschwerden                    | 153        |
| <b>6.4. Materialien für die schriftliche Befragung</b>         | <b>154</b> |
| 6.4.1. Schriftlicher Fragebogen                                | 154        |
| 6.4.2. Liste aller Helferinnen und Helfer im sozialen Netzwerk | 162        |



## 1. EINLEITUNG

### 1.1. Vorstellung des Themas

Die Gesundheit von Frauen unter den Bedingungen von Doppelbelastung ist das Thema der Studie. Frauen, die in typischen Frauenberufen tätig sind und darüber hinaus Haus- und Familienarbeit zu erledigen haben, geben selbst Auskunft über ihre Alltagsbelastung, über ihren Gesundheitszustand und den Maßnahmen, die sie zur Bewältigung ihrer Aufgaben und der daraus resultierenden Belastung ergreifen.

Der Arbeit liegt ein Gesundheitsbegriff zugrunde, der davon ausgeht, dass Gesundheit durch allgegenwärtige biologische Krankheitserreger sowie durch soziale Belastungen und Anforderungen, die die Regenerationsfähigkeit überschreiten und das Gleichgewicht zwischen Verausgabung und Erholung (Oppolzer 1993:20) stören, angegriffen werden kann. Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass im Belastungsprozess ein Bewältigungshandeln realisiert wird, welches je nach persönlichen und sozialen Ressourcen die Folgen von Belastungen auch abmildern oder sogar verhindern kann.

Vorliegende Arbeit folgt Prämissen der Frauengesundheitsforschung, die einerseits die Besonderheiten des weiblichen Lebenszusammenhanges und die daraus resultierenden Beanspruchungen thematisiert, andererseits aber dabei die Unterschiedlichkeit des Belastungs-Beanspruchungszusammenhanges zwischen Frauen in Abhängigkeit von ihrer sozialen Lage nicht unberücksichtigt lässt. Weiter werden hier entsprechend eines ressourcenorientierten Gesundheitsbegriffes die Gesundheitspotentiale der Frauen, die dazu befähigen Alltagsbelastung zu bewältigen, im Mittelpunkt der Betrachtung stehen.

Da Gesundheit, über ein differenziertes Ursachengeflecht hinaus, weitgehend subjektiver Natur ist (vergl.: Sagan 1992), ihr Maßstab vollkommenes, körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden (s. Gesundheitsdefinition der WHO) ist, sind hier die Frauen aufgerufen, darüber als Expertin in eigener Sache Auskunft zu geben. Ein Weg gesundheitliche Risiken zu bestimmen ist es nach Ursachen belastender Arbeitsbedingungen zu fragen, dies soll hier nach Vorschlägen der Frauengesundheitsforschung durch Fragen nach Handlungsweisen und Kompetenzen ergänzt werden, die dazu führen, dass viele der hier befragten Frauen angeben, sich trotz vielfältiger objektiver Belastungen gesund zu fühlen. Frauen weisen hinsichtlich ihrer Lebensbedingungen, die wesentlich durch Berufsorientierung bei gleichzeitiger Zuständigkeiten für Haus- und Familienarbeit, geprägt sind, Ähnlichkeiten auf, ihre Lebensbedingungen unterscheiden sich im allgemeinen von denen der Männer, sie haben zum Teil andere Krankheiten und unterscheiden sich im Umgang mit Befindlichkeitsstörungen, sodass eine geschlechtsspezifische Betrachtung sinnvoll erscheint (vgl.: Rodenstein in Schneider 1981: 26ff).

Haus-, Familien- und Erwerbsarbeit sind bestimmende Lebensbereiche von Frauen und müssen als weibliche Arbeitsfelder im Zusammenhang betrachtet werden. Nur so gelingt es gültige Aussagen über Gesundheit von Frauen in Abhängigkeit von ihrer Alltagsarbeit zu machen.

Verschiedene Erklärungsansätze versuchen das Phänomen, dass der Lebenszusammenhang und in der Folge auch Belastungszusammenhang von Frauen auch heute noch, trotz Angleichung weiblichen Bildungsstandes und gewandelter Arbeitsplatzbedingungen nach wie vor durch bestimmte hausarbeitsverwandte und familienarbeitsverwandte Formen von Erwerbsarbeit und (Allein) Zuständigkeiten für Haus- und Familienarbeit geprägt ist (vergl.: Wilms-Herget 1983: 264) zu erhellen. So entwickelte z.B. Bennholdt-Thomsen (1988) eine Theorie, die die Naturhaftigkeit der Beziehung der Frauen zur Haus- und Familienarbeit in den Vordergrund stellt und Frauenarbeit als patriarchales Zwangsverhältnis definiert, oder Eckart (1979), die aufgrund ihrer empirischen Untersuchung zu der Auffassung gelangt, dass Frauenarbeit als familienorientierter Instrumentalismus anzusehen sei. Der wohl bedeutendste theoretische Erklärungsansatz für die andauernde Spezifik weiblichen Arbeitslebens,

entwickelt von Ostner (1978) und Beck-Gernsheim (1978) in den späten siebziger Jahren, behauptet seine Plausibilität weitgehend bis heute. Die auffällige Ungleichverteilung und Ungleichbewertung weiblicher Arbeit in materieller, wie ideeller Hinsicht basiert ihrer Meinung nach auf einem besonderem weiblichen Arbeitsvermögen, das sich aus der Zuordnung der Frau zum familialen Bereich entwickelt. Das Leben von Frauen wird durch eine gesellschaftlich hergestellte strukturelle Spannung zweier Arbeitsformen bestimmt. Hausarbeit und Erwerbsarbeit, die jeweils unterschiedliche Arbeitsvermögen und Arbeitsweisen erfordern und die politisch und institutionell verfestigt werden, sind aufeinander verwiesen aber nicht ohne weiteres kompatibel. Zugespitzt ergibt sich für die Hausarbeit eine Logik der Leiblichkeit und Naturverbundenheit, dagegen folgt die Berufsarbeit einer Logik der Naturbeherrschung und verfährt verfügend, technisch instrumentell. Arbeit im Haus vollzieht sich in überschaubaren Sozialbezügen, in die die Arbeitende selbst einbezogen ist und ist gekennzeichnet durch einen spontanen persönlichen Aufgabenbezug im Interesse der Erfüllung dieser Aufgaben. Daraus entwickeln sich ein naturverbundenes hausarbeitsbezogenes weibliches Arbeitsvermögen und ein entsprechendes Interesse an Berufen, die eben diese Bezüge aufweisen.

Weibliche Arbeitsweisen und Arbeitsvermögen beeinflussen nun nach Ansicht der Autorinnen Berufswahl und Praxis und führen zu den bekannten und vielfach dokumentierten Benachteiligungen und Belastungen an typischen Frauenarbeitsplätzen. In ihren familialen Kontexten lernen sie, ihre Bedürfnisse zu Gunsten anderer zurückzustellen, in der beruflichen Praxis wird eine solche Einstellung als mangelndes Durchsetzungsvermögen interpretiert und entsprechend bewertet. Ihre eigene Orientierung an ganzheitlichen Aufgaben verhindert zudem eine Übernahme solcher Tätigkeiten, die diese nicht aufweisen, dies wird als mangelnde Aufstiegsorientierung und Leistungsmotivation eingestuft. Sie bevorzugen bei der Berufswahl das, was sie aus der Hausarbeit schon können und kennen. Diese Fähigkeiten stehen im Zusammenhang mit Naturwüchsigkeit, Naturverbundenheit, Unmittelbarkeit und Ganzheit

Diesem Ansatz wurde von verschiedenen Seiten (z.B. Gottschall 1990:44, Knapp 1987) vorgehalten, dass mit dem weiblichen Arbeitsvermögen der Marktvorteil billiger Arbeitskräfte als Zuweisungsmechanismus zu bestimmten Arbeitsplätzen unterschätzt wird, dass das auf Gebrauchswertorientierung und Personenbezug reduzierte Arbeitsvermögen von Frauen die komplexen Bedingungen von Frauenarbeit in Haus und Beruf nicht erfasst und dass die Sozialisation sich nicht auf die Erfahrungen im Bereich der Familie beschränkt. Knapp geht daher von einem komplexen weiblichen Arbeitsvermögen aus, das sich durch Sozialisationserfahrungen in der Familie, im sozial-ökonomischem Umfeld, in Schule und Berufsausbildung entwickelt und Frauen sowohl auf ihre Rolle in der Familie als auch im Beruf vorbereitet. Diese doppelte Orientierung entspricht einem komplexen weiblichen Arbeitsvermögen, das Segregationserfahrung, Deklassierung und Ambiguitätserfahrungen beinhaltet und unter dem Belastungsaspekt den ständigen Prioritätenwechsel zwischen Familie und Beruf zu berücksichtigen hat (Knapp 1987:244ff).

Die unterschiedlichen Erklärungsansätze versuchen die Tatsache, dass Frauen auf ein enges Spektrum, oft schlecht bezahlter Arbeitsplätze im Erwerbsleben verwiesen bleiben, zu erklären. 1998 konzentrieren sich  $\frac{3}{4}$  aller erwerbstätigen Frauen auf 15 Berufe, dazu gehören auch der Beruf der Erzieherin und der Beruf der Lehrerin (vergl.: WSI-FrauenDatenReport 2000:86). Diese typischen Frauenberufe weisen nach Arbeitsmarktanalysen im Vergleich zu typischen Männerberufen u.a. geringere Durchschnittsverdienste und schlechtere Weiterbildungs- und Aufstiegchancen auf. In vielen dieser Berufe werden Tätigkeiten ausgeführt, die Frauen in ihrer familialen Sozialisation erlernen, wie allgemein die Versorgung anderer und spezieller die Erziehung und Bildung der Nachkommenschaft. Auch hier kann man davon ausgehen, dass sich berufliche Inhalte auf hausarbeitsnahe Tätigkeiten beziehen. Dennoch sind Unterschiede, die sich auch auf den Belastungsinhalt auswirken werden, unübersehbar. Die Lehrerinnen erhalten gegenüber den Erzieherinnen für ihre Erwerbsarbeit eine relativ hohe

Entlohnung. Dies mag ein Grund dafür sein, dass dieser Beruf häufiger auch von Männern ergriffen wird. Der Wunsch Lehrerin zu werden, wurde von den Interview-partnerinnen u.a. mit einer guten Vereinbarungsmöglichkeit von Beruf und Familienarbeit begründet. Der Beruf der Erzieherinnen dagegen weist diese günstige finanzielle Ausstattung nicht auf, wird zum größten Teil von Frauen ausgeführt und weist hinsichtlich seiner Arbeitszeit am Arbeitsplatz keine vergleichsweise guten Vereinbarungsmöglichkeiten von Beruf und Haus- und Familienarbeit auf.

Frauen weisen hinsichtlich ihrer Sozialisation Gemeinsamkeiten auf, die eine verstärkte Orientierung, folgen wir der Auffassung von Ostner und Beck-Gernsheim, für Haus und Kinder beinhaltet und in der Folge eine eingeschränktere Berufswahl und -praxis zeigt. Aus der Doppelorientierung auf Haus- und Familienarbeit sowie Berufsarbeit resultieren einerseits Doppelbelastungen und vielfache Beanspruchungen, die für Frauen aller Schichten ähnlich zutreffend sind, andererseits lässt sich, wie schon angedeutet auch zwischen den einzelnen typischen Frauenberufen, ein unterschiedliches Belastungsspektrum erwarten.

Gemeinsam ist allen Frauen ihre relativ höhere Lebenserwartung, und dies gilt über bundesdeutsche Landesgrenzen hinweg, auch für die Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaft. Frauen leben durchschnittlich 6,4 Jahre länger als Männer und haben eine durchschnittliche Lebenserwartung von 80 Jahren. (Europäische Kommission 1997:33) Dieses positive Ergebnis lässt aber nur eingeschränkt Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage von Frauen in Folge von Belastung und Beanspruchung allgemein zu. Die Lebenssituation von Frauen ist vielmehr stark von gesundheitlichen Einschränkungen bestimmt, die dazu führen, dass sie mehr Beschwerden äußern und mehr Medikamente als Männer verschrieben bekommen. Frauen weisen andere Krankheiten und Krankheitshäufigkeiten in anderen Bereichen auf als Männer (Maschewsky-Schneider 1993:199)

Bei aller Gemeinsamkeit muss aber innerhalb der Gruppe der Frauen nochmals nach sozialen Indikatoren differenziert werden, denn Frauen mit ungünstigen sozialen, materiellen und familiären Bedingungen sind nach den Ergebnissen epidemiologischer Forschung deutlich belasteter als Frauen, die günstigere Lebensbedingungen aufweisen (vergl. z.B.: Zwischenbericht der Enquetekommission zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenkassen 1988, Klesse 1992).

Dies ist eine Forderung aus dem schon in den 70iger Jahren formulierten feministischen Ansatz der Frauengesundheitsforschung (vergl.: Helfferich 1993:19) Soziale Ungleichheit lässt sich nach Bardt definieren, als die Ungleichverteilung von Chancen zur individuellen Bedürfnisbefriedigung. Insbesondere handelt es sich dabei um ungleiche Chancen bezüglich der Wahrnehmung, sich mit Gütern zu versorgen, wichtige Informationen zu gewinnen und das Handeln anderer Menschen zu beeinflussen (Bardt 1985:132)

Die Wahl der Indikatoren für eine bestimmte Schichtzugehörigkeit ist umstritten. So wird bezweifelt, dass in unserer komplexen Gesellschaft mit häufig wechselnden sozialen Bedingungen (z.B. Zeiten von Arbeitslosigkeit, Scheidung usw.) rein quantitative statistische Merkmale ausreichen, um Ungleichheiten von Lebens- und Gesundheitschancen erklären zu können. Es finden bei Klesse u.a. beschreibende Kennen- und Verstehenlernenansätze Verwendung, die schichtspezifische Lebensweisen erodieren, indem materielle Benachteiligung z.B. schlechte Schulbildung, fehlende Berufsausbildung, ungeschützte Arbeitsplätze, schlechte Wohnsituation und das Merkmal "kein eigenes Geld" mit immateriellen Benachteiligungen, wie mangelnde emotionale Unterstützung, Wertschätzung usw. zusammengefasst zu "sozialer Lage" verknüpft werden. Ergänzt werden diese Faktoren durch subjektive Aussagen über Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit, sowie (Teil)Erwerbstätigkeit oder nicht. Im Ergebnis führt dieser Indikatorenkatalog zu deutlich voneinander abgegrenzten Gruppen von gesunden und

nicht gesunden Frauen (vergl.: Klesse 1992: 147).

Für vorliegende eher quantitative Untersuchungen ließ sich ein solches differenziertes qualitatives Verfahren nicht einsetzen, hier wurden zur Belegung von sozialer Benachteiligung der Beruf als einer der klassischen Schichtindikatoren (Bildungsstand, Sozialstatus, Einkommen, Wohngegend und Beruf) verwendet (vergl.: Sagan 1992:237).

Der Stellung im Erwerbsleben kommt eine entscheidende Bedeutung für die schichtspezifischen Ungleichheiten für Sterblichkeit und Gesundheit zu, da sie es ist, die über wichtige Merkmale wie Höhe der Schul- bzw. Berufsabschlusses und die Höhe des Einkommens entscheidet, deren Voraussetzung oder deren Folge sie sind. Auswirkungen spezifischer Arbeitsplatzbedingungen wirken sich auf Belastung und Gesundheit nicht nur direkt, sondern vermittelt über durch sie erworbene finanzielle Möglichkeiten auch auf gesellschaftliche Lebensverhältnisse und persönliche Lebensweisen aus (Sekundäre Effekte der Arbeitswelt s. Oppolzer 1994:125f).

Ein Gesundheitsbegriff, der Gesundheit als abhängig von der sozialen Lage von Menschen, von ihrem Geschlecht bzw. von ihrer Schichtangehörigkeit und den davon beeinflussten Lebensweisen definiert, erfährt seit vielen Jahren gegenüber dem Risikofaktoren-Modell wachsende Bedeutung.

Das Risikofaktoren-Modell, das noch immer die schulmedizinische Krankheitssicht beherrscht, tradiert ähnlich wie die frühe Auffassung von Gesundheit als Gnade, Schicksal oder gar Strafe für mangelnde Gottesfurcht oder unmoralischen Lebenswandel, eine individualisierte Schuldzuweisung. Nach dieser Auffassung wird mangelnde Gesundheit häufig durch ungesunde Verhaltensweisen hervorgerufen. Als Risikofaktor gilt ein Charakteristikum von Personen dann, wenn es innerhalb eines definierten Zeitraums bei diesen eher zu einer bestimmten Krankheit führt, als bei Personen, die diesen nicht aufweisen. Untersuchungen erfolgten hinsichtlich der Rauchgewohnheiten, dem Alkohol- Drogen- und Medikamentenkonsum (Bundesdrucksache 11/3267: Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie DHP-Gesundheitssurvey 1984 - 1986). Krankheiten sind aus der Sicht heutiger Gesundheitswissenschaft regelmäßig multifaktoriell und werden unter anderem durch psychosoziale Faktoren verursacht. (Zwischenbericht der Enquete-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenkassen" 1988. Bundesdrucksache 11/3267: 39)

Lineare Kausalitätsbezüge erfreuen sich großer Beliebtheit, denn es lassen sich ebenso einfache Strategien der Gegenwehr aus ihnen ableiten. Auf der sozialpolitischen Gestaltungsebene folgten hinsichtlich des Risikofaktors „Rauchen“ breit angelegte Anti-Raucherkampagnen und eingeschränkte Werbefreiheit für diese Produkte. Sie alle haben und hatten das Ziel, Gesundheitsaufklärung zu betreiben und gesundheits-schädliche Verführung zu vermeiden und dazu anzuleiten krankheitsverursachendes Verhalten im Interesse von Gesundheit aufzugeben. Dazu sind aber nach Ergebnissen des Mediensurveys für die Interventionsregionen häufiger die Angehörigen der Oberschicht bereit (Zwischenbericht der Enquetekommission a.a.O.:55), d.h. aber, dass Antiraucherkampagnen besonders diejenigen erreicht, deren Gesundheit sowieso schon die bessere ist. Auch machen steigende Verbraucherzahlen genannter Drogen und eine wachsende Zahl insbesondere jüngerer Konsumentinnen (vergl.: Maschewsky-Schneider 1997:135) einen „deutlichen Strich durch diese guten Absichten“.

Das somatische Risikofaktorenmodell vernachlässigt zudem, dass ungesunde Verhaltensweisen u.U. Bewältigungsformen von Lebens- und Arbeitsproblemen darstellen und damit nicht ohne Risiko verändert werden können (Horn 1984:45). So dient das Rauchen vielfach dazu, sich zu beruhigen, den Stress überhaupt auszuhalten. Die Stressforschung geht heute davon aus, dass lang anhaltende berufliche Distress-erfahrung und mangelnde Bewältigungsstrategien zu hormoneller Schädigung mit ev. nachfolgenden organischen Krankheiten führt (Siegrist 1987:658ff). Damit entscheiden die Lebensweisen von Menschen entscheidend über ihre Gesundheit mit. Sie sind es, die Verhalten und Handeln in Hinsicht auf die Gesundheit und den Umgang mit Belastung

und Krankheit determinieren und zu gesundheitsförderlichen bzw. gesundheits-schädigenden Verhaltensweisen führen. Mit dem Lebensweisenkonzept rückt die Soziogenese von Risikofaktoren in den Vordergrund der Betrachtung

Von der Weltgesundheitsorganisation WHO wird in der 1986 verabschiedeten Ottawa-Charta die Verankerung von Gesundheit in der alltäglichen Lebenswelt, in den persönlichen Lebensbedingungen hervorgehoben:

"Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Lebensumwelt geschaffen und gelebt, dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle für die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglicht."

Hier wird Gesundheit als persönlich und sozial konstituiert verstanden, sie gelingt nicht nur durch Abstellen bestimmter Verhaltensweisen, sondern durch Kompetenz für Wahrnehmung und Kontrolle eigener Lebensweise und Lebensbedingungen. Daraus kann dann gesundheitsförderliches Verhalten und Handeln resultieren. Eine solche Kompetenz lässt sich nur unter der Voraussetzung gesundheitsfördernder gesellschaftlicher Verhältnisse, durch lebenslanges soziales Lernen erwerben. Es geht um die Verringerung spezifischer Risiken und um die Entwicklung lebenspraktischer Kompetenz. (von Ferber 1985:13)

Die Bedeutung einer an den Lebensbedingungen von Frauen orientierten Gesundheitsforschung wurde schon in den 80iger Jahren von einer Reihe von Wissenschaftlerinnen unterschiedlicher Disziplinen formuliert. Sie entwickelten Prämissen, die bis heute Leitlinien einer Gesundheitsforschung sind, deren "Forschungsgegenstand" Frauen und ihre Belastungsbedingungen, sowie Belastungsfolgen sind. Die Frauengesundheitsforschung verweist auf die subjektive Kompetenz der am Forschungsprozess beteiligten Frauen, Frauen sollen nicht als "Forschungsgegenstand" von vermeintlich objektiven ForscherInnen betrachtet werden, sondern in ihren eigenen Erlebens- und Verarbeitungsweisen ernst genommen und als Expertinnen in eigener Sache zum Erkenntnisprozess herangezogen werden. Bewältigung von Belastungen und gesundheitlichen Folgen sind an das menschliche Subjekt gebunden. Frauenforschung muss von der Eigenaktivität, dem bewussten Umgang mit Anforderungen, der subjektiven Interpretation und Wahrnehmung im Belastungs-Bearspruchungsprozess der Betroffenen ausgehen (Schneider 1981:214).

Der feministische Ansatz der Frauengesundheitsforschung sensibilisierte für die gesundheitsschädigenden Auswirkungen gesellschaftlicher Verhältnisse in einen sehr privaten Bereich hinein. Die nachfolgenden Untersuchungen (z.B. Eckart 1979, Becker-Schmidt 1981, Klesse u.a. 1992) differenzierten den globalen Faktor "gesellschaftliche Bedingungen" für die Entstehung von Krankheit in soziopathogene Belastungen wie Doppelbelastung, spezifische Formen weiblicher Erwerbstätigkeit usw. und setzen diese häufig alltäglich erfahrbare Belastung dann in Beziehung zu gesundheitlichen Störungen.

Auf der Basis der erstellten Prämissen wurden bis heute eine Reihe von Einzeluntersuchungen vorgelegt. So wertvoll und unentbehrlich sie auch für die Frauengesundheitsforschung sind, gilt wie die Verfasserinnen des ersten Frauengesundheitsberichtes auf Bundesebene hervorheben, dass es ihnen an einem einheitlichen Forschungsinstrumentarium mangelt, welches es erlaubte die Untersuchungen zusammenzuführen und weiter zu entwickeln (Verbundbericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland 2002). Ihre Einschätzung und die damit verbundene Forderung für die zukünftige Forschung dazu lautet dann:

„Um die Spezifik weiblicher Arbeitsbelastungen und –ressourcen zu erfassen, die sich wesentlich gerade durch das jeweilige Verhältnis von Belastungen und Ressourcen aus Beruf und Familie bestimmt, wäre ein konsistentes Forschungskonzept mit einheitlich verwendeten Begrifflichkeiten und Erhebungsmethoden dringend erforderlich“ (Verbundbericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland 2002: 367).

In Hinblick auf diese Prämissen ist die folgende Untersuchung der Gesundheit von Erzieherinnen und Lehrerinnen, als eine weitere Einzeluntersuchung mit nicht aufeinander abgestimmtem Forschungskonzept aufzufassen.

In vorliegender Studie werden Erzieherinnen und Lehrerinnen nach ihrer Belastungserfahrung, ihrer Gesundheitsdefinition, nach ihrer subjektiven Einschätzung ihres Gesundheitszustandes, ihren Gesundheitsstörungen und ihren präventiven Maßnahmen im Gesundheitsbereich gefragt. Die soziale Situation, "Frau" zu sein, geht einerseits mit geringerem Einfluss auf die gesellschaftlichen Bedingungen des eigenen Lebens, alltäglicher Gewalterfahrung, Bedrohung und Verunsicherung einher, andererseits aber mit einem gesundheitsförderlichen Ressourcenpotential, einem weniger riskanten Lebensstil und einer sensibilisierten praktischen Erfahrung im Umgang mit Gesundheitsstörungen. Frauen verfügen über Bewältigungspotentiale, die hinsichtlich ihrer gesundheitsförderlichen Kraft ambivalente Tendenzen aufweisen. Sie verfügen über Ressourcen, die Männer nicht haben, sie weisen Stärken auf, wie eine sensiblere Wahrnehmung des eigenen Körpers und seiner Beeinträchtigungen, die tendenziell mit einem vorsorgenden, realistischen Gesundheitshandeln einhergehen, so dass sie trotz vielfältiger (Doppel) Belastung nicht automatisch krank werden (Helfferich 1992:9ff).

Neben Gemeinsamkeiten, die sich aus der sozialen Situation Frauen zu sein, ergeben, wird auch die Bedeutung ihrer Unterschiedlichkeit untereinander in Hinblick auf ihre soziale Lage und deren Auswirkungen auf den Belastungs- und Beanspruchungszusammenhang thematisiert. Aus den Erfordernissen gewandelter gesellschaftlicher Bedingungen, aus der Modernisierung von Lebenswelten mit ihrem Aufruf zur eigenen Gestaltung (vergl.: Beck:199) ergibt sich nun, die Aufmerksamkeit besonders auf die eigenen Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit belastenden Aufgaben und störenden körperlichen und seelischen Beschwerden zu lenken. Ein breiter Raum wird daher dem Nachweis vorhandener Ressourcen und deren Nutzung in unterschiedlichen Lebenssituationen eingeräumt. Thematisiert werden im Anschluss daran auch gesellschaftliche Bedingungen, die die Stärkung von Gesundheitspotentialen unterstützen könnten.

## **1.2. Zielsetzung und Fragestellung der Untersuchung**

Ziel dieser Untersuchung ist es, Erkenntnisse über die Situation von erwerbstätigen Frauen zu sammeln, die sich besonders auf ihre belastenden Arbeitsbedingungen, deren gesundheitsbeeinträchtigende Folgen und ihre Bewältigung beziehen. Dazu wurden Frauen befragt, die als Erzieherinnen und Lehrerinnen in den so genannten typischen Frauenberufen arbeiten. Ihre Arbeitsbedingungen weisen daher Gemeinsamkeiten auf, es lassen sich aber auch erhebliche Unterschiede feststellen. Diese Unterschiede aber sollen besonders betrachtet werden, da zu erwarten ist, dass sie Auswirkungen auf das Belastungs- und Beanspruchungsprofil haben werden. Der erste Teil der Arbeit dient der Analyse von Belastungsfaktoren der Berufsarbeit sowie der Haus- und Familienarbeit. Der zweite Teil der Arbeit dient der Erhebung der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes und seiner Präzisierung durch die Angabe von Gesundheitsstörungen. Anschließend werden entsprechend einem ressourcenorientierten Ansatz die Maßnahmen der Bewältigung und der präventiven Gesundheitsvorsorge hinsichtlich ihrer Relevanz für die Gesundheit thematisiert.

Dazu sollen folgende Fragen geklärt werden:

1. *Gibt es Unterschiede im Belastungs-Beanspruchungsprozess und dem Bewältigungspotential zwischen Erzieherinnen und Lehrerinnen?*
2. *Welche belastenden Arbeitsbedingungen liegen im jeweiligen Beruf und in der Familie vor? Wie häufig werden sie erlebt und welche Ursachen haben sie?*
3. *Sind die Frauen überlastet und resultiert daraus der Wunsch "auszusteigen" oder grundsätzliche Lebensunzufriedenheit? Wie ist das Verhältnis von Anspruch und Wirklichkeit in Bezug auf Zuständigkeiten im Haus- und Familienbereich?*
4. *Wie wird der Gesundheitszustand subjektiv eingeschätzt und auf welcher Auffassung von Gesundheit basiert er?*
5. *Welche Beschwerden liegen vor, worauf sind sie zurückzuführen, wodurch haben sie sich entwickelt?*
6. *Welche Maßnahmen der Gesundheitsprävention werden ergriffen?*
7. *Erleben die Frauen häufig Stress und welche Gefühle verbinden sie damit?*
8. *Von wem und wie häufig erhalten die Frauen Unterstützung im Bewältigungsprozess? Kann aus Unterstützung auch Belastung erfahren werden? Sind Unterschiede im sozialen Hilfsnetz auf personale und soziale Bedingungen zurückzuführen?*
9. *Welche unterschiedlichen Bewältigungsstrategien liegen im Umgang mit Belastungen und Belastungsfolgen vor? Sind realisierte Strategien abhängig von spezifischen personalen und sozialen Bedingungen?*
10. *Lässt sich ein Zusammenhang zwischen der Höhe der Belastung, bestimmter Bewältigungsstrategien bzw. sozialer Unterstützung und Gesundheitszustand nachweisen?*
11. *Wo könnten Maßnahmen der Gesundheitsförderung ansetzen?*

### **1.3. Methodisches Vorgehen**

#### 1.3.1. Rahmentheorien

Auf der theoretischen Grundlage des Konzepts der integrierten Belastungs-Beanspruchungsforschung, dem transaktionalen Stressmodell und dem salutogenetischem Modell der Krankheitsbewältigung wurden die Belastungen, Beanspruchungen, gesundheitliche Folgen und Bewältigung in mehreren auf einander folgenden methodischen Schritten untersucht. Mit der Verwendung quantitativer sowie qualitativer Verfahren bei der Erhebung der Daten sollte das Thema so erfasst werden, dass eine größtmögliche Annäherung an die Realität erzielt werden konnte (Mayring 1990: 24, Kern/Schumann 1984:271).

Der Forschungsprozess begann mit einer Literaturanalyse zum Thema Frauenarbeit und Gesundheit. Die dort vorgelegten Theorien zur Gesundheit als Bewältigungsprozess alltäglicher Belastung und daraus resultierendem Stress wurden durch Literatur der Quellen vertieft. Sie dienten schließlich auch vorliegender Arbeit als Rahmentheorien. Die

daraus entwickelten Fragestellungen wurden dann zusammen mit einer Gruppe von Frauen erörtert, als Erhebungsinstrument dienten leitfadengestützte Interviews (qualitative Methode). Schließlich wurde auf der Basis ihrer vorwiegend qualitativen sowie quantitativen Auswertung ein Fragebogen erstellt, der einer größeren Gruppe von Frauen zur Erhebung von Häufigkeiten und Zusammenhängen bestimmter Merkmale zugänglich gemacht wurde und der im Anschluss daran mit Hilfe eines PC-Statistikprogramm (SPSS) aufbereitet und ausgewertet wurde (quantitative Methode). Zur Verdeutlichung des methodischen Vorgehens siehe folgende Zusammenstellung:

TABELLE 1

Methodisches Vorgehen zur Studie:

Belastungsbewältigung von Erzieherinnen und Lehrerinnen

| <b>METHODEN-MIX</b>   |   |                                  |
|-----------------------|---|----------------------------------|
| <b>Methoden</b>       |   | <b>Auswertung</b>                |
| Literaturanalyse      | Rahmentheorien<br>Untersuchungen zum<br>Thema |                                  |
| Qualitative Erhebung  | Leitfaden-Interviews                          | Inhaltsanalyse                   |
| Quantitative Erhebung | Schriftliche Befragung<br>Fragebogen          | Statistische Auswertung mit SPSS |

Nach der Analyse vorliegender Literatur und auf der Basis eines gewandelten Gesundheitsbegriffes wurde zunächst eine Rahmentheorie ausgewählt, die im Sinne von Frauengesundheitsforschung das Subjekt, also die betroffene Frau selbst als Expertin in Sachen Gesundheit und als Anwältin eigener Gesundheitsinteressen in den Mittelpunkt zu heben erlaubt. Sie sollte auch einen prozesshaften Verlauf von Beanspruchungen beinhalten und schließlich Belastung und Beanspruchung nicht allein in Hinblick auf die Erwerbsarbeitsbedingungen ansehen, sondern die Arbeitsbedingungen im Haus und in der Familie für das Belastungsgeschehen berücksichtigen (Faltermayer 1994:295) in den Wirkzusammenhang zwischen Belastung und Beanspruchung eingreifen und den Prozess Belastung-Beanspruchung entsprechend ihrer persönlichen und situativen Ressourcen modifizieren (vergl. z.B. Pearlin 1991; Lazarus/Launier 1981; House 1989; Antonovsky 1979 usw.) und dadurch ihre Position im Kontinuum Gesundheit-Krankheit (Antonovsky 1979) beeinflussen.

Da empirische Daten über die Belastungs - Beanspruchungssituation von Lehrerinnen und Erzieherinnen im Zusammenhang mit aussererwerblicher Belastungssituation meines Wissens z.Z. nicht vorliegen, begann die Analyse mit einer explorativen Befragung, die teilweise sehr offene Fragen enthielt, um genügend Spielraum für die Suche nach neuen Informationen zu öffnen. Es war davon auszugehen, dass das Expertinnenwissen meiner Interviewpartnerinnen, die als betroffene Menschen mit Fähigkeiten ausgestattet sind, über Befindlichkeiten und Störungen sachkundig Auskunft geben können und darüber hinaus Belastung und Beanspruchung selbst bewerten und definieren können, als heuristische Grundlage für nachfolgende Untersuchung dienen konnte.

Ihre Aussagen über Gesundheit, ihre angegebenen Belastungen und deren Auswertung wurden die Basis für eine anschließende quantitative Befragung. Die Analyse des eher qualitativ gewonnenen Materials, sollte damit an dem quantitativ gewonnenen Datenmaterial gemessen werden.

### 1.3.2. Erhebungs- und Auswertungsmethoden der Interviews

Für das Gespräch wurde ein halbstandardisierter Gesprächsleitfaden entwickelt. Einige Fragen sollten schriftlich beantwortet werden. Der Interviewleitfaden wurde gegenüber



den Probeläufen noch präzisiert.

Herausgenommen und per Fragebogen erhoben wurden statistische Merkmale sowie "gesundheitliche Beschwerden." Für letzteres wurde ein Kurzfragebogen entwickelt, der sich an einem Fragebogen von Barthelomeyczik orientierte, der im Rahmen einer Untersuchung zur Gesundheit von Frauen, in Abhängigkeit von ihrem Beruf und ihren Familienaufgaben 1988 veröffentlicht wurde. Die Kurzfragebogen finden sich im Anhang S.12-13.

Dieses Vorgehen wurde der besseren Übersichtlichkeit wegen und zur Auflockerung der Gesprächssituation gewählt.

Durch die Verwendung vorwiegend offener Fragen hatten die Befragten die Möglichkeit sich frei zu äußern, erst im nach hinein wurden die Kategorien induktiv nach vorliegenden Antworten kategorisiert. (Inhaltsanalytisches Paradigma nach Atteslander 1984:66). So wurden die Aussagen z.B.: „Morgens geht man immer so, die Zeit im Nacken“ oder „ich schaff es nie vor 2 (Uhr) eigentlich wegzukommen“ zur Kategorie AB: Aktuelle alltägliche Belastung/zeitliche Belastung zusammengefasst.

Der Gesprächsleitfadenleitfaden (s. Anhang S.11) umfasste folgende Themenbereiche:

1. Eingangsfrage zu Aufgaben an einem ganz normalen Werktag
2. Belastungsfaktoren der Berufs- und Hausarbeit
3. Gesundheitliche Beschwerden
4. Bewältigung von Belastung und Beanspruchung

Der erste Themenbereich diente der Analyse der aktuellen Lebensbedingungen. Es ging um die Tätigkeitsprofile und den zeitlichen Umfang der Aufgaben aus Berufs- Haus- und Familienarbeit, sowie der nebenberuflichen Beschäftigungen.

Im zweiten Themenbereich wurden die Belastungen, die sich aus der Berufs- Haus- und Familienarbeit und aus sonstigen Arbeitsaufgaben ergaben, erfragt. Bezüglich der Berufsbelastung wurde entsprechend der beruflichen Belastungsbereiche differenzierter nachgefragt. Erörtert wurden:

1. Zeitliche Belastung
2. Belastung durch Inhalte der Aufgaben selbst,
3. Belastung durch die Arbeitsumgebung,
4. Belastung durch die Arbeitsorganisation
5. Belastungen, die durch das Betriebsklima hervorgerufen wurden.

Belastungen durch sexuelle Belästigung und Mobbing wurden explizit thematisiert. Darüber hinaus wurde nach positiven Aspekten der Berufsarbeit gefragt und nach dem Stellenwert der Berufstätigkeit, indirekt nach der Berufszufriedenheit.

Das Belastungsprofil der Haus- und Familienarbeit wurde unter den Aspekten

1. Belastung durch Zeitumfang und Inhalt der Aufgaben
2. Belastung durch die Arbeitsbedingungen thematisiert.

Hier spielte auch der Entlastungseffekt durch die Beteiligung von Kindern und Partnern an der Haus- und Familienarbeit eine Rolle, die Frage nach dem Beginn der Freizeit und deren Verwendung zielte ebenfalls in diese Richtung.

Außerdem wurde die Einstellung zur Hausarbeit als frauenspezifische Aufgabe thematisiert, sowie nach der allgemeinen Lebenszufriedenheit gefragt.

Im dritten Themenbereich lag der Schwerpunkt auf der Erörterung der Ursache der im Fragebogen benannten Beschwerden, dem Zeitpunkt ihrer Entstehung und den Umständen ihres gehäuft Auftretens.

Erschlossen wurde das theoretische Verständnis von Gesundheit, das als Basis für Gesundheitsverhalten und Gesundheitshandeln gilt.

Der vierte Themenkomplex beschäftigte sich mit der Bewältigung von Belastung und Beanspruchung. Im Hinblick auf die Unterstützungsfunktion diskutierten wir Umfang und Qualität formeller und informeller sozialer Netze und in Hinblick auf Belastungszuwachs auch den Arbeitsaufwand aus dem Anspruch auf Gegenleistung.

Weiter wurde der Umgang mit Stresssituationen thematisiert. Zunächst die Gefühle bei Stress z.B., die der Herausforderung oder die der Bedrohung und den Strategien ihrer Bewältigung.

Fragen nach Krankheiten im Zeitverlauf zielten darauf, den prozesshaften Verlauf und die Abhängigkeit von Krankheiten von belastenden Lebensereignissen transparent zu machen.

Beendet wurde das Interview, indem die Möglichkeiten subjektives Wohlbefinden zu steigern, erörtert wurden. Damit wurde versucht, dem Gespräch eine positive Perspektive zu geben und Hinweise für die Gestaltungsebene zu erlangen.

Für die Auswertung wurden die Aussagen in selektiven Protokollen (Mayring 1990: 24) zusammengefasst. Die Kriterien für die Auswahl wurden zum großen Teil induktiv festgelegt. Im Ganzen basierte die Auswahl auf den ausgewählten Rahmentheorien, deren Umsetzung im Leitfaden entlang der zentralen Fragestellung der Untersuchung und den Aussagen der Frauen als Subjekt der Forschung, die auch bisher nicht beachtete Aspekte beinhaltete so die Burn-out-Problematik, die Eingang fand, nachdem sie gehäuft in den Gesprächen thematisiert wurde.

Nachstehende Übersicht zeigt das angewandte Kategoriensystem:

TABELLE 2:

Kategoriensystem für die Auswertung der Interviews

| KATEGORIENSYSTEM  |
|---|
| SSt: Sozialstatistische Information   |
| AS: Berufliche und private Arbeitssituation                                 |
| AB: Aktuelle alltägliche Belastung  |
| GS: Gesundheitliche Situation   |
| GV: Gesundheitsverständnis  |
| GP: Gesundheit als Prozess  |
| BS: Bewältigungsstrategien: Individuelle- und soziale Maßnahmen, Ressourcen |
| GF: Gesundheitsförderliche Aktivitäten                                      |

Die konkrete Vorgehensweise der Interpretation in Kurzform geschah dann wie folgt:

- 1 Verschriftung von ausgewählten Texteinheiten
- 2 Zusammenfassung der Texteinheiten
- 3 Klärung fraglicher Textabschnitte
- 4 Strukturierung nach theoriegeleiteten Dimensionen
- 5 Formulierung von Definitionen und Ankerbeispiele (Mayring 1988, 1990)

Zu berücksichtigen ist, dass die Aufbereitung des Materials und die Auswertungsverfahren aufeinander bezogen sind und sich auch bei der hier angewandten Methode nicht trennen lassen (Vergl.: Atteslander 1995:253). So wurden schon Auswertungskriterien bei der Erstellung des Leitfadens und der Auswahl des aufzubereitenden Materials entlang der Fragestellung der Untersuchung verwirklicht.

Die anschließende Auswertung der Protokolle erfolgte dann nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 1990). Dieses schon klassische Interpretationsverfahren erfolgte auf der Basis des Kategoriensystems, zunächst mit der Zusammenfassung des Materials (hier des ausgewählten Materials), durch Abstraktion, mit dem Ziel das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Explikation, bei der fragliche Textstellen durch zusätzliches Material erläutert, erklärt und gedeutet wurden sowie durch Strukturierung des Materials, um Aspekte herauszufiltern und sie nach bestimmten Kriterien einzuschätzen.

Es wurden zunächst alle Belastungen, Beanspruchungen und Bewältigungsformen in der Reihenfolge ihrer Benennung aufgeschrieben und später den explizit definierten Kategorien zugeordnet. Konkrete Textstellen wurden als "Ankerbeispiele", die als Beispiele für diese Kategorien gelten sollten, herausgestellt. Bei fraglichen Textstellen wurden Textstellen im näheren und weiteren Umfeld auf ihre Erläuterungsfunktion hin überprüft und Notizen aus der Interviewsituation herangezogen.

Ein Beispiel:

AB (Aktuelle alltägliche Belastung: Belastung durch Arbeitsorganisation): Ankerbeispiel  
„Die Elternarbeit bei uns im Kindertagesheim ist gleich wirklich Null“, ich hab 22 Kinder, wenn wir mal einen Teenachmittag machen, dann kommen vielleicht fünf...bei auffälligen Kindern wirklich schwierig, wie kommen wir an die Eltern ran?“

Die Strukturierung vorliegender Studie ergab sich entlang der Frage, ob sich ein Zusammenhang zwischen Belastung und Beanspruchung und Bewältigung empirisch nachweisen lässt und von welchen sozialen Dimensionen sich dieser bestimmen lässt. So wurde bei der Analyse der Interviews und in der nachfolgenden Fragebogenerhebung nach bestimmten Bewältigungsstrategien und Ressourcen gefahndet, nach bestimmten Formen von Gesundheitshandeln und ihren persönlichen und sozialen Voraussetzungen gesucht, mit dem Ziel die forschungsleitenden Fragestellungen beantworten zu können.

Zu beachten bleibt, dass jede Inhaltsanalyse an alltägliche Prozesse des Verstehens und Interpretierens sprachlichen Materials anknüpft und dabei die Perspektive der Textproduzentin, des Textproduzenten übernehmen muss, um eine Verdopplung des Vorverständnisses der Interpreten zu verhindern. Die Interpretation gilt immer als prinzipiell unabgeschlossen mit der Möglichkeit der Reinterpretation.

### 1.3.3. Erhebungs- und Auswertungsmethoden der schriftlichen Befragung

Die quantitative Erhebung erfolgte in Form standardisierter Fragebögen, sie schloss sich unmittelbar an die Interviewbefragung und deren Auswertung an.

Der Fragebogen (s. Anhang S.15-22) wurde unter Berücksichtigung bisher eingesetzter und überprüfter Verfahren und auf der Grundlage eigener literarischer Vorstudien, vor allem aber auf der Basis der vorangestellten Interviews und deren Auswertung entwickelt. Am Anfang seines Einsatzes wurde er zunächst mehreren Pretests unterworfen. Dazu wurden verheiratete Frauen, die als Krankenschwester, Erzieherin, Gastronomin, wissenschaftliche Mitarbeiterin und Lehrerin berufstätig sind und Kinder im Alter von 7-15 Jahren haben, befragt. Der Fragebogen umfasste schließlich, ähnlich wie schon im Leitfaden, folgende Fragekomplexe:

1. Fragen zur Person
2. Zeitlicher Umfang unterschiedlicher Aufgabenbereiche, Belastungsarten, Stress, Ursachen und auslösende Gefühle Hilfeleistung und Freizeitumfang. Berufs- und Lebenszufriedenheit.
3. Gesundheitliche Folgen und ihre Ursachen, Gesundheitsverständnis, prozesshafter Verlauf von Beschwerden und den Ursachen. Gesundheitszustand, präventive Gesundheitsmaßnahmen.
4. Bewältigung von Stress, Belastungen und Beanspruchungen. Soziale Unterstützung und Bewältigungsstrategien.
5. Gesundheitsförderliche Gestaltungsmaßnahmen.

Die Fragebögen wurden anschließend codiert und mit Hilfe eines Datenauswertungsprogramm (SPSS) ausgewertet. Dabei wurden vor allem Häufigkeiten, Zusammenhänge mittels Kreuztabellen, auch Korrelationskoeffizienten und Prioritäten durch Mehrfachnennungsoptionen und Ranglisten erhoben.

#### **1.4. Grundgesamtheit und Stichproben**

##### 1.4.1. Grundgesamtheit der Erzieherinnen und Lehrerinnen

1994 arbeiten 4533 Frauen und Männer als ErzieherIn und 1675 als KinderpflegerIn in Hamburg. Der Frauenanteil beträgt bundesweit bei öffentlichen und freien Trägern fast 80%. Die Altersgruppe der unter 20 bis unter 35 Jahre alten Frauen und Männer ist am stärksten vertreten. Ihr gehören bundesweit 52,7% der Erzieherinnen und Kinderpflegerinnen an. Die 35 bis unter 50jährigen machen einen Anteil von 35,2% aus, die über 50-jährigen ErzieherInnen und KinderpflegerInnen sind zu 12,1% vertreten (Eigene Berechnung nach Statistisches Bundesamt: Statistik der Jugendhilfe Teil III.2, StBA, FS13, R6.3, 1994).

In Hamburg sind an staatlichen und nichtstaatlichen Schulen insgesamt 8209 LehrerInnen beschäftigt, davon sind 3682 Frauen (Statistisches Landesamt Hamburg: Statistische Berichte B 11-j 1993 von 1995). Damit beträgt der Frauenanteil 44,4%.

Im Jahr 1993/1994 beendeten 1307 Hamburger Lehrerinnen den Schuldienst, mehr als doppelt so viele als Lehrer (612). In den Ruhestand traten 36 Lehrerinnen und 42 Lehrer, berufsunfähig vor Erreichen der Altersgrenze wurden 75 Frauen und 31 Männer. Der größte Teil der Abgänge entfiel auf "befristete Abgänge", 510 Lehrerinnen gegenüber 263 ihrer männlichen Kollegen waren beteiligt, wahrscheinlich größtenteils wegen Mutterschafts- und Erziehungsurlaub. Bundesweit ergibt sich hinsichtlich dieses Abgangsgrundes ein Verhältnis von 5062 Frauen zu 763 Männer (Statistisches Landesamt: Gesamtübersichten 1994).

Das Durchschnittsalter der Hamburger Lehrerschaft betrug 1995, 47,6 Jahre. (V44, StRK9095.XLS, 19.4.1996)

##### 1.4.2. Stichprobe der Interviewteilnehmerinnen

Die Teilnehmerinnen an der Interviewbefragung konnten im eigenen Bekanntenkreis auf Basis des so genannten "Schneeballprinzips" gefunden werden. Darüber hinaus waren bei der Kontaktaufnahme, die für Frauenfragen zuständigen Beauftragten der Einzelgewerkschaften, hilfreich.

Kriterien für die Auswahl der Interviewteilnehmerinnen waren ihre Zugehörigkeit zu den Berufsgruppen Erzieherin und Lehrerin. Nach ihrem Motiv für die Teilnahme gefragt, gaben viele Frauen an, dass es ihnen interessant und wichtig sei, die eigene Situation zu beleuchten, sich darüber klar zu werden, was sich so "an einem Tag alles abspielt", welche Folgen sich einstellen usw. Auch war ihnen wichtig, dass Erkenntnisse über ihre Belastungssituation "endlich mal bekannt gemacht werden sollten" um Vorurteile und Unterschätzungen zu widerlegen. Durch die Veröffentlichung ihrer belastenden Berufssituation, erhofften sie auch, dass sich Entscheidungsträger evtl. darüber Gedanken machen, wie sich ihre Situation verbessern ließe.

Den Gesprächen voran, gingen zwei Probeläufe mit erwerbstätigen Frauen mit Kindern. Sie gaben in mehreren Punkten wichtige Hinweise. So bereiteten ihre, teilweise heftigen, Emotionen schon im Voraus, auf ähnliche Situationen in der nachfolgenden Interviewphase vor, und tatsächlich wurden einige Frauen zutiefst durch die Fragen nach ihren Belastungen erschüttert. Ein vorsichtiger Umgang und positiv besetzte Fragestellungen z.B. durch die Frage nach dem Wohlbefinden am Schluss der Befragung,

erschieden hilfreich.

Die Gespräche der Erhebung wurden 1995 bei den Frauen zuhause geführt, die durchschnittliche Gesprächsdauer betrug 90 Minuten. Mit Einwilligung der Interviewtenehmerinnen wurden die Fragen und Antworten aufgezeichnet und unmittelbar danach protokolliert. Die Daten aller Frauen wurden anonymisiert.

Es nahmen schließlich 11 Frauen im Alter zwischen 33 und 45 Jahren an den Gesprächen teil, davon sind fünf als Erzieherinnen und sechs als Lehrerinnen berufstätig. Zum Zeitpunkt der Interviews üben alle, bis auf eine Lehrerin, ihren Beruf aus, sie haben aber unterschiedlich lange Erwerbsarbeitszeiten bzw. unterschiedliche Stundenanzahl an Unterrichtsverpflichtungen. Die Fragen nach ihrer Einbindung ins Erwerbsleben zu verschiedenen Zeiten ihres Lebens werden gestellt, weil die Entwicklung von Beanspruchungen, die Erholungs- und Regenerationsmöglichkeiten ganz wesentlich auf der Berufsarbeitsbelastungen im Zeitverlauf basieren. Auch hinsichtlich ihrer Lebensarbeitszeit, in Länge und der Dauer ihrer Unterbrechung gibt es Differenzen. Fast alle Erzieherinnen arbeiten ganztags, Berufsunterbrechung, über den Mutterschaftsurlaub hinaus, wird nur von einer Erzieherin angegeben, ihre Unterbrechung beträgt 3,5 Monate. Sie ist es auch, die ihre Arbeitszeit als einzige auf Teilzeit wegen Kindererziehung reduziert. Bei den sechs Lehrerinnen ergibt sich hinsichtlich der Arbeitszeit ein abwechslungsreicheres Bild. Die Zeit am Arbeitsplatz "Schule" besteht aus 14 bis 26 Unterrichtsstunden (volle Stundenzahl für die Haupt- und Realschullehrerinnen), wobei auch Teilzeitbeschäftigungen von 19 bzw. 20 Unterrichtsstunden angegeben werden. Mit Ausnahme einer Lehrerin reduzieren fast alle ihre Arbeitszeit im Laufe des Erwerbslebens. Die Zeit ihrer Berufsunterbrechungen reicht von 1,5 bis zu 5 Jahren. Als Gründe werden Mutterschafts- und Erziehungsurlaub, Burn-out in zwei Fällen und in einem Fall Arbeitslosigkeit angegeben.

Bis auf eine Lehrerin leben alle Frauen mit einem Partner im gemeinsamen Haushalt, sie haben zwischen 1 und 3 Kinder in verschiedenem Alter.

#### 1.4.3. Stichprobe der Teilnehmerinnen der schriftlichen Befragung

##### 1.4.3.1. Stichprobe der Erzieherinnen

Die Auswahl der Stichprobe aus der Mitgliedskartei der ÖTV wurde in Zusammenarbeit mit Mitarbeiterinnen der Gewerkschaft vorgenommen und erfolgte nach Bereinigung von männlichen Mitarbeitern nach dem Zufallprinzip. Von 1440 gewerkschaftlich organisierten Erzieherinnen und Angestellten, die die Tätigkeit einer Erzieherin ausführen, wurde jede achte ausgewählt. Insgesamt wurden 175 Fragebögen versandt. Die Fragebögen wurden durch Informationen über die Verfasserin und den Zweck der Untersuchung ergänzt und mit einem persönlichen Begleitschreiben der Vorsitzenden des Frauenausschusses der ÖTV versehen. Sie sollten innerhalb von 4 Wochen an die ÖTV ohne Angabe der Absenderin zurückgeschickt werden, die Portokosten wurden erstattet. Durch dieses Vorgehen sollte größtmögliche Anonymität gesichert sein und die Auskunftsbereitschaft erhöht werden. Da es sich bei den Teilnehmerinnen um Gewerkschaftsmitglieder handelt, kann davon ausgegangen werden, dass es sich hier schon um eine, hinsichtlich der Fragestellung, positive Vorauswahl handelt. Initiativ und eigenverantwortlich sich zusammen mit ähnlich Betroffenen für den Erhalt des Arbeitsplatzes und der Verbesserung von Arbeitsplatzbedingungen einzusetzen, wird häufig ein Motiv für einen Gewerkschaftsbeitritt sein. Es steht zu vermuten, dass sich daher Kritik und differenzierte Vorstellungen zur Verbesserung von Arbeitsplatzbedingungen hier häufiger finden lassen, als bei nichtorganisierten Berufstätigen. Der verwertbare Rücklauf betrug 27%.

##### 1.4.3.2. Stichprobe der Lehrerinnen

Die Adressen der Lehrerinnen wurden einem Verteiler des Instituts für Lehrerfortbildung (IFL) Beratungsbereich "Koedukation" von einer, für diesen Bereich zuständigen Dozentin, entnommen. Mit Ausnahme der Institutionen, Mandatsträger und männlichen

Personen wurde dieser insgesamt angeschrieben. Es wurden 200 Fragebögen, versehen mit Informationen über die Verfasserin und Sinn und Zweck der Erhebung sowie einem Begleitschreiben der Institutsmitarbeiterin, versandt. Der verwertbare Rücklauf betrug 35%.

Die Auswertung umfasste die quantitative Beschreibung der Stichprobe mit N = 104.

#### 1.4.2. Biografische Daten der Teilnehmerinnen

An der schriftlichen Befragung nehmen schließlich 47 Erzieherinnen und 57 Lehrerinnen teil, das Durchschnittsalter beträgt bei den Erzieherinnen 40 Jahre und bei den Lehrerinnen 45 Jahre. Die Alterszusammensetzung der Probandinnen weicht gegenüber der Grundgesamtheit ab, so gehören der Altersgruppe der über 50ig-jährigen Erzieherinnen hier noch fast 20% (Grundgesamtheit: 12,1%) der Erzieherinnen an.

6% der Erzieherinnen und keine Lehrerin gehört der jüngsten Altersgruppe (20 – 29 Jahre) an. Etwa ein Drittel der Erzieherinnen und jede vierte Lehrerin ist zwischen 30 und 39 Jahre alt, die meisten der Frauen, gut jede 3. Erzieherin und gut jede 2. Lehrerin gehört der Altersgruppe der 40 bis 49- Jährigen an. Jede fünfte Frau in beiden Berufsgruppen ist 50 Jahre und älter.

TABELLE 3

Altersgruppen: Erzieherinnen und Lehrerinnen in %

| Altersgruppen in % |          |          |        |               |
|--------------------|----------|----------|--------|---------------|
|                    | 20-29 J. | 30-39 J. | 40-49J | 50J.und älter |
| Erz.               | 6        | 36       | 38     | 19            |
| Lehr.              | 0        | 25       | 54     | 21            |

Etwa zwei Drittel der Frauen sind verheiratet, ledig dagegen ist nur jede 4. Erzieherin und etwa jede 8. Lehrerin. Geschieden ist etwa jede 8. Erzieherin und knapp jede 5. Lehrerin.

TABELLE 4

Familienstand der Erzieherinnen und Lehrerinnen in %

| Familienstand in % |                     |            |       |           |
|--------------------|---------------------|------------|-------|-----------|
|                    | Verheiratet/Partner | Geschieden | Ledig | Sonstiges |
| Erz.               | 62                  | 13         | 26    | 0         |
| Lehr.              | 67                  | 18         | 12    | 4         |

Der überwiegende Teil der Frauen hat Kinder (68% der Erzieherinnen, 74% der Lehrerinnen). Die meisten von ihnen, etwa je zwei Drittel, haben 1 bis 2 Kinder.

Etwa jede zweite Erzieherin hat den Schulabschluss "Mittlere Reife". Die Lehrerinnen, deren Berufsausbildung ein Studium an einer Hochschule voraussetzt, haben erwartungsgemäß fast alle einen Hochschulabschluss.

TABELLE 5

Schulabschluss von Erzieherinnen und Lehrerinnen in %

| Schulabschluss in % |                |             |                |
|---------------------|----------------|-------------|----------------|
|                     | Mittlere Reife | Hauptschule | Hochschulreife |
| Erzieherin          | 49             | 26          | 21             |
| Lehrerin            | 4              | 0           | 95             |

Fast 3/4 der Erzieherinnen arbeiten Vollzeit, während dies nur für die Hälfte der Lehrerinnen zutrifft.

TABELLE 6

Berufsarbeitszeit von Erzieherinnen und Lehrerinnen in %

| Berufsarbeitszeit in % |          |          |
|------------------------|----------|----------|
|                        | Vollzeit | Teilzeit |
| Erzieherin             | 74       | 26       |
| Lehrerin               | 49       | 51       |

Hinsichtlich der Dauer der Berufsunterbrechung ergeben sich für die Lehrerinnen längere Zeiten (1 Jahr bis über 3 Jahre Berufsunterbrechung trifft für ein Viertel der Erzieherinnen (26%) und 40% der Lehrerinnen zu.

TABELLE 7

Dauer der Berufsunterbrechung von Erzieherinnen und Lehrerinnen in %

| Berufsunterbrechung in Jahren in % |                                     |                           |                                   |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
|                                    | Berufsunterbrechung weniger als 1J. | Berufsunterbrechung 1-3 J | Berufsunterbrechung mehr als 3 J. |
| Erzieherin                         | 30                                  | 17                        | 9                                 |
| Lehrerin                           | 23                                  | 23                        | 18                                |

Bei beiden Berufsgruppen wird überwiegend als Grund Erziehungs- und Mutterschaftsurlaub (49% der Erzieherinnen, 59% der Lehrerinnen) angegeben.

TABELLE 8

Begründung der Berufsunterbrechung durch Erzieherinnen und Lehrerinnen in %

| Begründung der Berufsunterbrechung in % |                     |                  |                  |           |             |
|---|---------------------|------------------|------------------|-----------|-------------|
|   | Mutterschaftsurlaub | Erziehungsurlaub | Arbeitslosigkeit | Krankheit | Berufspause |
| Erzieherin                              | 28                  | 21               | 6                | 9         | 4           |
| Lehrerin                                | 30                  | 30               | 7                | 2         | 5           |

Das Einkommen des Partners zusammen mit dem eigenen Einkommen wurde erhoben um allgemein ein Bild von den unterschiedlichen finanziellen Verhältnissen der Frauen beider Berufsgruppen zu erhalten.

TABELLE 9

Einkommen des Partners von Erzieherinnen und Lehrerinnen in %

| Netto-Einkommen des Partners |                     |                     |                  |
|------------------------------|---------------------|---------------------|------------------|
|                              | Weniger als 2000 DM | Weniger als 4000 DM | Mehr als 4000 DM |
| Erzieherin                   | 6                   | 51                  | 4                |
| Lehrerin                     | 12                  | 12                  | 44               |

Das Einkommen des Partners zusammen mit dem eigenen Einkommen gibt Auskunft über finanzielle Spielräume im Falle von Belastung-Beanspruchung und deren Bewältigung sowie Hinweise auf die Möglichkeit, sich Entlastung durch zu bezahlende Dienstleistung (Haushaltshilfe, Essen gehen usw.) zu verschaffen. Die Gesundheit und alltägliche Belastung, und dies gilt als nachgewiesen, ist abhängig von der sozialen Schicht. Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schicht hängt in erster Linie von der beruflichen Stellung eines Menschen ab, die Einkommenssituation ist, wie ein weiteres Merkmal sozialer Schichtung, nämlich der Schul- bzw. Berufsabschluss, häufig Voraussetzung und Folge der ausgeübten Berufstätigkeit (Oppolzer 1993).

Das Einkommen von ErzieherInnen und KinderpflegerInnen wird je nach Berufsjahren und Tätigkeiten nach BAT Vc bis BAT VIII (Tarifvertrag: Sozial- und Erziehungsdienst ab 1.1.1991) berechnet, das von LehrerInnen liegt bei A13 und höher. Darüber hinaus hat jede zweite Erzieherin einen Partner, der ein Einkommen von unter 4000.-DM netto erzielt, während fast jede zweite Lehrerin einen Partner hat, der über 4000.-DM netto Einkommen verfügt. Damit zeigen sich hinsichtlich des Familieneinkommens der Frauen beider Berufsgruppen erhebliche Unterschiede.

## 2. BELASTUNG UND BEANSPRUCHUNG

### 2.1. Zusammenhang zwischen Belastung und Beanspruchung

Die Höhe von Belastung und der ihr entsprechende Beanspruchung wird noch in den 70iger Jahren als rein quantitativ objektiv messbar angesehen. Collatz (1995), der den Belastungszusammenhang von Müttern über viele Jahre erforschte, gibt dazu an, dass er zunächst den Belastungsbegriff in einen objektiven und in einen subjektiven Bereich zerlegt habe, mit dem Focus auf objektive Belastungsmerkmale, die sorgfältig operationalisiert wurden. Dabei erschien die berufliche und häusliche Arbeitszeit der Frauen quantitativ als Doppelbelastung, die zusätzliche Pflegezeit von Kindern und anderen Angehöriger galt als "Dreifachbelastung" und wurden in ihrer Summe als treffsichere Indikatoren für Belastung angesehen. Die für die Forschungspraxis erwarteten Ergebnisse aus diesen Annahmen aber blieben aus, vielmehr zeigte sich, dass Frauen mit objektiv größeren Belastungen (gemessen am Zeitaufwand) bessere gesundheitliche Ergebnisse und größere Lebenszufriedenheit aufwiesen, als Frauen mit geringeren objektiven Belastungen. Auch die additive Hinzufügung von subjektiver Bewertung der Stressoren, ohne vom Konzept objektiver Stressoren abzuweichen, führte nicht zu befriedigenderen Forschungsergebnissen. Letztlich lief die Erkenntnis darauf hinaus, dass sich Stressoren nicht verobjektivieren lassen, sondern dass ihre subjektive Wahrnehmung und Verarbeitung (Bewältigung) und ihr sozialer Kontext entscheidende Wirkfaktoren sind (Collatz/Borchert 1994:42). Die subjektiven und sozialen Wirkfaktoren entscheiden darüber mit, ob ein Mensch überbeansprucht ist und seine Gesundheit damit gefährdet ist, oder ob er mit der Belastung gesundheitlich gut leben kann.

Diese Erkenntnisse entbinden aber keinesfalls von einer differenzierten Analyse objektiver Arbeitsbelastungen. Dauer und Stärke von Belastungen an sich entscheiden mit über die Intensität von Beanspruchung im Belastungszusammenhang. Unter Belastung sind, so die Standardversion, die objektiven Einwirkungen der Arbeitswelt, am Arbeitsplatz von Erzieherinnen und Lehrerinnen, z.B. Geräuschpegel, zeitliche Belastung durch Vertretungsplanung, mangelhafte räumliche Ausstattung usw. zu verstehen, die subjektive Auswirkungen als Beanspruchung bei den Betroffenen zu Folge haben können (vgl.: DIN 33400 zit. n. Oppolzer 1993). Menschengerechte Arbeitsgestaltung muss deshalb so beschaffen sein, dass die durch die Anforderungen erfolgte Beanspruchung im Kreislauf von Verausgabung und Wiederherstellung regenerationsfähig ist, und gilt dann als gestört, wenn es zu Überbeanspruchung kommt, sodass die zur Verfügung stehenden Regenerationsmöglichkeiten eine Kompensation nicht oder nur unvollständig zulassen mit der Folge vorzeitiger Leistungsminderung und Gesundheitsverschleiß (Oppolzer



1993:19). Diese Auffassung vermag allerdings nicht den ganzen Belastungs- Beanspruchungszusammenhang zu erfassen, da sie die unterschiedliche Qualität der Regenerationsmöglichkeiten und die Entwicklungsbedingungen die für ihre Güte oder Mangelhaftigkeit erforderlich ist, nicht berücksichtigt. Wie auch Collatz (Collatz/Borchert 1994:42) in seinen Untersuchungen feststellte muss, neben dem Maß für Beanspruchung, die subjektive Einschätzung der Betroffenen auf der Basis von schon manifestierten Gesundheitsbeeinträchtigung untersucht werden.

Zunächst lassen sich für die Definition von Belastungen in der Berufsarbeitswelt neben den umfassenden gesellschaftlichökonomischen Rahmenbedingungen die Arbeitsaufgaben heranziehen, die berufsspezifisch sind, sich im Falle von Erzieherinnen und Lehrerinnen u.a. auf die Versorgung und Erziehung sowie der seelischen, geistigen und sozialen Bildung von Kindern bezieht. Aus diesen Aufgabenstellungen erwachsen Anforderungen an die Organisation der Arbeitsinhalte, die neben den Arbeitsmitteln und unmittelbaren Arbeitsplatzbedingungen, der Arbeitsumgebung, der Arbeitszeitorganisation und den sozialen Beziehungen die Rahmenbedingung für auftretende physische und psychische Belastungen im Beruf ergeben. Zu ihrer Erfassung muss, neben einer Berücksichtigung möglichst aller wesentlichen Arbeitsplatzbedingungen mittels naturwissenschaftlicher Methoden sowie durch qualitative Beschreibung, auch die Wahrnehmung und Einschätzung durch die Betroffenen herangezogen werden (Kaufmann u.a.1982:20).

Die Belastungssituation hat ganz allgemein Auswirkungen auf den Menschen, sie führt zu physischen und psychischen Reaktionen und beeinflusst das Verhalten. Diese als Beanspruchung bezeichnete Folge von Belastungseinwirkung wirkt sich bei objektiv gleicher Belastung auf unterschiedliche Menschen individuell aus, je nachdem welche Arbeitsvoraussetzungen ein Mensch mitbringt oder über welche er zum Zeitpunkt des Auftretens verfügt (Kaufmann 1982:22) Je nach persönlicher Konstitution und Kondition, Situation und Disposition, Qualifikation und Motivation verfügen Menschen über unterschiedliche Leistungs- und Widerstandsfähigkeit, persönliche und situative Merkmale können deshalb als Filter bzw. als Verstärker wirken und das Risiko gravierender Beanspruchungsfolgen durch Über- und Unterforderung vermehren oder vermindern. Subjektive Unterschiede hinsichtlich der Belastungsauswirkungen bleiben allerdings innerhalb einer gewissen Bandbreite (Oppolzer 1993:15), so dass Belastungszusammenhänge in quantitativer und qualitativer Hinsicht ihrer Auswirkung ähnlich sein können.

Für eine Analyse des Belastungs-Beanspruchungszusammenhangs sollten sowohl die subjektiv unterschiedlichen, als auch die subjektiv ähnlichen Reaktionen berücksichtigt werden und nach Bedingungen ihres Auftretens beleuchtet werden. Da jede Arbeit den Menschen im Ganzen beansprucht, die Trennung in körperliche und seelische Belastung nur eine rein operationale ist, z.B. angewandt werden kann, um Schwerpunkte zu erkennen, bedarf es zu ihrer Betrachtung einer Gesamtschau aller Arbeitsbedingungen und der daraus hervorgehenden Belastungen in ihrer Zusammenwirkung (Kaufmann 1982:25).

Darüber hinaus ist der Belastungs- Beanspruchungszusammenhang von erwerbstätigen Frauen komplexer, als es die Analyse berufsspezifischer Belastungsbedingungen allein erkennen lässt. Frauen, vor allem Frauen mit Kindern, haben zwei Hauptaufgabenbereiche, den des Berufes und den der Familie. Beide zusammen machen ihre Belastungssituation aus, und dies gilt keineswegs nur quantitativ. Ihre Arbeitsfelder sind unterschiedlich strukturiert, mit Leistungsanforderungen, die extrem widersprüchlich sind und von daher schon ihre Anpassungsfähigkeit erheblich beeinträchtigen können. (vergl.: Kulms/Martiny 1981:101; Becker-Schmidt 1981:33)

Entsprechend gilt es eine Rahmentheorie zu verwenden, die die Ganzheit von objektiver Belastung und ihrer subjektiven Bearbeitung und Auswirkung beinhaltet und darüber hinaus beide Arbeitsbereiche für den Belastungs- Beanspruchungszusammenhang berücksichtigt.

Eine ganzheitliche Auffassung von Belastung und subjektiver Auswirkung, sowie die Berücksichtigung der beruflichen und "privaten" Arbeitsfelder bei der Belastungsanalyse werden im sozialwissenschaftlichen integrierten Belastungskonzept vertreten. Dieses Belastungskonzept basiert auf der Überzeugung, dass es einen Zusammenhang zwischen den Lebens- und Arbeitsbedingungen, der individuellen Reaktion darauf und der Entstehung von Beanspruchung gibt. Zu den Lebens- und Arbeitsbedingungen gehören die Anforderungen der Haus- und Beziehungsarbeit, sie werden hier in ihrer Bedeutung für das Belastungs-Beanspruchungsgeschehen berücksichtigt. Sie werden nicht als von Berufsbelastung unabhängig und wenn überhaupt, isoliert betrachtet, sondern als in einem Wirkzusammenhang stehend begriffen. Für diese Zusammenschau im Sinne multifaktorieller Einflüsse auf das Belastungsgeschehen formuliert Naschold ein Konzept, das "die zeitlichen, sachlichen und sozialen Dimensionen komplexer Arbeitssituationen, die gesamtgesellschaftlich relevanten Einflussfaktoren, die horizontalen und longitudinalen Mehrfachbelastungen und die kurz- und langfristigen, reversiblen und irreversiblen Beanspruchungsfolgen, vermittelt über deren psychische Repräsentation, wenigsten in groben Zügen analytisch zu erfassen und empirisch abzuschätzen" hat (Naschold 1978:19). Mit dieser dynamischen Verknüpfung wird die verengte Sicht auf einzelne, arbeitsplatzgebundene Belastungsfaktoren aufgegeben, zugunsten einer Sicht, die es erlaubt, "die personen- und anforderungsbezogene Analyse der Arbeitssituation in ihrer Wechselwirkung mit dem sozialen Reproduktionsgeschehen" mit einzubeziehen. Hinsichtlich der Bewältigung von Belastungen führt Naschold an, dass verobjektivierte Anforderungsstrukturen unterschiedlich verarbeitet werden, weil diese "...auf die Arbeitsperson als Subjekt wirken, das wiederum einen historisch und individuell je unterschiedlichen Optionsraum von Bewältigungsverhalten besitzt, wodurch die objektiven Anforderungen je unterschiedlich verarbeitet werden." Zu berücksichtigen sei auch, dass sich Belastungen meist nicht sofort in sichtbaren und messbaren physiologischen Beanspruchungen niederschlagen, sondern sich zunehmend, entsprechend der individuellen Belastungserfahrung im Zeitverlauf, entwickeln (Naschold 1978:19f)

Über den bis dahin üblichen arbeitswissenschaftlichen Belastungsbegriff hinaus, wird beim integrierten Belastungskonzept die Gesamtbelastung arbeitsweltlich und lebensweltlich, die zeitliche Kumulation von Belastungen, die kurz- und langfristigen, reversiblen und irreversiblen Beanspruchungsfolgen, die funktionale Verschränkung von Belastung-Beanspruchung-Bewältigung einbezogen. Das Bewältigungsverhalten gilt dabei als ausdrücklich belastungsmindernd oder belastungsverstärkend.

Für die Forschungspraxis resultiert daraus, eine personen- und anforderungsbezogene Analyse der Arbeitssituation in ihrer Wechselwirkung mit dem Reproduktionsgeschehen vorzunehmen und dabei die biographische Kumulation der Belastungserfahrung nicht außer Acht zu lassen (Naschold 1978:18).

Die Belastungserhebung in dieser Studie orientiert sich entsprechend der Themenstellung und zugrunde liegenden Rahmentheorien zunächst an der Analyse der beruflichen und privaten arbeitsbedingten Belastungen aus der Sicht von Erzieherinnen und Lehrerinnen.

## **2.2. Untersuchungen zur Arbeitsbelastung**

### **2.2.1. Alltagsbelastungen von Frauen**

Untersuchungen zur Arbeitsbelastung von erwerbstätigen Frauen, die häufig auch Haus- und Familienarbeit zu verrichten haben, liegen vor, ergeben aber nach Auffassung der Verfasserinnen des bundesdeutschen Frauengesundheitsberichtes (Verbundbericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland 2002) ein noch lückenhaftes Bild von der daraus folgenden Gesundheit von Frauen. Die aus Daten von Repräsentativuntersuchungen und Einzeluntersuchungen zusammengetragenen Ergeb-

nisse lassen eine Vergleichbarkeit nur bedingt zu.

Die an dem Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen mitwirkenden Wissenschaftlerinnen gehen, wie auch in vorliegender Befragung davon aus, dass sich eine noch immer vorherrschende geschlechtsspezifische Arbeitsteilung in mehrfacher Hinsicht auf die Gesundheit speziell von Frauen auswirkt.

So wird z.B. als belastend erfahren:

- Die horizontale und vertikale Segregation auf dem Arbeitsmarkt mit ihren belastenden Folgen für die Arbeitsbedingungen
- Die sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz, von der fast ausschließlich Frauen betroffen sind
- Die Vereinbarung von Familie und Beruf, die unterschiedliche Anforderungen stellt und daher einen hohen Koordinierungsaufwand erfordert.

Belastungen aus der Erwerbsarbeit allein, ohne Berücksichtigung so genannter privater Arbeitsanforderungen, werden im Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen anhand von Daten des Nationalen Untersuchungssurveys (Forschungsverbund DHP 1998) dargestellt. Übereinstimmend geben Frauen wie Männer hier an, häufig von Zeitdruck belastet zu sein.

Hinsichtlich sexueller Belästigung, die dem Bericht zufolge als besondere Form des Mobbing bezeichnet werden kann, werden Daten einer Befragung von 1997, die das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegeben hat, angeführt. Es ergibt sich, dass 70% der 4000 Befragten mit (leichteren) Formen sexueller Belästigung wie zufälliger Körperberührung und taxierenden Blicken konfrontiert waren. Die gesundheitlichen Folgen sind, dem Bericht zufolge, noch nicht hinreichend erforscht. (Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen:373)

In ihrer Untersuchung zur Belastungssituation von Frauen mit Kindern haben Collatz und Borchert als herausragenden Belastungsfaktor die problematische finanzielle Situation herausgestellt, ein Belastungsfaktor, der sich aus dem sozialen Kontext ergibt. Hier spiegelt sich nach Einschätzung der Forscher die soziale Vulnerabilität wider, die für Frauen in unserer Gesellschaft so typisch ist und in deren Folge sich etliche Probleme ergeben. Als Einflussfaktor auf die Gesundheit und Belastung erweist sich bei den untersuchten Frauen die Allgemein- und Berufsausbildung und das Sozialprestige (gemessen an der Selbsteinschätzung des Berufes des Hauptverdieners nach Moore, Kleinig 1971 zit. n. Borchert, Collatz 1994) als wesentlich. Die Frauen aus unteren sozialen Schichten fühlen sich deutlich belasteter und kränker, als die Frauen aus der Mittelschicht, ebenso ergeht es Frauen mit einer geringen Schul- und ohne Berufsausbildung, sie erklären sich im Alltag als stärker belastet. Die Einbindung in ein positiv empfundenen Familienklima geht mit geringerer Belastung und besserer Gesundheit einher. Die an der Untersuchung beteiligten Frauen geben ihre Belastungen aus der Berufsarbeit gegenüber den Belastungen durch reine Familienarbeit, als eher gering an (ausgenommen sind Arbeitsverhältnisse mit sehr negativem Betriebsklima). Belastungen werden besonders durch die typischen Bereiche der traditionellen Frauenrolle empfunden, durch die alltägliche Arbeitssituation, die gekennzeichnet ist durch den Zwang ständig verfügbar zu sein, keine Freizeit zu haben und keine Anerkennung zu erhalten (Borchert, Collatz 1994:88) Die von Borchert und Collatz vorgelegte empirische Untersuchung bestätigt in eindrucklicher Weise die Ergebnisse zahlreicher Untersuchungen zum Thema Gesundheit von Frauen und Männern in Abhängigkeit von ihrer sozialen Schicht (vergl.: Klesse u.a.1992:8).

Mielk und Helmert, die einen Überblick über empirische Arbeiten zum Thema soziale Ungleichheit und Gesundheit der letzten 20 Jahre, herausgegeben haben, kommen in ihrer Bewertung der Studien zu dem Ergebnis, dass die überwältigende Zahl von einer höheren Mortalität sowie Morbidität für Personen unterer Schichten berichten (Mielk 1994). Laut DHP-Gesundheitssurvey geben die Frauen der Unterschicht zu 23% an, einen weniger guten bis schlechten Gesundheitszustand zu haben, gegenüber nur 10% der Frauen aus der Oberschicht. Auch fühlt sich über die Hälfte (56%) der Frauen wegen ihres Gesundheitszustandes wenig bis erheblich bei der Erfüllung ihrer alltäglichen

Aufgaben behindert, nur etwa ein Viertel (28%) der Frauen aus der Oberschicht geht es ebenso. Die Verteilung der Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen (Bluthochdruck, Hypercholesterinämie, Übergewicht, Rauchen, sportliche Inaktivität) auf Frauen verschiedener sozialer Schichten ergibt ebenfalls ein deutlich höheres Risikoniveau bei Frauen der Unterschicht. Unter ihnen ist die Anzahl der Frauen, die mindestens zwei der Risikofaktoren aufweisen, gut dreimal so hoch, wie die Anzahl der Oberschichtfrauen (Bundestagsdrucksache 198811/3267:24).

"Eines ist zu wenig, beides zu viel." Belastungsvielfalt im Leben von Fabrikarbeiterinnen, so der Titel der 1970 von Becker-Schmidt durchgeführten Untersuchung. Im Ergebnis zeigt sich, dass die von ihr befragten Fabrikarbeiterinnen hinsichtlich einer Vereinbarkeit von Beruf und Mutterpflichten zu ambivalenten Einschätzungen kommen. Becker-Schmidt fügt durch ihre Herausstellung der widersprüchlichen Struktur der Arbeitsfelder Beruf-Familie einer bis dahin rein quantitativen Belastungserhebung wesentliche qualitative Belastungsaspekte hinzu. Sie schließt ihre Untersuchung mit der Feststellung, dass die den Arbeitsfeldern inhärenten Widersprüche und Ambivalenzen bei den Frauen zu Zerreißproben führen. Diese extremen Belastungen werden ausgehalten, weil eine doppelte Orientierung im weiblichen Lebenszusammenhang bezüglich Beruf und Familie besteht, weil, wie die Fabrikarbeiterinnen selber angeben, weder auf das eine noch andere verzichtet werden will und aus ökonomischen Gründen auch nicht möglich ist. Der Einsatz aller Kraft auf beiden Arbeitsgebieten führt zu hoher Belastung, ist im Grunde "...zu viel".

Eine gänzlich andere Klientel befragt Paetzold (1996), die im Ergebnis dann auch zu der Feststellung gelangt, dass (erst) beides (Berufstätigkeit und Mutterschaft) zufrieden mache. Die positiven Aspekte der Doppelorientierung von Akademikerinnen geraten hier in den Focus der Betrachtung. Die Verfasserin stellt für ihre Untersuchungsgruppe fest, dass die Vereinbarkeitsfrage so widersprüchlich strukturierter Aufgabengebiete, wie Mutterschaft und Berufstätigkeit, heute unter einem anderen Blickwinkel als noch in den 70er Jahren gesehen wird. Sie stellt für ihre, hinsichtlich der Arbeitsbedingungen sowie ihrer Partnerbeziehungen privilegierte Gruppe von Frauen (29 Akademikerinnen mit 2 Kindern unter 10 Jahren) fest, dass Mutterschaft und Berufstätigkeit zusammen als Bereicherung gesehen wird und nicht nur als Belastung aufgefasst wird.

Erst bei direkter Nachfrage geben die Frauen Belastungen an, wie hohe zeitliche Anforderungen durch den Beruf, Belastungen durch die Organisation des Alltags in unvorhersehbaren Situationen und mangelnde Zeit für Partnerschaft und Kinder (Paetzold 1996). Bettina Paetzold stellt fest, dass sich für die akademischen Mütter mit interessanten, selbstbestimmten und abwechslungsreichen Aufgaben die Vereinbarkeit bei weitem als nicht so belastend herausstellt, wie es andere Studien gezeigt hätten, ja sogar für einige, besonders für die Lehrerinnen unter ihren Probandinnen, werde die Vereinbarkeit als problemlos bezeichnet. Die Gleichzeitigkeit von Familie und Berufstätigkeit stelle sich als das einzig akzeptable, weil zufrieden stellendes Lebensmodell, heraus. Sie haben Stress, fühlen sich aber durch die Teilhabe an beiden Lebensbereichen ausgeglichener und zufriedener. Ihre in den 90er Jahren durchgeführte Untersuchung trägt den Titel "Eines ist zu wenig, beides macht zufrieden", der zusammenfassend die positive Einschätzung der Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Mutterschaft, zumindest für ihre Probandinnen, wiedergibt.

Letztlich demonstrieren diese beiden unterschiedlichen Untersuchungsergebnisse, dass die doppelte Orientierung des Lebensentwurfes auf Berufstätigkeit und Mutterschaft den Wünschen sowohl der Arbeiterinnen als auch der Akademikerinnen nach wie vor entspricht, dass sich aber in den unterschiedlichen Belastungseinschätzungen weniger ein "Wandel der Zeiten", sondern eher die Schichtabhängigkeit von Bewältigungspotentialen widerspiegelt, die sich im Falle der Akademikerinnen positiv auf ihr Belastungsniveau auswirken können.

Irene Raehlmann u.a. (1991) legen ihr besonderes Augenmerk auf die Wirkzusammenhänge von betrieblicher und außerbetrieblicher Lebenswelt in Hinblick auf Belastung und

Beanspruchung durch Zeit und Bewältigung von Zeitproblemen. Dazu interviewte sie 90 Verkäuferinnen, die in unterschiedlichen Betrieben tätig waren und verschiedene Berufsarbeitszeiten hatten. Für 54% der Frauen existieren Zeitprobleme, besonders durch Zeitdruck, der durch hohe Berufsarbeitsintensität als Folge des Personalabbaus entsteht, aber auch durch die Notwendigkeit bzw. den Anspruch, Hausarbeit in kurzen Zeiträumen bewältigen zu müssen. Als weitere Belastungsfaktoren werden von den Frauen nervliche Belastungen und Anforderungen durch Kinder und Eltern genannt. Es folgen körperliche Belastungen und belastendes Verhalten von Kunden. Unter Konflikten am Arbeitsplatz leidet hier nur jede 20. Frau (Raehlmann u.a. 1991:46)

Die Zeitproblematik wird, wie gezeigt werden wird, auch in der folgenden empirischen Untersuchung von großer Bedeutung sein. Unterschiedlich ist die Bedeutung des Faktors "Konflikte am Arbeitsplatz", dieser hat in Raehlmanns Untersuchung einen weitaus geringeren Stellenwert.

### 2.2.2. Belastungen im LehrerInnenberuf

Schönwälder (1997) stellt eine arbeitswissenschaftliche Untersuchung vor, die die Belastungen von LehrerInnen ohne Differenzierung nach dem Geschlecht zum Thema hatte und aus der sich ein insgesamt hoher zeitlicher Belastungsumfang feststellen ließ. Die Arbeitszeit setzte sich aus Unterrichtsverpflichtung - der Anzahl der Unterrichtsstunden - und der Zeit für Vorbereitung und Auswertung des Unterrichts, sowie Zeit für Korrekturarbeiten zusammen.

Es ließ sich feststellen, dass die Höhe der Unterrichtsverpflichtung und die Klassenfrequenz umso höher sind, je jünger die Schüler sind. Vorgelegte Arbeitszeituntersuchungen im Zeitraum von 1960 bis 1985 wiesen eine Wochenarbeitszeit der LehrerInnen (nach deren eigenen Einschätzung) aus, die die Wochenarbeitszeit eines Industriearbeiters um 2 - 10 Stunden übertrafen. Wurde die Pflichtstundenzahl reduziert, erhöhte sich die Arbeitszeit überproportional durch den Aufwand, der dann in die Unterrichtsvor- und -nachbereitung floss. Es bestehe die Tendenz, sich hinsichtlich der Arbeitszeit zu überfordern, die noch unterstützt werde von dem nach oben hin offenen Arbeitsauftrag, wie es die gesetzlichen Regelungen vorsehen. Diese verpflichten die LehrerInnen zu einer möglichst wirkungsvollen Förderung des einzelnen Schülers und legen es damit in deren Hände. Um ihrem Auftrag gerecht zu werden, müssen sich die LehrerInnen, so Schönwälder, häufig dafür entscheiden, ent-weder den Auftrag auf Kosten von Überlastung und entsprechender psychischer Folgen zu erfüllen oder ihre Unterrichtsqualität herabzusetzen, was mit ähnlichen negativen psychischen Folgen verbunden sei (Schönwälder 1997: 179 - 202).

Unterschiedlichen Bereichen der Berufswirklichkeit mit abgrenzbaren Belastungsquellen ließen sich die Belastungen zuordnen, die Seelig und Wendt (1993) in ihrer Befragung von Lehrerinnen und Lehrern aus West-Berlin erhielten. Sie wurden aufgrund der subjektiven Erfahrungen der betroffenen Lehrer und Lehrerinnen ermittelt. Basis der Erkenntnis waren damit, die Aspekte ihrer Berufstätigkeit, die sie selbst als belastend einschätzten.

Durch mangelnde Unterstützung im Umfeld, knappes Zeitbudget, ständige Herausforderung und Anspannung fühlten sich die Lehrerinnen und Lehrer von der Qualität her belastet. Darüber hinaus gaben sie noch das Fehlen von Schülern, schlechte strukturelle Rahmenbedingungen und das häufige Ansprechen persönlicher Probleme als belastend an.

Schultyp, Alter und Geschlecht korrelierten mit erlebten Belastungsintensitäten. Lehrerinnen fühlten sich unabhängig vom Alter, gegenüber ihren männlichen Kollegen häufiger, stärker und anders belastet. Ihre Belastungsschwerpunkte lagen vorwiegend im menschlichem, aber auch im Leistungsbereich. Sie beklagten mangelnde Unterstützung, curriculare Überforderung und Belastung durch die persönlichen Probleme ihrer Schüler und deren Eltern.

Die Notwendigkeit einer Belastungserhebung, die nach Geschlechtern differenziert, war nach Seelig und Wendt begründet, weil Lehrerinnen und Lehrer ein unterschiedliches Verständnis von ihrem Beruf aufwiesen und aus dieser unterschiedlichen Auffassung andere Belastungskonsequenzen resultierten (Seelig /Wendt 1993).

Auch Karin Flaake stellte durch ihre Befragung von Lehrerinnen an hessischen Hauptschulen und Gymnasien fest, dass die beziehungsorientierte, auf Engagement und emotionaler Beteiligung basierende Arbeitsweise von Lehrerinnen mit stärkeren psychischen Beanspruchungen verbunden waren als bei ihren männlichen Kollegen. 70% der Lehrerinnen gegenüber 34% der Lehrer fühlten sich stark als Person beansprucht und dadurch überfordert und bezogen aus ihrer beziehungsorientierten Leistung darüber hinaus ein geringeres berufliches Selbstbewusstsein (Flaake 1990:9).

Auf die Doppelbelastung von Lehrerinnen durch Berufstätigkeit und Mutterpflichten geht Ilse Brehmer (1992) ein und kommt zu dem Schluss, dass Lehrerinnen sich zwar aufgrund ihrer finanziellen Möglichkeiten eher durch professionelle Hilfe von der Kinderbetreuung und Hausarbeit entlasten können, Alleinverantwortlichkeit und die Krisenanfälligkeit all dieser Organisationsformen aber führen dennoch zu Überlastung besonders dadurch, dass ihnen die alleinige Zuständigkeit in beiden Bereichen obliegt. Diese Ergebnisse stimmen zwar mit der optimistischen Bewertung der Doppelbelastung der Lehrerinnen in der Untersuchung von Paetzold im Ganzen nicht überein, wohl aber darin, dass sie sich ebenfalls durch hohen Organisationsaufwand und durch "Unvorhersehbares" belastet fühlen (Paetzold 1996:25f).

Für die Belastungssituation von Lehrerinnen lässt sich nach vorliegenden Untersuchungen sagen, dass sie durch hohe zeitliche berufliche Einbindung und durch starke psychische Belastungen, wie sie sich aus einer beziehungsorientierten Arbeitsweise ergeben, gekennzeichnet ist. Lehrerinnen fühlen sich nach ihren Angaben häufig überfordert, weil sie mit diesen Problemen alleingelassen werden, und sie sich darüber hinaus noch um die Probleme der anderen kümmern müssen.

Der Mangel vorgestellter Studien zur LehrInnengesundheit besteht hinsichtlich des Forschungsschwerpunktes dieser Untersuchung darin, dass sie sich zum größten Teil auf die Erhebung berufsspezifischer Belastung beschränken, teilweise nicht nach dem Geschlecht differenzieren, keine Beanspruchungserhebung aufweisen und keine Aussagen über die Bewältigungsmöglichkeiten der Berufsgruppe machen.

### 2.2.3. Belastungen im Erzieherinnenberuf

In Hinblick auf vorliegende Forschungsfragen stellt sich die Erhebungssituation zum Berufsfeld der Erzieherinnen als noch mangelhafter dar. Es lassen sich hier keine empirischen Untersuchungen über die Belastungen im Beruf usw. finden. Die Belastungssituation von Erzieherinnen lässt sich nur vermittelt über Erhebungen, die allgemein die "Berufszufriedenheit" zum Thema haben, nach Daten über Verweildauer im Beruf usw. sowie nach den subjektiven Schilderungen von "Insiderinnen" vermuten. So wird die Berufssituation von Erzieherinnen von Högemann (1995), selbst "langjährige Betroffene", wie folgt charakterisiert: "Erzieherin sein heißt oft, im Spannungsfeld zu leben zwischen einem sehr schönen, wichtigen und kreativen Beruf einerseits und recht schwierigen und unzureichenden Arbeitsbedingungen andererseits"(Högemann 1995:7).

Unzureichende Arbeitsbedingungen führen zu erheblichen Belastungen, die auch dadurch bewältigt werden, dass die Frauen sich nach einer anderen Tätigkeit umsehen. Beobachtet man den Erwerbsverlauf von Kinderpflegerinnen über einen Zeitraum von 28 Jahren, kann festgestellt werden, dass nach 8 Jahren nur noch 16,7% in ihrem Aus-

bildungsberuf versicherungspflichtig beschäftigt sind. Sie wechseln nicht etwa alle in das Hausfrauendasein, sondern werden zum größten Teil (66,6%) in anderen versicherungspflichtigen Berufen tätig (Krüger 1991:142f). Schon 10 Jahre später findet sich keine der Berufsanfängerinnen mehr in ihrem erlernten Beruf. Die in dieser statistischen Betrachtung zum Vergleich herangezogenen kaufmännischen Angestellten weisen dagegen erheblich günstigere Werte, hinsichtlich ihrer Verweildauer im erlernten Beruf, auf. Neben schlechten Zukunftsaussichten ohne Karrieremöglichkeiten und erheblichen inhaltlichen Arbeitsbelastungen, wirkt sich das geringe Lohnniveau negativ aus.

ErzieherInnen sind Idealisten resümiert Riedler-Aigner dann auch aus eigener Erfahrung, ihr Einkommen reicht zum Lebensunterhalt nicht aus, alle ihr bekannten ErzieherInnen benötigen dazu eine(n) Ehepartner(in) bzw. einen Nebenjob. In ihrer Befragung zu zwei Zeitpunkten (1990: 81 Teilnehmerinnen und 1993: 141 teilnehmende ErzieherInnen, KinderpflegerInnen und SozialpädagogInnen) geben dann auch nur 4% an, wegen der Bezahlung und den Arbeitsbedingungen in ihrem Beruf zu bleiben. Die meisten von ihnen (1990: 51% und 1993: 65%) fühlen sich verantwortlich für die nächste Generation und verweilen deswegen, viele von ihnen (1990: 70% und 1993: 54%) erhalten motivierende Impulse von den Kindern. Veränderungswünsche bestehen an erster Stelle hinsichtlich der zu betreuenden Anzahl der Kinder und der Bezahlung. Von den 141 Erzieherinnen, die 1993 nach ihrer Berufszufriedenheit gefragt wurden, gaben 59% an, dass sie "mäßig" zufrieden sind, 35% von ihnen sehr zufrieden sind und allerdings nur 3% gar nicht zufrieden sind (Rieder-Aigner 1993:39).

Krenz führte eine quantitativ umfangreiche Befragung zur Berufszufriedenheit von Erzieherinnen in Kindertagesstätten verschiedener Träger in Schleswig-Holstein durch, in der fast 1000 Fragebögen ausgewertet wurden. Auch hier wurde von den meisten Erzieherinnen angegeben, dass die Arbeit mit Kindern und auch mit Eltern schwerer geworden ist (Mit Kindern: "ja unbedingt": 64,8%, mit Eltern: "ja unbedingt" 56,1%), die eigene Zufriedenheit mit der Kindertageseinrichtung von 67,6% mit "mittel" bewertet, dagegen nur von 15,8% mit "sehr" bewertet. Befragt nach der Zufriedenheit mit der Teamarbeit gaben hier 33,1% an, dass sie sehr zufrieden sind, 67,6% dagegen nur "mittel" zufrieden.

Dass nur 26% der Erzieherinnen angaben, diesen Beruf nicht wieder zu ergreifen, kann nach Krenz angesichts ihrer negativen Einschätzung und ihrer geringen Entlohnung nur verwundern (Krenz 1993:26ff)

Die Ergebnisse vorliegender Befragungen lassen für die Analyse von Belastungen der Erzieherinnen eher negative Ergebnisse erwarten. Den Untersuchungen zufolge wachsen Belastungen durch zunehmende Anforderungen und gehen mit mangelnder gesellschaftlicher Akzeptanz, die sich in Nichtanerkennung erzieherischer Qualifikation und unangemessener Entlohnung ausdrückt. Die daraus resultierende Arbeitsunzufriedenheit führt für viele zum Ausstieg aus dem Beruf.

### **2.3. Stress und Burn-out als Folgen von Belastung**

Besonders durch die Ergebnisse der Stressforschung wurde die subjektive Ausrichtung arbeitswissenschaftlicher Belastungserhebung befruchtet. Psychologische Belastungskonzepte in der Stressforschung, die dem von Lazarus u.a. entwickeltem kognitiven bzw. transaktionalen Ansatz folgen, gehen davon aus, dass zwischen den Anforderungen der Umwelt eine Wechselbeziehung zu Ressourcen besteht, wie Handlungskompetenz und soziale Fähigkeiten, die der Bewältigung dienen. Im Mittelpunkt ihrer Theorie steht der Prozess der (kognitiven) Wahrnehmung von Situationen, die das Wohlbefinden zu stören drohen und den Handlungskonsequenzen, die darauf zielen es wiederherzustellen und zu erhalten. Wohlbefinden stellt sich danach ein, wenn es gelingt, Anforderungen so zu meistern, dass sich ein Gleichgewicht wiederherstellen lässt, die Spannung, die durch das Ungleichgewicht widerstreitender Kräfte entsteht, gelöst werden kann (vergl.: Lazarus/Launier 1981:220).

### 2.3.1. Stressmodelle

Die Stressforschung stellt in den Mittelpunkt ihrer Untersuchung die Analyse der soziokulturellen Lebensbedingungen von Menschen und deren individuellen Reaktion darauf. Es gelang in zahlreichen Untersuchungen u.a. gesundheitlich sehr unterschiedliche Lebens- und Arbeitsbedingungen, z.B. wie sie aus der Schicht-zugehörigkeit entstehen, für die verschiedenen Bevölkerungsgruppen abzuschätzen (vergl.: Oppolzer 1986, Nitsch 1981, Udris 1981 usw.) Zunächst ist Stress erst einmal nichts anderes als ein Reaktionsmuster des vegetativ-endokrinen Systems, das eine biologisch sinnvolle Anpassung an die Lebenstätigkeit insbesondere an neue Situationen herstellt. Diese Anforderungen sind vielfältig und unterschiedlich, ganz sicher sind sie unvermeidbar, denn das Leben stellt an sich schon Anforderungen an die lebenserhaltende Energie (z.B. Tätigkeit der Organe) und führt zu Reaktionen, die unabhängig von der Art der Belastung, sich in jedem Fall einstellen. Innere und äußere belastende Anforderungen, die Stressoren genannt werden, können unterschiedlichster Art sein, Stress erfährt, wer Unglück, aber auch wer Freude erfährt, wer einen Unfall hat, aber auch wer unerwartet erfolgreich ist, wer arbeitsmäßig überfordert, aber auch wer unterfordert ist. Von der Art des Reizes unabhängig, ob angenehm oder unangenehm, ist die Stressorwirkung unspezifisch, sie ist immer Anpassungsleistung an eine neue Situation. Das Ausmaß der Stresswirkung aber ist abhängig von dem Ausmaß der Anforderung an Anpassung oder Wiederanpassung. Die menschliche Persönlichkeit modifiziert diesen Anpassungsprozeß entsprechend ihrer Ressourcen. So haben und empfinden Menschen bei objektiv gleicher Belastung unterschiedlich Stress. Die äußere Belastung wirkt darüber hinaus stressinduzierend, entsprechend der ihr zugebilligten Bedeutung nach abgeschlossener individueller Bewertung. Im täglichen Leben werden zwei Arten von Stresswirkungen unterschieden: "Eustress" und "Distress" erzeugen in Abhängigkeit von vorliegenden Bedingungen erwünschte (gute) oder unerwünschte (schlechte) Folgen (Selye 1981:163ff). Wirkt nun Distress über lange Zeit aufgrund psychosozialer Belastungen und mangelnder Bewältigungsmechanismen, kann dies zu Erschöpfung und schließlich Krankheit führen. So wurde nachgewiesen, dass lang anhaltender Distresserfahrung somatische koronare Risikofaktoren (Cholesterinspiegel und Bluthochdruck) beeinflussen, die wiederum zu Herzschädigungen führen. Besonders waren hier Personen betroffen, die bestimmte prämorbid Persönlichkeitsstrukturen aufwiesen und denen eine ökonomische und soziale Gratifikation (Bewertung der eigenen Arbeit im sozialen Vergleichsprozess, positive Rückmeldung, Anreize für persönliche Entwicklung) versagt blieb (Siegrist 1986). Chronischer Distress hat darüber hinaus auch verhaltenssteuernde Auswirkungen. So haben Zigaretten, Alkohol und bestimmte Ernährungsgewohnheiten, Verhaltensweisen, die als gesundheitsschädlich gelten und z.T. auch nachgewiesen sind, Bewältigungsfunktion. Aufklärung, wie sie durch breit angelegte Antirauchkampagnen immer wieder erfolgte, brachten nicht den erwünschten Erfolg. Umerziehungsmethoden zu gesundheitsrelevanterem Verhalten sind meist wenig erfolgreich, da sie als Mechanismus zur Stressbewältigung nicht ohne weiteres abgestellt werden können (Vergl.: Horn 1984:23).

Die Mechanismen von Stressentstehung, Stresseinwirkung und Stressbewältigung werden im kognitiven Stressmodell von Lazarus/Launier Konzept dargestellt. Wonach tritt Stress als psychosoziale Belastungsfolge immer dann auf, wenn innere und/oder äußere Anforderungen die Anpassungsfähigkeit eines Individuums beanspruchen oder übersteigen. Wenn ein Ereignis, als für das "Wohlbefinden" störend bewertet wird, erfolgt eine Reaktion. Diese Störung des Wohlbefindens, das von Selye als Gleichgewicht von Körper und Umwelt definiert wird, ist die aktivitätsauslösende Kategorie im Stressgeschehen. Das Ausmaß von Stress hängt von der Anpassungsfähigkeit aller Eigenschaften des Individuums und dessen Einschätzung seiner subjektiven Bewältigungsmöglichkeiten ab. Entsprechend dieser Voraussetzungen kann Stress bei einer Person



negative Folgen (z.B. Krankheiten) aber auch Problemlösung und Weiterentwicklung verursachen (Lazarus 1981:228ff). Stress kann sich im Sinne einer Herausforderung auf die Entwicklung des Menschen anspornend auswirken und entspricht in dieser Funktion nach Sagan sogar einem menschlichen Bedürfnis (Sagan 1992:202).

Zur Bewältigung von Stress allgemein stehen den Menschen nach Lazarus/Launier vier verschiedene Modi zur Verfügung, die zu Handlungen auf unterschiedlichen Ebenen führen. So dient die "Informationssuche" und "direkte Aktion" dazu, sowohl die das Wohlbefinden störende Situation zu verändern, als auch die damit verbundenen Emotionen zu kontrollieren, während die "Aktionshemmung" eine Reaktionsmöglichkeit ist, wenn zu befürchten steht, dass eine direkte Aktion Gefahren mit sich bringt. "Intrapsychische Bewältigungsformen" schließlich sind alle Formen der Selbstberuhigung, der Leugnung der Distanzierung, sie dienen der emotionalen Bewältigung. Der als kognitiv aufgefasste Bewältigungsprozess führt nun nicht immer zu aktuellen Antworten auf die jeweiligen Stresssituationen, sondern erfährt im Laufe der Zeit eine Stabilisierung zu bestimmten Handlungsmustern, die als Antwort auf Belastung und Beanspruchung immer wieder ähnlich gewählt werden (coping). Welche der Formen vorherrschen, hängen von den Ressourcen und der Bedeutung der aktuellen Situation ab.

Zu den bedeutendsten Ressourcen eines Menschen im Stressgeschehen gehören seine sozialen Beziehungen und die Hilfe, die er daraus zur Bewältigung belastender Situationen ziehen kann. Seit 100 Jahren im Forschungsinteresse, erfahren sie unter dem Begriff "social support" ein wachsendes wissenschaftliches Interesse am speziellen Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen und Gesundheit. Dabei kommt sozialen Beziehungen Bedeutung, sowohl in ihrer Schutzwirkung hinsichtlich gesundheits-schädigender negativer Stresseffekte zu, als auch hinsichtlich ihres direkten Einflusses bei der Gesundheitsförderung (vergl.: House 1989).

Für Antonovsky, dessen Forschungen auf den Ergebnissen der Stressforschung aufbauen, steht die Bedeutung der Ressourcen für das Gesundheits-Krankheitsgeschehen im Mittelpunkt seiner Theorie. Er nennt sie GRS. Generalisierte Widerstandsquellen, Negativ wirkende Stressoren (Stressreize) werden von ihm als Spannung bezeichnet.

Ausgangspunkt für die Entwicklung seines radikalen salutogenetischen Modells auf der Basis eines Gesundheits-Krankheitskontinuums ist die Überzeugung, dass man unmöglich alle Ursachen für die Entstehung einer Krankheit finden kann. Selbst in einem medizinisch-technisch hochentwickeltem Land, wie der USA weisen, so Antonovsky, ein Drittel der Bevölkerung eine oder mehrere Krankheiten auf, für deren Entstehung unendlich viele Pathogene verantwortlich sind. All diese krankheitsverursachenden Faktoren sind nach heutigem Stand aber nicht zu beseitigen, sodass es ihm sinnvoll erscheint, die Fragestellung des Forschungsinteresses umzukehren und Antworten darauf zu finden, wie es Menschen gelingen kann, in einer so feindlichen Umwelt gesund zu bleiben.

Mit der Wendung zur Salutogenese im Gegensatz zur Pathogenese eröffnet er eine gänzlich neue Forschungsperspektive. Nicht die Ätiologie bestimmter Krankheiten steht hier im Mittelpunkt, sondern die gesundheitserhaltende oder wiederherstellende Bewältigung von Herausforderung und Bedrohung durch psycho-soziale oder physiologisch biochemische Stressoren.<sup>1</sup>

Menschen antworten auf die Herausforderung ihrer Umwelt (bei Lazarus/Launier: Störung des Wohlbefindens) mit einem Spannungszustand, der entsprechend vorhandener generalisierter Widerstandsquellen (Ressourcen) krankmachende, gesunde oder neutrale Folgen hat. (Vergl. auch Stresskonzept: Selye 1981, Lazarus/Launier 1981) Entsprechend der Verfügbarkeit generalisierter Widerstandsquellen bestimmt sich nun im Bewältigungsprozess nicht entweder Gesundheit oder Krankheit, sondern es entscheidet

---

<sup>1</sup>Stressoren sind alle bedrohlichen oder schädigenden Lebensumstände, denen Menschen ausgesetzt sind (Pearlin: 1989). Antonovsky setzt im Gegensatz dazu Spannung als bedrohlich ein, während Stressoren (im Sinne einer Herausforderung Lazarus/Launier 1981, Sagan 1992) auch positiv wirken können.

sich, welchen Ort der Mensch auf einem health ease / dis-ease- Kontinuum einnimmt. Krankheit und Gesundheit befinden sich in einem fortwährenden Prozess zueinander, es gibt nicht den Zustand krank bzw. gesund, sondern, wer sich als eher gesund bezeichnet, nimmt momentan einen günstigeren Platz in diesem Kontinuum ein und muss darauf gefasst sein, diesen aufgrund ständiger Umweltherausforderung schon bald wieder aufgeben zu müssen.

Ein zentraler Begriff in Antonovskys Modell sind generalisierte Widerstandsquellen (generalized resistance resources GRR) welche Charakteristika, Ressourcen einer Person sind, die Art und Erfolg von Bewältigung von Stressoren und auftretender Spannung bestimmen. GRR's werden verschiedenen Kategorien zugeordnet: Es gibt:

1. Körperliche und biochemische GRRs z.B. ein effektives Immunsystem
2. Materielle GRRs, z.B. Wohlstand, Kleidung, auch körperliche Stärke, Arbeit
3. Kognitive GRRs, z.B. Wissen, Intelligenz
4. Emotionale GRRs die Ich-Identität und Selbstwertgefühl beinhalten.
5. GRRs, die Werte und Normen betreffen z.B. Bewältigungsstrategien, Vernunftmäßigkeit, Flexibilität und Weitsicht, kulturelle Werte und Normen und soziale Bindung und Unterstützung im zwischenmenschlichen Bereich

Ihr Vorhandensein kann eine erfolgreiche Spannungsbewältigung erleichtern. Sie sind eine notwendige Voraussetzung für die Erhaltung, bzw. Verbesserung einer Position auf dem health ease - disease Kontinuum. Darüber hinaus ist für eine Mobilisierung und wirksame Koordination vorhandener Widerstandsquellen eine umfassende psychosoziale Orientierung notwendig, die Antonovsky "sence of coherence" SOC (Kohärenzgefühl) nennt. Wer über einen gut ausgebildeten sence of coherence verfügt, ist im allgemeinen zuversichtlich, dass Reize und Situationen verstehbar, Anforderungen bewältigbar und Probleme und Anforderungen des Lebens sinnhaftig sind (Antonovsky 1987:19).

Es wird angenommen, dass ein ausgeprägter SOC salutogenetisch wirkt. Menschen, die damit ausgestattet sind, tendieren dazu, fordernde Situationen nicht als Belastung einzuschätzen, sondern eher als positiv und herausfordernd, und sie instrumentell-differenziert und emotional weniger diffus wahrzunehmen. Auch sind sie in einer konkreten Belastungssituation eher in der Lage aus ihrem GRRs-Repertoire, die angemessene Kombination auszuwählen und geeignete coping-Strategien zu realisieren.

### 2.3.2. Burn-out als Belastungsfolge

Burn-out (Ausbrennen) ist ein Prozess, in dem Menschen nach anfänglichem Elan und Enthusiasmus im Zeitverlauf durch ständige Überforderung und enttäuschte Erwartungen ausbrennen, ihre Kraft und ihren Mut verlieren, über ständige Müdigkeit klagen, Resignation, Zynismus und Isolation zunehmen. Sowohl das soziale Umfeld oder die konkrete Situation als auch individuelle Persönlichkeitsstrukturen bestimmen wechselseitig das Burn-out -Geschehen. Der amerikanische Psychoanalytiker H. Freudenberger prägte 1974 den Begriff des Burn-out-Syndroms und definiert Burn-out wie folgt:

Burn-out ist ein Energieverschleiß, eine Erschöpfung aufgrund von Überforderungen, die von innen oder von außen...kommen kann und einer Person Energie, Bewältigungsmechanismen und innere Kraft raubt. Burn-out als Gefühlszustand ist begleitet von übermäßigem Stress, der schließlich persönliche Motivationen, Einstellungen und Verhalten beeinträchtigt." (Freudenberger, North 1994: 25) Das "Ausbrennen" wird von außen durch Familie, Arbeit, Freunde, Liebhaber, Wertsysteme oder die Gesellschaft hervorgerufen. Die Entwicklung von Burn-out verläuft nach Ansicht der Autoren in sich verstärkenden Phasen (Freudenberger benennt 12 Stadien), die über den Zwang sich zu beweisen, über Verdrängung und Verleugnung von Konflikten und Bedürfnissen, Umdeutung von Werten, zu innerer Leere, Depression und schließlich zu völliger Burn-out-Erschöpfung führen kann (Freudenberger, North 1994:..27ff).

Den Akzent auf die Verursachung von Burn-out durch äußere Bedingungen legen vor allem die arbeits- und organisationsbezogenen Ansätze. (Pines u.a.1987:44) Auf diesem

Ansatz beruhen auch Untersuchungen, die Burn-out produzierende Arbeitsplatzbedingungen beleuchten.

Andere Ansätze weisen eine enge Verbindung zu den Modellen der Stressforschung, wie sie z.B. von Lazarus/Launier entwickelt wurden, wie das transaktionale Burn-out-Modell von Cherniss (Zit. nach Enzmann, Kleiber 1989:15) auf und stellen Burn-out als intrapsychische Bewältigungsform heraus. Burn-out wird hier als Prozess definiert, der mit exzessiven Arbeitsstress beginnt und Stressreaktionen wie Spannungsgefühle, Reizbarkeit und Müdigkeit hervorruft. Bewältigt wird diese andauernde Belastung durch die intrapsychische Bewältigungsform des psychischen Rückzugs, Distanzierung, Meidung, Herabsetzung von Ansprüchen (intrapsychischer Modus) und Verantwortungsdelegation (direkte Aktion). Die Geschädigten werden schließlich apathisch, zynisch oder rigide (Enzmann/Kleiber 1989:42).

Für Burisch hat die Entstehung von Burn-out außer durch spezifische Arbeitsplatzbedingungen noch eine Vielzahl von Entstehungsbedingungen. In seiner, von ihm als integrierendes Burn-out -Modell benannten Theorie, beschreibt M. Burisch Nicht- oder Fehlbewältigung von Autonomieeinbußen als Ursachen des Burn-outs. Basierend auf zahlreichen Untersuchungen kann Menschen unterstellt werden, dass sie Situationen aufsuchen, die es ihnen erlauben ihre Transaktionen mit der Umwelt zu kontrollieren und jene, die sie nicht kontrollieren können, zu meiden, zu verlassen oder zu verändern. Die Entscheidungsfreiheit darüber, welche Transaktionen wann, aufgenommen werden und unter Kontrolle gehalten werden wollen, nennt er subjektive Autonomie, subjektiv, weil schon die Überzeugung der Kontrollierbarkeit hinreicht. Wird dieses schlichte Bedürfnis, danach zu streben, was man will und zu vermeiden, was man nicht will, gestört, entsteht Autonomiebeeinträchtigung bis hin zu Autonomieverlust. Damit lassen Ereignisse Befürchtungen aufkommen, sie nicht bewältigen zu können, es entstehen Gefühle von Hilflosigkeit, die Stress erzeugen (erster Ordnung) und in der Folge wird dieser dann, wenn Bewältigungsversuche scheitern, real erfahren. Es entsteht Stress (zweiter Ordnung). Vier Störungskategorien der Handlungsepisoden können Burn-out auslösen, es sind Zielvereitelung, Ziel-erschwerung, Ausbleibende Belohnung und Störungen durch negative Nebenwirkungen wie z.B. Interessenkonflikte.

Mit der Entwicklung des integrierenden Burn-out-Modells schafft Burisch eine Verbindung zwischen den die Umwelt zur Verantwortung ziehenden arbeits- und organisationsbezogenen Ansätzen und den die Persönlichkeit in den Mittelpunkt stellenden Modellen (Freudenberger) bei der Ursachenanalyse. Er betont die Beteiligung beider Faktoren bei der Entstehung von Burn-out.

Becker und Gonschorek legten LehrerInnen den Heidelberger Burnout-Test (BOT) zur Selbstdiagnose vor, von 777 Nennungen entfielen die meisten auf Problemschüler (145 Nennungen), gefolgt von den bürokratischen Einschränkungen durch die Schulaufsicht (113 Nennungen), Rahmenbedingungen wie Schulen in sozialen Brennpunkten, aber auch räumliche Bedingungen und Pausenregelung usw. wurden von ihnen benannt (Becker, Gonschorek 1990: 11).

Die Analyse unterschiedlicher Ebenen der Ursachen für den Belastungszusammenhang wird auch in vorliegenden Untersuchung zu berücksichtigen sein.

#### **2.4. Fragestellung zur Belastungssituation**

In Anlehnung an die Erkenntnisse aus vorgestellten Theorien und Modellen ergibt sich vorliegende Forschungspraxis. Sie bezieht sich auf der Erhebung der konkreten Arbeitssituation der Befragten und ihren daraus resultierenden Belastungen sowie ihrem subjektiven Umgang damit. Im folgendem geht es zunächst darum, die Qualität und Quantität von Belastungen durch Berufsarbeit, in Verbindung mit der Haus- und Familienarbeit zu ermitteln, folgende Fragen versuchen eine Antwort darauf zu finden.

1. *Welche belastenden Arbeitsbedingungen liegen im jeweiligen Beruf und in der Familie vor? Wie häufig werden sie erlebt und welche Ursachen haben sie nach Ansicht der Befragten?*
2. *Sind die Frauen häufig im Stress und welche Gefühle verbinden sie mit dem Stresserleben.*
3. *Sind die Frauen überlastet und resultiert daraus der Wunsch "auszusteigen" oder grundsätzliche Lebensunzufriedenheit?*
4. *Unterscheidet sich die Quantität und Qualität von Belastung und Stress zwischen den Erzieherinnen und Lehrerinnen*

## **2. 5. Ergebnisse der Interviews**

Im Anschluss an die Literaturanalyse, die sich auf empirische Untersuchungen zum Thema frauenspezifische Belastung und so weit vorhanden auf berufsspezifische Belastung von Erzieherinnen und Lehrerinnen beschränkt hat, werden nach der Beschreibung der teilnehmenden Frauen die Ergebnisse der Interviews zum Untersuchungskomplex Belastung vorgestellt. Es werden zunächst Ergebnisse verschiedener Belastungsfaktoren im Beruf, wie sie sich aus den Arbeitsaufgaben und der darauf aufbauenden Arbeitsorganisation ergeben, sowie die Einstellung zum Beruf vorgestellt. Mit Blick auf belastungsmindernde Aspekte der Berufstätigkeit wird nach positiven Aspekten der Berufstätigkeit gefragt. Darauf folgt die Frage nach Umfang und Art der Belastungen durch Haus- und Familienarbeit sowie deren positive Aspekte.

Ob Theorie und Praxis von Hausarbeitszuständigkeit sich in Übereinstimmung befinden, sollte mit der Frage, ob Hausarbeit "Frauensache" sei, erhellt werden, je nach Beantwortung können Rückschlüsse über das Einverständnis mit vorherrschender (geschlechtsspezifischer) Praxis gezogen werden, die zu einer erheblichen Mehrbelastung von Frauen führen können. Aus der Frage nach Art und Umfang der Freizeit lassen sich schließlich Eindrücke gewinnen, wie viel Zeit für Erholung und Regeneration bleibt und ob Freiräume auch entsprechend genutzt werden.

Die Frage nach den Gefühlen bei der Berufsarbeit soll den Zufriedenheitsgrad erhellen, ev. einen Hinweis auf ein drohendes "Ausbrennen" mit seinen negativen Folgen geben. Die Frage nach der Lebenszufriedenheit schließlich dient der Gewinnung eines, wenn auch sehr allgemeinen, Eindrucks von Wohlbefinden als eine Voraussetzung für seelische Gesundheit, die als Bewältigung interner und externer Anforderungen verstanden werden kann (Abele 1991: 17)

### 2.5.1. Tätigkeitsbeschreibung einer Erzieherin und einer Lehrerin

Um einen Eindruck zu gewinnen, welche Tätigkeiten die berufstätigen Frauen ausführen und was sie dabei alltäglich leisten, wurden sie gebeten, den Ablauf eines ganz gewöhnlichen Arbeitstages zu schildern z.B. ihren gestrigen Tag. Exemplarisch hier zwei Auszüge aus den Gesprächen. Zunächst die Schilderung einer Erzieherin, die Vollzeit tätig ist. Sie lebt mit ihrem ebenfalls berufstätigen Partner und ihren zwei Kindern in einem, als sozialer Brennpunkt ausgewiesenen, Stadtteil in Hamburg und arbeitet dort auch in einer Kindertagesstätte.

*"Immer so die Zeit im Nacken...!"*

*Ich steh morgens um 1/2 sechs auf, mach das Frühstück meiner Kinder fertig,*

Schulbrote, mein Brot, was ich mitnehme, ja gegen 1/2 acht verlass ich dann das Haus, geh dann in die Einrichtung, also entweder hol ich dann meine Kinder, (lacht) also meine Kinder meiner Gruppe aus dem Frühdienst, gehn dann in unsere Gruppe. Um 8 Uhr kommt dann die zweite Kollegin dazu, wir sind zu zweit. (Wie viele Kinder?) 22 Kinder von 3-6Jahre, 1/2 neun ist dann Frühstück mit den Kindern, wir frühstücken eine halbe Stunde, ja dann entweder Freispiel für die Kinder oder wir bieten eben einige Sachen an, wie basteln oder wir gehen Turnen, das fällt an manchen Tagen an, das ist unterschiedlich, weil wir keine feste Turnzeit haben, wir springen häufig so rein...das ist so Freispiel und Angebot, wir bieten keine Sachen, die alle Kinder machen müssen, das kann man nicht, weil wir 3-6 jährige haben, die haben unterschiedlichen Anspruch an den Tag, da kann man nicht alles das gleiche machen. (Feste Angebote?) Ja im Moment läuft es so, dass wir jeden Tag also selbst oder wir haben einmal die Woche eine Vorbereitungszeit, wo wir uns Gedanken machen, wie soll die Woche ablaufen. Ja das sind dann unterschiedliche Angebote, die da stattfinden bei uns. Um 12 Uhr ist Mittag, ist auch wieder eine 1/2 Stunde, 40 Minuten und dann haben die Kinder Möglichkeit sich hinzulegen, wer möchte, aber es ist nicht freiwillig.... Ja bei schönem Wetter ist das Draussenspiel, dann spielen wir im Gelände, wir haben Gott sei Dank ein einigermaßen gutes Gelände, mit Spielgeräten können sie spielen oder wir gehen auf nahe gelegene Spielplätze, ja und dann kann man sagen beginnt ab 1/2 drei die Abholzeit, wo Kinder halt schon abgeholt werden, also da dieses gezielte Angebot nachmittags ist also meist nicht mehr, das ist dann schon Freispiel oder wenn wir dann so Bücherhallengeschichten machen ... Wenn ich um 1/2 fünf Feierabend mach, dann bring ich die Kinder zum Spätdienst (Wie oft?) Zwei- dreimal im Monat haben wir Spätdienst, Frühdienst ja der Kindergarten hat schon um 6 Uhr auf, den haben wir auch im Wechsel (wie oft?) Es kommt darauf an, es sind bestimmte Kolleginnen die morgens gern früh anfangen. (Für sie 2-3mal im Monat!)... Zweimal im Monat Arbeitsbesprechung, die auch abends stattfinden und Spätdienst, 5-6mal im Monat bis 18 Uhr.

(Feierabend!) Ja was mach ich dann, sehr unterschiedlich, also entweder hab ich dann auch selber Massagen zu erledigen, die ich auch manchmal vor dem Dienst erledige u.U., es kommt darauf an, wie ich die Termine gelegt kriege, das hab ich ne zeitlang gemacht, das ist ja sehr stressig, brauch ich niemand zu sagen, morgens geht man, nachmittags geht man, immer so die Zeit im Nacken. Zahnarztbesuche, meine Kinder manchmal, zweimal die Woche geht meine Große zum Sport, wo ich sie dann jetzt in der dunkleren Jahreszeit immer noch abhole. Ja was ist dann noch, ja Einkäufe... diese Kleinigkeiten, die man vergisst, Arztbesuche mit meiner Tochter.., also irre lange Wartezeiten beim Hautarzt oder solche Sachen zu erledigen (Wann zu hause?) So gegen 6 Uhr, an zwei Tagen ist es schon 5 Uhr, und dann eben so die Hausarbeiten entweder die Wäsche.., für ihn kochen... Schularbeitszeiten, was so in der Schule war bei beiden Kindern ist oft manchmal so, da muß ich mich schon manchmal zu zwingen, wenn ich ehrlich bin...nervt, dann streiten die beiden sich, weil ja jeder zuerst erzählen will und ja Geschichten, wenn ich ganz gut drauf bin, es gut ganz gut schaffe, dann auch noch Geschichten...das brauchen sie, das weiß ich auch, aber das braucht mir niemand zu erzählen, nach dem Beruf, dass man abends dann nicht mehr kann (Pause!) ja und dann meistens kommt mein Mann 9 (21 Uhr), 10 (22 Uhr) erst, dann bleibt man natürlich noch, weil man sich gar nicht gesehen hat am Tag, aber dann ist noch ne halbe Stunde mit mir und dann bin ich also im Bett.

Die rein zeitliche Belastung, die sich aus der Schilderung des Tagesablaufs ergibt ist schon sehr hoch, wenn man bedenkt, dass die Abwesenheit vom Haus meist 10,5 Stunden beträgt und dort dann noch die Hausarbeit, Aufsicht über Schularbeiten und die emotionale Nähe zu den Familienmitgliedern erfüllt werden will. Der Tag ist durch die Arbeitszeit relativ klar gegliedert, dass es sehr unterschiedliche Tagesabläufe gibt, wird hier nicht erwähnt. auch werden Pausen nicht benannt. Das Tätigkeitsprofil ist umfangreich, Ansprüche an Tätigkeiten die über reine Versorgungsaufgaben hinausgehen, Geschichten erzählen, sich dem Partner zu widmen, kommen zu kurz. Die Sorge um die eigene Gesundheit und die der Kinder nimmt einen breiten Raum ein.

Die zweite Tätigkeitsbeschreibung gibt eine Lehrerin, die in einem so genannten "grünen

Stadtteil Hamburgs" lebt und dort auch ihren Arbeitsplatz hat. Sie ist verheiratet mit einem Lehrer und hat zwei Kinder im schulpflichtigen Alter.

*"Wenns wieder gegen die Ferien geht und alle sehr ab sind!"*

*Die Tage sind sehr unterschiedlich, die unterschiedliche Stundenaufteilung, die 20 Stunden sind nicht gleichmäßig... Wenn ich einen vollen 6 Stunden-Tag nehme oder jeden Tag wo ich früh los muss, dann klingelt der Wecker um 1/4 vor 6, meistens schafft (der Partner) es zuerst aufzustehn und macht schon mal Kaffee, und da die Kinder jetzt relativ groß sind, brauch in nur noch Kakao oder so was zu machen...wir sehen uns durchweg eine 1/4 bis 1/2 Stunde (beim Frühstück)...ja und dann geh ich kurz vor 1/2 8 aus dem Haus...gern eine 1/2 Stunde vor Arbeitsbeginn anzufangen, aufzubauen, was zu kopieren...dann kann es losgehen...ja und an einem vollem Tag hab ich da um 1/2 2 Uhr Schluss, ich schaff es nie vor 2 eigentlich wegzukommen...wenn ich nach Hause komme, dann muss ich immer erstmal gucken was essen wir...ja wenn wir gegessen haben, wir essen nicht jeden Tag mittags warm, das ist unterschiedlich, ja danach brauch ich eine Pause, nur für mich selbst...mindestens ne 1/2 Stunde, wo niemand was von mir will (lacht) Kinder müssen in ihr Zimmer gehn...ja und das ist sehr verschieden am Nachmittag, je nach dem was mit den Kindern los ist, meistens sind beide Kinder unterwegs, sie haben beide ihre festen Interessen und ihre Freunde und unternehmen was...und das ist für mich die Zeit wo ich dann im Hause was mache, was lese, was vorbereite oder einkaufe, und so richtig mit der Familie geht es eigentlich immer so um 1/2 6, 6 Uhr weiter, dann trudeln alle wieder ein...ja dann gucken wir also sehr regelmäßig das regionale Abendprogramm, 1/2 Stunde geht das immer ...und dann ist irgendwann so zwischen 7 und 1/4 nach 8 Abendbrot, wobei das Abendbrot nicht so stattfindet, dass wir alles aufdecken und alle setzen sich drum herum...ich frag dann: "Wer möchte was?"...und dann gehn wir in die Küche und jeder schmiert sich was...oder ich schmier auch mal für alle...also eigentlich mögen die Kinder sie dieses lockere... Ab 8, 1/4 nach 8 geht (das eine Kind) ins Bett...richtig selbstständig...so kleine Rituale Spielchen und so und unsere Große ist zunehmend in ihrem Zimmer...und dann beraten wir zusammen ob wir was gucken oder ob eine oder beide von uns arbeitet oder ob sie auch noch was zu tun hat...(Bettzeit?) Das ist im Schuljahr unterschiedlich...wenn es wieder gegen die Ferien geht und alle sehr ab sind, bin ich oft schon um 10, aber so meine normale Zeit ist 1/2 11, 11. Aber ich hab auch noch so eine ganze Menge ehrenamtlicher Sachen..."*

Hier ergibt sich eine Arbeitszeit am Arbeitsplatz von 6 1/2 Stunden, wie die darstellende Lehrerin später angibt und nicht im obigen Interviewauszug erfasst ist, wird für die Vor- und Nachbereitung des Unterrichts eine Zeit von durchschnittlich 2 Stunden werktags eingeräumt, sowie Zeiten für Korrekturarbeiten, die grundsätzlich am Wochenende stattfinden und ein ähnliches Zeitvolumen aufweisen. Eine halbstündige Pause wird sich nach dem Mittagessen gegönnt, da die Kinder schon relativ selbständig sind und ein eher lockerer Versorgungsstil bevorzugt wird, entfallen hier zeitaufwendige Aktivitäten. Freizeitaktivitäten beginnen schon mit den Kindern zusammen, also bevor diese ins Bett gehen, gearbeitet wird dann aber häufig noch danach. Es fällt auf, dass Tage und Aktivitäten unterschiedlich strukturiert sind. Der geschilderte Tagesablauf trifft nicht für jeden Werktag zu, die Erwerbsarbeitszeit ist an anderen Tagen kürzer, Zeiten für Vor- und Nachbereitung des Unterrichts fallen unterschiedlich stark an.

Nach der Darstellung eines "ganz normalen" Arbeitstages einer Erzieherin und einer Lehrerin werden die zeitlichen Belastungen der Frauen dieser Untersuchung dargestellt.

#### 2.5.2. Zeitumfang und Zeitbelastung der Alltagsarbeit

Der reine quantitative Umfang der Arbeit ist auch insofern von Bedeutung, als es von der Länge der Erwerbsarbeit und deren Vor- und Nachbereitung, von außerbetrieblicher Arbeit, hier in erster Linie der Haus- und Familienarbeit und sonstigen außerberuflichen Tätigkeiten, wie politischer und sozialer Ehrenämter entscheidend mit abhängt, welche

Zeit für Erholung und Regeneration bleibt.

Die zeitliche Belastung der Erwerbsarbeit hängt in erster Linie von der Länge der Zeit am Arbeitsplatz selbst, sowie von der Zeit für die Vor- und Nachbereitung der Erwerbsarbeit, die häufig zu Hause stattfindet, ab. Hier ergeben sich gravierende Unterschiede zwischen Lehrerinnen und Erzieherinnen. Erzieherinnen haben mehr Stunden am Arbeitsplatz selbst, Vor- und Nachbereitungszeiten finden häufig auch dort statt, Lehrerinnen hingegen haben kürzere Arbeitszeiten (Unterrichtszeiten) in der Schule selbst, sie arbeiten aber in der Regel am Abend und am Wochenende für den Job zu Hause. Ihre Arbeitszeit setzt sich mindestens aus Unterrichtszeit, Vorbereitungszeit und Korrekturzeit zusammen, wobei die Unterrichtszeit vorgegeben ist und nach Schulart variiert, die außerschulischen Zeiten in die Verantwortung der LehrerInnen für eine optimale Förderung ihrer SchülerInnen gemäß dem Lehrplan gelegt ist (vergl.: Offener Arbeitsauftrag Kap.2.2.2. )

Darüber hinaus hängen zeitliche Probleme von dem "Eingebundensein" in die häusliche und familiäre Pflichten und Aufgaben ab, sowie von ehrenamtlichen Arbeiten und Weiterbildungsmaßnahmen. Gemessen an dem Stundenaufwand für die Berufsarbeit, der Anzahl der Kinder, geringer Mithilfe der Haushaltsmitglieder und Alleinverantwortlichkeit für häusliche und familiäre Angelegenheiten kann, bis auf zwei Ausnahmen, von einer hohen häuslichen und familiären Belastung ausgegangen werden.

Zwei der befragten Erzieherinnen arbeiten Vollzeit, Zeiten für Vor- und Nachbereitung geben sie nicht an. Die Erwerbsarbeitszeit erstreckt sich einschließlich Pausen von 8 Uhr morgens bis 16.30 Uhr. An sonstigen Tätigkeiten gibt eine von ihnen Weiterbildung und Elternarbeit in der Schule (Mitglied des Elternrates) an.

Aber auch wenn kein Ehrenamt angegeben wird, ist häufig die außerhäusliche Arbeit nicht beendet, es klingen Ereignisse des Arbeitstages nach und beschäftigen die Frauen weit in ihren Feierabend hinein.

*" Es geht einem vieles durch den Kopf, was halt da auch gelaufen ist, ich geh oft nicht nach Haus, dass ist jetzt Feierabend, Schluss, ich kanns halt nicht." (M.E.2K.)*

Den größten Teil der außerbetrieblichen Belastung nimmt die Haus- und Familienarbeit in Anspruch. Es fällt den Frauen in der Regel schwer, präzise Angaben über den zeitlichen Umfang ihrer Hausarbeit zu machen. Dort wo es geschieht, handelt es sich um grobe Schätzungen. So gibt eine Vollzeit beschäftigte Erzieherin an, dass sie werktäglich etwa eine Stunde Hausarbeit leistet und ca. 10 Stunden am Wochenende. Freizeitbeginn wird mit 20.00 Uhr angegeben. Zu vermuten ist, dass hier der zeitliche Hausarbeitsaufwand unterschätzt wird.

In allen Fällen fällt der Freizeitbeginn frühestens mit dem "ins Bett gehen" der Kinder zusammen und beginnt bei keiner der Interviewpartnerinnen vor 20.00 Uhr. Bei einem Tagesbeginn von 5.30 Uhr bis spätestens 7 Uhr ergibt sich ein Werktag von durchschnittlich 13 Stunden Arbeit.

Die Tatsache, dass Freizeitbeginn mit der Nachtruhe der Kinder zusammenfällt ist ein Indiz dafür, dass die Frauen für die Kinder verantwortlich sind, diese Alleinzuständigkeit für Haus und Kinder wird oft als sehr belastend empfunden.

### 2.5.3. Berufliche Belastung

In vorliegender Untersuchung lassen sich die angegebenen Belastungsfaktoren aus den beruflichen Bereichen der Erzieherinnen und Lehrerinnen und den Bereichen der Haus- und Familienarbeit zu den folgenden Faktorengruppen zusammenfassen.

- Belastungen durch Zeitprobleme
- Belastungen durch Konflikte
- Belastungen aus Arbeitsorganisation und Arbeitsinhalt
- Belastungen durch Umgebungseinflüsse
- Belastung aus Distanzierungsproblemen und persönlichem Anspruchsniveau und deren Folgen

Auf eine Gruppeneinteilung nach Berufen usw. wird bei den Teilnehmerinnen an der Interviewbefragung verzichtet, da es sich um eine sehr kleine Gruppe von Frauen handelt mit vielen belastenden Gemeinsamkeiten. Da sich bestehende Unterschiede auch zufällig ergeben können, wird zwar auf sie hingewiesen, eine Rückführung auf die spezifischen beruflichen Belastungsbedingungen aber erst bei den Teilnehmerinnen der schriftlichen Befragung vorgenommen werden.

#### 2.5.3.1. Qualitative Zeitprobleme

Wenn die Erzieherin nach einem vollen Arbeitstag ca. um 17.00 Uhr nach Hause kommt, dann schließt sich daran häufig unmittelbar die Hausarbeit, die Sorge um Kinder und Partner an. Eigene zeitliche Spielräume gibt es nur wenige, die Zeiten für Hobby und Entspannung sind beschränkt. Räumen sich die Frauen "Eigenzeiten" ein, führt dies zu Wissensnöten aus Sorge um das Wohlergehen der Familie und dem reibungslosen Ablauf der Haushaltsführung.

*"...(wenn) ich einen freien Tag habe, muss ich mich wirklich dazu zwingen, Hausarbeit zu machen, weil ich soviel anderes Schönes machen könnte, es natürlich auch nicht machen kann, weil eben dieser ewige Haushaltsdruck..., ja gut ich mach es dann...(A: Erzieherin, 3Kinder, Partner)\*<sup>2</sup>*

Die "Unendlichkeit" der Arbeit, in der Regel gravierend bei der Haus- und Familienarbeit empfunden, gilt auch für die Berufsarbeit der Lehrerinnen. So schätzt eine alleinerziehende Lehrerin einerseits an ihrer Arbeit, dass sie mittags Zuhause ist, Ferien hat und dass sie ihre Arbeit frei einteilen kann, andererseits aber beklagt sie, dass sie nicht sagen kann:

*"...so jetzt hab ich meine Arbeit fertig, ich könnte mich stundenlang weiter vorbereiten und machen! Immer ist noch der Nachmittag oder Abend drin und man hat nie das Gefühl, dass die Arbeit fertig ist." (K: L. 2K. Alleinerziehend)*

Eine weitere Lehrerin bedauert es, dass auch die an sich sinnvolle und effektive Fortbildung außerhalb der Berufszeiten erfolgt, sie würde sich gern während der Schulzeit fortbilden

*"Weil ich denke dieser Beruf wird ganz schnell zu so einer "Endlosbelastung, man kann überhaupt gar nicht mal einfach Luft holen, Abstand gewinnen..." (B: L. 2 K. P.)*

Als belastend wird ebenfalls empfunden, dass aufgrund der starken Forderung im Beruf nicht genügend Kraft bleibt, um eine zufriedenstellende Haushaltsführung zu gewährleisten und Geduld für Erziehung und emotionale Nähe für die Kinder zu erübrigen:

*"Es belastet mich, dass es Zuhause nicht so richtig gut aussieht," dass es heftige Auseinandersetzungen bei der Schularbeitshilfe gibt, " will dann gar nicht so eine Mutter sein, wie ich dann bin." (F: L. 1 K. P.)*

Als einschränkend gilt, nicht "Herr der eigenen Zeit zu sein". Über diese Fremdbestimmtheit der Zeitverwendung beklagt sich eine Lehrerin bezüglich der Haus- und Familienarbeit

*"...erst muss ich mich nach den Terminen der Kinder richten,...es zerreißt mir den Tag, ich muss immer auf die Uhr gucken"(I:L.2 K. P.)*

Soweit der am meisten belastende Problemkomplex "Zeit "in den verschiedensten Ausprägungen. Probleme mit der Zeit ergeben sich, wenn eigene Dispositionen in der Zeitverwendung eingeschränkt sind, wenn Ziele nicht erreicht werden können, einfach kein Raum für "Schönes" bleibt. Probleme ergeben sich auch und dies häufig daraus, dass emotionale Bedürfnisse nach Nähe und Zuwendung sich nicht erfüllen lassen, weil eigene Ansprüche an Sauberkeit und Ordnung und die der Mitmenschen zuerst erfüllt

---

<sup>2</sup> Erzieherin wird mit „E.“, Lehrerin mit „L.“, Kinder mit „K.“ und Partner mit „P.“ abgekürzt.



werden und dann keine Zeit und Kraft mehr dafür übrig bleibt.

### 2.5.3.2. Konflikte

Konflikte im Berufsleben spielen sich auf verschiedenen Ebenen ab, ein gravierendes Problem stellt der konfliktreiche Umgang auf der Kommunikationsebene dar, der in seiner schmerzlichsten Form als Mobbing bezeichnet wird und als solcher so bezeichnet wird, wenn negative kommunikative Handlungen sehr oft über einen längeren Zeitraum gegen eine Person gerichtet sind und damit die Beziehung zwischen Täter und Opfer kennzeichnen..." (Leymann 1993). Betroffen sind von dieser extremen Form psychosozialer Belastung am Arbeitsplatz, nach Leymann Millionen Menschen, darunter vor allem Frauen, 10 - 20% (erhoben in Schweden) von ihnen werden krank. " Treffen kann es jede(n), es gibt keine bestimmten Persönlichkeitsmerkmale, die besonders zu Mobbing herausfordern. Leymann zählt 45 Handlungen, die in diesem Prozess angewandt werden, u.a. Einschränken der Kommunikation, Anschreien, ständige Kritik, Drohungen, Isolierung, Gerüchte, lächerlich machen und körperliche Schädigung. Auswirkungen von Mobbing sind häufig psychosomatische Beschwerden (Leymann 1993:15).

#### 2.5.3.2.1. Konfliktreiche Kommunikation

Ein konfliktreicher Umgang mit ArbeitskollegInnen, Eltern, SchülerInnen sowie der eigenen Familie wird von den Interviewten angegeben und dabei mangelnde emotionale sowie die Unmöglichkeit räumlicher Distanzierung beklagt. Konflikte beruhen vor allem auf unausgesprochenen Unstimmigkeiten. Kritisiert wird in diesem Zusammenhang das Leitungsverhalten, welches als Versagen empfunden wird. Allgemein wird über ein schlechtes Betriebsklima geklagt, welches auf mangelnder Einsatzbereitschaft und Gleichgültigkeit neuer Kolleginnen beruhe. Häufig handele es sich nicht um konkrete Auseinandersetzungen etwa über Arbeitsstile, Führungsverhalten usw. sondern eher um unterschwellige Unstimmigkeiten, die als belastend empfunden werden. Negativ wird das "Übereinanderreden" bewertet, das Misstrauen gegenüber geäußerten physischen und psychischen Beschwerden bemängelt und auf Widerstand hingewiesen, dessen Ursachen unbekannt bleiben, dessen Form diffus, wenig greifbar ist und das unangenehme Gefühl vermittelt, es stimme irgend etwas nicht.

*"Geklatscht und getratscht wird bei so einem Haufen von Frauen ständig, Opfer? Nee, wenn man krank ist dann ist man Opfer, muss man leider so sehen, es kommen dumme Sprüche, man ist nur krank wenn man es sieht, Gipsbein hat, Schmerzen sieht man nicht."*(M: E. 2K P.)

Oder eine andere Erzieherin, der es grundsätzlich schwierig erscheint mit Frauen zusammenzuarbeiten.

*"Es wird immer über jemand hergezogen."* (A: E. 3 K. P.)

Eine Lehrerin führt Konflikte allerdings auf ihre Persönlichkeit und ihre Zielvorstellungen zurück und drückt fehlende Offenheit im Konfliktfall so aus:

*"Ich falle auf!" Ich unternehme etwas, andere jammern, Widerstand ist da, der nicht ausgesprochen wurde, ich wollte zuviel auf einmal. Es gibt Leute in jedem Zusammenhang, die mit mir nicht können!"* (B: L. 2 K: P.)

Weiter leiden die Frauen unter Reibereien in der eigenen Familie und auch unter den Auseinandersetzungen im Beruf mit den Kindern und mit deren Eltern. Letztere werden als anspruchsvoll, auch nörgelig bezeichnet und bedauert, dass von dieser Seite die Anerkennung ausbleibt, bzw. dass Gleichgültigkeit vorherrscht.

Von einer Lehrerin wird die Zusammenarbeit mit den Eltern sehr unterschiedlich bewertet *"Ich erlebe viele Eltern als konstruktiv, einige als sehr passiv und fordernd, einige als "Lass mich doch ganz in Ruhe"... "* (B. L. 2K. Partn.)

*"Die Elternarbeit bei uns im Kindertagesheim ist gleich wirklich Null, ich hab 22 Kinder, wenn wir mal einen Teenachmittag machen, dann kommen vielleicht fünf...bei auffälligen Kindern wirklich schwierig, wie kommen wir an die Eltern ran?" (M: E. 2 K:P.)*

In der Schule machen SchülerInnen den Lehrerinnen das Leben schwer:

*"Deutsch-Schüler sind laut, habe keine Lust mehr die zusammenzubringen, fühl mich da auch manchmal ganz hilflos, arbeite nicht mit Druck." (F: L: 1 K. P.)*

Wenn Distanzierungsmöglichkeiten fehlen, ist das Belastungserlebnis noch schwerwiegender. Mangelnde Distanzierungsmöglichkeiten werden von den Lehrerinnen wegen fehlender Rückzugsräume beklagt, aber auch aufgrund von Missachtung der Privatsphäre und Freizeit. So kommt es immer wieder vor, dass Anrufe und Gesprächstermine den "Feierabend" unterbrechen.

Die mangelnde Bereitschaft zur Zusammenarbeit von Eltern besonders schwieriger Kinder wird als belastend empfunden, auch die Elternarbeit mit den Vätern und Müttern der ausländischen Kinder erweist sich für eine Erzieherin als schwierig.

Die Zusammenarbeit mit Kolleginnen aus Ostdeutschland erweist sich wegen unterschiedlicher Erziehungsstile ebenfalls als problematisch, aber auch die ostdeutsche Kollegin hat Schwierigkeiten, so schildert eine ehemalige DDR-Bürgerin ihre Arbeitssituation mit den westdeutschen Kolleginnen als äußerst belastend, es werden immer Verdächtigungen in Hinblick auf eine "Stasi-Tätigkeit" ausgesprochen, sie muss den Arbeitsplatz einmal deswegen wechseln.

Eine Erzieherin beneidet die Lehrerinnen und meint, dass sie eher mal aus dem Stress herauskommen, sie selbst durch lange Arbeitszeiten vor Ort und weniger Urlaub eher benachteiligt sei.

Belastungsreicher Umgang mit KollegInnen und Klientel sind für Erzieherinnen wie Lehrerinnen der Interviewphase alltägliche gemeinsame Erfahrung. Art und Häufigkeit der Konflikte und daraus resultierende Betroffenheit unterscheiden sich dagegen erheblich.

#### 2.5.3.2.2. Sexuelle Belästigung

Sexuelle Belästigung als Belastung am Arbeitsplatz, in seiner Häufigkeit und Auswirkung lange unterschätzt und als Belastungsfaktor verschwiegen, geriet durch zahlreiche Untersuchungen in die öffentliche Diskussion.

In Hamburg ergab eine Untersuchung im öffentlichen Dienst, durchgeführt 1989 von Schneble/Domsch, dass sich eine große Anzahl von Frauen im öffentlichen Dienst direkt oder indirekt belästigt fühlen.<sup>3</sup>

Direkte Belästigung liegt z.B. bei Erzwingen von sexuellen Handlungen, Einladungen mit unklaren Absichten usw. vor, indirekte Belästigung liegt vor, wenn Verhalten wie Anstarren, Witze mit sexuellen Anspielungen, anscheinend zufällige Berührungen als belästigend empfunden werden.

30,7% haben körperliche Annäherungsversuche erlebt, bei 27,2% wurden diese, trotz deutlich signalisierter Ablehnung, fortgesetzt. Über 42,3% der Frauen mussten sich anzügliche Bemerkungen über ihre Figur, ihr sexuelles Verhalten anhören. (Schneble/Domsch 1989:43). Gefühle wie Wut und Zorn (24%) und eine verschlechterte Arbeitsatmosphäre (14%) wurden häufig als Folgen angegeben.

Von den Interviewteilernehmerinnen werden zwei Frauen, eine Lehrerin und eine Erzieherin belästigt. In beiden Fällen ist der Schulleiter der „Belästiger“. Damit verschlechtern sich für die Frauen ihre Arbeitsbedingungen und Arbeitssituation. Erst als sie sich massiv zur Wehr setzen, hört die Belästigung auf.

Eine Lehrerin führt die Tatsache, dass sie nicht sexuell belästigt wird, auf ihr eigenes selbstbewusstes Verhalten zurück. Sie gibt dazu an:

---

<sup>3</sup>Der Untersuchungsgruppe gehörten auch Lehrerinnen an, hingegen Erzieherinnen nicht.

*"Passiert mir nicht, halte Abstand, bei mir merken die Leute sehr schnell was ich mag und was nicht." (B: L. 2K. P.)*

#### 2.5.3.2.3. Mobbing

Erfolgen Angriffe auf die Möglichkeit sich mitzuteilen, Angriffe auf die sozialen Beziehungen, auf das soziale Ansehen, auf die Qualität der Berufs- und Lebenssituation und schließlich Angriffe auf die Gesundheit durch Kollegen und Vorgesetzten regelmäßig, einmal wöchentlich über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr, so spricht man von Mobbing (Leymann 1993:22).

Die Interviewteilnehmerinnen werden gefragt, ob sie schon einmal das Opfer von Klatsch und Intrigen über einen längeren Zeitraum geworden sind. Es stellt sich heraus, dass die Befragten Mobbing persönlich nicht erlebt haben, sehr wohl aber Kolleginnen kennen, die darunter zu leiden gehabt haben.

#### 2.5.3.3. Belastung durch Arbeitsorganisation und Arbeitsinhalt

In Hinblick auf die Arbeitsorganisation wird sowohl von den Lehrerinnen, als auch von den Erzieherinnen häufig eine schlechte Vertretungsplanung bemängelt und als sehr belastend eingestuft. Die Lehrerinnen kritisieren die Vielzahl von ausfallenden Stunden, die durch geschicktere Planung als vermeidbar angesehen werden. Die Erzieherinnen werden in der Regel durch erhebliche Mehrarbeit im Vertretungsfall belastet.

Mangelnde strukturelle Veränderungsmöglichkeiten und Einflussnahmen auf Organisation und Ablauf durch eine allgemein hierarchische Struktur des Schulsystems und "Festgefahrenheit" eines, in seiner Zusammensetzung relativ konstant bleibendem Lehrerkollegiums, erschweren den Arbeitsalltag. Eine Lehrerin verweist etwa in Hinblick auf die unzulängliche Vertretungspraxis auf einen überalterten Lehrkörper, der keine Lust auf Veränderungen habe:

*"Es gab sehr lange keine Einstellungen oder kaum Einstellungen, in bin grad eben die Jüngste mit 38 und die Schule ist nicht gewöhnt, dass Leute kommen und etwas verändern wollen, das merk ich, ich muss einerseits ein bisschen aufpassen, dass ich mich nicht einfach an die schlechten Zustände gewöhne, oder andererseits so, dass ich dauernd Sand im Getriebe bin, das find ich sehr anstrengend, weil, weil ich alleine bin..." (B: L. 2 K.P.)*

Eine Erzieherin beklagt die Stelleneinsparungen in der Vereinigung (Vereinigung städtischer Kinder- und Jugendheime der Freien und Hansestadt Hamburg e.V.) mit der Folge, dass Kinder nur noch beaufsichtigt werden.

*"Es kommt am Tag vor da war ich schon in drei Gruppen, das ist also die Hölle, das ist wirklich die Hölle für die Kinder, und für einen selber, von Krippe bis Schulkinder, an einem Tag hab ich gehabt" (M: E. 2 K. P.)*

Belastungen durch Leitungsverhalten ergeben sich allgemein eher durch "Leitungsenthaltung", (s.a. Rolle der Leitung im Konfliktfall S. ) es wird mangelnde Unterstützung einerseits beklagt, andererseits aber wird es auch positiv empfunden, dass sich die Leitung "raushält" und damit selbständiger Entscheidung nicht im Wege steht.

An belastende Arbeitsinhalte werden unbeliebte Tätigkeiten, wie Zensuren geben und Korrekturarbeit oder auch sachfremde Leistungen benannt, wie Besorgungen machen, eigenes Unterrichtsmaterial einbringen, Putzarbeiten erledigen.

Als gravierend belastend werden von fast allen Lehrerinnen die materielle und räumliche Ausstattung der Schulen bewertet. So beklagen die Lehrerinnen schlechtes und fehlendes Arbeitsmaterial, dass kein eigener Raum vorhanden ist, nicht einmal ein eigener abschließbarer Schreibtisch zur Verfügung stehe, und dass fast alle Vor- und Nachbereitungen zu Hause erledigt werden müssen, was eine Zusammenarbeit mit den KollegInnen erschwert. Auch wird beklagt, dass Materialien mitgeschleppt werden müssen, weil Bücher knapp sind und man sich einen Satz davon mit drei bis vier Klassen teilen muss. Die Koordination der Übergabe der Büchersätze ist so zeitaufwendig, dass

überwiegend mit Kopien gearbeitet wird.

Die knappen Mittel führen auch hinsichtlich anderer Unterrichtsmaterialien (Videogeräte usw.) zu Engpässen und hohem Organisationsaufwand. Häufig wird das Unterrichtsprogramm den Ausleihfristen angepasst.

In diesem Zusammenhang wird auch kritisiert, dass Klassenräume selbst ausgestattet werden müssen, in der Regel mit eigenen materiellen und finanziellen Mitteln.

*"Die Materialvoraussetzungen, was ich alles kaufe für die Schule, das ist unglaublich, es war vom Locher bis zum Besen nichts da...ich hab alles einrichten müssen, es war nichts da, das fand ich belastend"(B: L. 2 K. P.).*

Die Erzieherinnen leiden vor allem unter der Bestuhlung, es fehlen geeignete Sitzmöglichkeiten für Erwachsene, die dennoch die Nähe zu den Kinder zulassen. Es herrscht nach ihren Angaben, eine derart große räumliche Enge, dass gemeinsames Sitzen auf dem Fußboden erschwert ist, mit der Folge, dass deswegen die "Kinder zuviel am Tisch sitzen müssen." Darüber hinaus fehlt es an "anständig" ausgestatteten Rückzugsräumen.

#### 2.5.3.4. Belastung durch Arbeitsumgebung

In fast völliger Übereinstimmung beklagen Erzieherinnen und Lehrerinnen im Interview den Geräuschpegel, den Lärm, der nicht nur von den Kindern, sondern auch z.B. von Stuhlbeinen auf harten Fußböden verursacht wird. Von zugigen Räumen und schlechter Luft nach häufigem Aufenthalt drinnen, wenn das Wetter schlecht ist, ist hin und wieder die Rede.

#### 2.5.3.5. Probleme der Distanzierung und des Anspruchsniveaus

Ein großer Teil der Berufsbelastung resultiert aus Vorstellungen darüber, was andere erwarten könnten. Damit sind Verhaltens- und Handlungsanforderungen verbunden, die sich belastend auswirken können. So wird z.B. der Mangel an Abgrenzungsfähigkeit gegenüber den Ansprüchen anderer beklagt, der dann zu Überforderung führt.

Hinsichtlich von Vertretungswünschen der KollegInnen, gibt eine Lehrerin an:

*"Kann schlecht nein sagen, bin ein Mensch der sich ausnutzen läßt..." (G: L. 2 K. P.)*

Häufig werden auch negative Folgen von Überlastung gedanklich vorweggenommen, die dann schon im Vorfeld belasten.

*"Ich habe Angst, es nicht zu schaffen, mich im Kreis zu drehen, den Überblick zu verlieren" (A: E: 3 K.P.)*

Eigene verinnerlichte Standards führen dazu, dass, wenn sie aufgrund der Zeitproblematik nicht erfüllt werden können, dies als sehr belastend erlebt wird. Nicht erfüllbare Standards beziehen sich bei meinen Interviewpartnerinnen auf den Zustand des Haushalts, auf die Intensität emotionaler Beziehungen und die Qualität der Berufsarbeit.

Auch sind es oft selbst gesetzte Ansprüche an die eigene Belastungsfähigkeit, die es nicht zulassen von sich aus z.B. Arbeitsaufgaben zu reduzieren. Im Urteil einer Lehrerin heißt es dann:

*"Irgendwie muss ich es schaffen!" (G: L. 2 K. P.)*

Als belastend wirkt sich darüber hinaus die Angst vor dem Versagen und die Unfähigkeit, nach der Berufsarbeit abschalten zu können, bei den Interviewteilnehmerinnen aus.

#### 2.5.3.6. Positive Aspekte des Berufs und Einstellung zum Beruf

Arbeitszufriedenheit und damit Teil eines allgemeinen Wohlbefindens wird hier als positiver emotionaler Zustand, der sich aus der Bewertung der Arbeit ergibt, definiert. Sie lässt sich vor allem durch die Inhalte der Arbeit, wie Komplexität, Variabilität und

Vollständigkeit, sowie durch Merkmale sozialer Unterstützung herstellen (Zapf 1991:227). Positive Aspekte der Berufsarbeit sind für die Interviewteilnehmerinnen hinsichtlich der Arbeitsinhalte:

Die Vielfalt der Aufgaben, die Art der Tätigkeiten und die Arbeit mit Menschen.

Hinsichtlich der Arbeitsorganisation gefällt, dass selbstbestimmte Arbeiten und der Einsatz von Kreativität, die Anerkennung und Inanspruchnahme eigener Fähigkeiten sowie das Bestehen von Handlungsspielräumen. Motivation wird aus der Anerkennung, den guten Kontakten und den sozialen Einsatzmöglichkeiten gezogen.

Die Frage erhebt sich nun, ob trotz der Betonung der positiven Seiten der Berufstätigkeit, die umfangreiche und kontrastreiche Belastung dazu beitragen kann, dass ein berufsabweisendes Verhalten entwickelt wird? Haben die Frauen dennoch den Wunsch "ihren Beruf manchmal an den Nagel zu hängen?" Hierzu befragt geben die Interviewteilnehmerinnen fast alle an, auf keinen Fall, höchstens unter gravierenden Umständen, notfalls z.B. wenn die "Kinder darunter litten", man es "nicht mehr aushalten könnte", wenn sich "alles total verschlechtern würde" auf Berufsarbeit verzichten zu wollen und zu können.

Auch ist der überwiegende Teil der Frauen mit ihrer Berufswahl und in ihrem jetzigen Berufsleben zufrieden. Häufig wird davon gesprochen - bei Lehrerinnen, in einem Fall auch von Seiten der Erzieherinnen - dass man seinen "Traumberuf", "Traumjob" habe.

#### 2.5.4. Belastung durch Haus- und Familienarbeit

##### 2.5.4.1. Belastungsfaktoren

Belastend erleben Frauen nicht nur den Beruf, ihrem Belastungsprofil zuzurechnen ist der Belastungsumfang und das Belastungserleben der Haus- und Familienarbeit. Als belastend stellt sich sowohl die dort materiell anfallende Arbeit heraus, als auch, und dies wird immer wieder deutlich, die alleinige Verantwortung für diesen Bereich.

Belastungen ließen sich, ähnlich wie im Berufsbereich für beide Berufsgruppen zu den folgenden Faktorengruppen zusammenfassen:

- Belastung durch qualitative Zeitprobleme
- Belastung durch Arbeitsorganisation und Inhalt
- Belastung durch mangelnde Anerkennung und Anspruchsniveau

##### 2.5.4.1.1. Zeitprobleme

Im Hinblick auf die anfallenden Arbeitsaufgaben wirkt sich besonders belastend die Tatsache der "Unendlichkeit der Hausarbeit" (vergl.: Friedan 1981) aus, wie viele der Interviewteilnehmerinnen bemerkt eine Lehrerin dazu:

*(Hausarbeit ist)... "lästig und nervig und Tüddelud und nimmt kein Ende, man sieht kein Resultat. Lästig ist mir auch dies immer schnell kochen, das ist wirklich anstrengend."*

(B:L. 2K. P.)

##### 2.5.4.1.2. Arbeitsorganisation und Arbeitsinhalt

Die Kombination aus belastenden Arbeitsinhalten und der alleinigen Zuständigkeit dafür wird von einer Erzieherin bemängelt, wobei noch die mangelnde Anerkennung durch Nichtbeachtung hinzukomme.

Sie lebt mit einem Partner zusammen, der "Wochenendvater" zweier Kinder aus erster Beziehung ist, ihre eigenen Kinder sind 5 und 8 Jahre alt.

*"Das irgendwie keiner sieht was ich den ganzen Tag mach, immer macht man irgendwas, weiß nicht und da hat man grad gesaugt und dann kommen die Kinder mit ihren dreckigen Stiefeln wieder rein, obwohl sich alle bemühen...es belastet mich eigentlich auch, dass ich fast alles allein mach, ich würd mir schon wünschen, dass mein Freund bisschen mehr macht, aber ich hab Hoffnung...so das keiner was sieht, ich würd mir wünschen, dass sie einfach ein bisschen mehr sehen, selbst wenn sie es selber machen, dass ich es nicht erst sagen muss...keiner fühlt sich zuständig, wir haben drei Stockwerke, das ist viel Arbeit, eigentlich wollte ich auch gern ein eigenes Zimmer*

*haben, das ist nun wieder nicht dazu gekommen, aber ich kann damit leben.(D: E. 2 eigene Kinder, 2 Kinder des Partners, die am Wochenende in ihrem gemeinsamen Haushalt leben)*

#### 2.5.4.1.3. Anspruch und Anerkennung

Viele Frauen geben an, dass es ihr verinnerlichter Anspruch an Hausarbeitsstandards ist, der mehr Gelassenheit verhindert. Auch ist nach den Aussagen einer Interviewteilnehmerin eine gewisse Ambivalenz deutlich, denn eigentlich ist „keine Lust zum Saubermachen“ da, aber gleichzeitig bemerkt sie:

*"Ich hab's nicht gern dreckig und kann im Chaos nicht arbeiten."(G: L. 2 K. P.)*

Ein ebenfalls ambivalentes Verhältnis zu den Folgen erfolgter und unterlassener Hausarbeit auch in Hinblick auf potentielle Kontrolle von außen, wird in folgender Stellungnahme deutlich:

Auf die Frage, ob Hausarbeit Frauensache sei, erfolgt die Antwort: *"Absolut nicht!"* Und ob die Hausarbeit Vorteile habe: *"Keine Vorteile...dieser ewige Haushaltsdruck, ja gut ich mach es dann. Ich meine es ist zwar notwendig, dass es sauber und ordentlich sein soll...ich mag's wenns ordentlich ist aber ich mag's auch wenn es müllig ist. Es ist mein Müll! Wenn mal einer unverhofft kommt, das ist halt so nun mal so mit fünf Leuten, da kann nicht immer alles keimfrei sein.(A: E. 3 K. P.)*

Das Ordnungsliebe und Sauberkeit auch etwas mit seelischer Verfassung zu tun haben, wird aus folgender Aussage deutlich:

*"Alles was dreckig ist guckt mich an, aber wenn ich gut drauf bin, stört mich das überhaupt nicht." ( E: E. 3 K. P.)*

Auf Mithilfe durch die anderen Familienmitglieder, besonders durch den Partner wird auch verzichtet, weil davon ausgegangen wird, dass Frau es selber besser und schneller kann, weil Frau die vielen Erklärungen und ständigen sich wiederholenden Appelle zur Mithilfe "leid ist". Belastend wirken sich ebenfalls die Eintönigkeit der Arbeit aus sowie die fehlende Auseinandersetzung mit Menschen.

#### 2.5.4.1.4. Positive Aspekte

Doch bei aller Last bietet sich auch Lustvolles, positiv wird bewertet, dass einige Tätigkeiten Spaß bringen, z.B. das "Kochen, Fliesen, Malen" und dass es Resultate gibt, die Zufriedenheit erzielen z.B. wenn "alles sauber ist und der Wäschekorb leer ist".

Als angenehm wird auch die freie Zeiteinteilung empfunden, die Möglichkeit, dass "wenn man keine Lust hat, es lassen kann", dass man "unkontrolliert ist", auch dass "man allein ist" und "entspannen kann".

Hausarbeit ist darüber hinaus auch als Blitzableiter nützlich:

*"Ja son tollen Grundputz, da kann man manchmal so richtig was abschrubben, was sich so aufgestaut hat, ich denke das hat auch was für sich!"(M: E.2 K. P.)*

#### 2.5.4.2. Aufgabenverteilung im Haus- und Familienbereich

Partner und in gewisser Weise auch die Kinder, so wird aus den Antworten deutlich, halten sich von der Hausarbeit weitgehend fern. Wird mangelnde Einsatzbereitschaft des Partners noch kritisch, wenn auch resigniert, reflektiert, wird diese von den Kindern, unabhängig von deren Alter, nur selten überhaupt in Erwägung gezogen.

Eine Lehrerin, ihr Mann ebenfalls Lehrer, die Kinder sind 13 und 10 Jahre alt, beurteilt die fehlende gemeinsame Verantwortung:

*"Mich stört's, wenn ich der Kopf von allem sein soll und das ist einfach so, dieses immer strukturieren, dran denken und so, das stört mich echt, mich stört auch wenn ich eben 5 mal am Tag sagen muss: "Nimm deinen Krempel mit nach oben und es klappt eigentlich nie...keiner sieht etwas, keiner fühlt sich zuständig"(B: L. 2 K. P.)*

#### 2.5.4.3. Theoretisches Verständnis von Hausarbeit als Zuständigkeitsbereich von Frauen

Die Frauen werden auch zu ihrem theoretischen Verständnis zum Thema "Frauen und Hausarbeitszuständigkeit" befragt, Der Tenor ihrer Antworten auf die Frage: "Ist Hausarbeit Frauensache?" steht im Widerspruch zur eigenen Wirklichkeit. Wie die Aussage einer Erzieherin verdeutlicht, ist ihnen dieser Widerspruch durchaus bewusst: *"Find ich eigentlich überhaupt nicht!" Auch wenn es immer so ist..., aber wer überwiegend zu Hause ist, der sollte es machen, bei Kindern mache ich keinen Unterschied, ...aber mein Freund sagt nichts zu seinen Söhnen,...seine Zuständigkeit."* (D: E. 2 eigene Kinder, 2 Kinder des Partners, 2 Kinder des Partners, die am Wochenende in ihrem gemeinsamen Haushalt leben)

Begründet wird dieser Widerspruch zwischen Anspruch und Wirklichkeit mit historisch bedingter Festschreibung und der Schuld der (Schwieger) Mütter. In ihren Stellungnahmen schwingt häufig Resignation und manchmal "Galgenhumor" mit. *" (Hausarbeit ist Frauensache...) Bei uns bestimmt..., grundsätzlich nicht, kenne andere Fälle. Mein Mann ist sehr verwöhnt worden durch seine Mutter, das hinterlässt seine Spuren!"* (G: L. 2 K. P.)

#### 2.5.5. Qualitative Belastung der Berufsarbeit , der Haus-und Familienarbeit und sonstiger Arbeiten

Ein Hinweis auf die von Becker-Schmidt u.a. bei den Belastungsprofilen von Industriearbeiterinnen festgestellte und so überzeugend interpretierte "Zerreiβprobe" zwischen widersprüchlichen Handlungsanforderungen im Beruf versus Haus- und Familienarbeit wurde von den Interviewteilnehmerinnen nicht so empfunden (vergl.: Becker-Schmidt 1984).

Auch die, noch 1981 erhobene Feststellung, dass Frauen sich an ihre Doppelbelastung gewöhnt hätten und sie daher nur in Ausnahmefällen thematisieren, trifft für die Interviewteilnehmerinnen nicht zu, dennoch lässt sich feststellen, dass sie sich um Entlastung nur wenig bemühen.

Kulms/Martiny erklären sich dieses „Schweigen und allgemeine Tatenlosigkeit“ mit Wahrnehmungshindernissen, die mit der Zuweisung familialer Dinge in den sog. "privaten Bereich" Lösungen individualisiert. Auch sind Abgrenzungen und klare Zuweisungen erschwert. Was an Reproduktionsarbeit für sich selbst bzw. für die anderen erfolgt, ist einerseits nicht zu trennen und andererseits von einem Ineinandergreifen emotionaler und materieller Anteile gekennzeichnet. Erlebte Zerreiβproben im quantitativer wie qualitativer (strukturell differenter Arbeitsgebiete) Hinsicht zwischen Erwerbsarbeit und Hausarbeit werden erträglich gemacht, indem Frauen sich keinem der beiden Aufgabenbereiche überantworten und jedem nur soweit nachkommen, dass sich auch der andere noch erfüllen lässt (Kulms/Martiny 1981:105).

Daraus folgt eine alltägliche Balanceleistung, die, wenn im biographischen Verlauf Kompensationsmöglichkeiten zunehmend erschöpft sind, ihren gesundheitlichen Tribut in Form von Befindlichkeitsstörungen zollt.

Von den Interviewteilnehmerinnen wird die Tatsache, beide Arbeitsbereiche zu haben, fast durchgängig als positiv angesehen (vergl. auch Paetzold Kap.2.2.1.). Sie wollen eigentlich auf keinen verzichten, schon gar nicht auf ihre Berufstätigkeit, "wenn überhaupt" gibt eine von ihnen an, "dann höchstens auf einen Teil der Hausarbeit."

Neben der belastenden Wirkung von Überforderung kann auch deren Gegenteil, nämlich Unterforderung als eindeutig krankmachender Belastungsfaktor nachgewiesen werden. Belastungen treten dadurch auf, dass vorhandene Fähigkeiten, die nicht abgerufen werden, zu Nichtaktivierung ganzer Persönlichkeitsbereiche führt und mit starker Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls einhergehen. (vergl.: Oppolzer 1993:121ff)

Die zermürbende Kraft langweiliger Tätigkeiten ist eine Erfahrung, die auch die befragten Frauen kennen, eine Erzieherin gibt in diesem Zusammenhang an, dass sie, als sie noch nicht berufstätig war, manchmal das Gefühl gehabt habe, sie habe zuviel freie Zeit. Sie habe sich dann einen Job gesucht.

### 2.5.6. Freizeit und Erholung

Freizeit ist für berufstätige Frauen angesichts von Erwerbsarbeit bei gleichzeitiger Zuständigkeit für die Haus- und Familienarbeit ein knappes Gut. Das, was dann von einem 24 Stundentag abzüglich der Schlafenszeiten für die Freizeit übrig bleibt, sind nur wenige Stunden. Ihre Anzahl entscheidet über das quantitative Ausmaß von Regenerationsmöglichkeiten.

Dass hier ein Mangel herrscht, konnte auch in einer breit angelegten Studie zur Frauenfreizeit nachgewiesen werden. Dort beklagten 60% der berufstätigen Frauen, dass sie über zu wenig Freizeit verfügen können und nur 2% von ihnen gaben an, zuviel Freizeit zu haben. Es stellte sich auch heraus, dass die Frauen ein differenziertes Freizeitverständnis hatten. So unterschieden sie die erwerbsarbeitsfreie Zeit in Familienfreizeit einerseits d.h. Freizeit in der etwas mit Partner und/oder Kindern unternommen wurde und in Eigenzeit andererseits, eine Zeit, in der sie machen konnten was sie wollten. Es ergab sich, dass diese individuelle Freizeit, die häufig "mal zwischendurch" stattfindet, überwiegend zur Erholung und Entspannung diente und weniger zum Erleben und Genießen genutzt wurde (Opaschowsky 1989)

In zahlreichen Studien (u.a. Opaschowsky 1989, Oppolzer/ Brosius 1989, Müller-Wichmann 1984) wurde ebenfalls die Freizeit als knappes Gut berufstätiger Frauen nachgewiesen. Sie verfügen etwa über 2 - 3 Stunden werktäglicher Freizeit und damit durchschnittlich über 66 Minuten weniger als die berufstätigen Männer.

Ihren Freizeitbeginn geben die Frauen in dieser Studie mit 19.30 Uhr an gewöhnlichen Werktagen an, einem Zeitpunkt also, an dem die (kleineren) Kinder in der Regel im Bett sind. (Opaschowsky 1989:12)

Die Interviewteilnehmerinnen geben an, dass ihre Freizeit erst mit dem „Zubettgehen“ der Kinder beginnt, allerdings liegt ihr Freizeitbeginn später, sie geben zwischen 20.00 Uhr und 21.30 Uhr an. Häufig wird von den Lehrerinnen der Befragung betont, dass nicht jeder Abend zur frei verfügbaren Eigenzeit genutzt werden kann, vielmehr werden dann häufig Korrekturarbeiten, Berufsvorbereitungen, Schriftverkehr erledigt.

Lehrerinnen müssen sich aufgrund ihres potentiell endlosen Arbeitsvolumens (Offener Arbeitsauftrag Kap.: 2.2.2.) ihre Freizeit, Eigenzeit selber zuteilen.

*"Ich muss sie mir nehmen,...ich kann nicht sagen, dann und dann hab ich Freizeit.."(I .L. 2 K.P.)*

Eine Erzieherin nutzt die freie Zeit um früher ins Bett zu gehen, damit sie am nächsten Tag wieder "fit sei!".

### 2.5.7. Stress und Burn-out als Belastungsfolge

Stress als psychosoziale Belastungsfolge wird von den Interviewteilnehmerinnen vorwiegend durch den Beruf, Haushaltsaufgaben und durch die Erziehung und Versorgung ihrer Kinder erfahren. So gibt eine Erzieherin an, dass sie Stress erlebt durch die Versorgung eines Säuglings, bei gleichzeitiger Verpflichtung zur Versorgung aller anderen Familienmitglieder. Auch die Vereinbarung von Beruf und Mutterpflichten und dem Koordinationsaufwand, der mit der Organisation von Fremdbetreuung zusammenhängt, wird benannt.

Anzeichen für Burn-out, wie Resignation, Stress durch real erlebte Hilflosigkeit, Zielvereitelung usw. lassen sich bei einigen der Interviewteilnehmerinnen finden, so sprechen einige Burn-out-Probleme explizit an. Die Konsequenzen, die gezogen werden, fallen unterschiedlich aus. Eine Lehrerin lässt sich für einige Zeit beurlauben, eine Erzieherin gibt an, sich innerlich zu distanzieren.

Bei einigen anderen Interviewteilnehmerinnen deuten einige Aussagen auf eine Burn-out-Problematik:



*...dass ich mich nicht einfach an die schlechten Zustände gewöhne, oder andererseits so, dass ich dauernd Sand im Getriebe bin, dass find ich sehr anstrengend, weil, weil ich alleine bin..." (B: L. 2 K.P.)*

oder

*"Deutsch-Schüler sind laut, habe keine Lust mehr die zusammenzubringen, fühl mich da auch manchmal ganz hilflos, arbeite nicht mit Druck." (F: L: 1 K. P.)*

An vorliegende Auswertung der Interviewbefragung schließen sich jetzt Ergebnisse der schriftlichen Befragung zu den entsprechenden Themenfeldern an.

## **2.6. Ergebnisse der schriftlichen Befragung**

### 2.6.1. Zeitumfang der Berufs- und Hausarbeitszeit

Im folgendem wird zunächst der wöchentliche Zeitumfang der Berufsarbeit sowie der Haus- und Familienarbeit aller Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung betrachtet. Bei der Erhebung der Gesamtarbeitszeit ergibt sich für beide Berufsgruppen die folgende Verteilung, wobei zunächst die Betrachtung der Berufsarbeitszeit der beiden zahlenmäßig am stärksten besetzten Gruppen (77% aller Frauen) im Verhältnis zu ihrem zeitlichen Hausarbeitsaufwand erfolgt:

#### GRUPPE 3

43%, fast die Hälfte aller Frauen, finden sich hinsichtlich des Umfangs ihrer Berufsarbeitszeit in der 3. Gruppe. Sie arbeiten 30- 40 Stunden (durchschnittlich: 35 Std.)

18% aller Frauen geben eine Hausarbeitszeit von weniger als 20 Stunden (durchschnittlich 10 Std.) an, ihre Gesamtarbeitszeit beträgt damit durchschnittlich 45 Stunden

14% aller Frauen geben eine Hausarbeitszeit von mehr als 20 – 30 Stunden (durchschnittlich 25 Std.) an, ihre Gesamtarbeitszeit beträgt damit durchschnittlich 60 Stunden

9% aller Frauen geben eine Hausarbeitszeit von mehr als 30 – 40 Stunden (durchschnittlich 35 Std.) an. Ihre Gesamtarbeitszeit beträgt damit durchschnittlich 70 Stunden

#### GRUPPE 4

34%, mehr als ein Drittel finden sich hinsichtlich des Umfangs ihrer Berufsarbeitszeit in der 4. Gruppe. Sie arbeiten 40 bis 50 Stunden (durchschnittlich 45 Std.) im Beruf.

15% aller Frauen geben eine Hausarbeitszeit von weniger als 20 Stunden (durchschnittlich 10 Std.) an, ihre Gesamtarbeitszeit beträgt damit durchschnittlich 55 Stunden

10% aller Frauen geben eine Hausarbeitszeit von mehr als 20 – 30 Stunden (durchschnittlich 25 Std.) an, ihre Gesamtarbeitszeit beträgt damit durchschnittlich 70 Stunden

6% aller Frauen geben eine Hausarbeitszeit von mehr als 30 – 40 Stunden (durchschnittlich 35 Std.) an. Ihre Gesamtarbeitszeit beträgt damit durchschnittlich 80 Stunden

Betrachtet man nun die Gesamtarbeitszeit bestehend aus Berufs- und Hausarbeitszeit aller beteiligten Frauen, dann kommen 36% aller Frauen auf eine wöchentliche Gesamtarbeitszeit von durchschnittlich 70- 80 Stunden, die sich aus unterschiedlichen Anteilen der Berufs- und Hausarbeit zusammensetzen. 42 % aller Frauen arbeiten 55 – 60 Stunden und 18% von ihnen etwa 45 Stunden in der Woche. Nur 3% der Frauen kommen auf eine Gesamtarbeitszeit von unter 45 Stunden wöchentlich.

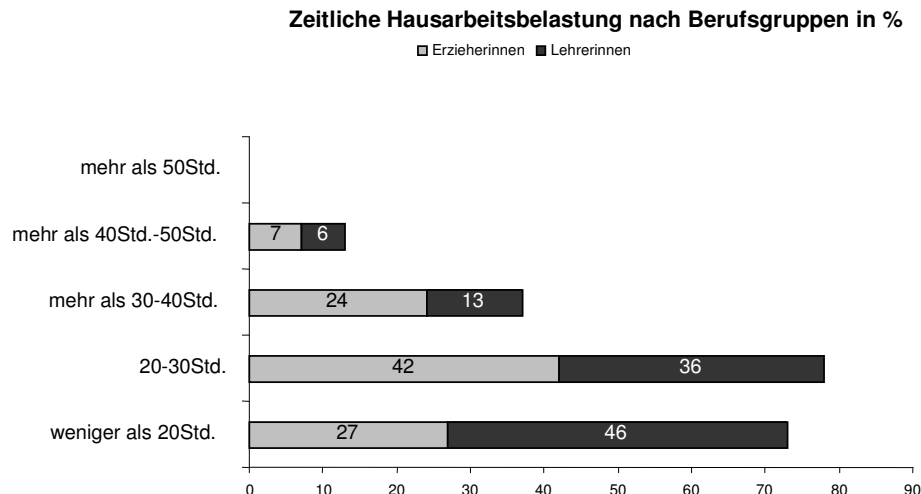
TABELLE 10  
Zeitaufwand für Berufs- und Haus- und Familienarbeit in %

| Zeitaufwand für Beruf und Haus- und Familienarbeit in % |                           |               |                           |                              |                        |        |
|---|---------------------------|---------------|---------------------------|------------------------------|------------------------|--------|
| HAUSARBEITSZEIT in %                                    |                           |               |                           |                              |                        |        |
| BERUFSARBEITSZEIT                                       |                           |               |                           |                              |                        |        |
|   | Weniger<br>als<br>20 Std. | 20-30<br>Std. | mehr als<br>30-40<br>Std. | mehr<br>als<br>40-50<br>Std. | mehr<br>als<br>50 Std. | Gesamt |
| 1. Weniger<br>20 Std.                                   | 2<br>(20)                 |               |                           |                              | 0                      | 2      |
| 2. 20-30<br>Std.  | 1<br>(35)                 | 11<br>(50)    | 1<br>(60)                 | 1<br>(70)                    | 0                      | 14     |
| 3. mehr als<br>30-40 Std.                               | 18<br>(45)                | 14<br>(60)    | 9<br>(70)                 | 2<br>(80)                    | 0                      | 43     |
| 4. mehr als<br>40-50 Std.                               | 15<br>(55)                | 10<br>(70)    | 6<br>(80)                 | 3<br>(90)                    | 0                      | 34     |
| 5. mehr als<br>50 Std.                                  | 1<br>(65)                 | 4<br>(80)     | 1<br>(90)                 | 0                            | 0                      | 6      |
| Gesamt  | 37                        | 39            | 17                        | 6                            | 0                      | 99     |

Klammerwert zeigt die durchschnittliche Gesamtarbeitszeit in Stunden bestehend aus Berufs- und Hausarbeitszeit an

Betrachtet man den zeitlichen Umfang der Berufs- bzw. Haus- und Familienarbeitszeit nach Berufsgruppen lässt sich für beide Berufsgruppen gleichermaßen feststellen, dass die meisten von Ihnen eine Arbeitszeit von 30 – 40 Stunden angeben. Nahezu die Hälfte der Lehrerinnen (45%) arbeitet mehr als 40-50 Stunden und darüber hinaus im Beruf, dies trifft für nur knapp ein Drittel der befragten Erzieherinnen zu. Der Zeitaufwand für die Hausarbeit beträgt bei den meisten Erzieherinnen (40%) 20–30 Std. dagegen bei den meisten Lehrerinnen (44%) unter 20 Stunden in der Woche. Auf 30–40 Std. Hausarbeit kommen nahezu doppelt so viele Erzieherinnen wie Lehrerinnen (23% zu 12%)

GRAFIK 1  
Zeitliche Hausarbeitsbelastung nach Berufsgruppen in %



## 2.6.2. Berufliche Belastung

Die Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung wurden zu ihren beruflichen Belastungen nach Berufsgruppen getrennt befragt. Die erhobenen Belastungsfaktoren wurden in den Interviews ermittelt. Die Darstellung erfolgt nach den Häufigkeiten sehr häufig bzw. häufig. Beide Angaben wurden zu einem Wert „(sehr) häufig“ zusammengefasst.

### 2.6.2.1. Qualitative Zeitprobleme

Aus den Ergebnissen der Interviewphase lassen sich die folgenden Problembereiche voneinander abgrenzen: Zu wenig Zeit für Erholung und Hobby, Beschneidung der Freizeit und Endlosigkeit der Arbeit.

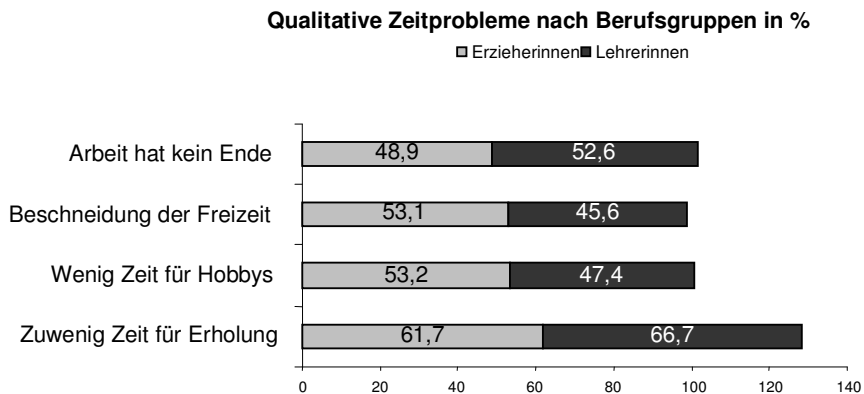
Befragt danach, welches der Zeitprobleme sehr häufig" bzw. "häufig" erlebt wird, geben die meisten Lehrerinnen an, dass sie sich durch "zuwenig Zeit für Erholung" und am wenigsten durch "mangelnde Zeit für Hobbys" belastet fühlen.

Zeitprobleme ergeben sich bei ihnen dadurch, dass "die Arbeit kein Ende" nimmt, dies empfindet über die Hälfte (53%) der Lehrerinnen aber auch 49% der Erzieherinnen "sehr häufig" bis "häufig" als belastend. Knapp die Hälfte der Lehrerinnen und über die Hälfte der Erzieherinnen wird durch "Beschneidung der Freizeit" (46% und 53%) sehr häufig bzw. häufig belastet.

Die Anteile sowohl der Erzieherinnen, als auch der Lehrerinnen an den erhobenen Problemfaktoren liegen um 50% teilweise darüber. Dies bedeutet, dass sich mindestens jede zweite Frau der Untersuchungsgruppe durch die unterschiedlichen Facetten der Zeitproblematik sehr häufig bzw. häufig belastet fühlt.

## GRAFIK 2

Qualitative Zeitprobleme nach Berufsgruppen in %. (Sehr)häufig erlebt.



### 2.6.2.2. Konflikte

#### 2.6.2.2.1. Konfliktreiche Kommunikation

Für die schriftliche Befragung ließen sich auf der Basis der Angaben der Frauen der vorangehenden Interviewbefragung folgende Konfliktfelder eruieren:

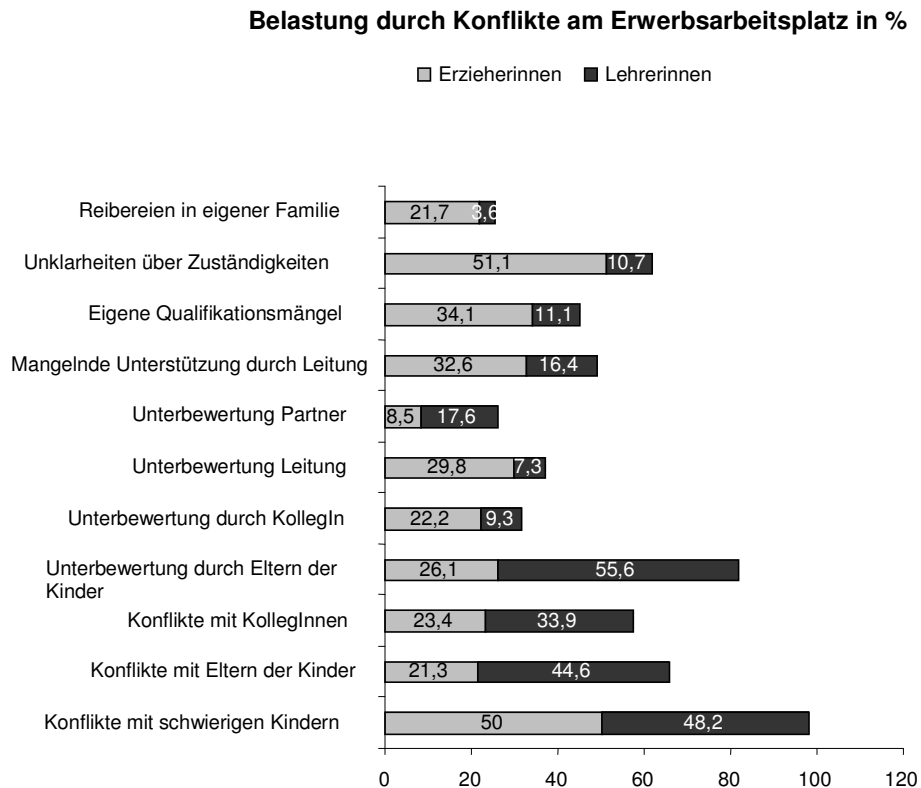
1. Konflikte mit schwierigen Kindern
2. Konflikte mit anspruchsvollen Kindeseltern
3. Unterbewertung der Leistung durch Kindeseltern
4. Unterbewertung der Leistung durch KollegInnen
5. Konflikte mit KollegInnen
6. Unterbewertung der Leistung durch Vorgesetzte
7. Mangelnde Unterstützung durch die Leitung
8. Eigene Qualifikationsmängel
9. Unklarheiten über Zuständigkeiten
10. Unterbewertung eigener Leistung durch Partner
11. Reibereien in der Familie

Belastungen durch Konflikte mit schwierigen Kindern erfahren die meisten der Erzieherinnen und Lehrerinnen (sehr) häufig, nahezu übereinstimmend wird dieser Faktor von etwa jeder zweiten Frau benannt. Ansonsten zeigen sich in allen anderen Konfliktfällen Unterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen. Am deutlichsten zeigt sich dieser Unterschied bei Reibereien in der Familie, hier sind fast sieben Mal so viele Erzieherinnen betroffen. Ähnlich unterschiedlich fühlen die Frauen bei belastenden Konflikten mit anspruchsvollen Eltern, hier geben allerdings doppelt so viele Lehrerinnen an häufig betroffen zu sein. Unterbewertung der Leistung durch Partner und Kindeseltern sowie Konflikte mit Kolleginnen und anspruchsvollen Kindeseltern geben vor allem Lehrerinnen an, meist doppelt so häufig wie Erzieherinnen. Deutliche Unterschiede ergeben sich auch bei, Unklarheiten über Zuständigkeiten und bei Unterbewertung der Leistung durch Vorgesetzte. Unter letzterem leiden fast 30% der Erzieherinnen, dagegen nur 7% der Lehrerinnen (sehr) häufig. Dass Partner die Berufsarbeit unterbewerten,

kommt in beiden Berufsgruppen selten vor. Davon werden nur 9% der Erzieherinnen und 18% der Lehrerinnen (sehr) häufig belastet.

### GRAFIK 3

Berufsbelastung durch Konflikte, die "(sehr) häufig von Erzieherinnen und Lehrerinnen erlebt werden in %



#### 2.6.2.2.2. Sexuelle Belästigung

Sexuelle Belästigung gehört zu den Belastungen, unter denen fast ausschließlich Frauen zu leiden haben. 12% der Lehrerinnen geben an, sexuell belästigt worden zu sein, die befragten Lehrerinnen liegen damit weit unter dem Durchschnitt anderer Berufsangehöriger des öffentlichen Dienstes (Sexuelle Belästigung: Kap. 2.5.3.2.2.). Bei den von mir befragten Erzieherinnen kommt dieser Belastungsfaktor noch seltener vor. Nur 2% von ihnen werden sexuell belästigt. Dies ist größtenteils darauf zurückzuführen, dass im Kindergartenbereich der Anteil der dort beschäftigten Frauen sehr groß, und sexuelle Belästigung von Frauen an Frauen selten ist. Auch die Zahl derer, die von Fällen sexueller Belästigung gehört haben, erweist sich als verschwindend gering (Grafik im Anhang S.147).

#### 2.6.2.2.3. Mobbing

Hinsichtlich belastender sexueller Belästigung ließ sich eher eine geringere Anzahl von Betroffenen ermitteln, groß hingegen ist die Zahl derer, die durch lang andauernden regelmäßigen Klatsch und Intrigen im Beruf belästigt werden.

Für Mobbing Erfahrung erweist sich der Beruf der Erzieherin als besonders anfällig. Fast die Hälfte der Erzieherinnen und knapp ein Drittel der Lehrerinnen haben Erfahrung mit Mobbing. Ein Viertel aller von mir befragten Frauen kennen Fälle von Mobbing, hier sind es mehr Lehrerinnen, die im Laufe ihres Berufsleben davon Kenntnis bekamen

(Erzieherinnen: 9%; Lehrerinnen: 16%, s.a. Grafik im Anhang S.147).

### 2.6.2.3. Arbeitsorganisation und Arbeitsinhalt

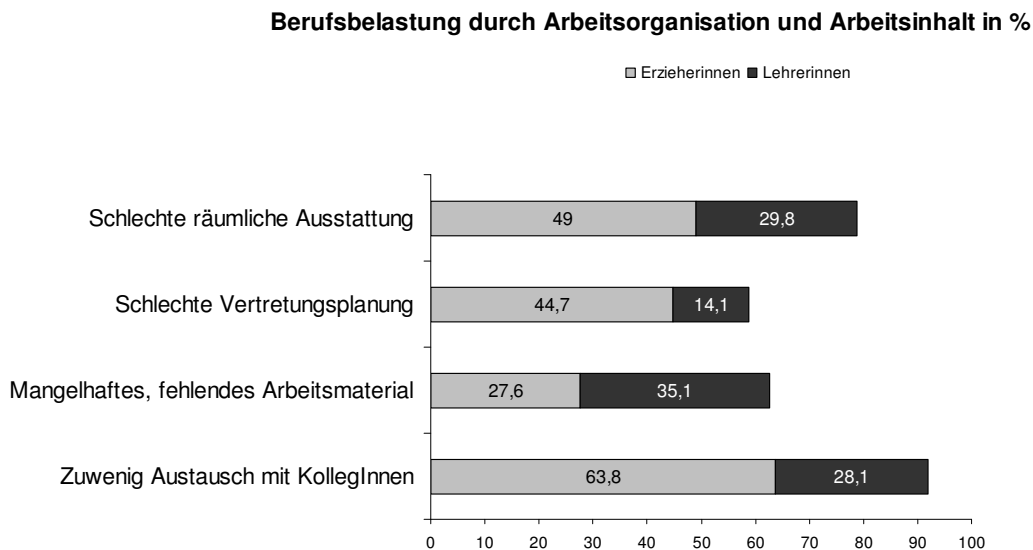
Den Teilnehmerinnen der schriftlichen Befragung geben auf die Frage nach Arbeitsbelastungen aus Organisation und Inhalt die folgenden Bewertungen:

Schlechte Vertretungsplanung wird von den Erzieherinnen öfter als (sehr) häufig belastend eingestuft, als dies die Lehrerinnen tun, hingegen belastet die Materialausstattung die Erzieherinnen geringfügig weniger, als die Lehrerinnen der Untersuchung. Mängel der räumlichen Ausstattung erfahren fast die Hälfte der Erzieherinnen sehr häufig bis häufig und knapp ein Drittel der Lehrerinnen.

Häufig wird der mangelnde Austausch mit KollegInnen beklagt. Fast zwei Drittel (64%) der Erzieherinnen geben dies an, die Lehrerinnen dagegen nur zu 28%. Gravierende Unterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen gibt es beim Belastungsfaktor "schlechte Vertretungsplanung", hier gibt jede zweite Erzieherin an, (sehr) häufig darunter zu leiden, während es nur für 14% der Lehrerinnen zutrifft. Auch hier lässt sich feststellen, dass sich bis auf die Materialausstattung deutlich mehr Erzieherinnen von vorgegebenen Belastungsfaktoren in dieser Häufigkeit betroffen fühlen.

#### GRAFIK 4

Belastung durch Arbeitsorganisation und -inhalt von Erzieherinnen und Lehrerinnen sehr häufig bzw. häufig erlebt, in %



### 2.6.2.4. Arbeitsumgebung

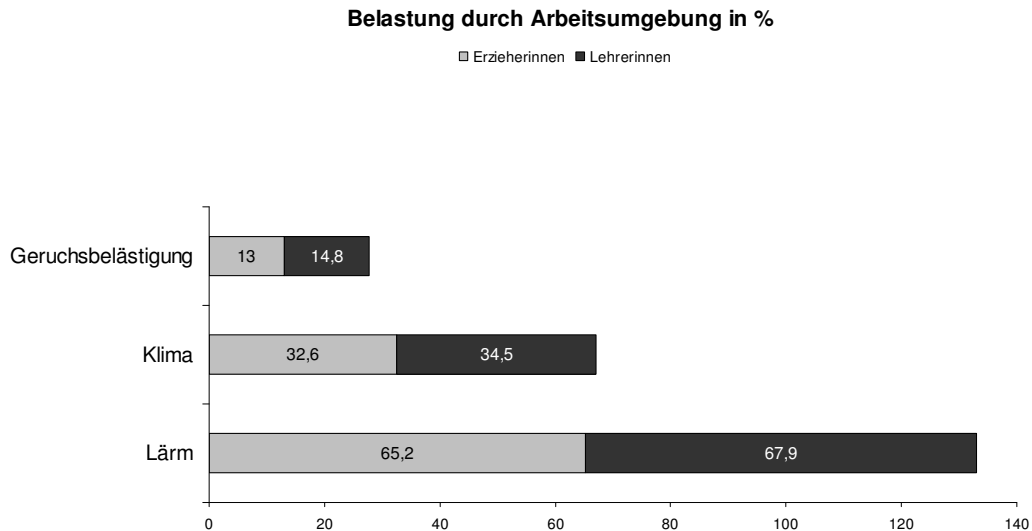
Die Befragten werden gebeten, die Belastung die durch Lärm, klimatische Verhältnisse und Geruchsbelästigung verursacht wird, einzuschätzen. Die Antworten sollen hinsichtlich ihrer Häufigkeit durch "sehr häufig, häufig, manchmal, selten bis nie" bewertet werden. Betrachtet man den prozentualen Anteil derer, die Lärm als (sehr) häufig belastend einstufen, so bestätigen sich auch hier Ergebnisse aus den Interviews. Fast 2/3 aller Erzieherinnen leiden sehr häufig bis häufig unter Lärmbelastung und werden noch übertroffen von der Anzahl der Lehrerinnen.

Klimatische Belastung (ca. jede Dritte) sowie in geringerem Maße Geruchsbelästigung

(ca. jede Zehnte) werden von beiden Berufsangehörigen ähnlich häufig erlebt.

#### GRAFIK 5

Berufsbelastung Umgebung von Erzieherinnen und Lehrerinnen sehr häufig bzw. häufig erlebt, in %.



#### 2.6.2.5. Probleme der Distanzierung und des Anspruchsniveau

Die Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung werden gebeten, zu diesem Komplex die folgenden Fragen zu beantworten:

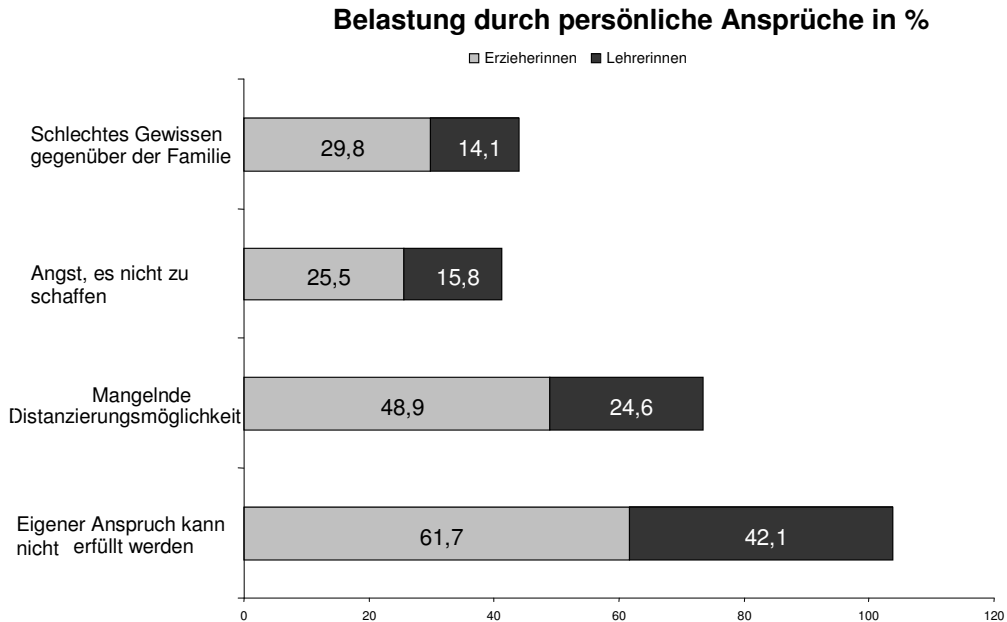
- Angst, es nicht zu schaffen
- Eigener Anspruch kann nicht erfüllt werden
- Mangelnde Distanzierungsmöglichkeit
- Schlechtes Gewissen gegenüber Familie

Die Antworten sollen hinsichtlich ihrer Häufigkeit durch "sehr häufig, häufig, manchmal, selten bis nie" bewertet werden.

Am häufigsten leiden die Angehörigen beider Berufsgruppen unter der Nichterfüllung des eigenen Anspruchs, gefolgt von mangelnder Distanzierungsmöglichkeit. Sehr häufig bzw. häufig belastet fühlen sich 62% der Erzieherinnen dadurch, dass der eigene Anspruch nicht erfüllt werden kann. Es sind deutlich mehr Erzieherinnen als Lehrerinnen, die diesen Belastungsfaktor zu 44% angeben. Auch ist der Anteil der Erzieherinnen, der unter mangelnder Distanzierungsmöglichkeit sowie unter schlechtem Gewissen gegenüber der Familie leidet, doppelt so hoch, wie der der Lehrerinnen. Es fällt auf, dass die Erzieherinnen, wie schon bei den anderen Belastungsgruppen, sich häufiger belastet fühlen als die Lehrerinnen der Untersuchung.

## GRAFIK 6

Berufsbelastung von Erzieherinnen und Lehrerinnen durch persönliche Ansprüche sehr häufig bzw. häufig, in %.



### 2.6.2.6. Positive Aspekte und Einstellung zum Beruf

Die Teilnehmerinnen der schriftlichen Befragung werden um Stellungnahme zu der Frage: "Würden Sie Ihre Berufstätigkeit gern an den "den Nagel hängen?" gebeten.

Die Anzahl der Erzieherinnen, die diese Frage mit einem uneingeschränkten "ja" beantworten, liegt um fast ein Vierfaches über der der Lehrerinnen. Ein gutes Viertel der befragten Erzieherinnen entscheidet sich mit einem uneingeschränkten "nein" gegen eine Berufsaufgabe", fast die Hälfte (45%) von ihnen würde dieses "manchmal" gern tun. Ein weiteres Viertel könnte sich dafür entscheiden ihren Beruf an den Nagel zu hängen. Die Lehrerinnen, die sich für eine Berufsaufgabe entscheiden würden, sind dagegen eine Minderheit, fast die Hälfte von ihnen würde dieses nicht tun, fast ebenso viele manchmal (Grafik a. Anhang S.147).

Aus diesen Ergebnissen lässt sich schließen, dass Erzieherinnen eher geneigt sind, ihren Beruf aufzugeben, während Lehrerinnen dies eher nicht in Erwägung ziehen. Eine häufige frühe Ausstiegsbereitschaft aus dem Erzieherinnenberuf, wie sie Krüger feststellte, scheint sich hier zu bestätigen (Krüger 1991).

### 2.6.3. Belastung der Haus- und Familienarbeit

Die Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung werden zu ihren Belastungen bezüglich ihrer Haus- und Familienarbeit nach Berufsgruppen getrennt befragt. Die erhobenen Belastungsfaktoren wurden in den Interviews ermittelt. Die Darstellung erfolgt nach den Häufigkeiten: Sehr häufig und häufig.

#### 2.6.3.1. Belastungsbereiche

Die Teilnehmerinnen der schriftlichen Befragung wurden mit der Frage: "Fühlen Sie sich durch folgendes bei der Haus- und Familienarbeit belastet?" um Stellungnahme zu



untenstehenden Belastungsfaktoren gebeten:

1. Dass sie nie ein Ende nimmt
2. Alleinverantwortlichkeit
3. Alleinige Zuständigkeit
4. Monotone Arbeitsinhalte
5. Körperlich schwere Arbeit
6. Ständige Bereitschaft
7. Man sieht kein Resultat
8. Mangelnde Anerkennung
9. Schlechtes Gewissen, weil nichts perfekt

Obige Belastungsfaktoren hinsichtlich der Haus- und Familienarbeit lassen sich den Kategorien: Zeitprobleme (1.), Arbeitsorganisation und Arbeitsinhalt (2. bis 6.) sowie Anspruch und Anerkennung (7. bis 9.) zuordnen.

#### 2.6.3.1.1. Zeitprobleme

Festgestellt wurde schon in den Eingangsfragen, dass der zeitliche Hausarbeitsaufwand erheblich ist. Als herausragend belastend stellt sich erwartungsgemäß die zeitliche Kategorie "Unendlichkeit der Haus- und Familienarbeit" heraus, es erleben diese Belastungsart über die Hälfte der Erzieherinnen (51%) und 41% der Lehrerinnen (s. GRAFIK 7).

#### 2.6.3.1.2. Arbeitsorganisation und Arbeitsinhalt

Darüber hinaus werden am häufigsten von beiden Berufsgruppen die Belastungsarten der Kategorie: Belastung durch Arbeitsorganisation und Arbeitsinhalt, wie "Alleinverantwortung", "Alleinzuständigkeit" und "ständige Bereitschaft" erfahren. Sehr häufige, bzw. häufige Belastung durch schwere körperliche Arbeit empfindet etwa jede fünfte Erzieherinnen, ein Belastungsfaktor, unter dem im Verhältnis zu anderen, hier relativ wenige Erzieherinnen und nicht eine Lehrerin leidet (s. GRAPHIK 7).

#### 2.6.3.1.3. Anspruch und Anerkennung

Das "keine Resultate sichtbar" werden erleben 18% der Erzieherinnen sehr häufig bis häufig sowie 13% der Lehrerinnen. Hier finden sich vergleichsweise wenige Frauen der Befragung wieder.

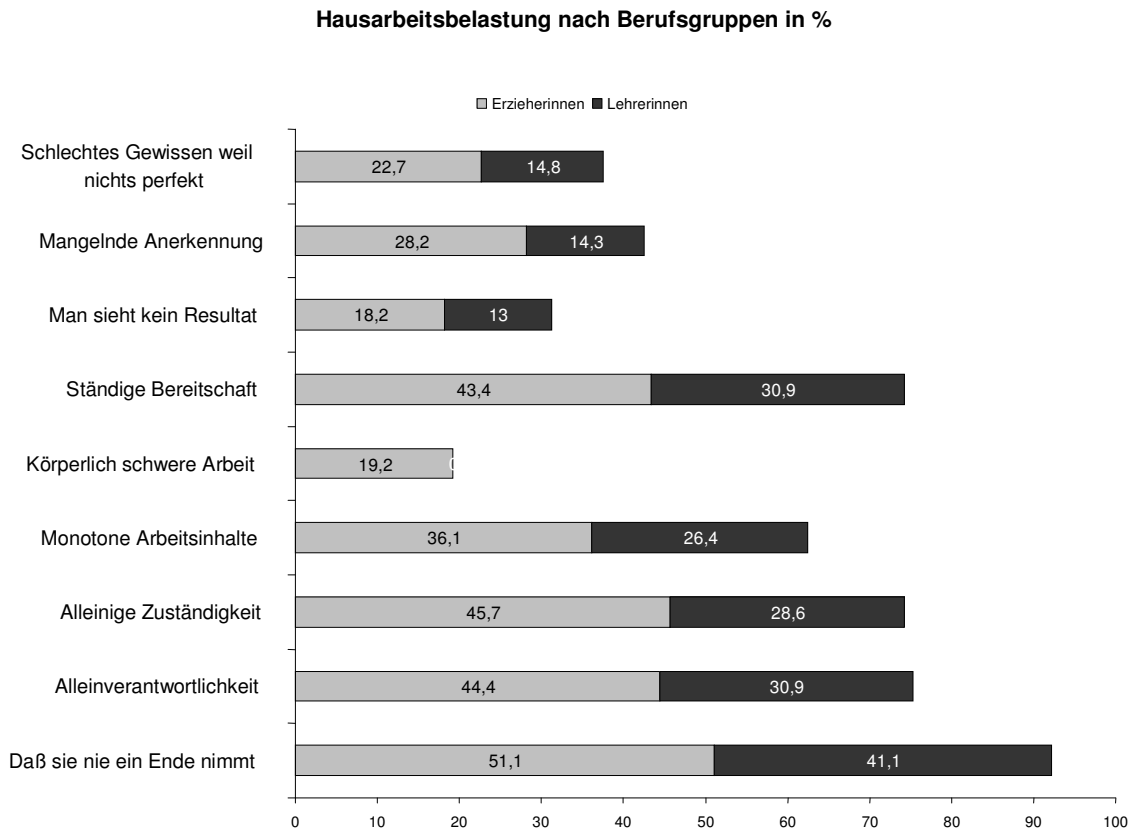
Über mangelnder Anerkennung klagen über ein Viertel der Erzieherinnen und nur etwa ein Siebtel der Lehrerinnen, ein schlechtes Gewissen haben 23% der Erzieherinnen und 15% der Lehrerinnen.

Die Alleinverantwortung und -zuständigkeit, sowie die Unendlichkeit der Hausarbeit sowie die ständige Bereitschaft sind Belastungsfaktoren, die besonders häufig von den Erzieherinnen (immer über 40 bis 50% von ihnen) erlebt werden. Als körperlich schwere Arbeit wird die Hausarbeit nur von den Erzieherinnen (etwa jede 10. der Befragten) angesehen.

Auch hinsichtlich aller Belastungsarten im Bereich der Haus- und Familienarbeit fühlen sich die die Erzieherinnen häufiger belastet.

## GRAFIK 7

Prozentualer Anteil der Erzieherinnen und Lehrerinnen mit sehr häufiger und häufiger Belastungserfahrung zu unterschiedlichen Faktoren der Hausarbeit



### 2.6.3.2. Aufgabenverteilung im Haus- und Familienbereich

Die nächste Frage bezieht sich nun auf die Beteiligung der anderen Mitglieder im Familienverbund an der gemeinsamen Haus- und Familienarbeit.

Bei der Frage nach der Haus- und Familienbeteiligung des Partners muss der große Anteil derer berücksichtigt werden, die diese Frage mit "trifft nicht zu" und "sonstiges" bewertet haben, es sind bei den Berufsgruppen ein Drittel (Erzieherin) und 40% der Lehrerin. Vermutlich lebt hier kein Partner im gemeinsamen Haushalt oder beteiligt sich gar nicht. Von den anderen zwei Drittel wird sich in gut jedem vierten Lehrerinnenhaushalt (29%) die Arbeit geteilt und in knapp jedem fünften Erzieherinnenhaushalt (19%). Eine Übernahme von 20% der Haus- und Familienarbeit erfolgt von einem guten Viertel der Partner von Erzieherinnen, sowie von 15% der Partner von Lehrerinnen. Die Zahl derer, die 10% und weniger der Haus- und Familienarbeit übernehmen beläuft sich bei den Partnern der Erzieherinnen auf 19% und bei den Partnern der Lehrerinnen auf 16%. Wie erwartet bestätigt sich, dass zu der höheren Belastung von Erzieherinnen auch eine geringere Beteiligung von Seiten der Partner beiträgt.

Die Beteiligung der Kinder ist sehr gering, für über 40% der Frauen trifft eine Beteiligung ihrerseits nicht zu, ein Drittel bis ein Viertel der Frauen erhalten eine Beteiligung von weniger als 10% der Haus- und Familienarbeit (s. Grafik b im Anhang S.147).

Dies hat mit Sicherheit teilweise damit zu tun, dass Kinder auch noch zu klein, zu schwach zu ungeschickt sind, um sich helfend zu beteiligen, das kann aber auch daran liegen, dass hier Schonräume gewährt werden, dass man gar nicht darüber nachdenkt (s. Interview), ob kleine Arbeitsdelegationen an Jungen und Mädchen sich entlastend auswirken könnten.

#### 2.6.3.3. Theoretisches Verständnis über Hausarbeit als Zuständigkeitsbereich von Frauen

Die Ergebnisse bestätigen, dass Hausarbeit "in Frauenhand" ist. Entspricht dieser Praxis auch der Überzeugung, dass dies auch angemessen ist? Hierzu wurde die Frage gestellt, ob Hausarbeit "Frauensache" sei.

Es entschieden sich in weitgehender Übereinstimmung 75% der Erzieherinnen und 65% der Lehrerinnen mit einem klaren "Nein" dagegen, 23% der Erzieherinnen und 28% der Lehrerinnen hatten theoretisch die gleiche Auffassung, sahen es aber in der Praxis als Frauensache an.

Das Ergebnis entspricht einer fast 100%-igen (98% bzw. 93%) Ablehnung der Erzieherinnen und Lehrerinnen, dass Hausarbeit "Frauensache" sei. Dieser Überzeugung widerspricht in hohem Maße ihre alltägliche Praxis (Tabelle d: Anhang S.148)

#### 2.6.4. Qualitative Belastung der Berufsarbeit und der Haus- und Familienarbeit

Den Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung wird zu den qualitativen Aspekten ambivalenter Arbeitsaufgaben und den daraus evtl. entstehenden Belastungen die folgende Frage vorgelegt:

"Aufgaben aus Haus- und Erwerbsarbeit summieren sich nicht nur, sondern erfordern zu ihrer Lösung widersprüchliche Handlungen. Einerseits Zeit für andere und deren Bedürfnisse zu haben, andererseits nach strikten Zeitvorgaben arbeiten zu müssen, kann zu einer belastenden Zerreißprobe führen".

Es soll erfragt werden, ob sich dabei Belastung verstärkt oder ob sie der Meinung sind, dass sich die unterschiedliche Aufgabenstellungen als gegenseitig entlastend darstellen?

Diese Fragen beantworten 56% der Erzieherinnen mit "stimmt für mich", 37% der Lehrerinnen sind der gleichen Meinung. Dies ist immerhin über die Hälfte der Erzieherinnen und gut ein Drittel der Lehrerinnen. Dass unterschiedliche Aufgaben entlasten, empfinden nur 2% der Erzieherinnen und 12% der Lehrerinnen, ebenso viele der Lehrerinnen empfinden die "Vielfalt der Aufgaben" als positiv, 13% der Erzieherinnen stimmen dieser Auffassung ebenfalls zu. Dieses Ergebnis überrascht angesichts der Interviewaussagen, in denen angegeben wurde, dass keine Zerreißproben bei der Bewältigung unterschiedlicher Arbeitsaufgaben erlebt werden (Tabelle e: Anhang S.148).

#### 2.6.5. Freizeit und Erholung

Wie sieht es nun mit dem Umfang der Freizeit und mit der eigenen Einschätzung der zeitlichen Erholungsmöglichkeiten bei den Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung aus, welche Voraussetzung für Regeneration und Sammlung neuer Kräfte haben sie?

Ihnen wird die Frage gestellt: "Wann beginnt werktags Ihre Freizeit?"

Für fast jede zweite Erzieherin beginnt die Freizeit werktags noch vor 20.00 Uhr, hingegen nur für jede fünfte Lehrerin. Für fast ebenso viele Erzieherinnen (43%) fängt Freizeit zwischen 20.00 und 21.00 Uhr an, genauso wie für viele Lehrerinnen (45%) Nach 21.00 Uhr Freizeit zu haben trifft dann nur noch für 9% der Erzieherinnen zu, während dieser späte Freizeitbeginn dann noch für fast jede fünfte Lehrerin gilt.

Nach diesen Ergebnissen trifft für die Frauen der Befragung zu, dass die Lehrerinnen werktäglich einen deutlich späteren Freizeitbeginn haben als die Erzieherinnen.

Ihr späterer Freizeitbeginn lässt sich z.T. mit ihrer Arbeitsplatzbeschreibung begründen, die neben der Unterrichtsverpflichtung in der Schule als Arbeitsstätte, deren Vor- und Nachbereitung am Arbeitsplatz zu Hause vorsieht. Nach der Erledigung häuslicher und familialer Verpflichtungen, nach denen dann "endlich Ruhe einkehrt" bleibt dann häufig nur noch ein späterer Termin für die Erledigung beruflicher Aufgaben. (s.o. 2.5.1.

## Tätigkeitsbeschreibung einer Lehrerin)

Der überwiegende Teil der Frauen beider Berufsgruppen gibt an, dass ihnen wenig Zeit für Erholung und Regeneration bleibt.

### 2.6.6. Stress und Burn-out als Belastungsfolge

Angeht vielfältiger und häufig erlebter Belastungsarten auf unterschiedlichen Arbeitsfeldern mit widersprüchlichen Anforderungen, ungewollten Zuständigkeiten, eingeschränkter Freizeit und wenig Erholungszeit, bleibt die Frage, wie groß der Stress ist, den die befragten Frauen alltäglich erleben, welche Gefühle damit verbunden sind, wo sich die Gründe dafür suchen lassen und ob sich diese Belastungssituation so negativ gestaltet, dass sich Hinweise auf eine drohendes Burn-out-Syndrom finden lassen.

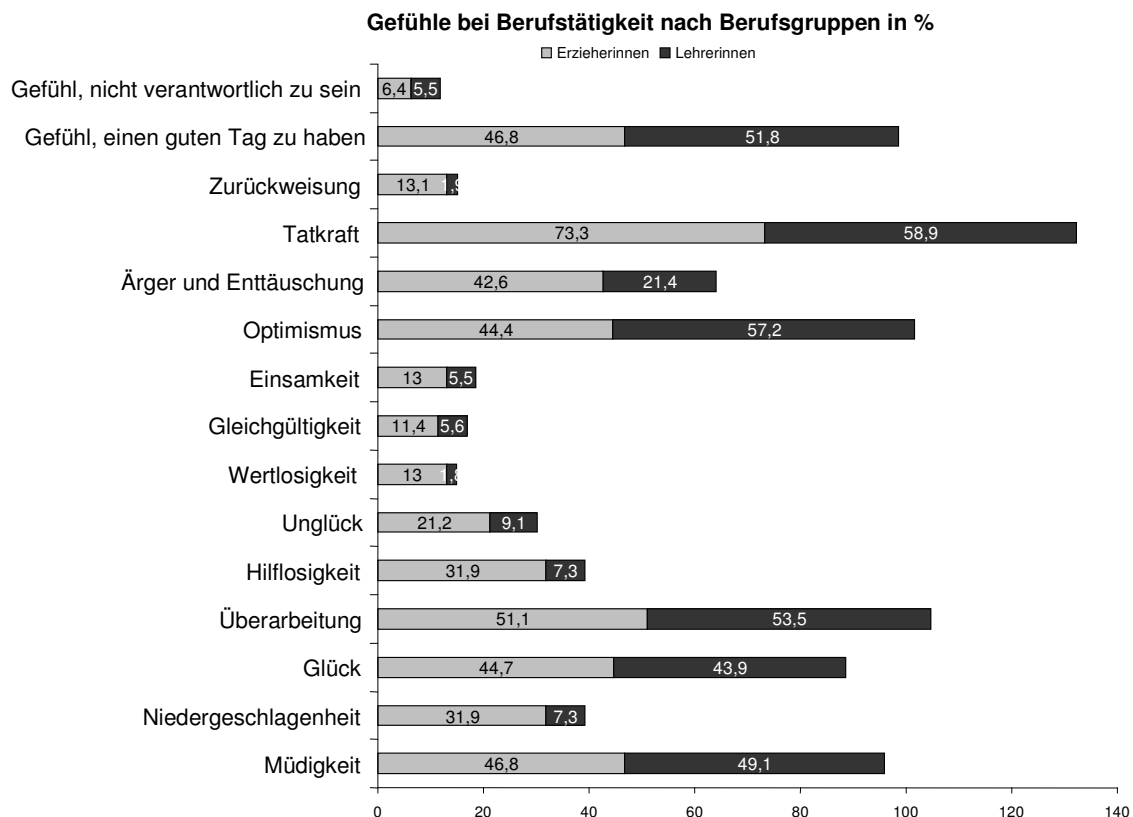
#### 2.6.6.1. Stress

##### 2.6.6.1.1. Häufigkeit des Stresserlebens

Den Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung werden zum Thema Stress zunächst gebeten abzuschätzen, wie oft sie in Stress geraten. Über die Hälfte der Erzieherinnen und gut ein Drittel der Lehrerinnen geben an, dass Stress für sie ein Dauerzustand sei. Unter wöchentlichem Stress leiden knapp ein Drittel der Erzieherinnen und gut ein Drittel der Lehrerinnen. Die Häufigkeit für monatliches Stresserleben sind relativ gering und bei Stresserleben, welches noch weniger als einmal im Monat auftritt, marginal. Letzteres geben nur 2% der Erzieherinnen und Lehrerinnen an.

#### GRAFIK 8

Stressdauer nach Einschätzung von Erzieherinnen und Lehrerinnen in %



##### 2.6.6.1.2.. Gefühle beim Stress

In Abhängigkeit davon, ob Stressfolgen erwünscht oder unerwünscht sind, wird Stress nach Distress und Eustress differenziert (Selye 1981). Darüber hinaus ist der Umgang

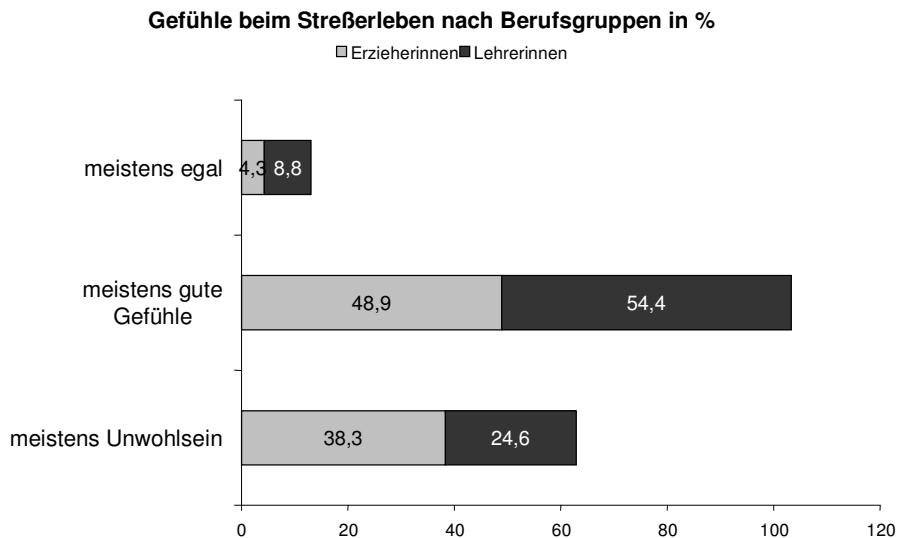
mit Stress und seinen Folgen individuell geprägt von der Persönlichkeit der Betroffenen und den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen, generalisierten Widerstandsquellen und einem mehr oder weniger ausgeprägten "sense of coherence" (vergl.: 1.3.1. Stressmodelle ) So kann die (der) eine Stress eher als Herausforderung erleben, eine andere eher als Bedrohung, einer dritten ist Stress eher gleichgültig (vergl.: Lazarus/Launier 1981). Entsprechend differenziert betrachten wir hier die Gefühle, die sich bei Einwirkung von Anforderungen ergeben. Die Frage zu diesem Zusammenhang lautet: "Was empfinden Sie dann (beim Stress)?"

Es wird gebeten zu den Antwortvorgaben: "Fühle mich meistens unwohl, habe Angst es nicht zu schaffen" und "meistens gehts mir gut, versuche alles zu meistern" sowie "ist mir egal, gehört dazu und "trifft nicht zu", Stellung zu nehmen.

Es zeigt sich, dass Stresseinwirkungen von Erzieherinnen differenziert empfunden werden und nicht etwa nur negativ im Sinne einer Bedrohung als Distress, sondern im Sinne einer Herausforderung (Eustress) überwiegend positiv bewertet wird. Bei den Erzieherinnen fühlt sich fast die Hälfte meistens gut und versucht alles zu schaffen. Gut ein Drittel von ihnen dagegen fühlt sich meist unwohl. Etwa die Hälfte der Lehrerinnen hatten meist gute Gefühle beim Stress und nur etwa ein Viertel von ihnen fühlt sich dabei meist unwohl. Gleichgültig gegenüber der Stresseinwirkung sind die wenigsten, allerdings die Lehrerinnen mit fast 10% sind es eher, als die Erzieherinnen, von denen es nur knapp 5% egal ist, wenn Stress, der ja dazugehört, auftritt. Grundsätzlich sind die, die positive Gefühle bei Stress angeben, in der Überzahl.

#### GRAFIK 9

Gefühle bei Stresseinwirkung nach Berufsgruppen in %



#### 2.6.6.1.3. Begründung des Stresserlebens

Doppelbelastung (Erzieherinnen über 50% und Lehrerinnen 40%) und Perfektionismus (Erzieherinnen 68% und Lehrerinnen 59%) gelten den Erzieherinnen wie den Lehrerinnen sehr häufig bzw. häufig als Ursache ihres erlebten Stresses. Stresserleben wegen mangelnder Unterstützung geben 43% der Erzieherinnen und nur 19% der Lehrerinnen (sehr) häufig an (s. Tabelle f im Anhang S.149)

Insgesamt gilt, dass Erzieherinnen häufiger Stress erleben, dass mehr von ihnen negative Gefühle damit verbinden, als es bei den Lehrerinnen der Fall ist, und dass sie in ihrer Ursachensuche sich häufiger den fünf vorgegebenen Ursachenfaktoren zuordnen können.

## 2.6.6.2. Burn-out

### 2.6.6.2.1. Häufigkeit von spezifischen Gefühlen

Den Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung werden zu diesem Komplex die folgende Frage gestellt:

"Wie häufig haben Sie die folgenden Gefühle bei ihrer Berufsarbeit"?

Müdigkeit, Niedergeschlagenheit, Glück, Überarbeitung, Hilflosigkeit, Unglück, Wertlosigkeit, Gleichgültigkeit, Einsamkeit, Optimismus, Ärger und Enttäuschung, Tatkraft, Zurückweisung, Gefühl, einen guten Tag zu haben, Gefühl, nicht verantwortlich zu sein.

Die Fragen beziehen sich auf negative, aber auch positive Gefühle bei der Berufsarbeit, die einer Untersuchung zu beruflichen Belastungsfolgen von Krankenschwestern entnommen sind (Oppolzer 2001:A21).

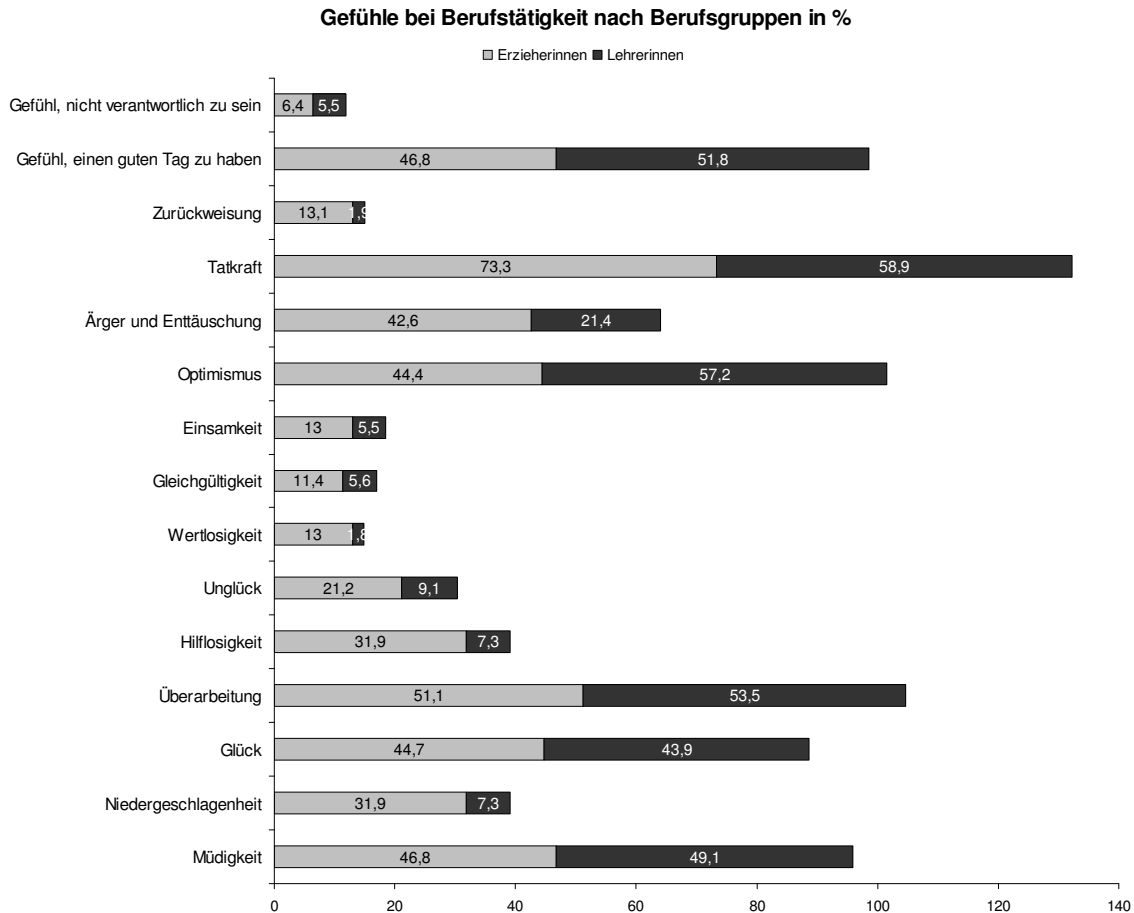
Die meisten der Erzieherinnen geben an, sehr häufig bzw. häufig Gefühle von Tatkraft (73%) einerseits und Überarbeitung (51%) andererseits zu haben. Am seltensten erleben sie Unglück und Einsamkeit. Müdigkeit und Überarbeitung werden ähnlich häufig erlebt, genauso wie das Gefühl einen "guten Tag" zu haben, Glück und Optimismus zu empfinden. Die Lehrerinnen weisen hinsichtlich der Häufigkeit des Erlebens bei "Tatkraft"(59%) und "Überarbeitung" (54%) die höchsten Werte auf. Damit haben gut die Hälfte Gefühle der "Tatkraft" und werden noch von den Erzieherinnen, die diese fast zu drei Viertel realisieren, überflügelt. Besonders bei den Erzieherinnen dieser Befragung scheint Engagement für einen im Prinzip zufrieden stellenden Beruf, mit der Realität hoher Arbeitsanforderungen in Konflikt zu geraten und sehr ambivalente Gefühle hervorzurufen. Dies zeigt sich auch darin, dass sie fast zur Hälfte angeben, häufig einen guten Tag zu haben und Glück zu erleben, obwohl sie sich fast genauso häufig müde, ärgerlich und enttäuscht fühlen.

Gefühle von Unglück werden im Lehrerinnenberuf von nur 9% der Frauen angegeben und gar nur 2% von Ihnen erlebt das Gefühl von Wertlosigkeit (sehr) häufig. Sehr niedrige Werte ergeben sich auch bei Zurückweisung, Einsamkeit und Gleichgültigkeit.

Deutliche Unterschiede ergeben sich zwischen Erzieherinnen und Lehrerinnen bei den Gefühlen, Hilflosigkeit und Niedergeschlagenheit sowie Ärger und Enttäuschung. Es ärgern sich doppelt so viele Erzieherinnen wie Lehrerinnen (sehr) häufig, und über dreimal so viele fühlen sich genauso häufig hilflos und niedergeschlagen. Auch das Gefühl der Wertlosigkeit, welches eher selten benannt wird, geben die beiden Berufsgruppen gravierend unterschiedlich an (13% der Erzieherinnen und nur 2% der Lehrerinnen).

## GRAFIK 10

Unterschiedliche Gefühle bei der Berufsarbeit nach Berufsgruppen in %



### 2.6.6.2.2. Gruppen unterschiedlicher Gefährdung

Da von Burn-out dann gesprochen wird, wenn viele dieser negativen Gefühle gleichzeitig und häufig, dagegen die positiven Gefühle selten erlebt werden, werden die Aussagen dazu fallweise geprüft. Zu diesem Zweck werden die Mittelwerte der Ausprägungen (sehr häufig, häufig, manchmal usw.) für alle Burn-out-Variablen (Ärger, Einsamkeit, Glück usw.) pro Fall ermittelt und zu vier, wie folgt bewerteten Gruppen zusammengefasst:

Gruppe 1 (eher positive Gefühlslage):  
Mittelwerte von 2,5 bis < 3,0

Gruppe 2 (mittlere Gefühlslage):  
Mittelwerte von 3,0 bis < 3,5

Gruppe 3 (eher negative Gefühlslage):  
Mittelwerte von 3,5 bis < 4,0

Gruppe 4: (negative Gefühlslage):

Mittelwerte von 4,0 und höher

Eher häufig positive Gefühle und eher selten negative Gefühle in Bezug auf ihre Tätigkeiten, hat nur eine relativ kleine Gruppe (5,6%) der befragten Frauen.

Der überwiegende Teil der Frauen (40,8%) gibt eine mittlere Gefühlslage mit ähnlich häufigen positiven und negativen Gefühlen an. Dies lässt sich auch an den ähnlichen Häufigkeiten in Hinblick auf negative Gefühle wie Überarbeitung, Müdigkeit und auch Ärger und Enttäuschung auf der einen Seite und positiven Gefühlen wie häufig einen guten Tag zu haben, sich tatkräftig fühlen, optimistisch zu sein und sich glücklich zu fühlen verdeutlichen, wie Erzieherinnen und Lehrerinnen auf die Frage nach den unterschiedlich erlebten Gefühlslagen, angeben (s. Kap. 2.6.2.2.1.).

Eine Tendenz zu eher negativem Gefühlsspektrum weisen fast 40% (39,4%) auf.

Selten positive Gefühle und häufig negative Gefühle zu haben, gibt etwa jede siebte der befragten Frauen an, die damit im Sinne obiger Definition Gefahr laufen, ein Burn-out-Syndrom zu entwickeln.

## **2.7. Zusammenfassung und Resümee**

Auf der Basis der Interviews lässt sich, die in den vorangehenden Untersuchungen festgestellte hohe Belastung von berufstätigen Frauen (vergl.: Kap.1.5 und 1.6.) auch für die Erzieherinnen und Lehrerinnen dieser Befragung bestätigen. Dabei ist das Spektrum der unterschiedlichen Belastungsfaktoren differenziert, weist Übereinstimmung mit anderen Untersuchungen (vergl.: Raehlmann u.a. 1991, Paetzold 1996 usw.) auf und teilweise darüber hinaus.

Aus den Antworten der Interviewpartnerinnen und der Teilnehmerinnen der schriftlichen Befragung zur erlebten Belastungshäufigkeit wird deutlich, dass es erhebliche Unterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen gibt. Bei den Erzieherinnen der Befragung weisen die Schichtfaktoren Allgemein- und Berufsausbildung sowie Einkommen auf eine niedrigere Schichtzugehörigkeit hin, die mit nachgewiesenermaßen höherer Belastungsempfindung und schlechterem Gesundheitszustand einhergehen. (vergl. Borchert, Collatz 1994, Klesse u.a.1991 usw.)

Hohe Berufsbelastung und nahezu alleinige Zuständigkeiten für Haus- und Familienarbeit bei beiden Berufsgruppen führen bei den Teilnehmerinnen an der Interviewbefragung dennoch nicht zu Resignation, Wut oder Verzweiflung. Zwar finden sich einerseits Anzeichen für ein drohendes Burn-out, es werden auch in zwei Fällen entsprechende Konsequenzen gezogen, es lässt sich aber andererseits auch eine hohe Berufsorientierung feststellen. Berufstätigkeit würde trotz hoher Belastung nicht aufgegeben, sie gehört nach ihren Aussagen zu ihrem "Bild einer Frau". Auch wird immer wieder vom Erzieherinnen- und Lehrerinnenberuf als "Traumberuf" gesprochen. Die Hausarbeit wird eher "Zähne knirschend" erledigt, Versuche, partnerschaftliche Teilhabe durchzusetzen, werden oft nach Jahren zähen Ringens aufgegeben, häufig auf Kosten von Erholungszeiten und tiefer Unzufriedenheit, da gelebte Praxis im Widerspruch zum theoretischen Verständnis über Zuständigkeiten für gemeinsame außerberufliche Arbeiten steht. Die Tatsache der "Doppelaufgabe", Berufsarbeit hier und Haus- und Familienarbeit dort, wird eher als Bereicherung angesehen. Häufig wird angegeben, dass sich die unterschiedlichen Tätigkeiten wechselseitig entlasten. Zeiten für Erholung und Regeneration sind ein knappes Gut und wird nach Angaben einer Lehrerin durch Nichtbeachtung der privaten Zeit durch Eltern noch weiter eingeschränkt. Trotz erlebter Mängel und Belastungen kann nach ihren Aussagen von einer hohen Lebenszufriedenheit im Allgemeinen ausgegangen werden.

Die Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung bestätigen die Ergebnisse der Interviews zu großen Teilen. Auch hier lässt sich zunächst feststellen, dass eine weitaus größere Anzahl Erzieherinnen als Lehrerinnen die Belastungsfaktoren der fünf Gruppen:

- zeitliche Belastung,
- Belastung durch Konflikte,
- Belastung aus Arbeitsorganisation und aus Arbeitsinhalten



- Belastung der Arbeitsumgebung
- und Belastung durch persönlichen Anspruch.

mit sehr häufig, bzw. mit häufig bewerten. Geht man davon aus, dass sich Belastungsquantitäten, etwa die Dauer der Berufsarbeitszeit und Zeiten für Regeneration und Erholung beider Berufsgruppen nicht annähernd unterscheiden, lässt sich vermuten, dass Gründe für die unterschiedlichen Belastungsniveaus eher bei den qualitativen Berufsbedingungen von Erzieherinnen und Lehrerinnen dieser Befragung zu vermuten sind.

Fast sechs mal mehr Erzieherinnen als Lehrerinnen geben an unter Reibereien in der Familie im Beruf belastet zu werden, ähnlich große Unterschiede gibt es bei Unklarheiten über Zuständigkeiten (fast fünf mal so viele Erzieherinnen) und bei Unterbewertung der Leistung durch Vorgesetzte (vier mal so viele Erzieherinnen). Belastende Konflikte mit schwierigen Kindern geben beide Berufsgruppen ähnlich häufig an (etwa jede Zweite).

Ihr Ressourcenpotential im Hinblick auf die Bewältigung von Arbeitsbelastung ist hier von Bedeutung. Die höherwertige Berufsposition der Lehrerinnen und in deren Folge u.a. deren finanzielle Bewertung sowie von Seiten der Erzieherinnen die mangelnde soziale Anerkennung durch Unterbewertung ihrer Leistung durch Kindeseltern und Vorgesetzte, sowie geringere Qualifikationsmöglichkeiten, scheinen hier zum Belastungsunterschied beizutragen.

Auch hinsichtlich des Umfangs der außerberuflichen Tätigkeiten lassen sich keine gravierenden Unterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen feststellen, grundsätzlich gilt, dass die Zuständigkeit für die Hausarbeit weitgehend auf den Schultern der Frauen liegt, deren Partner zu geringeren Beteiligungen bereit und in der Lage sind. Etwas im Vorteil sind hier die Lehrerinnen. Immerhin teilt sich gut ein Viertel von ihnen die Hausarbeit mit ihrem Partner und etwa ebenso viele von ihnen erhalten von ihren Kindern kleine Hilfen (Hausarbeitsbeteiligung nach eigener Schätzung unter 10%). Allgemein erhalten die Erzieherinnen von ihren Kindern etwas mehr Hilfe als die Lehrerinnen.

Sexuelle Belästigung erfahren Erzieherinnen wie Lehrerinnen in ihrem Berufsleben gegenüber den Untersuchungen dazu im öffentlichen Dienst (vergl. Kap 1.5.3.2.2.: Scheble/Domsch 1989) ungewöhnlich selten, dagegen gehört Mobbing zu einer häufigen Erfahrung, die sie am eigenem Leib erfahren. Häufig haben sie auch Kenntnis darüber, dass Kolleginnen "gemobbt" werden oder wurden.

Theorie und Praxis über Zuständigkeiten im Arbeitsbereich Haus- und Familienarbeit stehen in einem krassen Widerspruch zueinander. Fast alle sind davon überzeugt, dass Hausarbeit keine Frauensache allein sei, tatsächlich liegen anfallenden Arbeiten sowie die Verantwortung dafür weitgehend in ihren Händen. Hinsichtlich der unterschiedlichen Qualität ihrer beiden Hauptaufgabenbereiche geben die Teilnehmerinnen im Gegensatz zu den Interviewpartnerinnen an, dass sie sie häufig belastet. Sie geben an, dass differenzierte Anforderungen, im Beruf eher zielorientierte, zeitstrukturierte, kontrollierte Aufgabenbewältigung versus im "privaten" Bereich eher bedarfsorientierte emotionale Zuwendungsarbeit mit weitgehender Eigenkontrolle, einer Zerreißprobe gleichkommt. Zeiten für Erholung und Regeneration bleibt den weitaus meisten von ihnen zu wenig.

Stressdauer und die Gefühle, die bei Auftreten von Stress, empfunden werden, unterscheiden sich entsprechend der unterschiedlich gravierend empfunden Belastungen zwischen den beiden Berufsgruppen. Für deutlich mehr Erzieherinnen, nämlich für über die Hälfte von ihnen gegenüber gut einem Drittel der Lehrerinnen, ist Stress ein Dauerzustand und deutlich mehr Erzieherinnen (38%) als Lehrerinnen (25%) fühlen sich dabei unwohl. Im Ganzen gesehen, sind die damit verbundenen Gefühle allerdings, sowohl bei den Erzieherinnen als auch bei den Lehrerinnen, häufiger positiv als negativ.

Ein positiv erlebter Stress wird in der Arbeitswissenschaft als hohe Anforderung betrachtet, die in Abhängigkeit von Ressourcen nicht zu Überforderung geführt hat. Erst mit der Überforderung tritt ein Zustand anhaltender, ängstlicher Erregtheit ein, der charakteristisch für Stress ist und mit gesundheitsbeeinträchtigenden Folgen einhergeht (vergl. Oppolzer 1993:126ff). Eine Beeinträchtigung des Wohlbefindens tritt dann auch nicht bei einer entsprechenden Anzahl von Frauen auf, die Stress als Dauerzustand

angeben, sondern nur bei etwa jeden dritten Erzieherin und jeder vierten Lehrerin. Ein anderes Erklärungsmodell für die unterschiedliche Wirkungsweise von Stress auf den menschlichen Organismus teilt Stress in Distress und Eustress ein, wobei nur Distress unerwünschte Folgen hat und zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt (Selye 1981:163ff).

Die Gründe für ihr Stresserleben entdecken Erzieherinnen wie Lehrerinnen vor allem bei sich selbst, sie schreiben den, von ihnen empfundene Stress, ihrem eigenen Anspruch und ihrem persönlichen Perfektionismus zu, dem potentielle HelferInnen dann, wie aus den Angabe im Interview ersichtlich, nicht genügen können. Daneben sind Zeitdruck und Konflikte im Beruf und in der Familie von großer Bedeutung für ihr Stresserleben. Erzieherinnen ordnen sich allen erhobenen Gründen häufiger zu als es die Lehrerinnen tun, gravierend ist der Unterschied zwischen beiden Berufsgruppen hinsichtlich des Faktors Konflikte im Beruf und in der Familie, den nahezu doppelt so viele von ihnen häufig als Ursache für ihren Stress ansehen. Auch hinsichtlich von mangelnder Unterstützung geben sehr viel mehr Erzieherinnen an, sich häufig belastet zu fühlen.

(Dauer) Stress wird bei vielen als nicht negativ beurteilt und kann ein Grund dafür sein, dass sich die meisten von ihnen, vor allem die Lehrerinnen der Befragung, es nicht vorstellen können, ihren Beruf deswegen aufzugeben. Für ein Viertel der Erzieherinnen allerdings wäre die Berufsaufgabe als Lösung vorstellbar. Auch würde ein hoher Anteil von ihnen dies gern manchmal in die Tat umsetzen. Diese Wünsche könnten dann dazu beitragen, dass die statistisch nachgewiesene hohe Fluktuation im Erzieherinnenberuf (vergl.: Krüger 1991: s. Kap. 1.2.3) sich weiter verstetigt.

Das überwiegend als positiv eingeschätzte Stresserleben weist m.E. schon auf eher positive Ergebnisse hinsichtlich der Berufs- bzw. allgemeinen Lebenszufriedenheit hin. Dabei ist die Berufszufriedenheit der Erzieherinnen erwartungsgemäß geringer als die, der Lehrerinnen, ist aber dennoch höher als es vielfältige Belastungen, wie Zeitdruck, organisatorische Probleme, Kommunikationsstörungen, mangelnde Anerkennung usw. sowie ihrer Wünsche hinsichtlich einer Berufsaufgabe vermuten lassen. Obwohl Gefühle, wie sie für Burn-out typisch sind, von ihnen häufig erlebt werden, besonders Gefühle von Überarbeitung, Müdigkeit und Ärger und Enttäuschung werden hier genannt, geben fast drei Viertel der Erzieherinnen dennoch an, sich tatkräftig zu fühlen und knapp die Hälfte von ihnen haben (sehr)häufig das Gefühl einen "guten Tag" zu erleben, optimistisch zu sein und Glücksgefühle zu haben. Auch die Lehrerinnen haben ähnlich häufig diese positiven Gefühle. Erreichen einzelne Faktoren des Gefühlsspektrums auch bei vielen der Lehrerinnen und Erzieherinnen positive Zustimmung, kann nach vorliegender Definition, nach der fallweise Prüfung aller negativen und positiven Gefühle, für etwa 14% der befragten Frauen ein drohendes Burn-out-Syndrom nicht ausgeschlossen werden.

### 3. GESUNDHEIT

Die vorliegenden Ergebnisse zum Belastungs- und Beanspruchungszusammenhang weisen darauf hin, dass sich Erzieherinnen und Lehrerinnen durch vielfältige Aufgaben, die sie im Interesse ihrer eigenen Ziele und Pläne, häufig aber auch im Interesse ihrer Familien erfüllen müssen, alltäglich herausgefordert sehen. Dieser Leistungsaufwand alles immer wieder "unter einen Hut" zu kriegen führt, so wird hier vermutet, zu Stress und zwar zu Distress, der durch unerwünschte Folgen gekennzeichnet ist. Lange andauernde Distresserfahrung wiederum führt, nach den Erkenntnissen der Stressforschung, zu physischen und psychischen Gesundheitsstörungen.

#### 3.1. Begriffsbestimmung

Das Ziel folgender Erhebung ist es, Informationen über die Gesundheit von Erzieherinnen und Lehrerinnen zu sammeln. Dabei wird hier davon ausgegangen, dass ihre Lebensbedingungen mit darüber entscheiden, inwieweit Gesundheit erhalten und wiederhergestellt werden kann. Zu diesen Lebensbedingungen zählen ihre Arbeitsbedingungen

im Beruf und im außerberuflichen Bereich. Diese dort anfallenden vielfältigen Aufgaben stellen in ihrer Summe und Qualität ein hohes Belastungspotential dar. Dabei sind in der Folge Gesundheitsstörungen nicht nur auf objektive Belastungen zurückzuführen, sondern sind abhängig von dem persönlichen Umgang der Frauen mit auftretenden Belastungen und Beanspruchungen. Dieser Umgang wird entscheidend mitgeprägt von ihrer subjektiven Auffassung von Gesundheit, wobei, wie wir auch hier sehen werden, Gesundheit keineswegs nur bedeutet, dass Krankheiten fehlen!

Für 90% der 4000 Frauen, die an einer Umfrage der Schering AG teilnahmen, ist es die Gesundheit, die wirklich wichtig im Leben ist. (Arbeitskreis Frauen - Gesundheit - Stadtentwicklung in der Gesundheitsförderungskonferenz- Gesündere Zukunft für Hamburg- 1993: 7). Sie erhält damit einen eindeutig hohen Stellenwert. Was aber Gesundheit für den einzelnen Menschen ist, erfährt keineswegs so große Übereinstimmung. Der Begriff Gesundheit fand früher eine andere Deutung als heute, erfährt nicht nur historisch, auch kulturell wandelnde Begrifflichkeit, unterscheidet sich je nachdem, ob Frauen oder Männer, Alte oder Junge, Arme oder Reiche, Kranke und Gesunde usw. dazu Stellung nehmen. Sich auf eine Definition zu einigen, um dann einen Maßstab für Gesundheit entwickeln zu können, ist schwierig und abhängig davon, welche Auffassung von Gesundheit heute vertreten wird.

War Gesundheit ehemals Gnade oder Schicksal (vergl. Göckenjahn 1992;42) wurde sie im Laufe der Zeit eher als Vermeidung von Risikoverhalten in die individuelle Verantwortung der Einzelnen gelegt, um heute, u.a. in den sozialwissenschaftlich orientierten Konzepten, in den gesellschaftlichen Rahmen der Lebens- und Arbeitsbedingungen gestellt zu werden. Gesundheitliche Risikofaktoren, die aus individuellem Verhalten resultieren, stellen nur eine von vielen Ursachen von Gesundheitsstörung dar und sind häufig Folge von sozialen Verhältnissen in denen Menschen leben. Risikofaktoren allein können nach Ergebnissen empirischer Untersuchungen nicht in jedem Fall vorhersagen, ob ein Mensch erkrankt. Zu den in verschiedenen Studien nachgewiesenen Risikofaktoren für Herz- Kreislauferkrankungen gehören Hypercholesterinämie, Rauchen, Bluthochdruck. Treten diese Faktoren bei einem Menschen auf, ist die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung höher, als wenn diese Faktoren nicht auftreten (vergl.: Pflanz 1973) Allerdings lassen sich über die Hälfte der koronaren Herzerkrankungen (59%) auf der Basis der klassischen somatischen Risikofaktoren nicht erklären (Siegrist 1984). Diese Erkenntnis u.a. ließ Zweifel an der Vorherrschaft von Risikofaktoren im Krankheitsursachengeflecht aufkommen und führte dazu, dass nach anderen Verursachern gefahndet wurde. Auch wurde nunmehr die Aufmerksamkeit darauf gerichtet, Krankheiten gar nicht erst entstehen zu lassen, indem ein deutlicheres Gewicht auf die Erhaltung von Gesundheit und deren Bedingungen gelegt wurde.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO versteht Gesundheit ausdrücklich nicht nur als Fehlen von Krankheiten und das Schweigen der Organe, sondern als einen "Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens". Obwohl angreifbar, aufgrund ihres statischen Charakters, weist diese Definition doch über die bis dahin herrschende Überzeugung hinaus, Gesundheit ließe sich allein durch Behebung von funktionalen und strukturellen körperlichen, zuweilen auch seelischen Defekten mit Hilfe von medizinisch ausgebildetem Fachpersonal, wiederherstellen.

Nach Auffassung der Weltgesundheitsorganisation wird soziales Wohlbefinden in den sozialen Lebensbedingungen der Menschen, an ihrem Arbeitsplatz, in der Familie, im Wohnumfeld erzeugt bzw. geht dort verloren. Damit sind die sozialen Orte und die soziale Verantwortlichkeit der Gesundheit benannt und rufen persönliche und gesellschaftliche Maßnahmen zu einer ganzheitlichen Förderung von Gesundheit auf den Plan, die miteinander in Einklang zu bringen sein werden. Wissenschaftspraktisch wird diese Auffassung u.a. in Forschungsarbeiten auf der Grundlage von Lebensweisenkonzepten, Life-events-Forschung, Bewältigungsmodellen umgesetzt.

Auch Frauen fassen nicht nur negativ verkürzend Gesundheit als Fehlen von Krankheit auf, sondern benennen, wie Herzlich schon in den siebziger Jahren in ihrer Befragung von Frauen der städtischen Mittelschicht ermitteln konnte, ergänzend die Dimensionen: "Widerstandsfähigkeit" und "Stärke" sowie Gesundheit als "Gleichgewichtserfahrung"

(Herzlich 1973).

Darüber hinaus fanden sich in späteren Untersuchungen über das Gesundheitsverständnis von Frauen u.a. "Leistungsfähigkeit" und "Rollenerfüllung" bezogen auf Erwerbsarbeit und besonders auf Familienarbeit, auch "Beschwerdefreiheit" und "Wohlbefinden" (Franke 1989), sowie "gesunde Verhaltensweisen"(gesundes Essen, nicht Rauchen), "keine Schmerzen" haben, "frei sein von Stress", "Zufriedenheit", "Ausgeglichenheit" im beruflichen und familiären Bereich, und "Harmonie" im sozialen Umfeld (Klesse u.a. 1992:181).

In einer eigenen Befragung zum Gesundheitsbegriff nannten Frauen, die als Altenpflegerinnen tätig sind, Eigenschaften und Handlungspotentiale wie Selbstbewusstsein, Zufriedenheit, Kontaktfähigkeit, Optimismus und Vitalität. (Bonitamm: AWO-Kurs 1995)

Eng verknüpft mit dem Gesundheitsverständnis ist das Gesundheitshandeln. Klesse u.a. fanden bei eher gesunden Frauen, Strategien Schwierigkeiten zu begrenzen, wie Überforderungen vermeiden durch aktive Veränderung der Situation, Strategien Handlungsfähigkeit herzustellen durch Aufbauen von sozialen Netzwerken und Qualifizierung sowie Strategien emotionale Kontrolle zu erhalten durch Aushalten und Integrieren von Widersprüchen und Ambivalenzen. Ansprüche von anderen konnten erfüllt werden indem nacheinander geplant und ev. auch Aufgaben reduziert wurden. Bei den eher gesundheitlich beeinträchtigten Frauen fanden sich gehäufte Handlungen wie Verharren in unerträglichen Situationen, unüberlegte Entscheidungswahl, Isolierung und überfordernde Wunscherfüllung. (Klesse 1992:71ff)

Die Frauengesundheitsforschung folgte nun schon früh der Auffassung, dass es die sozialstrukturellen Lebensbedingungen und die daraus entstehenden subjektiven Bewältigungsmuster sind, die darüber entscheiden, ob Menschen gesund sein können. Durch eine solche Sichtweise treten, neben den somatischen Risikofaktoren, die sozial bedingten Risikofaktoren wie Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Umgang mit Medikamenten und Drogen und ihre verursachenden Verhältnisse z.B. die belastenden Bedingungen des Arbeitsplatzes, Doppelbelastung usw., in den Vordergrund (Schneider 1981). Diese Auffassung wurde zur Grundlage empirischer Untersuchungen über belastende Arbeitsplatzbedingungen (z.B. Demmer/Küpper 1984, Becker-Schmidt 1984, Raehlmann 1991) über Mutterschaft und Berufstätigkeit (Paetzold 1996; Brüderl 1996 ) über die Gesundheit von Müttern (Collatz 1994), über das Gesundheitshandeln von Frauen in Abhängigkeit von ihrer Schichtzugehörigkeit (Klesse u.a.1992:46) usw.

Schwierigkeiten in der Erforschung von Gesundheit, so stellt Kickbusch fest, bestehen, trotz einiger aufschlussreicher empirischer Ergebnisse darin, dass das, was Gesundheit herstellt, in der Banalität des Alltags verankert und einem einfachen erforschenden Zugriff entzogen ist, da sich einfache Kausalitäten zwischen Ursache und Wirkung nur schwer finden lassen (Kickbusch 1993:11). Um dieses komplexe Konstrukt Gesundheit und seine erhaltenden oder wiederherstellenden Bedingungen zu ergründen, bedarf es daher der Zusammenarbeit vieler verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen.

Angesichts eines sich wandelnden Spektrums dominierender Krankheiten der Bevölkerung, wie es in den letzten Jahrzehnten beobachtet werden konnte, fordert die Gesundheitswissenschaft eine Zusammenarbeit verschiedener wissenschaftlicher Teildisziplinen mit dem Ziel, Modelle zu entwickeln, die sich von denen der biomedizinischen Modelle unterscheiden. Hauptkritikpunkte am biomedizinischen Modell sind die Ausblendung psychischer und sozialer Dimensionen sowie die von Umwelt- und Verhaltensaspekten, die Präferenz der Kuration und die Vernachlässigung der Prävention sowie der Pflege und Rehabilitation in der Bekämpfung von Krankheiten.

Unser heutiges Krankheitsspektrum wird von chronischen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, der Atmungs- und Verdauungsorgane, der Haut und von bösartigen Neubildungen dominiert. Sie nehmen früh in der Lebensgeschichte eines Menschen ihren Ausgangspunkt und sind, einmal ausgebrochen, nur selten heilbar. Ihre Entstehungsbedingungen sind lang andauernde Überlastungen von körperlichen, psychischen und sozialen Anpassungs- und Regelungskapazitäten, die wiederum durch

personale, soziale, ökologische und somatische Einflüsse im Zeitverlauf entstehen und die untereinander in komplexer Beziehung zueinander stehen. Aus dieser multifaktoriellen Analyse und den lang andauernden Entstehungsprozessen des Krankheitsgeschehens resultieren tief greifende Konsequenzen für dessen Bekämpfung. So erhält die Verhinderung von Krankheiten, indem Maßnahmen zur Vorbeugung ergriffen werden, gegenüber der Kuration einen erhöhten Stellenwert und sollte mit den entsprechenden finanziellen und personellen Ressourcen ausgestattet werden.

In Abkehr von streng untereinander abgegrenzten Fachdisziplinen, die sich ebenfalls abgegrenzter Gegenstände bemächtigen, fordert die Gesundheitswissenschaft eine Zusammenschau der einzelnen (vereinzelt) Wissenschaftsdisziplinen, die sich im weitesten Sinne mit der Befindlichkeit von Menschen auseinandersetzen. Sie greift dabei auf eine Gesundheitsdefinition, wie sie vor allem in sozialmedizinischen Bereichen der Forschung entwickelt wurden, zurück (vergl. Hurrelmann/Laaser 1993).

Der Mediziner Engel definiert in diesem Sinne Gesundheit als die Anpassungsfähigkeit eines Menschen an körperliche, seelische und soziale Belastungen. Ein Mensch ist demnach gesund, wenn er erfolgreich in der Lage ist, sich seiner Umgebung anzupassen und dabei frei von "ungebührlicher" Spannung bleibt und wenn er zu Wachstum, Entwicklung und Aktivität in integrierter und wirksamer Form fähig ist. Dies ist ein aktiver und dynamischer Prozess, der in einer sich ständig wandelnden Umwelt verläuft. Es besteht ein Bedürfnis nach Einfügung und Anpassung. Wird das dynamische Gleichgewicht gestört, so kann von einem Krankheitszustand solange gesprochen werden, bis sich erneut ein Gleichgewicht einstellt. (Engel 1976:283)

Aus diesem Gleichgewichtsmodell ergibt sich hinsichtlich der Verursachung ein multifaktorieller Ansatz (s.a. Stressforschung, Levi 1981:188) sowie eine Aufhebung scharfer Trennlinien zwischen Krankheit und Gesundheit. Krankheit und Gesundheit befinden sich in einem ständigen Prozess (s.a. Nitsch 1981:29ff); dies entspricht einem Gesundheits- Krankheitskontinuum, so wie wir es aus der entwickelten Stressforschung kennen (z.B. Antonovsky 1979).

Eine solche Sichtweise erlaubt es den Gesundheitswissenschaften, "den Blick auf die somatischen, psychischen, sozialen und ökologischen Bedingungen der Gesunderhaltung und der Vermeidung von Krankheit zu richten." Und weiter. „Ihre zentralen Fragen sind, unter welchen Bedingungen Menschen gesund bleiben, wie sich Auftretungshäufigkeiten von Krankheiten zurückdrängen lassen und welche Möglichkeiten es gibt, diese Bedingungen für möglichst viele Menschen herzustellen" (Hurrelmann/Laaser 1993:9).

Die Auffassung, nach der Gesundheit gelungene Anpassung des Individuums an stresserzeugende Umweltherausforderung, ist, findet ihre entscheidenden Voraussetzungen in den Ergebnissen der Stressforschung. Das Bewältigungsgeschehen nach dem Stressmodell, zu dessen Entwicklung neben Physiologen (z. B. Selye 1981) zunehmend auch Psychologen und Soziologen beitragen, besteht zusammengefasst aus psychosozialen Gesundheitsrisiken einerseits, wie Arbeitsbedingungen, Zeitnot, Anspruchsverhalten usw., also potentiell schädigenden externen oder internen Konflikten, Zwängen oder Herausforderungen und Gesundheitspotentialen andererseits, wie Qualifikation, Handlungsspielraum, soziale Unterstützung d.h. gesundheitsfördernden, externen und internen Ressourcen. Während die medizinische Praxis sich auf Eingriffe in den menschlichen Organismus im wesentlichen beschränkt, entdeckt die medizinische Wissenschaft mehr und mehr Einflüsse, die aus dem menschlichen Geist auf dessen Organismus einwirken, wobei den Gefühlen eine entscheidende Rolle zukommt. Hier hat die Stressforschung Pionierarbeit geleistet, für sie wird der Mensch mit angeborenen, sowie erlernten Fähigkeiten ausgestattet, die ihn befähigen, mit für das Leben typischen Problemen umzugehen. Sozialer Wandel und Veränderung des Lebenslaufs sorgen dafür, dass sich sowohl Probleme und Risiken, als auch persönliche und soziale Ressourcen wandeln. Probleme und Risikobewältigung erfolgen auf der Ebene des Bewusstseins, der Gefühle, der Physiologie und des Verhaltens in der Gemeinschaft mit anderen, unterstützt durch sie oder allein auf sich gestellt. Herausforderung und Risiken unserer Gesellschaft erfordern vor allem Fähigkeiten zur kognitiven, emotionalen und

kommunikativen Situationsbewältigung. Aus dieser Sicht ergibt sich ein Gesundheitsverständnis, das Gesundheit als Kompetenz oder Befähigung zur Problemlösung und Gefühlsregulierung ansieht und das davon ausgeht, dass durch ein positives Selbstbild seelisches und somatisches Befinden erhalten oder wiederhergestellt werden kann (Badura 1993:76).

Wie eine salutogenetische Wirkung erzeugt wird, ist letztlich nicht geklärt, vermutet wird, dass erfolgreiche Bewältigung z.B. durch ein entsprechendes Gesundheitsverhalten wirkt. Entscheidend an dieser Vorstellung von Gesundheit bzw. Krankheit als Bewältigungs-Modell ist, dass die Sicht des Subjekts, seine biographische Entwicklung, seine individuellen und gesellschaftlichen Lebensbedingungen, die bestimmtes Gesundheitsverhalten hervorrufen und erforderlich machen, in den Vordergrund gestellt wird. Gesundheitsverhalten sowie Gesundheitshandeln hängen im entscheidenden Maße von dem zugrunde liegenden Gesundheitsverständnis ab. Auch dieses wiederum, entwickelt in den je spezifischen Lebensbedingungen des Menschen als Resultat seiner Lebensweisen, ist potentiell weiter entwickelbar und veränderbar.

Faltermaier geht über diese Erklärungsmodelle hinaus, er ordnet dem Subjekt ein Gesundheitshandeln zu, das aktiv darauf ausgerichtet ist etwas für Gesundheit zu tun und nicht nur im Sinne von Bewältigung erst dann realisiert zu werden, wenn gesundheitsstörende Bedingungen entstanden sind. Darüber hinaus unterstellt er, dass der salutogenetische Prozess auch unabhängig von der Bewältigung von Spannungszuständen wirkt und das dieses Handeln geleitet wird, von einem Gesundheitsbewusstsein, das ein Komplex von kognitiven und emotionalen Bedingungen im Subjekt ist. Nach seiner Auffassung wird im Modell der Salutogenese das Motiv, dass Menschen selbst einen Beitrag zu ihrer Gesundheit leisten wollen, unterschätzt und er schlägt deshalb vor, das Gesundheitshandeln um diesen "aktiven und relativ bewussten Pfad" zu erweitern. In seiner eigenen Untersuchung versucht er diese Gesundheitsaktivitäten nachzuweisen. Es lassen sich gesundheitsverhindernde bzw. -erhaltende Aktivitäten, die von gesundheitlich sehr riskanter Lebensweise über wenige Aktivitäten bis hin zu umfassender gesunder Lebensweise feststellen. Dazu gehören medizinische Vorsorgemaßnahmen, Risikofaktorenvermeidung, sportliche Maßnahmen, Ernährung, auch Vorsorgemaßnahmen in der Arbeitswelt und ökologisch orientiertes Gesundheitshandeln. Eine Prognose, die es erlaubt über ein bestimmtes Gesundheitsbewusstsein das aktive Gesundheitshandeln abzuleiten, lassen die Ergebnisse aber nicht zu, denn, so Faltermaiers Begründung selbst, steht das Gesundheitshandeln über diese präventiven Aktionen hinaus, in einem sozialen Kontext, der aufgrund von Handlungsprioritäten, Normen, Rollenzuweisungen (z.B. geschlechtsspezifische Arbeitsteilung) und moralischen Vorgaben der Einschätzungen einen entscheidenden Einfluss (Faltermaier 1994:299). Es wird der Auffassung gefolgt, dass sich zur Erklärung der Faktor: "Aktive Gesundheitsvorsorge" allein als Indikator für Gesundheit nicht einsetzen lässt. Er wird hier im Zusammenhang mit der Erhebung von Gesundheitsbeschwerden und subjektiver Gesundheitsauffassung Verwendung finden.

### **3.2. Indikatoren für Gesundheit und Krankheit von Frauen**

Auf der forschungspraktischen, statistischen Ebene bedarf es nun, will man Aussagen darüber treffen, wer gesund oder krank mit allen seinen Abstufungen ist, eines Maßstabs, der einer empirischen Nachprüfbarkeit zugänglich ist. Lange herrschte ein Gesundheitsverständnis vor, das allein den Todeszeitpunkt und seine Ursache, sowie die Anzahl und Qualität diagnostizierter Krankheiten in einem gewählten Zeitraum, weil sie einer quantifizierenden objektivierbaren Messung zugänglich erschienen, als Indikatoren für Gesundheit anerkannte. Diesem Ansatz wurde kritisch entgegengehalten, dass ein später Tod nicht immer die Folge von Gesundheit im Leben und im Umkehrschluss, unmittelbar einleuchtend bei der Todesursache Unfall, ein früher Tod nicht immer Folge von ungesunder Lebensweise sei. Weiter wurde festgestellt, dass eine hohe Anzahl diagnostizierter Krankheiten nicht ausschließt, dass sich Menschen gesund fühlen und andererseits sich andere krank fühlen, auch wenn sich nur eine geringe Anzahl von

Krankheiten feststellen lässt.

Diese Praxis wurde dann ergänzt durch die Erfassung der Gesundheitseinschätzung des betroffenen Menschen und gestaltet sich derzeit so, dass die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands als Indikator für Gesundheit mehr und mehr in den Mittelpunkt der Forschung rückt. Die Relevanz der eigenen Gesundheitseinschätzung wird auch schon mit der Alltagserfahrung begründbar, dass das, was Menschen als belastend empfinden, praktische Konsequenzen nach sich zieht, wer sich belastet fühlt, ist belastet und beansprucht als Folge.

### 3.2.1. Mortalität und Morbidität

Dem subjektorientierten Ansatz voraus und teilweise auch heute noch mit ihm einher geht die Auffassung, dass der Todeszeitpunkt und die Anzahl und Intensität diagnostizierter Krankheiten als klassische Indikatoren ausreichen. Diese Überzeugung basiert auf der Annahme, dass in Zeitpunkt und diagnostizierter Ursache des Todes, in die Mortalität also eines jeden Menschen, seine individuellen Risiken und Chancen, die Leben verlängern oder verkürzen können, eingehen (vergl.: Stadtdiagnose 1992:77)

Statistischen Untersuchungsergebnissen zufolge beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung einer 1987 geborenen Hamburgerin 77,0 Jahre und liegt damit um knapp 7 Jahre über der, eines männlichen Hamburger Neugeborenen (70,3Jahre) (Stadtdiagnose 1992:83) Die um durchschnittlich 7 Jahre erhöhte Lebenserwartung von Frauen, die bundesweit und in ähnlichem Maße in vielen westeuropäischen Ländern (durchschnittlich 6 Jahre)(EU: KOM(97) 224 endg.) gilt, ist u.a. auf die überproportionale Frühsterblichkeit von Männern an Herzinfarkt, Lungenkrebs und unnatürlicher Todesursachen wie Unfälle und Suizid zurückzuführen. Als Ursache für diesen frühen Todeszeitpunkt gelten neben verhaltensbedingten Risiken, wie Rauchen und Alkohol, ein insgesamt riskanterer Lebensstil sowie berufsspezifische Belastungen.

Die höhere Lebenserwartung von Frauen basiert epidemiologischer Forschung zufolge, auf hormonellen Faktoren, die Frauen bis zum Eintritt der Wechseljahre davor bewahren, einem Herzinfarkt zu erliegen und damit die Frühsterblichkeit im Gegensatz zu Männern verringert ist (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit 1989).

### 3.2.2. Soziale Lage

Bei einer Betrachtung der Untersuchungsergebnisse, die auf den Todeszeitpunkt und auf Krankheiten reduziert sind, ergeben sich bemerkenswerte soziale Unterschiede. So muss zahlreichen Untersuchungen zufolge ein früherer oder späterer Todeszeitpunkt mit der Geschlechtszugehörigkeit, sowie mit der Schichtzugehörigkeit eines Menschen verknüpft werden. Dabei hat sich die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht, sowie Mitglied einer höheren sozialen Schicht zu sein, als eindeutig lebensverlängernd erwiesen (z.B. Oppolzer 1986, Klesse u.a. 1992)

Gravierende Differenzen in der Sterblichkeit lassen sich nun nicht nur zwischen den Geschlechtern feststellen, sondern auch innerhalb des jeweiligen Geschlechts. So gilt als eindeutig lebensverlängernde Chance die Zugehörigkeit zur Mittel- bis Oberschicht. Eine Frau, die in einem Oberschichtsbereich (Höherer Akademiker- und Selbstständigenanteil als Indikator für soziale Privilegien) lebt, hat eine um 20% erhöhte statistische Lebenserwartung, gegenüber einer Frau aus Wohngebieten mit hohem Arbeiteranteil (Gesundheitsbericht Bremen 1992: 85).

Nach den Ergebnissen des nationalen Gesundheitssurveys der deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie bezeichnen dann auch die Frauen aus der Unterschicht 2,3 mal so häufig ihren Gesundheitszustand als "weniger gut" bzw. "schlecht" als die Oberschicht - Frauen und fühlten sich fast drei Viertel (72%) der Oberschicht-Frauen durch ihren Gesundheitszustand "überhaupt nicht" bei Erfüllung alltäglicher Aufgaben, gegenüber knapp jeder zweiten Unterschicht-Frau (47%) beeinträchtigt (Zwischenbericht der Enquete-Kommission, Bundestagsdrucksache 11/3267 1988:19).

Der enge Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit wurde auch von Klesse u.a. in ihrer qualitativen Untersuchung von 50 Frauen, die etwa je zur Hälfte aus der

Unterschicht (Schichtgradient: Berufsausbildung) ohne abgeschlossene Berufsausbildung und der Mittelschicht (mittlere Berufsqualifikation) stammten, aufgezeigt. Es konnte eindeutig ein Zusammenhang zwischen äußerer, materieller und körperliche Not mit innerer, immaterieller und seelischer Not festgestellt werden, deren Ausmaß Gesundheit und das Gesundheitshandeln von Frauen bestimmten (Klesse u.a.1992).

### 3.2.3. Krankenstand

In scheinbarem Widerspruch zu einer deutlich höheren Lebenserwartung steht die immer wiederkehrende Behauptung von dem erhöhten Krankenstand berufstätiger Frauen. Als Ursache wurden

Doppelbelastung und die biologische Konstitution von Frauen herangezogen.

Bürkardt/Oppen konnten dagegen in ihrer empirischen Analyse auf der Basis von Routinedaten der Krankenkassen zur Arbeitsunfähigkeit keinen frauenspezifisch höheren Krankenstand ausmachen. Nachweisbar war dieser allerdings in einigen typischen Frauenberufen, die gekennzeichnet waren durch hohe Arbeitsbelastung wie Restriktivität, Monotonie, einseitig geistig-nervliche und körperliche Beanspruchungen sowie qualitativer Unterforderung. Im Bereich qualifizierter Angestelltentätigkeit wiesen Frauen (und auch Männer) unterdurchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsquoten auf und das trotz Doppelbelastung (Bürkardt/Oppen 1984).

Vergleicht man mit statistischen Methoden die Gesundheitsstörungen von Frauen und Männern am Erwerbsarbeitsplatz so lassen sich einige landläufige Meinungen durchaus als typisches Vorurteil entlarven. Zoike konnte nachweisen, dass erwerbstätige Frauen in der BRD (Alte Bundesländer) andere Erkrankungsschwerpunkte haben, aber keineswegs eine höhere Arbeitsunfähigkeit als ihre männlichen Kollegen aufweisen. Für die großen Krankheitsgruppen lässt sich nicht nur für die Muskel- und Skeletterkrankungen ein geringerer Frauenanteil ausmachen, sowohl bei den Atemswegerkrankungen, den Erkrankungen der Verdauungsorgane sowie der Herzkreislauferkrankungen, als auch bei den Verletzungen und Vergiftungen (hier sogar zu 40% weniger) weisen Frauen weniger Krankheitstage auf. Wie bei Burkhardt und Oppen lässt sich feststellen, dass die Höhe der Ausfalltage und deren Gründe mit der Art der Berufstätigkeit variieren. Abweichungen der Ausfallstage vom Durchschnittswert (Durchschnitt Frauen 22,54 Tage, Männer 24,15 Tage) nach Geschlecht differenziert, ergibt eine deutlich höhere Anzahl von Ausfalltagen bei den Frauen in der Textilindustrie, Druck und Papierindustrie sowie bei den Verkehrsbetrieben, während sie in den Chemie- und Verwaltungsbetrieben niedriger ist. Sieht man sich die Gründe für Arbeitsunfähigkeitsfälle und die Dauer der Ausfallzeiten an, so führen Muskel- und Skeletterkrankungen zu den meisten Ausfalltagen (Zoike 1993:31).

### 3.2.4. Krankheitsdiagnosen

Diese Angaben stimmen mit den Ergebnissen von zahlreichen Untersuchungen überein. So geben fast drei Viertel aller Erwerbstätigen, die im Rahmen einer Bremer Untersuchung befragt wurden an, im Laufe des letzten Jahres Rückenschmerzen gehabt zu haben, ein gutes Drittel (33,5%) von ihnen litt am Tage der Befragung darunter. Frauen waren stärker betroffen als Männer (Angestelltenkammer Bremen 1993:178).

"Das Kreuz mit dem Kreuz" konnte auch Sabine Bartholomeyczik in ihrer Untersuchung von Frauen in frauentypischen Berufen (in der Industrie und im Krankenhaus) nachweisen. 54% der Beschäftigten in der Industrie und ebenfalls 54% der Krankenhausbeschäftigten gaben an, dass ihr Rücken, bzw. ihr Kreuz ziemlich bis stark verspannt sei, gefolgt von Nackenschmerzen und Menstruationsbeschwerden. 39% der Industriearbeiterinnen litten unter Kreislaufbeschwerden, gefolgt von Kopfschmerzen (35%) und vegetativen Beschwerden (37%). Die Werte der Krankenhausbeschäftigten (in der Studie als Mittelschichtsangehörige ausgewiesen) lagen hier und auch bei den Nacken- und Menstruationsbeschwerden günstiger. Kreislaufbeschwerden hatten 19% von ihnen, 21% litten unter Kopfschmerzen, 16% von ihnen hatten vegetative



Beschwerden. Bauchschmerzen hatten 26% der Industriearbeiterinnen und 21% der im Krankenhaus beschäftigten (Bartholomeyczik 1988:13f).

Unter den Krankheiten rangierten Kreislaufstörungen an erster Stelle, so klagten über die Hälfte der Frauen über einen zu niedrigen Blutdruck (57%), gefolgt von Krampfadern und Durchblutungsstörungen (27%) An Hautallergien und Blasenentzündung litt knapp ein Viertel von ihnen (24%). Der Anteil der Frauen, die an vier Krankheiten zum gleichen Zeitpunkt litten, war relativ hoch und stieg mit zunehmendem Alter stark an. Bei den Frauen zwischen 21 und 40 Jahren gaben ein gutes Viertel vier Diagnosen (27%) an, bei den Frauen, die 41 - 50 Jahre alt waren, waren es dagegen schon fast die Hälfte aller Befragten(45%) (Bartholomeyczik 1988:23)

Geschlechtsspezifische Krankheitsdiagnosen ergeben sich aus den Daten der Krankenkassen (Krankenhausentlassungsdiagnosen) sowie der zahlenmäßigen Erfassung ärztlicher Diagnosen, wie folgt:

Frauen werden vor allem wegen Herz-Kreislaferkrankungen gefolgt von Krebs und Erkrankungen der Harn- und Geschlechtorgane stationär behandelt.

Unter den Krebserkrankungen dominiert der Brustkrebs, der zusammen mit Herz-Kreislaferkrankungen die häufigsten Krankheiten der Frauen sind. Hinsichtlich ihrer verursachenden Faktoren sind beide Erkrankungen, den Recherchen von Maschewsky-Schneider zufolge, weiterhin umstritten. Festgestellt wurde für die Herz- Kreislaferkrankungen die protektive Wirkung von Hormonen nach der Menopause, neue Studien untersuchen aber, ob durch die Substitution von Östrogenen das Risiko für Brustkrebserkrankung steigt. Ebenso umstritten sind ernährungsabhängige Risiken bzw. Schutzfaktoren. Protektion durch fettarme und ballaststoffreiche Ernährung wird von einigen Autoren vertreten, von anderen bestritten. Fest steht, dass der Forschungsstand defizitär ist, zu erhoffen ist weitergehende Aufklärung durch neue frauenspezifische Förderschwerpunkte epidemiologischer Forschung in den USA.

Mit der Einrichtung der Woman's Health Initiative sollen biomedizinische Risiken der Haupterkrankungen Herz-Kreislaferkrankungen, Brust- und Darmkrebs und Osteoporose geprüft werden. Dabei soll die Wirkung von Hormonen, Diäten und Calcium/Vitamin D Substitution auf die Erkrankung erforscht werden (Maschewsky-Schneider 1997:14).

Im ambulanten Bereich unterscheiden sich die Häufigkeiten auftretender Erkrankungen von Männern und Frauen erheblich. So werden weit mehr Frauen (Relation: 3,2 / 1) wegen seelischer Störungen (affektiver Psychose, Schlafstörung, Neurose etc.) als Männer behandelt. Diesen wurden dagegen häufiger Diagnosen gestellt, die körperliche Symptome aufweisen, wie Herzinfarkt, Magen-Darmerkrankungen, Erkrankung der Atmungsorgane etc. (Frauenbericht des Senatsamtes für die Gleichstellung Hamburg 1992:225).

Glaeske veröffentlichte unter dem Titel: "Pillen für Schwache oder schwach durch Pillen?" dass Frauen umfangreichere ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, als dies Männer tun. Sie lassen sich mehr Medikamente verschreiben und erhalten um 150% häufiger Mittel gegen zu niedrigen Blutdruck, Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Psychopharmaka (doppelt so häufig), auch lassen sich Frauen signifikant mehr und andere Diagnosen stellen als Männer. Frauen werden häufig Krankheitsbereichen zugeordnet, die sich durch unscharfe diagnostische Kriterien bestimmen lassen und vage therapeutische Konsequenzen haben, wie "Seelische Störung", Neurosen usw. (Glaeske 1993:27ff)

### 3.2.5. Subjektive Einschätzung der Gesundheit und des Stresserlebens

Neben den diagnostizierten Krankheiten und den Krankheitstagen gibt die eigene subjektive Gesundheitseinschätzung wichtige Hinweise für den momentanen Gesundheitszustand von Menschen. Dem DHP-Gesundheitssurvey zufolge lassen sich erhebliche Unterschiede zwischen Frauen unterschiedlichen Alters und unterschiedlicher Sozialschicht feststellen.

Der Anteil der älteren Frauen (55-69 Jahre) mit schlechtem Gesundheitszustand ist mit fast einem Viertel (22%) fast dreimal so hoch, wie bei den 25-39jährigen Frauen (8%) und ist deutlich höher, als bei den Frauen der mittleren Altersgruppe (40-54 Jahre) von denen 15% einen schlechten Gesundheitszustand angeben. In der repräsentativen Erhebung geben 41% der Mittelschichtsfrauen an, dass ihr Gesundheitszustand sehr gut sei, im Verhältnis zu nur 27% der Unterschichtsfrauen. Hingegen schätzen Unterschichtsfrauen zu 23% ihren Gesundheitszustand als weniger gut bis schlecht ein, für die Frauen der Mittelschicht trifft dies für nur 17% von ihnen zu. Fast die Hälfte aller Frauen (44%) jeder Schicht und jeden Alters fühlte sich durch ihren Gesundheitszustand bei der Erfüllung ihrer Alltagspflichten behindert (DHP-Gesundheitssurvey:18).

Die von Bartholomeyczik befragten Frauen im Alter von 21-50 Jahren wiesen ebenfalls hinsichtlich ihrer Berufszugehörigkeit (Statusindikator) erhebliche Differenzen in der Beurteilung ihres Gesundheitszustandes auf. Von den Industriearbeiterinnen fühlten sich nur 27% der Frauen gegenüber 43% der Krankenhausangestellten, wohl. Die Frauen, denen es schlecht ging, finden sich zu 20% in der Gruppe der Industriearbeiterinnen und zu 17% in der Gruppe der Krankenhausbeschäftigten. Hier konnten keine gravierenden Unterschiede festgestellt werden.

Der Aussage, dass sie "Beschwerden hätten, die aber nach ihrer Ansicht zum Leben dazu gehörten", konnten sich 48% aller Befragten zuordnen (Bartholomeyczik 1988:18).

Diese Tolerierung von Beschwerden trägt vermutlich dazu bei, dass sich Frauen trotz Beschwerden als "gesunde Frau" fühlen können.

Dass Gesundheit auch ein höchst subjektives Gefühl von Wohlbefinden ist und nicht allein an der Anzahl von Krankheiten zu messen ist, ist inzwischen unbestritten. Immer wieder lässt sich auch feststellen, dass sich Menschen gesund fühlen, obwohl sie gleichzeitig eine Menge Krankheiten angeben. Auch lässt sich, wie wir sehen werden, in einem persönlichen Gesundheitsbegriff durchaus das Bestehen einiger Beschwerden integrieren. So stufen 70% der Frauen (Altersgruppe: 20-49 Jahre) ihren Gesundheitszustand als gut ein, obwohl nur 60% von ihnen in den letzten Monaten keine häufigen Krankheiten hatten (Hoeltz 1994:13).

Die Daten zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes, die im Frauengesundheitsbericht gesammelt wurden, sind nur eingeschränkt vergleichbar. Nach der subjektiven Einschätzung ihres Gesundheitszustandes befragt, geben 58% der Frauen aus den alten Bundesländern im Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, diesen einschränkend als „überwiegend gut“ an. (Verbundbericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland 2002: 407ff).

Der Anteil der Frauen, der sich einen sehr guten bis guten Gesundheitszustand zuschreibt, liegt bei Frauen im EU-Bereich bei 62% bis zu einem Alter von 64 Jahren. Im Alter von 65 - 74 Jahren geben dies dann nur etwa 40% der Frauen an und noch ältere Frauen geben ihren Gesundheitszustand, mit Ausnahme der Frauen aus Österreich, Luxemburg, Spanien und Portugal, als nicht so gut an (Europäische Kommission 1997:33).

Risikoverhalten und Stress als krankheitsverursachende Komponente haben geschlechtsspezifische Ausprägungen. Rauchen und regelmäßiger Alkoholkonsum sind nach den Auswertungsergebnissen von Hoeltz häufig männliche Risiken, dagegen Bewegungsmangel, Stress und Übergewicht eher weibliche (Hoeltz 1994:60ff). Hinsichtlich des Rauchens von Frauen lässt sich allerdings feststellen, dass es in den 60er und 70er Jahren stark zugenommen hat. Junge Frauen aus unteren Sozialschichten sind am stärksten beteiligt. Heute weisen junge Frauen ein ähnliches Rauchverhalten wie die Männer ihrer Altersgruppe (25-29 Jahr) auf (59% vs. 63%) und sind damit die wichtigste Gruppe für die Prävention. Es ließ sich nachweisen, dass Raucherinnen gegenüber Nie-Raucherinnen weniger gesundheitsbewusst, dagegen eher gesundheitsbeeinträchtigt sowie stärker belastet sind und eine geringere Lebenszufriedenheit aufweisen (Maschewsky-Schneider 1997:193).

Frauen in mittleren Jahren leiden häufig an Überforderung. 15,6% der Frauen (Männer 10,1%) im Alter von 30-39 Jahren geben an, unter Stress zu leiden. Dieser Wert sinkt dann auf 12,3% (Männer 7,3%) der Frauen, die 40-49 Jahre alt sind, um dann zwischen 50-59 Jahren wieder auf 14,2% (Männer 8,8%) anzusteigen und liegt damit unter dem

Wert der 30-39 jährigen Frauen. Grundsätzlich betrifft nach diesen Daten das Gesundheitsrisiko "Stress" Frauen häufiger als Männer (Hoeltz 1994:41).

### **3.3. Gesundheit von LehrerInnen**

Auf der Suche nach den Ursachen für den Verlust von Gesundheit geraten nun zunehmend die spezifischen sozialen Bedingungen der Menschen in den Blickpunkt. Als für die materielle aber auch ideelle Verwirklichung gesellschaftlichen Seins von herausragender Bedeutung, ist auch heute noch die Berufstätigkeit, die hinsichtlich ihrer gesundheitsgefährdenden aber auch gesundheitsfördernden Potentiale für unterschiedliche Berufsgruppen untersucht wurde (z.B. Bartholomeiczik 1988, Becker-Schmidt 1984, Raehlmann 1991).

Zu den berufsspezifischen Gesundheitsbelastungen von Lehrerinnen und Lehrern liegt eine Langzeituntersuchung von Leuscher und Schirmer aus der ehemaligen DDR (1983-1987) vor, die zur Gesundheit von LehrerInnen folgende Angaben macht:

Aus medizinischer Sicht lässt sich Gesundheit von Lehrern als Übermüdung, geistige Erschöpfung, die mit zunehmendem Alter steigende Tendenz aufweist, zusammenfassen. Danach ist das Erkrankungsrisiko speziell für Neurosen um das sechsfache gegenüber der Bevölkerung erhöht, Erkrankungen des Herz- Kreislaufsystems nehmen im Alter zu, nach Ansicht der Autoren nähern sich jüngere Frauen diesem männlichen Erkrankungsrisiko. Chronische berufliche Stress- und Überforderungssituationen werden, neben persönlicher Problemen und Fehlverarbeitung, für die Manifestation psychischer Störungen entscheidend verantwortlich gemacht. (Leuscher/Schirmer 1993)

Nach einer von Scheuch nach der Wende durchgeführten Untersuchung von berufs-unfähigen Lehrern hatten über die Hälfte starke Einschränkungen durch Erschöpfung und Abgespanntheit (55,3%), durch Geräuschempfindung (50,1%) und nahezu jede(r) Zweite (44,4%) litt unter Müdigkeit (Scheuch 1991:190).

In einer ganzen Reihe von Untersuchungen und Statistiken zum Thema Gesundheit, von Gesundheit im Allgemeinen und in Abhängigkeit von der Berufstätigkeit, lassen sich wandelnde Gesundheitsdefinitionen finden. Mehr und mehr geht man heute dazu über, dem Subjekt selbst die Kompetenz zuzusprechen, über den eigenen Gesundheitszustand sachkundig Auskunft geben zu können. Dieser Orientierung soll auch in vorliegender Untersuchung Rechnung getragen werden, indem die eigene Einschätzung darüber, was eine gesunde Frau ist und ob man sich selbst als eine "gesunde Frau" bezeichnen würde, erhoben wurde. Ergänzt wird diese subjektive Einschätzung durch die eher objektiven Gesundheitsmaßstäbe der vorliegenden Krankheiten sowie der Krankheitsausfalltage. Darüber hinaus sollen diese beiden Gesundheitsindikatoren um die Erhebung vorliegendem aktiven Handeln "im Namen der Gesundheit" (vergl.S.162) ergänzt werden, um so einen Eindruck über präventive Maßnahmen gewinnen zu können.

Danach soll Gesundheit nach folgenden Kriterien operationalisiert werden:

1. Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes
2. Häufigkeit und Qualität der wichtigsten Krankheiten
3. Inanspruchnahme gesundheitsförderlicher Maßnahmen

### **3.4. Fragestellung der Untersuchung**

Zum Thema Gesundheit werden den Interviewteilnehmerinnen und den Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung die folgenden Fragenkomplexe vorgelegt:

1. *Wie wird der Gesundheitszustand subjektiv eingeschätzt und auf welcher Auffassung von Gesundheit basiert er?*
2. *Welche Beschwerden liegen vor, worauf sind sie zurückzuführen, wodurch haben sie sich entwickelt?*
3. *Welche Maßnahmen der Gesundheitsprävention werden ergriffen?*
4. *Gibt es Unterschiede zwischen den Berufsgruppen hinsichtlich des*

### **3.5. Ergebnisse der Interviews**

#### 3.5.1. Gesundheitsbegriff und Gesundheitseinschätzung

Diese Untersuchung basiert mit auf den Grundannahmen des Transaktionalen Stresskonzepts, das u.a. beinhaltet, dass Beschwerden und deren Bewältigung in Abhängigkeit von der Wahrnehmung und der Bedeutung die Menschen dieser Anforderung beimessen, wirksam werden (vergl.: Aktivitätsauslösendes Moment: Störung des Wohlbefindens im Transaktionalen Stresskonzept Kap.1.3.1.) Wahrnehmung und Bedeutungszuschreibung hängen nun wiederum ganz wesentlich von der zugrunde liegenden Auffassung über Gesundheit und dem individuellen Gesundheitskonzept, das sich als Summe biographischer, sozialer Einflüsse, im Laufe des individuellen Lebens entwickelt hat, ab.

Mit der Frage: "Was ist eine gesunde Frau?" soll zunächst das explizite Gesundheitsverständnis ermittelt werden. Die Antworten der Interviewpartnerinnen fallen sehr unterschiedlich aus, in keinem Fall beschränkt sich die Antwort auf die Nichtexistenz von Krankheiten. Die Definitionen erinnern an die, der Weltgesundheitsorganisation mit ihrem Anspruch an Gesundheit, als einen Zustand ganzheitlichen Wohlbefindens, welches auf körperlichen, seelischen und sozialen Faktoren basiert. Auch bei meinen Interviewpartnerinnen findet sich diese ganzheitliche Auffassung von Gesundheit, die körperliches und seelisches Wohlbefinden, sowie Zufriedenheit usw. einschließt und darüber hinaus im Sinne einer Lebensstrategie fungiert. Nach ihrer Auffassung ist eine gesunde Frau:

*"Eine Frau, die relativ wenig Beschwerden hat, sich im seelischen Gleichgewicht befindet, zufrieden ist..." (L: L.1K.Partn)*

Die Interviewteilnehmerinnen beschränken sich auch nicht auf das Fehlen von physischen und psychischen Beschwerden, sondern gehen in ihrer Definition weit darüber hinaus. Gesundsein schließt durchaus auch krank sein ein, sodass „gesunde Frauen“ wie folgt beschrieben werden:

*(Als) "Zufriedene Frauen, ich begreife mich nicht als krank, das hat jeder ab einem gewissen Alter, ist eher ein Signal, auf das man eingehen muss. Das ich im Prinzip das Gefühl habe, komm mit meinem Leben klar..."(K: L. 2K. Alleinerz.)*

Eigenschaften wie Optimismus, Harmonie und Kraft stehen im Zusammenhang mit Gesundheit.

*"Die mit ihren Kräften haushalten kann, regenerationsfähig ist, die kraftvoll ihren Lebensbereich bewältigen kann, gute Laune hat...Ausgewogenheit in allen Lebensbereichen..."(H: E. 1K. Partn.)*

Darüber hinaus gehören Konfliktfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit und Körperwohlgefühl zu einer "gesunden Frau." Eine gesunde Frau ist eine, *... "die in und mit ihrem Körper gut auskommt, die sich für etwas entscheidet und dazu steht...Konflikte annimmt und Störungen aufnimmt"(E: E. 3K.Partn.)*

Ursachen, die verhindern können eine gesunde Frau zu sein, zielen selten auf die klassischen Risikofaktoren, wenn sie überhaupt benannt werden, dann höchstens in Hinblick auf mangelnde Bewegung. Gleichgewicht, Harmonie konstruktive Konfliktlösung, Zufriedenheit allgemein weisen indirekt darauf hin, dass eine gesunde Frau keinen Stress hat, bzw. ihn zu verhindern weiß. Es zeigt sich bei meinen Interviewpartnerinnen ein differenzierter Gesundheitsbegriff, der die Tatsache "eine gesunde Frau zu sein" mit überwiegend seelischer und körperlicher Ausgeglichenheit und Kraft, Konfliktpotential, Körperbewusstsein, sowie Selbstkontrolle erklärt.

Auf der Basis ihrer weit gefassten Definition danach gefragt, ob sie sich auch selbst als

"gesunde Frau" fühlen, geben die Hälfte der Teilnehmerinnen an der Interviewbefragung an, eine "gesunde Frau" zu sein, nur drei verneinen diese Aussage strikt, zwei von ihnen fühlen sich nicht ganz, nicht immer "gesund".

### 3.5.2. Gesundheitsbeschwerden

Die Befragung basiert auf der Überzeugung, dass ein Großteil auftretender Beschwerden aus Belastungen entstehen, die im Alltag der Frauen unumgänglich sind und das mit der Analyse auftretender Krankheiten auch ein Großteil körperlich manifestierter Beanspruchungssymptome erfasst werden.

#### 3.5.2.1. Häufigkeit der Beschwerden

Von den meisten der befragten Frauen wird eine Vielzahl von Gesundheitsstörungen angegeben. Nach der klassischen Definition von Gesundheit als Folge geringer Morbidität steht dies im Widerspruch zu ihrer, sehr häufig anzutreffenden Überzeugung, eine „gesunde Frau“ (s.o.) zu sein. Die hier vertretene Auffassung, nach der Gesundheit ein umfassendes Wohlfühl nach erfolgreicher Bewältigung von Stress ist, findet ihre Bestätigung durch die Antworten der beteiligten Frauen.

Den Interviewpartnerinnen wird zur Erhebung gesundheitlicher Beschwerden eine Liste vorgelegt, die möglichst alle körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen beinhalten sollte, die auftreten können, ohne allerdings dabei den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. Sie wurden gebeten auf die Frage:

"Unter welchen Beschwerden leiden sie häufig oder ständig?", die für sie zutreffenden Beschwerden anzukreuzen (Liste der Beschwerden im Anhang):

Wie zu erwarten war (s.a. Bartholomeyczik 1988) leiden die Frauen auch in diesen Berufen häufig oder ständig an Beschwerden des Bewegungsapparats, über die Hälfte der Interviewtenehmerinnen kennen das "Kreuz mit dem Kreuz" und damit zusammenhängend Schulter- und Nackenbeschwerden. Abgespanntheit ist die Gesundheitsstörung, die am häufigsten genannt wird, sie gehört zusammen mit Nervosität, Ängsten und Schlafstörungen usw. zur vegetativen Dystonie, eine Störung des vegetativen Nervensystems mit unspezifischen Funktionsstörungen, ohne feststellbare organische Erkrankung mit häufig seelischer Ursache. Hierunter leidet ebenfalls gut die Hälfte der Interviewtenehmerinnen. Diese Gesundheitsbeeinträchtigung wird Frauen häufiger diagnostiziert als Männern. Auch Kopfschmerzen, Allergien und Durchblutungsstörungen werden von gut einem Drittel der Frauen benannt (Frauenbericht des Senatsamt für die Gleichstellung Hamburg 1992:225).

In der Regel gehen bestimmte Störungen mit bestimmten anderen einher. Kopplung besteht bei Rücken- und Nackenschmerzen sowie bei den Beschwerden Kopfschmerzen, Nervosität, Abgespanntheit, Ängste. Viele der Frauen geben mehrere Gesundheitsstörungen an, bei Bartholomeyczik wiesen zwei Drittel der von ihr befragten berufstätigen Frauen mehr als 4 Diagnosen auf. Die Interviewtenehmerinnen geben durchschnittlich fast 5 Beschwerden an, sie reichen von keiner (uneingeschränkten) Angabe bis zu 8 Beschwerden pro Fall.

#### 3.5.2.2. Entwicklung der Beschwerden

Entsprechend dem zugrunde liegenden theoretischen Verständnis, dass sich Beanspruchung als Folge von Belastungen im Berufs- und Familienbereich einstellt und im Zeitverlauf zu gravierenden Beschwerden führen kann (vergl.: Nitsch 1981 u.a.), wird hier davon ausgegangen, dass sich Beanspruchungsfolgen mit zunehmendem Alter verstärken. Die Interviewtenehmerinnen haben dies teilweise bejaht, aber nicht immer führt der Prozess bei ihnen kontinuierlich zu Beanspruchungsverstärkung, sondern es kommt auch vor, dass sich Leiden durch positive Ereignisse, wie Berufsperspektiven spontan verbessern.

Auf die Frage nach der Veränderung von Beanspruchungsfolgen im Zeitverlauf geben die meisten Frauen an, als Kind die üblichen Kinderkrankheiten bewältigt zu haben. Eine

Erzieherin bringt deutlich zum Ausdruck, dass sie früher belastbarer war.

*"...hab die Woche so durchgearbeitet, was man da noch alles abends gemacht hat, da ist man noch zum Schwof gegangen, da hat man sich noch mal mit Freunden in der Woche getroffen, das ist jetzt ja schon fast gar nicht mehr drin und wenn, dann ist man drei Tage lang kaputt, das sind auch so Dinge, die man früher leichter wegstecken konnte, überhaupt auch so sportliche Belastungen..."(A: E. 3K. Partn.)*

Sie bedauert es, dass sie nicht spontan mit ihrem Mann etwas unternehmen kann, weil sie die Folgen fürchtet z.B. Rückenschmerzen und ein allgemeines Gefühl des "Schlappseins". Als Ursache gibt sie an, dass sie drei Kinder zur Welt gebracht hat und sie täglich großzieht.

### 3.5.2.3. Gesundheitsbeschwerden bei sexueller Belästigung und Mobbing

Die gesundheitlichen und sozialen Folgen von sexueller Belästigung und Mobbing wurden in dieser Befragung aus der Sicht der Betroffenen erfragt.

Eine der Interviewpartnerinnen, die selbst lange unter sexueller Belästigung durch ihren Vorgesetzten gelitten hat, bringt die, bei ihr in dieser Zeit auftretende Gürtelrose in Verbindung mit dieser belastenden Situation.

Eine Lehrerin, die ebenfalls von ihrem Vorgesetzten belästigt wird, gibt keine gesundheitlichen Folgen an, allerdings bemerkt sie eine Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen.

In Bezug auf Mobbing wird von den Interviewteilernehmerinnen angegeben, dass sie seelisch darunter leiden, dass Kopfschmerzen und allgemeines Unwohlsein darauf zurückgeführt werden könnte.

### 3.5.2.4. Ausfalltage wegen Krankheit

Um die Qualität der Gesundheitsbeeinträchtigungen zu beleuchten, werden die Frauen gefragt, wie viele Wochen sie im Jahr durch Gesundheitsprobleme eingeschränkt sind. Auch hier ergeben sich teilweise große Differenzen zwischen den Angehörigen der beiden Berufsgruppen und auch innerhalb der einzelnen Gruppen bezüglich der Altersgruppen.

Die Dauer der Tage, an denen meine Interviewpartnerinnen nicht berufstätig sein können schwankt erheblich: Die Angaben bewegen sich von 4 - 5 Ausfalltagen bis zu 4 Wochen im Jahr. Allerdings sind die meisten weniger als eine Woche im Jahr von einem Arzt „krankgeschrieben“ worden.

Dass ein ärztliches Attest eingeholt wird, wird vorwiegend mit körperlichen Beschwerden begründet, aber es wird auch der Hinweis darauf gegeben, dass „Krankschreibung“ veranlasst wird, als Sicherheitsmaßnahme, wenn die Alltagslast zu überfordern droht.

### 3.5.2.5. Begründung der Beschwerden

Als Ursachen für Beschwerden werden von den Interviewteilernehmerinnen in der Kindheit begründete Anfälligkeiten, Niedergeschlagenheit sowie ihre beruflichen Bedingungen und vor allem Stress benannt. Einige der Beschwerden, besonders Kopfschmerzen, rühren schon aus der Kindheit her und werden auch mit einem gespannten Eltern-Kindverhältnis in Zusammenhang gebracht.

Psychische Störungen wie Ängste, Nervosität, Schlafstörungen und Niedergeschlagenheit scheinen einen manchmal ganz unbegründet zu „überfallen“:

*"..dann hab ich dieses down...dann kommt es halt, dass ich dann nur noch heul und weiß gar nicht warum"(M:E.2K.Partn.)*

Die Erzieherin, die häufig über Labilität im Rücken, Ausrenken von Nackenwirbeln, Nacken- und Schulterschmerzen klagt, fühlt sich zwar grundsätzlich gesundheitlich labil, Verstärkung ihrer Beschwerden aber erfährt sie durch den Beruf. Dort sorgen z.B. zu niedrige Sitzmöbel dafür, dass sie Beschwerden hat, sie ist damit nicht die einzige. Fast

alle Erzieherinnen geben an, Schwierigkeiten mit dem Bewegungsapparat durch eine allein auf kleine Kinder zugeschnittene Inneneinrichtung zu haben.

Viele ihrer körperlichen und seelischen Beschwerden werden von den Interviewtenehmerinnen auf alltägliches Stressgeschehen zurückgeführt. Stress erfahren sie vorwiegend durch den Beruf, durch ihre Kinder, sei es durch die Pflichten als junge Mutter mit einem Neugeborenem, sei es durch die Vereinbarung von Berufs- und Mutterpflichten und den Koordinationsaufwand, der mit der Organisation von Fremdbetreuung zusammenhängt.

Als somatische Beschwerden in der Folge von Stress stellen sich nach ihrer Meinung Rückenschmerzen und Schulter-Nackenbeschwerden ein:

*"Rückenschmerzen hängt mit Allgemeinempfinden zusammen, auch durch körperliche Anstrengung, gebückte Haltung, Schmerzen in der Schulter bei Stress und Belastung, lässt das nach, ist es dann unmerklich wieder weg" (I: L. 2K. Partn.)*

Auch die Ursachen für Allergien werden auf Stress zurückgeführt, in einem Fall durch die, aus der Geburt des ersten Kindes herrührenden, neuen Aufgaben, oder auf seelischem Stress allgemein. Er entsteht nach Auffassung der Interviewtenehmerinnen auch durch berufliche Überlastung, durch die Sorge um die Kinder, durch Versagensängste, durch das Gefühl, "alles nicht gut zu machen" sowie durch den Anspruch alles perfekt machen zu wollen und grundsätzlich alle anfallenden Aufgaben zu schaffen.

Stress als Ursache von gesundheitlichen Beschwerden wird von den Interviewpartnerinnen häufig benannt und scheint mit zahlreichen Untersuchungsergebnissen überein zu stimmen, nach denen lang andauernde Disstresserfahrung und mangelnde Bewältigungsmechanismen zu Erschöpfung und Krankheit führen (z.B. Siegrist 1987).

### 3.5.3. Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes

Am Anfang dieses Kapitels stand die Analyse der Auffassung darüber, was, im allgemeinem unter einer „gesunden Frau“ zu verstehen sei, und im besonderem, ob die erfolgende Definition auch für die Definitionsgeberin zuträfe. Erhalten wurde ein sehr differenzierter Gesundheitsbegriff, der ganzheitlich konzipiert körperliche, seelische und soziale Komponenten enthielt. In diesem Sinne eine "gesunde Frau" zu sein, gaben etwa die Hälfte der Erzieherinnen und drei Viertel der Lehrerinnen an. Dieses überaus positive Ergebnis wird nun allerdings durch die Antworten auf die Frage nach dem aktuellen Gesundheitszustand etwas relativiert.

Auf der Basis einer weit gefassten Gesundheitsdefinition, die Zufriedenheit, Gleichgewicht, Konfliktfähigkeit und auch das Vorhandensein kleiner Beschwerden mit einschließt, ergibt sich kein kausaler Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheitseinschätzung und angegebenen Gesundheitsbeschwerden, wie z.B. je positiver die Gesundheitseinschätzung desto weniger Beschwerden.

Die Hälfte der Interviewtenehmerinnen bezeichnet sich als "gesunde Frau, nur drei verneinen diese Aussage strikt, zwei von ihnen fühlen sich nicht ganz, nicht immer "gesund".

Eine Rangliste nach Beschwerdehäufigkeit und Qualität nach den Kriterien "häufig" oder "ständig" einerseits und "selten" "früher" usw. andererseits ergibt sich derart:

TABELLE 11

Rangfolge der Interviewteilnehmerinnen nach der Summe ihrer Beschwerden

| Rang | Summe der Beschwerden |
|------|-----------------------|
| 1.   | 8                     |
| 2.   | 7                     |
| 3.   | 7                     |
| 4.   | 6                     |
| 5.   | 5                     |
| 6.   | 5                     |
| 7.   | 4                     |
| 8.   | 4                     |
| 9.   | 3                     |
| 10.  | 2                     |
| 11.  | 0                     |

Einige Frauen, die sich selbst als "gesunde Frau" bezeichnen, haben eine relativ große Toleranz gegenüber ihren körperlichen und seelischen Beschwerden.

Die Lehrerin, die mit 8 Nennungen die höchste Anzahl der Angaben zu Gesundheitsbeschwerden erreicht, antwortet auf die Frage, ob sie eine gesunde Frau sei:

*"Ich würde mich im Großen und Ganzen als gesund bezeichnen" (I: L. 2K. Partn.)*

Und auch eine Erzieherin, die mit 7 Nennungen auf Platz 3 rangiert, antwortet auf die Frage, ob sie eine gesunde Frau sei,

*"Ja! Seit meinem Studium, Gesprächen mit anderen Leuten..., auch Erzieherberuf hat schöne Seiten,...ich strahl das dann auch aus" (A: E: 3K. Partn.)*

Zwei der Frauen, eine Lehrerin und eine Erzieherin, beide mit 5 Nennungen im Mittelfeld der Rangliste verneinen es eine "gesunde Frau" zu sein. Die Dritte derjenigen, die die Fragestellung verneinen, rangiert auf dem 4. Platz.

Eine Lehrerin, die wenige Angaben macht (2), Platz 10 der Rangliste, empfindet sich als "nicht ganz" (L.L.1K. Partn.) gesund, ähnlich wie die Lehrerin auf dem zweithöchsten Rangplatz (7), "die sich "relativ" gesund fühlt, weil sie leicht übergewichtig ist und zu wenig Sport treibt.

Diese Aussagen sind ebenfalls ein deutlicher Hinweis darauf, dass Gesundheit vorwiegend über andere Kriterien definiert wird, als über die Existenz und Menge von Beschwerden. Schon bei der Frage nach den Kriterien einer gesunden Frau (vergl.: Kap.3.5.1.) wurde Beschwerdefreiheit nur von knapp der Hälfte der Frauen als relevant angegeben. Auch lässt eine positive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes nicht auf das Fehlen von gehäuften manifesten Gesundheitsstörungen schließen.



#### 3.5.4. Lebenszufriedenheit

Die WHO definiert Gesundheit als vollständiges soziales, seelisches und körperliches Wohlbefinden. Als Indikator für Wohlbefinden ist neben einem positiven Selbstwertgefühl die Lebenszufriedenheit, von der die Arbeitszufriedenheit ein Teil ist (vergl.: Zapf 1991: 224), in der Diskussion. Der Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Wohlbefinden wurde bereits erläutert, hier soll nun ganz allgemein die Lebenszufriedenheit der Interviewteilernehmerinnen betrachtet werden.

Von den Interviewteilernehmerinnen geben die meisten an, mit ihrem Leben uneingeschränkt zufrieden zu sein, dies gilt zumindest zum Zeitpunkt des Interviews. Dafür werden "private" als auch berufliche Gründe angegeben. So weist eine Erzieherin darauf hin, dass ihre Lebenszufriedenheit mit ihrem jetzigen Lebenspartner zusammenhängt, dass sie früher eine innere Zerrissenheit spürte, nun aber unabhängiger von ihrer Beziehung ist und eine ruhige Phase erlebt. Eine Lehrerin gibt an, dass sie besonders zufrieden mit ihrer Berufsarbeit ist und dass ihre Kinder "gut geraten" sind. Ansonsten fällt es ihr schwer Ziele für sich selbst zu setzen, sie nähme es immer so, wie es ist.

#### 3.5.5. Gesundheitsvorsorge

Hier wird die Auffassung vertreten, dass Gesundheit wesentlich von den sozialen Bedingungen, die den Alltag der Menschen prägen, bestimmt wird. Diese Auffassung steht im Gegensatz zu der lange vorherrschenden Auffassung von Gesundheit als Gnade, Schicksal oder Ergebnis medizinischer Intervention. In der Konsequenz einer an Vorbeugung und Verhinderung von Störungen orientierter Gesundheitsauffassung erhebt sich die Frage, welche Initiativen Menschen selbst ergreifen können, um ihre Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Dies ist umso brisanter, als in diesen Zeiten die Skepsis wächst, dass unser medizinisch orientiertes Gesundheitsversorgungssystem im Falle eines gesundheitlichen Verlustes "es schon richten wird". Mehr und mehr greift eine ganzheitliche Gesundheitsorientierung Raum, die einhergeht mit differenzierten Ansätzen von Erhaltung und Förderung von Gesundheit durch Experten und Laien. Sie steht im Gegensatz zur, in erster Linie naturwissenschaftlichen orientierten "Apparatemedizin", die den Menschen häufig als Summe seiner Knochen, Gefäße und Organe ansieht und bei chemischen und physikalischen Funktionsstörungen diese mittels hoch spezialisierter Techniken bis ins (Gen)Detail diagnostiziert und zu therapieren versucht, nicht selten mit zweifelhaftem Erfolg.

Dass Skepsis und Unzufriedenheit mit unserem medizinischem System, die auf u.a. in gestörter Kommunikation Arzt-Patient vor allem bei jüngeren, qualifizierten weiblichen Befragten beruht, wächst, zeigen Ergebnisse einer schon zitierten Bremer Untersuchung. Nach ihren Aussagen werden ihre Ansprüche an psychosozialer und unmittelbarer persönlicher Hilfe nicht erfüllt. In der Folge geben die meisten (zw. 64,8% bis 89,2 %) der Frauen zwischen 30 und 49 Jahren verschiedenster Bildungsabschlüsse an, schon einmal oder öfter den Arzt aus Unzufriedenheit gewechselt zu haben (Angestelltenkammer Bremen 1993:178).

Die Suche nach anderen Interventionsmöglichkeiten führt besonders Frauen häufig dazu, alternative Behandlungsmethoden auszuprobieren. Fast die Hälfte (48,5%) von ihnen gibt an, dass sie praktische Erfahrungen mit Naturheilverfahren, Homöopathie, Akupunktur u.a. hat (Angestelltenkammer Bremen 1993: 178f)

Mit der Auffassung, dass Gesundheit beeinflussbar ist und nicht nur von medizinischem Fachpersonal gemacht werden kann, rücken die eigenen Gestaltungsmöglichkeiten in Sachen Gesundheit in den Blickpunkt. Über die Hälfte der Frauen (54 %), die Hoeltz befragt, geben an, stark bis sehr stark auf ihre Gesundheit zu achten. Die Selbstbenotung (analog Schulnoten von 1 bis 6) präventiver Verhaltensweisen am

Beispiel Ernährungsmenge und -qualität erfolgte mit der Note 2,9 und 2,7, sportliche Aktivität mit der Note 3,3, Entspannung mit 2,6 und eingeschränkter Alkoholkonsum mit der Note "gut"( Hoeltz 1994:62).

Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, in welchem Maße nun gewachsenes Interesse und "Emanzipation" in Sachen eigener Gesundheit zu präventiver Gesundheitsvorsorge führen.

Einrichtungen der Gesundheitsförderung werden von 18% der Frauen schon einmal genutzt, wobei Rückenschule mit 42% an erster Stelle rangiert, gefolgt von Entspannungstechniken, Ernährungsberatung, Tanz, Gymnastik, Sport und Fitness, Gewichtsreduktion, Vollwerternährung, spezifische Gesundheitsprogramme, Stressbewältigung und Raucherentwöhnung.

Gesundheitsbeachtung und Nutzung von präventiven Einrichtungen weisen einen starken Schichtgradienten auf. So stellt Hoeltz fest, dass nahezu doppelt so viele Frauen aus oberen Schichten derartige Angebote benutzt haben (Hoeltz 1994:60).

Aufgrund der Interviews kann zu den gesundheitsförderlichen Gestaltungsmaßnahmen der Teilnehmerinnen nur eingeschränkt Auskunft gegeben werden, da präventive Maßnahmen im Kontext allgemeiner Bewältigungsstrategien erhoben wurden. Es werden gesunde Ernährung, sowie Tanzen, Gymnastik, Rückenschule und Sport allgemein darunter häufig Schwimmen und autogenes Training benannt.

### 3.6. Ergebnisse der schriftlichen Befragung

#### 3.6.1. Gesundheitsbegriff und Gesundheitseinschätzung

Nach ihrem expliziten Gesundheitsverständnis befragt, machen die Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung die folgenden Angaben:

Fast alle Frauen (102) bejahen die Aussage: eine "gesunde Frau" ist eine, die sich in ihrem Körper wohl fühlt. Eine Frau, die zufrieden ist und Konflikte bewältigen kann folgt darauf. Nicht einmal die Hälfte der Frauen bejaht dagegen die Beschwerdefreiheit als Baustein für eine "gesunde Frau".

TABELLE 12

Eigenschaften und Verhaltensweisen einer "gesunden Frau" im Urteil von Erzieherinnen und Lehrerinnen (Mehrfachbenennungen)

| Anzahl der zustimmenden Antworten      |     |
|--|-----|
| Eine Frau, die kraftvoll und mutig ist | 66  |
| die ausgeglichen ist                   | 87  |
| die zufrieden ist                      | 92  |
| die gute Laune hat                     | 59  |
| die sich in ihrem Körper wohlfühlt     | 101 |
| die mit Krankheiten umgehen kann       | 79  |
| die beschwerdefrei ist                 | 43  |
| die Konflikte bewältigen kann          | 91  |

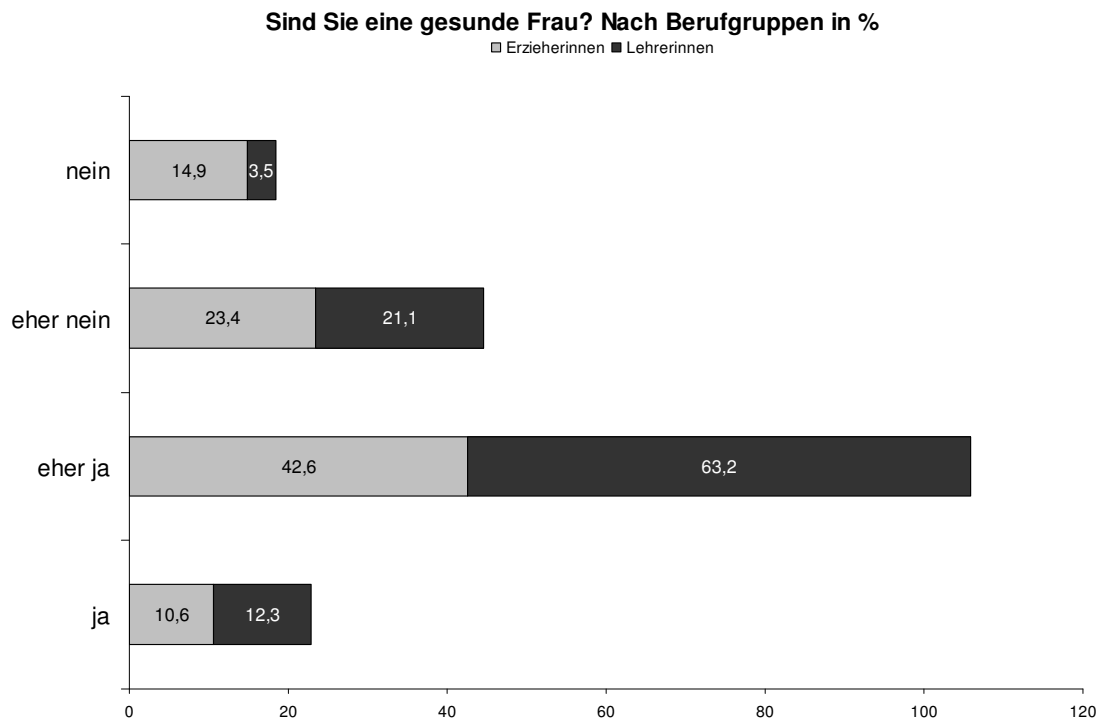
Betrachtet man nun die Benennungen nach Berufsgruppen, so verfügt für Erzieherinnen und Lehrerinnen nahezu übereinstimmend, eine gesunde Frau über ein "körperliches Wohlfühl". An zweiter Stelle rangiert die Zufriedenheit und die Fähigkeit Konflikte zu bewältigen, die von gut 90% aller Frauen benannt wird. Beschwerdefreiheit als Merkmal einer "gesunden Frau" trifft für die wenigsten Lehrerinnen zu, allerdings noch für gut jede

zweite Erzieherin. Dieser Unterschied könnte damit zusammenhängen, dass die Erzieherinnen häufiger unter Beschwerden leiden und daher „Freisein“ von Beschwerden einen höheren Stellenwert hat, als für die Lehrerinnen, die sich insgesamt auch gesunder fühlen. Auch könnte sie eine tendenziell traditionellere Auffassung von Gesundheit etwa im Sinne von "Fehlen von Krankheiten und Schweiß der Organe" zu einer höheren Zustimmung veranlassen. Für den Umgang mit Krankheiten und Schweiß befähigt zu sein, ist für drei Viertel aller Frauen von Bedeutung. Kraftvoll zu sein, ist für knapp die Hälfte der Erzieherinnen im Hinblick auf die Fragestellung von Bedeutung, dagegen geben hier drei Viertel aller Lehrerinnen ihre Zustimmung. Ausgeglichenheit und gute Laune sind zu gut 80% bzw. weit über 50% zutreffend und gelten für beide Berufsgruppen ähnlich (Tabelle im Anhang).

Der Bezug zur eigenen Person soll nun mit der Frage "Sind Sie eine "gesunde Frau?" hergestellt werden. Über die Hälfte der Erzieherinnen (53,2%) bejahen dies, davon 10,6% uneingeschränkt mit "ja" und 42,6% mit "eher ja". Drei Viertel aller Lehrerinnen sind aufgrund vorheriger Definition der Überzeugung, eine "gesunde Frau" zu sein, 12,3% von ihnen beantworten diese Frage mit einem uneingeschränkten ja und 63,2% mit "eher ja".

#### GRAFIK 11

Eine "gesunde Frau" nach eigener Einschätzung zu sein. Erhoben nach Berufsgruppen in %



### 3.6.2. Gesundheitsbeschwerden

#### 3.6.2.1. Häufigkeit der Beschwerden

Den Teilnehmerinnen der schriftlichen Befragung wurde eine Beschwerdeliste vorgelegt, die durch Hinweise der Teilnehmerinnen an der Interviewbefragung um 6 Beschwerden ergänzt wurde (Vollständige Beschwerdeliste im Anhang S.153).

Die Erzieherinnen leiden am häufigsten unter Nacken-Schulterschmerzen, über drei

Viertel (77%) von ihnen geben dies an, von den Lehrerinnen sind es etwa ein Drittel (32%). Auch an Rückenschmerzen leiden weit über doppelt so viele Erzieherinnen wie Lehrerinnen. Hier könnte der Grund für die höheren Belastungswerte der Erzieherinnen, neben z.B. einer höheren Stressbelastung (vergl.: Kap. 2.5.7.), die Notwendigkeit sein, kleinere Kinder in der Kindertagesstätte zu tragen und zu heben. Hinsichtlich der Beschwerde „Ängste“ ergibt sich die größte Differenz zwischen Erzieherinnen und Lehrerinnen. 23% der Erzieherinnen geben an, "sehr häufig" bzw. "häufig" diese Beschwerde zu haben, während nur etwa 2% der Lehrerinnen unter Ängsten leiden. Für sie zählen „Ängste“, "Appetitlosigkeit" und "Rheumatische Beschwerden" zu den Störungen, die die wenigsten (je 2%) sehr häufig bzw. häufig erleben. Übergewicht als klassischer Risikofaktor für Herz-Kreislaufkrankungen (Zwischenbericht. Bundestag-Drucksache 11/3267 1988:19) betrifft mehr als dreimal so viele Erzieherinnen (28%) als Lehrerinnen (9%).

Deutlich wird auch hier, dass hinsichtlich der Häufigkeit der Beschwerden, mit Ausnahme der Allergien (Erzieherinnen 17% und Lehrerinnen 21%), mehr Erzieherinnen als Lehrerinnen betroffen sind. Die bereits festgestellten erhöhten Belastungswerte der Erzieherinnen münden damit in eine ebenfalls erhöhte Beschwerdehäufigkeit gegenüber den Erzieherinnen dieser Befragung.

TABELLE 13  
Beschwerden von Erzieherinnen und Lehrerinnen(sehr) häufig in %

|                                | Erzieherin | Lehrerin |
|--------------------------------|------------|----------|
| Rückenschmerzen                | 53         | 23       |
| Nacken/Schulterschmerzen       | 77         | 32       |
| Fuß- und Beinleiden            | 21         | 12       |
| Rheumatischen Beschwerden      | 9          | 2        |
| Menstruationsbeschwerden       | 23         | 12       |
| Frauenkrankheiten              | 9          | 4        |
| Kreislaufbeschwerden           | 34         | 16       |
| Durchblutungsstörungen         | 23         | 5        |
| Kopfschmerzen                  | 38         | 21       |
| Nervosität                     | 49         | 19       |
| Abgespanntheit                 | 66         | 44       |
| Lustlosigkeit/Mutlosigkeit     | 34         | 11       |
| Ängste                         | 23         | 2        |
| Appetitlosigkeit               | 4          | 2        |
| Ständige Hungergefühle         | 17         | 9        |
| Schlafstörungen                | 38         | 9        |
| Bauch- und Magenschmerzen      | 15         | 4        |
| Verdauungsprobleme             | 17         | 14       |
| Übergewicht                    | 28         | 9        |
| Blasenentzündung               | 6          | 4        |
| Hautkrankheiten                | 15         | 11       |
| Allergien                      | 17         | 21       |
| Augenbeschwerden               | 19         | 7        |
| Bronchitis                     | 15         | 11       |
| Erkältungskrankheiten          | 32         | 14       |
| Hals-Nasen-Ohren - Beschwerden | 26         | 12       |

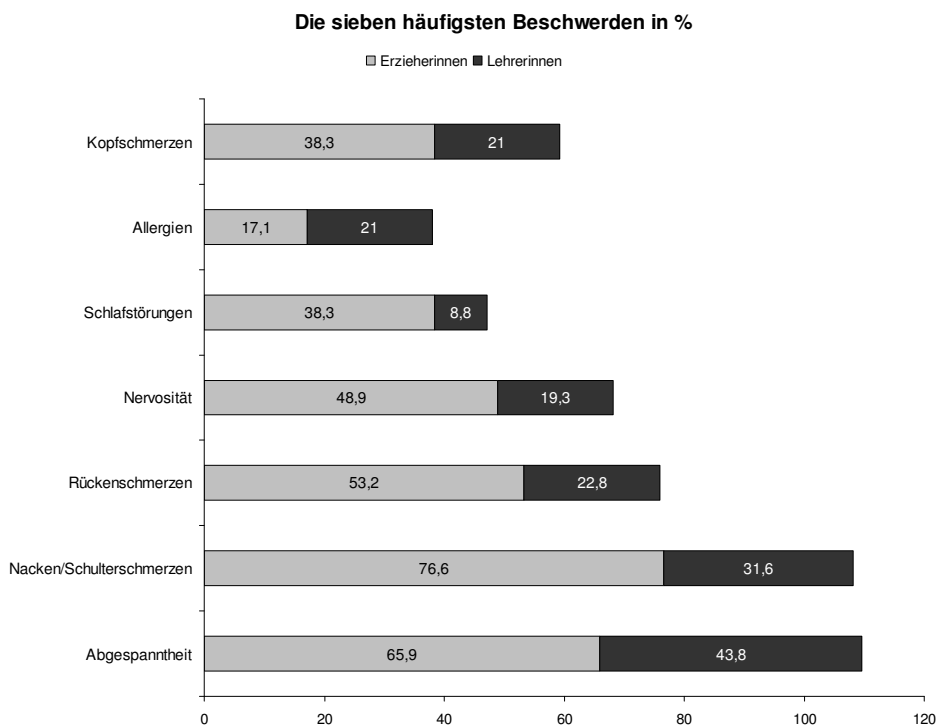
Unter den zuerst benannten Beschwerden finden sich sowohl bei den Erzieherinnen als auch bei den Lehrerinnen Rückenschmerzen, Nacken/Schulterschmerzen und Abgespanntheit, dagegen ergeben sich hinsichtlich von Kopfschmerzen, Nervosität, Schlafstörungen und Allergien Unterschiede in der Rangfolge.

Die sieben häufigsten Nennungen aller Frauen ergeben in ihrer Summe die folgenden Beschwerden:

1. Abgespanntheit
2. Nacken/Schulterschmerzen
3. Rückenschmerzen
4. Nervosität
5. Schlafstörungen
6. Allergien
7. Kopfschmerzen

## GRAFIK 12

Eigener Gesundheitszustand im Urteil der Erzieherinnen und Lehrerinnen in %



Alle Beschwerden werden von den Erzieherinnen der Befragung häufiger (meist doppelt so häufig oder häufiger) angegeben. Diese häufiger benannten Beschwerden beziehen sich sowohl auf körperliche als auch auf seelische Beanspruchungen. Wie bei den Teilnehmerinnen an der Interviewbefragung, werden Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparats (Nacken/Schulter- und Rückenbeschwerden) von den meisten häufig erlebt, gefolgt von allgemeinen Abgespanntheitsgefühlen, seelischen Störungen wie Nervosität und Schlafstörungen, Allergien und Kopfschmerzen. Unter dem Risikofaktor „Übergewicht“ leiden erheblich mehr Erzieherinnen als Lehrerinnen.

### 3.6.2.2. Entwicklung der Beschwerden

Die Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung werden in diesem Zusammenhang gefragt, ob Beschwerden in den letzten Jahren zugenommen haben.

Von den Erzieherinnen bejahen dies uneingeschränkt 17%, dagegen verneinen es 68% von ihnen. Gut 10% wissen es nicht. Hier bejahen erheblich mehr Lehrerinnen als

Erzieherinnen eine Zunahme ihrer Beschwerden im Laufe der Zeit. 33% aber noch immerhin gut die Hälfte (54%) von ihnen dagegen verneint eine Zunahme. Unsicher sind sich hier 7% der Lehrerinnen.

Nach den Ursachen für die Zunahme von Beschwerden gefragt, geben 38% der Erzieherinnen und 28% der Lehrerinnen "altersbedingten Verschleiß" an.

Einen möglichen prozesshaften Verlauf von Belastung und Beanspruchung im Leben der Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung soll ein Blick auf die Häufigkeiten von Beschwerden in Abhängigkeit von bestimmten Altersphasen erhellen. Dafür werden vier Altersgruppen gebildet.

Wie erwartet, zeigen sich die Beschwerden bei jüngeren Frauen der ersten Altersgruppe relativ selten (sehr) häufig, werden dann aber erwartungsgemäß mit zunehmendem Alter häufiger erlebt und erreichen ihren Höhepunkt in der Altersgruppe der 40-49-jährigen. Zwischen 50-59 Jahren nehmen dann die Beschwerden wieder ab, auf einen Stand, den nicht einmal die 30-39-jährigen Frauen dieser Untersuchung erreichen. Der Bruch in der Kontinuität des Prozesses: "Eine wachsende Anzahl von Frauen erlebt bestimmte Beschwerden (sehr)häufig mit wachsendem Alter", erklären sich die Autorinnen Kulms/Martiny mit einer im Alter zunehmenden Neigung zur Bagatellisierung von Belastungen. Sie werden als unabwendbares Schicksal hingenommen, reduzieren ihren Anspruch auf gesundheitliche Störungsfreiheit. Ihre Konstitution ist nicht mit der von jungen Frauen vergleichbar, andererseits und dies wirkt sich wiederum positiv aus, verfügen sie über Erfahrungen, was und wie viel sie sich zumuten können, ohne sich zu übernehmen (Kulms, Martiny 1998:110f). Auch kann hier angenommen werden, dass die Familienpflichten durch heranwachsende Kinder abnehmen, bzw. sich hier die Frauen finden, die ohne Kinder durch viele Berufsjahre hindurch routiniert ihren Berufsalltag zu meistern wissen. Hinweise auf eine gewisse Resignation gegenüber der immer wiederkehrenden Alltagslast lassen sich auch in anderen Untersuchungen finden, z.B. ordnen sich in der von Bartholomeyczik durchgeführten Untersuchung viele Frauen der Aussage zu, man habe Beschwerden, die aber ja zum Leben dazugehören (Bartholomeyczik 1988:18). Vermuten ließe sich auch, dass angesichts häufig auftretender Störungen und Schicksalsschläge, Beschwerden nicht mehr so ernst genommen, die Aufmerksamkeit sich eher auf das "was noch funktioniert" konzentriert, oder werden Gesundheitsstörungen aus Angst vor der Konkurrenz zu Jüngeren und aus Sorge um den Arbeitsplatz, heruntergespielt? Zu einer ähnlichen Einschätzung kommt Raehlmann, deren Probandinnen aussagen, dass sie, um im Alltag zu funktionieren, Beschwerden ignorieren und nicht problematisieren (Raehlmann 1991:201).

#### 3.6.2.3. Gesundheitsbeschwerden bei sexueller Belästigung und Mobbing

Gesundheitliche Folgen sexueller Belästigung wie Magenschmerzen, Ängste, Schlafstörungen, allgemeine Störung des Wohlbefindens werden nicht angegeben. Derartige Beschwerden werden von den Teilnehmerinnen dieser Befragung nicht in einen Zusammenhang mit sexueller Belästigung gebracht.

Bei Mobbing ergibt sich auch entsprechend einer größeren Anzahl von Betroffenen hinsichtlich der Folgen ein deutlicher Zusammenhang. Die als gesundheitliche Folgen von sexueller Belästigung bekannten Störungen, werden auch im Falle von Mobbing erhoben und führen zu dem Ergebnis, dass fast ein Drittel der Befragten sich in ihrem Wohlbefinden gestört fühlen. 19% leiden unter Schlafstörungen, gefolgt von Ängsten, Kopfschmerzen und Magenschmerzen (13%, 12%, 9%). Es geben nur 2% der Befragten an, in ihrem Wohlbefinden durch Mobbing nicht gestört zu werden (Tabelle g s. Anhang S.149).

#### 3.6.2.4. Ausfalltage wegen Krankheit

Die Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung werden zu diesem Komplex mit der Frage. "Wie viele Wochen im Jahr sind Sie durch Gesundheitsprobleme eingeschränkt?" um Stellungnahme gebeten. Die Antwortvorgaben erstrecken sich von weniger als eine

Woche bis zu mehr als 4 Wochen.

Fast 3-mal so viele Lehrerinnen (26%) wie Erzieherinnen (9%) sind durch Gesundheitsprobleme weniger als 1 Woche im Jahr eingeschränkt. Auch bei einer relativ geringen Einschränkungsdauer von 1 - 2 Wochen im Jahr, dominieren die Lehrerinnen (32%), wenn auch etwas weniger deutlich, die Erzieherinnen haben hier einen Anteil von 23%. Ab einer Einschränkung von mehr als 2 - 3 Wochen kehrt sich das Verhältnis um. Jetzt überwiegt ihr Anteil deutlich. Fast 15% der Erzieherinnen fühlen sich mehr als 4 Wochen im Jahr durch Gesundheitsprobleme eingeschränkt, während dies jetzt nur noch für 2% der Lehrerinnen zutrifft (Tabelle h: Anhang S.149).

Da davon ausgegangen werden kann, dass sich die Gesundheitsprobleme mit wachsendem Alter mehren, wird die Abhängigkeit dieser Variablen vom Alter geprüft. Gefragt wird, wie viele Tage im Jahr man sich durch Gesundheitsprobleme eingeschränkt fühlt. Die Antwortvorgaben erstrecken sich von weniger als einer Woche bis zu mehr als 4 Wochen. Es zeigt sich, dass die Gruppe der jüngsten Teilnehmerinnen den höchsten Mittelwert aufweist, d.h., dass sie die meisten Ausfalltage hat. Zu beachten ist aber, dass diese Altersgruppe hier sehr klein ist (3 Fälle, die dazu Angaben machen). Die Gruppe der 30-39jährigen Frauen weist den niedrigsten Mittelwert (2,52) auf, sie ist damit die Gruppe, die die wenigsten Ausfalltage aufweist. Die Gruppe der Frauen ab 40 Jahren erreicht einen Mittelwert von 3,04, etwas höher als die Gruppe der ältesten Frauen, mit einem Mittelwert von 3,0. Letzteres bestätigt auch die relativ günstigen Werte der ältesten Gruppe hinsichtlich ihrer Gesundheitsbeschwerden gegenüber der Gruppe der jüngeren Frauen (s. auch Kap. 2.6.2.2.; Tabelle i: Anhang S.149).

#### 3.6.2.5. Begründung der Beschwerden und Stress

Nach ihrer eigenen Einschätzung geben die Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung die folgende Begründung für ihre Beschwerden an. Die Nennungen wurden in eine Rangfolge gebracht.

Erzieherinnen und Lehrerinnen benennen an erster Stelle den Beruf als Ursache für ihre gesundheitlichen Beschwerden, gefolgt von Problemen und Konflikten in der Familie und mit dem Partner. Die Doppelbelastung rangiert an dritter Stelle, erst an vorletzter Stelle rangiert das eigene gesundheitsschädigende Verhalten, gefolgt von mangelnder Unterstützung, die an letzter Stelle als Grund für Gesundheitsbeschwerden genannt wird.

#### TABELLE 14

Allgemeine Ursachen von Beschwerden im Urteil aller Frauen (Rangfolge)

##### RANGFOLGE der Beschwerden-Ursachen (Qualität)

1. Belastungen durch Berufsarbeit
2. Probleme/Konflikte (Familie, Partner)
3. Doppelbelastung: Haus-/Erwerbsarbeit
4. Umwelt (Luft, Verkehr, Lebensmittel)
5. Familiär/erbliche Anfälligkeit
6. Folge früherer Krankheiten/Unfälle
7. Eigenes gesundheitsschädigendes Verhalten
8. Mangelnde Unterstützung(Familie, Behörden)

Nach der Qualität der Ursachen gefragt, geben die Frauen etwas andere Prioritäten an. Von den meisten wird auch hier der Beruf "sehr stark bzw. "stark" als Ursache für Beschwerden angesehen, über die Hälfte (52%) von ihnen machen diese Angabe, gefolgt von fast einem Drittel aller Erzieherinnen und Lehrerinnen, die Doppelbelastung als (sehr) stark verursachend ansehen. Familienbedingte Verursachung und Folge früherer

Erkrankung werden von den wenigsten (sehr) stark empfunden. Gesundheitsschädigendes eigenes Verhalten geben nur 13% der Frauen an. Die Umweltschädigung durch schlechte Luft, Verkehr und Lebensmittel benennt nicht mal jede sechste Frau (15%). Am wenigsten stark wird auch hier mangelnde Unterstützung, sei es seitens der Familie, sei es durch Behörden, als Ursache empfunden, nämlich nur knapp von jeder 10. Erzieherin und Lehrerin.

Es wird die These vertreten, dass Stress und seine Folgen ganz wesentlich von den Lebens- und Arbeitsbedingungen abhängen. Hier entscheiden zeitlicher Umfang der Berufs- und Hausarbeit und die Qualität der Arbeitsaufgaben unter Zeitdruck oder nicht sowie der eigene Qualitätsstandard wesentlich, ob Stress auftritt und in welchem Umfang. Die Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung werden gefragt, ob Konflikte im Beruf und in der Familie, Zeitdruck durch Doppelbelastung, mangelnde Unterstützung und persönlicher Anspruch, Perfektionismus als Stressursache anzusehen sind (s.S.53). Etwa zwei Drittel aller Befragten ordnen sich der Aussage "Persönlicher Anspruch, Perfektionismus" sowie Zeitdruck durch Doppelbelastung als (sehr) häufige Stressursache zu, wobei hinsichtlich letzterem die Lehrerinnen nur zu 40% ihr Votum abgeben. Auch zwischenmenschliche Konflikte im Beruf und Familie werden als Stressursache noch von über einem Drittel der Erzieherinnen benannt, dagegen aber nur von 16 bzw. 14% der Lehrerinnen. Als zu wenig unterstützt und darum häufig in Stress geratend, empfinden sich 43% der Erzieherinnen, dagegen nur 19% der Lehrerinnen (Tabelle f: Anhang S.2 ).

### 3.6.3. Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes

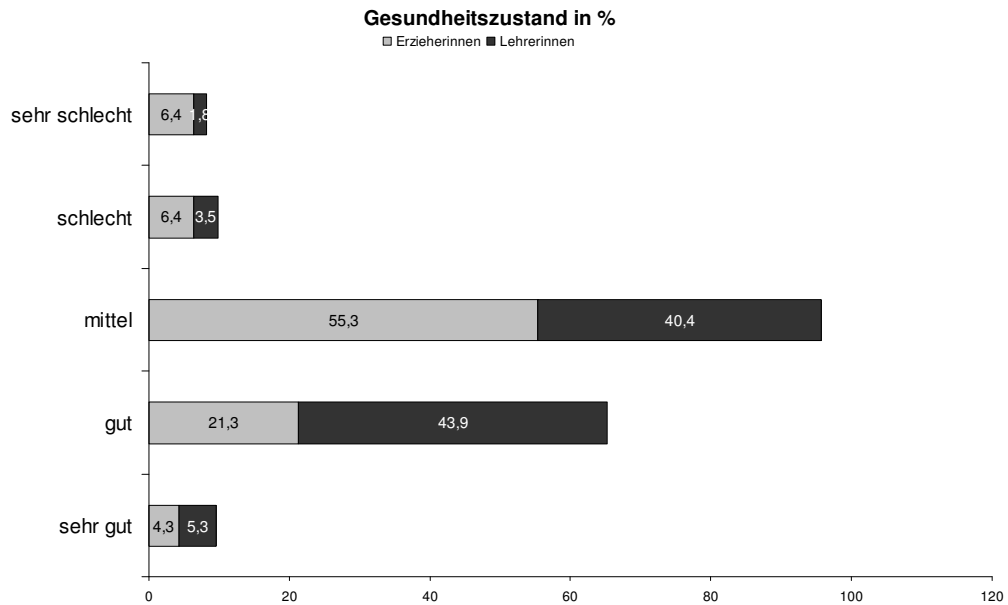
Ihren Gesundheitszustand beurteilen nur 4% der Erzieherinnen und 5% der Lehrerinnen als "sehr gut." Gut ein Fünftel aller Erzieherinnen empfinden ihren Gesundheitszustand als "gut", doppelt so viele Lehrerinnen (44%) empfinden ebenso. Die meisten der Erzieherinnen (55%) geben ihren Gesundheitszustand mit "mittel" an, von den Lehrerinnen sind es 40%.

Es fällt auf, dass sich der ganz überwiegende Teil der Erzieherinnen und Lehrerinnen momentan gesundheitlich "gut" bis "mittel" fühlt und dabei mehr Lehrerinnen positivere Werte erzielen, als die Erzieherinnen. Über einen schlechten bis sehr schlechten Gesundheitszustand klagen 13% der Erzieherinnen und 5% der Lehrerinnen. Diese negative Einschätzung geben in beiden Berufsgruppen deutlich weniger ab, aber auch hier noch doppelt so viele Erzieherinnen wie Lehrerinnen.



GRAFIK 13

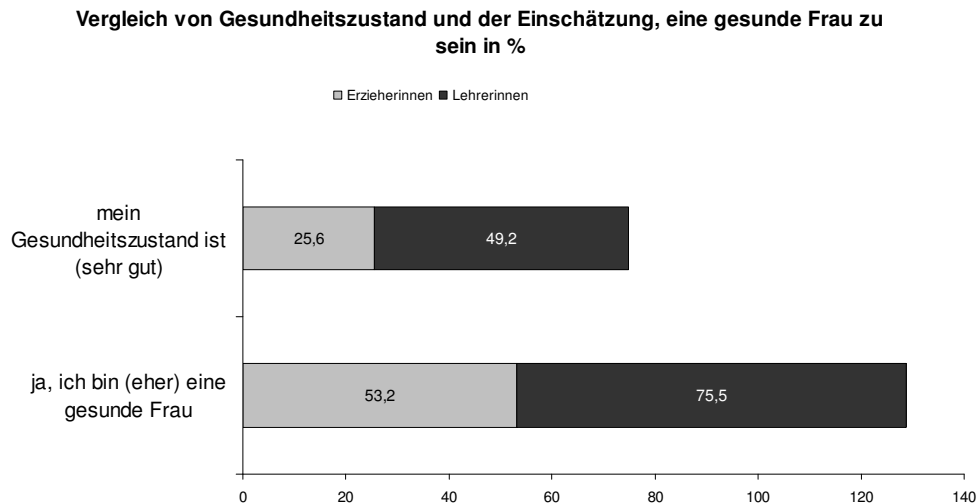
Eigener Gesundheitszustand im Urteil von Erzieherinnen und Lehrerinnen in %



Bei einem Vergleich der Angaben des Gesundheitszustands als sehr gut bis gut und der Angabe eine „gesunde Frau“ zu sein bzw. eher zu sein, zeigt sich, dass Erzieherinnen und Lehrerinnen dies häufiger angeben, als dass sie sich einen "sehr (guten) Gesundheitszustand" bescheinigen. Das heißt aber auch, dass viele derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als mittel und schlechter eingestuft haben, sich dennoch als gesunde Frau beurteilen.

GRAFIK 14

Vergleich von Gesundheitszustand: Sehr gut bzw. gut mit Gesunde Frau: Ja, bzw. eher ja von Erzieherinnen und Lehrerinnen in %



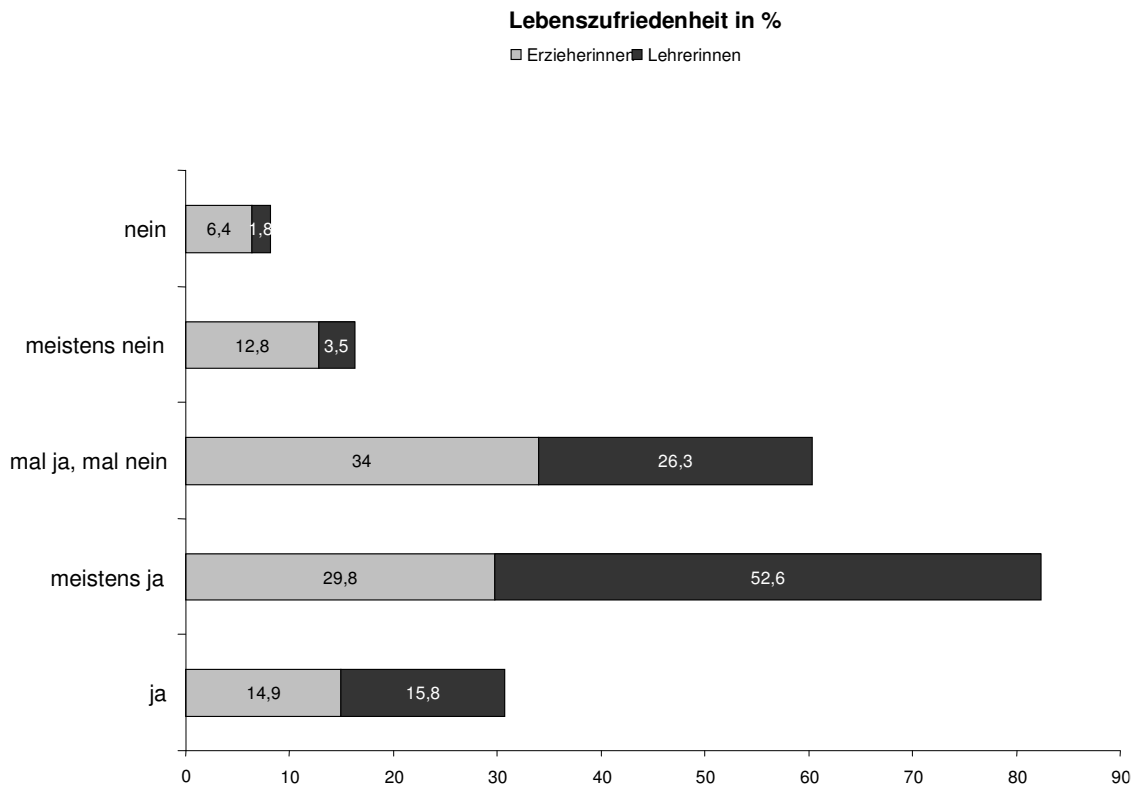
### 3.6.4. Lebenszufriedenheit

Die Erzieherinnen und Lehrerinnen, die an der schriftlichen Befragung teilgenommen haben, werden nach ihrer momentanen Lebenszufriedenheit gefragt.

Im Ergebnis sind die meisten mit ihrem Leben im allgemeinem zufrieden, wobei die Lehrerinnen der Untersuchung zu über zwei Drittel (68%) dies mit einem uneingeschränktem "ja" bzw. "meist ja" beantworteten. Aber auch die Erzieherinnen sind knapp zur Hälfte (45%) mit ihrem Leben (meist) zufrieden.

GRAFIK 15

Momentane Lebenszufriedenheit von Erzieherinnen und Lehrerinnen in %



Die Merkmale gesunden Lebens eignen sich auch zur Charakterisierung eines zufriedenen Lebens. Es lässt sich ein enger Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und der eigenen Einschätzung eine gesunde Frau zu sein oder eher nicht erkennen. Wie erwartet korrelieren die Variablen Lebenszufriedenheit und ihre Ausprägungen, sowie Einschätzung einer gesunden Frau mit den Ausprägungen hoch. Der Korrelationskoeffizient weist einen Wert von 0.6. auf.

Prüft man den Zusammenhang zwischen der Aussage eine gesunde Frau zu sein, bzw. eine solche eher zu sein oder nicht zu sein, mit der Frage nach der Lebenszufriedenheit ergibt sich folgendes Bild. Gut jede zweite Frau, die sich als gesunde Frau einschätzt, gibt an, dass sie mit ihrem Leben zufrieden ist und keine verneint dies. Die Frauen, die sich nicht als gesunde Frau einschätzen, geben zu 11% an, nicht mit ihrem Leben zufrieden zu sein und keine von ihnen schätz sich als mit ihrem Leben zufrieden ein.

TABELLE 15

Zusammenhang zwischen der Einschätzung eine gesunde Frau zu sein und Lebenszufriedenheit von Erzieherinnen und Lehrerinnen in %

| „Gesunde Frau“                  | Lebenszufriedenheit                    |  |
|---------------------------------|--|--|
|                                 | Ja, ich bin mit meinem Leben zufrieden | Nein, ich bin mit meinem Leben nicht zufrieden |
| Ich bin eine gesunde Frau       | 55%                                    | 0  |
| Ich bin eher eine gesunde Frau  | 14%                                    | 0  |
| Ich bin eher keine gesunde Frau | 8%                                     | 8%   |
| Ich bin keine gesunde Frau      | 0                                      | 11%  |

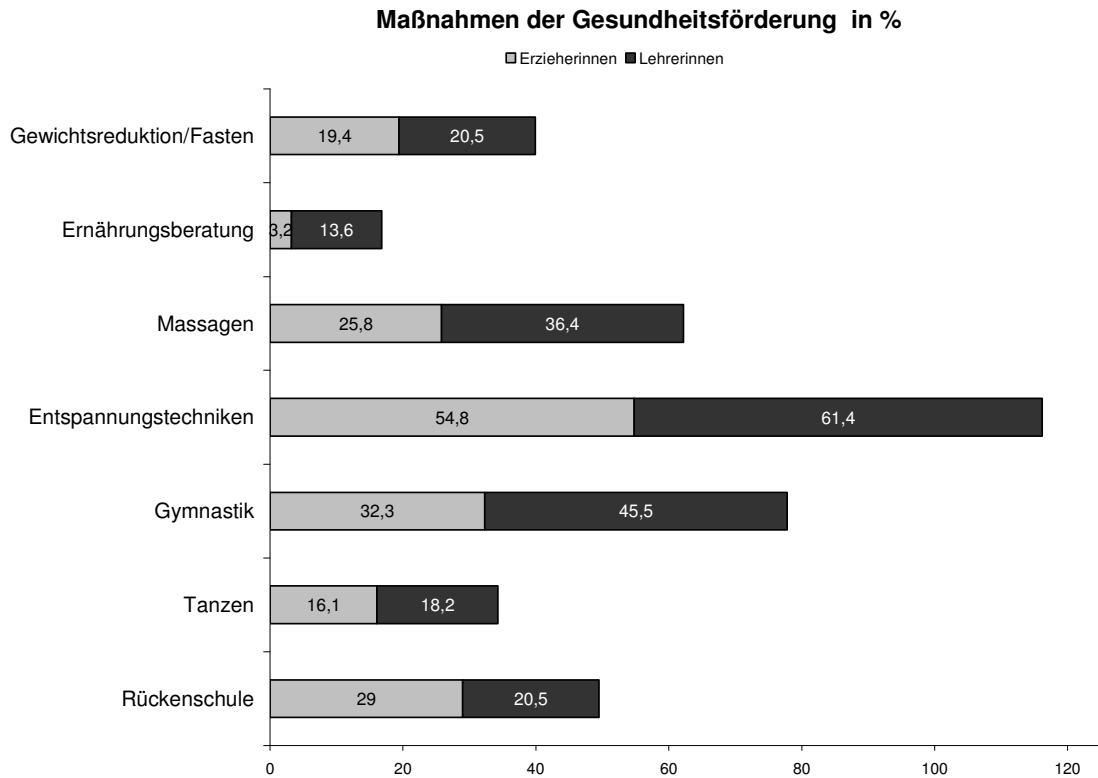
### 3.6.5. Gesundheitsvorsorge

Zu ihrer persönlichen Gesundheitsförderung befragt, geben die Teilnehmerinnen folgende Maßnahmen an: Rückenschule, Tanzen, Gymnastik, Entspannungstechniken, Massagen, Ernährungsberatung, Gewichtsreduktion/Fasten.

Die meisten von ihnen ergreifen passive regenerative Maßnahmen der Entspannung und Massagen, gefolgt von eher aktiven Maßnahmen wie Gymnastik und Rückenschule. Über die Hälfte aller Erzieherinnen und fast zwei Drittel der Lehrerinnen wenden Entspannungstechniken an, Massagen lassen sich ein Viertel der Erzieherinnen geben und gut ein Drittel der Lehrerinnen. Die eher schon klassische Methode der Gymnastik wenden fast ein Drittel der Erzieherinnen und nahezu die Hälfte der Lehrerinnen an. Vergleicht man die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die Erzieherinnen ergriffen haben, mit denen der Lehrerinnen, ergibt sich bis auf die Maßnahme Rückenschule, dass sich grundsätzlich mehr Lehrerinnen an Maßnahmen der Gesundheitsförderung beteiligen, als Erzieherinnen.

GRAFIK 16

Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach Berufsgruppen in %



Die Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung werden zum Schluss der Befragung noch einmal gefragt, was sie tun, um ihre Gesundheit zu erhalten.

Deutlich wird hier, dass keine der Frauen angibt, häufig keine Vorsorge zu betreiben. Dagegen erhalten drei Viertel der Lehrerinnen ihre Gesundheit, indem sie die klassischen Risikofaktoren vermeiden, dies erklärt auch, dass sie als Ursachen von Beschwerden Risikofaktoren nur selten benennen (vergl.: Kap.3.6.2.5.). Sehr häufig wird die Gesundheit durch gesunde Ernährung erhalten, gefolgt von Sport und Entspannung. Gut jede zweite (51%) Erzieherin gibt an, medizinische Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen, ein Faktor, den dagegen nur Drittel der Lehrerinnen erwähnt. An dritter Stelle wird hinsichtlich der Häufigkeit die Vermeidung von Risikofaktoren benannt. Vorsorge durch positive Konfliktbewältigung ergreifen jeweils gut ein Drittel der Erzieherinnen und auch der Lehrerinnen. Dem Faktor, vorsorgende Maßnahmen am Arbeitsplatz und in der Umwelt zu ergreifen, ordnen sich sehr wenige Frauen zu, dies gilt für beide Berufsgruppen.

TABELLE 16

Sehr häufige bzw. häufige gesundheitliche Vorsorgemaßnahmen von Erzieherinnen und Lehrerinnen (Anzahl der Antworten) 144

|  | Erzieherin | Lehrerin |
|--|------------|----------|
| Vermeidung von Risikoverhalten           | 47         | 75       |
| Gesunde Ernährung                        | 53         | 72       |
| Sport, Bewegung                          | 28         | 49       |
| Erholung, Entspannung                    | 43         | 46       |
| Medizinische Vorsorgeuntersuchung        | 51         | 33       |
| Psychotherapie, Homöopathie              | 13         | 19       |
| Vorsorge durch Selbstmedikation          | 13         | 11       |
| Vorsorgemaßnahmen am Arbeitsplatz/Umwelt | 4          | 5        |
| Information, Weiterbildung               | 19         | 23       |
| Positiver Umgang mit Konflikten          | 38         | 37       |
| Keine Vorsorge                           | 0          | 0        |

### 3.7. Zusammenfassung und Resümee

Es lässt sich ein sehr differenzierter Gesundheitsbegriff feststellen, der Wohlfühl-, Persönlichkeitsdispositionen wie Ausgeglichenheit, Zufriedenheit und Kommunikationsfähigkeiten beinhaltet und die Existenz einiger Beschwerden einschließt. Aus einer solchen ganzheitlichen Auffassung resultiert bei den meisten Befragten (50% – 75%) die Überzeugung, eine "gesunde Frau" zu sein.

Dieses Ergebnis weist über die Häufigkeiten im bundesdeutschen Frauengesundheitsbericht teilweise hinaus, in dem 58% der Frauen aus den alten Bundesländern, ihren Gesundheitszustand als überwiegend gut einschätzen (Verbundbericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland 2002: 407ff).

Die Lehrerinnen dieser Befragung schätzen ihre Gesundheit weitaus besser ein, als die Erzieherinnen. Relativiert wird dieser positive Eindruck durch die Beurteilung des momentanen Gesundheitszustandes, der nur von etwa 20% der Erzieherinnen und 40% der Lehrerinnen als gut bezeichnet wird sowie einer großen Anzahl von aktuellen Beschwerden. Es geben drei Viertel der Erzieherinnen und fast ein Drittel der Lehrerinnen an, sehr häufig bzw. häufig unter Nacken-Schulter-Schmerzen zu leiden. Die Hälfte der Erzieherinnen zusammen mit 20% der Lehrerinnen leiden sehr häufig bzw. häufig unter Rückenschmerzen. Nahezu zwei Drittel der Erzieherinnen fühlen sich (sehr) häufig abgespannt und teilen diesen Zustand mit über 40% der Lehrerinnen. Die Beschwerden haben sich häufig im Zeitverlauf entwickelt, sie nehmen nach Ansicht von gut jeder dritten Erzieherin und gut jeder vierten Lehrerin im Alter durch Verschleißerscheinungen zu. In der Tat zeigt sich bei den Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung eine kontinuierliche Zunahme der sieben häufigsten Beschwerden mit wachsendem Alter bis zu einem Alter von 49 Jahren, ab dann nimmt die Anzahl der Beschwerden allerdings ab. Hinter dieser "gebrochenen" Tendenz lässt sich Resignation und abnehmendes Anspruchsverhalten an allumfassender Gesundheit, aber auch Routine und Einhaltung eines realistischen Belastungsniveaus z.B. durch Prioritätensetzung, der im Umgang mit Belastung und Beanspruchung erfahrenen Frauen, vermuten.

Die Beanspruchung der Befragten erreicht trotz relativ vieler Beschwerden nach ihren Angaben nur selten ein Maß, das sie in der Ausübung ihrer Arbeit beeinträchtigt. Die Ausfalltage wegen Krankheit werden von fast 60% der Lehrerinnen mit "weniger als eine Woche" bis "ein bis zwei Wochen" im Jahr angegeben, während diese relativ kurzen

Ausfallzeiten nur für knapp ein Drittel der Erzieherinnen zutrifft.

Zur Gesundheit tragen die eigenen aktiven Maßnahmen zur "Gestaltung" von Gesundheit bei, im Bereich Gesundheitsförderung haben "gesunde Ernährung" und Entspannung bei Erzieherinnen und Lehrerinnen ähnlich hohe Priorität. Mit der Vermeidung von Risikofaktoren erhalten vor allem die Lehrerinnen (75%) ihre Gesundheit, während medizinische Vorsorgeuntersuchungen in Sachen Prävention über die Hälfte der Erzieherinnen unternehmen.

Die Lebenszufriedenheit allgemein zum Zeitpunkt der Befragung ist erwartungsgemäß bei den Lehrerinnen höher, weist aber auch bei den Erzieherinnen positive Häufigkeiten auf. Es lässt sich ein enger Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und der eigenen Einschätzung eine gesunde Frau zu sein oder sich eher nicht als eine solche zu empfinden erkennen. Nahezu jede zweite der mit ihrem Leben zufriedenen (43%), gibt an, sich als gesunde Frau einzuschätzen und nur 5% verneinen dies. Die Frauen, die mit ihrem Leben nicht zufrieden sind, schätzen sich entsprechend fast ausnahmslos nicht als gesunde Frau ein.

#### 4. ZUSAMMENHANG ZWISCHEN GESUNDHEIT UND DER BEWÄLTIGUNG VON BEANSPRUCHUNG UND BELASTUNG

##### 4.1. Begriffsbestimmung

Die Auffassung, nach der Gesundheit gelungene Anpassung des Individuums an stresserzeugende Umweltherausforderung, ist, findet ihre entscheidenden Belege in den Ergebnissen der Stressforschung. Das bekannteste Stressmodell wurde von Physiologen (z. B. Selye 1981), Psychologen und Soziologen gemeinsam entwickelt. Danach wirken im Belastungs- Bewältigungsprozess zusammengefasst psychosoziale Gesundheitsrisiken (Arbeitsbedingungen, Zeitnot, Anspruchsverhalten usw.) und potentiell schädigende externe und/oder interne Konflikten, Zwänge oder Herausforderungen einerseits sowie andererseits Gesundheitspotentiale (Qualifikation, Handlungsspielraum, soziale Unterstützung usw.), die gesundheitsfördernde, externe und interne Ressourcen darstellen, zusammen. Sozialer Wandel und Veränderung des Lebenslaufs sorgen dafür, dass sich sowohl Probleme und Risiken, als auch persönliche und soziale Ressourcen wandeln. Problem- und Risikobewältigung erfolgen auf der Ebene des Bewusstseins, der Gefühle, der Physiologie und des Verhaltens in der Gemeinschaft mit anderen. Sie erfordern in unserer Gesellschaft vor allem Fähigkeiten zur kognitiven, emotionalen und kommunikativen Situationsbewältigung (Badura 1993:76).

Gesundheit und damit Anpassung an stresserzeugende Umweltherausforderungen bedeutet, Stressoren angemessen zu bewältigen. Wenn die Anpassung dabei subjektiv als erfolgreich wahrgenommen wird, erzeugt dies Wohlbefinden. Nach kompetenzorientierten Ansätzen von Wohlbefindensetheoretikern ist Wohlbefinden das Resultat gelungener Bewältigung externer Anforderungen, solche Erfolge stärken das Selbstwertgefühl und wirken Gefühlen von Hilflosigkeit, Angst und Depressivität entgegen (Becker 1991:26). Als Indikatoren für das Wohlbefinden gelten u.a. die Lebenszufriedenheit und das Selbstwertgefühl (Zapf 1991:237).

Besonders die Frauengesundheitsforschung vertritt die Auffassung, dass die Orte, an denen es sich entscheidet, ob Menschen gesund sein können, die sozialstrukturellen Lebensbedingungen und die daraus entstehenden subjektiven Bewältigungsmuster sind. Durch eine solche Sichtweise treten, neben den somatischen Risikofaktoren, die sozial bedingten Risikofaktoren wie Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Umgang mit Medikamenten und Drogen und ihre mit verursachenden Verhältnisse z.B. die belastenden Bedingungen des Arbeitsplatzes, Doppelbelastung usw., in den Vordergrund (Schneider 1981). Die Bewältigung dieser externen Anforderungen ist es, die Gegenstand der nachfolgenden Befragung ist. Besondere Beachtung sollen dabei die Gesundheitspotentiale der Teilnehmerinnen im "Anpassungsprozess Gesundheit"

erfahren.

#### **4.2. Ressourcen und Stressoren im Belastungs- Bewältigungsgeschehen**

Heute tendieren Stressforscher und GesundheitswissenschaftlerInnen (z.B. Antonovsky 1979, Rodenstein 1981, Sagan 1992) angesichts einer überwältigenden Anzahl potentiell gefährdender Stressoren, die Fragestellung nach der Herstellung gesundheitsförderlicher umweltbedingter Voraussetzungen umzukehren. Sie lenken ihre Aufmerksamkeit weniger auf die Verhinderung von Stressoren oder die Vermeidbarkeit von Belastung, sondern auf die Gesundheitspotentiale der Menschen. Diese gilt es nun zunehmend aufzuspüren und zu stärken. Ein Hinweis darauf, über welche Fähigkeiten viele Menschen verfügen, zeigt die Tatsache, dass es ihnen häufig gelingt trotz einer Unzahl wachsender gesundheits-schädigender Einflüsse, gesund zu bleiben oder wieder zu werden. Es erhebt sich damit die Frage, wodurch sie ihr Wohlbefinden erhalten oder entwickeln und von welchen Fähigkeiten und Möglichkeiten dieses abhängt?

Vielfältige Stressoren, die innere oder äußere Anforderungen an Menschen stellen, stören sein Gleichgewicht. Für dessen Wiederherstellung wird eine energieverbrauchende Handlung erforderlich (Antonovsky 1981: 72). Stressoren lassen sich auf verschiedenen Ebenen lokalisieren. Es können chronische Stressoren, größere Lebensereignisse und alltäglicher Ärger sein, die im Menschen einen Spannungszustand erzeugen. Die zentrale Frage ist, wie der von Stressoren ausgelöste Spannungszustand, der zu negativen Affekten und körperlicher Erregung führen kann, wieder gelöst werden kann. Dabei spielen die Bewältigungsmöglichkeiten eines Menschen eine entscheidende Rolle für die positive oder negative Auswirkung auf seine Gesundheit.

Das salutogenetische Modell mit seinem Fokus auf die Bewältigungsmöglichkeiten ist ein Modell, in dem die Ressourcen von Menschen einen herausragenden Stellenwert haben. Sie entscheiden über Art und Erfolg von Bewältigungsversuchen. Dabei handelt es sich nicht nur um spezifische Ressourcen, die salutogenetisch wirken und die für bestimmte Krankheiten durchaus von Bedeutung sein können, sondern vor allem um allgemeine Ressourcen, die von Antonovsky in ihrer Funktion für die Bewältigung verschiedener Anforderungen untersucht wurden. So fasst er unter dem Begriff "generalisierte Widerstandsressourcen"(GRR) alle Merkmale einer Person, Gruppe oder Umwelt, die eine wirksame Spannungsbewältigung erleichtern können, zusammen (Antonovsky 1981:99). Wie schon angeführt ist die, das Ressourcenpotential verbindende Kraft, ein allgemeines Gefühl von Kohärenz (SOC), eine globale Orientierung welche mehr oder weniger Zuversicht in die Erklärbarkeit, Kontrollierbarkeit und Sinnhaftigkeit der Anforderung und ihrer Bewältigung vermittelt (Antonovsky 1997:36).

Die Frage erhebt sich nun, auf welche Weise GRRs und SOC von Menschen auf die Gesundheit Einfluss nehmen? Antonovsky geht davon aus, dass Menschen, je nachdem ob ihr SOC stark oder weniger stark ausgeprägt ist, zunächst Anforderungen eher als nicht belastend bzw. als sehr belastend einstufen. Entsprechend ihrer Bewertung wird sich dann ihre Einschätzung ihres Wohlbefindens (mehr, weniger, gar nicht gestört) unterscheiden. Schließlich werden Menschen dann nach Erwägung möglicher Maßnahmen, zu mehr oder weniger gezielten Mitteln greifen (vergl.: Transaktionales Stressmodell).

Dabei wird das aktuelle Bewältigungshandeln immer auf die konkrete Situation eines Menschen bezogen sein, und dabei von seinen, ihm momentan zur Verfügung stehenden Ressourcen, abhängig sein. Es steht zu vermuten, dass Menschen mit hohem SOC eher in der Lage sein werden, aus ihrem Ressourcenpotential geeignete Kombinationen zu wählen und angemessene Copingstrategien zu realisieren. Im Vertrauen auf erfolgreiche Lösungen von Belastungen werden dann in der Regel negative Spannungen vermeidbar und damit ein günstigerer Platz auf dem Gesundheitskontinuum wahrscheinlich.

Infolge dieser neuen Forschungsperspektive eröffnet sich als Schwerpunkt des Interesses die gesundheitserhaltende oder wiederherstellende Bewältigung von Herausforderung und Bedrohung durch psycho-soziale oder physiologisch biochemische Stressoren. Je nachdem, ob sich Ressourcen eher aus der Persönlichkeit heraus entwickeln können oder

von anderen bereitgestellt werden, lassen sie sich in innere und äußere Ressourcen einteilen. Es zählen z.B. genutzter Handlungsspielraum (Karasek/Theorell 1990) und Bewegungsspielraum (Karmaus u.a. 1990:17), Bildungs- und Qualifikationsniveau und -möglichkeit zu den inneren Ressourcen, zu den äußeren Ressourcen, die sozialen Beziehungen, die Quantität und Qualität persönlicher Netzwerke.

### **4.3. Untersuchungen zum Thema**

Nur unter bestimmten Bedingungen, so die Verfasserinnen des Berichtes zur gesundheitlichen Situation von Frauen, können sich neben dem Belastungseffekt durch die doppelte Aufgabenstellung in der Erwerbstätigkeit und in der Familien- und Hausarbeit auch Ressourcen, wie Sinnfindung und Kompensation, entwickeln. Die Datenlage aber zum Aspekt Belastung und Bewältigungsressourcen ist als unzureichend einzustufen, Aussagen dazu beruhen allein auf einigen Einzeluntersuchungen und Diskussionsergebnissen (Dokumentation der Fachtagung zur Frauengesundheit:33).

Bedingt durch die bis heute herrschende Zuweisung von Frauen auf Haus- und Familienarbeit in Kombination mit Erwerbstätigkeit kommen die Verfasserinnen zu dem Schluss, dass Doppelbelastung und Mehrfachbelastung in qualitativer wie quantitativer Hinsicht die Folge ist. Eine allgemein hohe Lebenszufriedenheit, wie sie sich auch in vorliegender Befragung zeigte, lässt allerdings den Schluss zu, dass hier ein differenziertes Ressourcenpotential seines wissenschaftlichen Nachweises harret.

Die folgenden Untersuchungen zu den Belastungen von Frauen bei der Bewältigung ihres Arbeitsalltages und deren unterschiedlichen Folgen für die Gesundheit und das Wohlbefinden versuchen die Differenzen zwischen den Frauen zu ermitteln.

Neben den gemeinsamen rollenspezifischen Einschränkungen weisen Frauen untereinander erhebliche Unterschiede hinsichtlich ihrer Lebenslagen auf. Es entscheiden Schichtzugehörigkeit, Alter usw. über effektive Interessenwahrnehmung und Ressourcenpotential. Unterschiedlich sind darüber hinaus u.a. die Art und der Umfang von Belastung, Erfahrung mit Belastung und Krankheit, Gefühle im Umgang mit Stress sowie die Art und Weise ihrer Reaktion darauf. Einschneidende Erlebnisse, Katastrophen fordern bzw. überfordern die meisten Menschen in ähnlicher Weise (Sagan 1992), im Auseinandersetzungsprozess mit der Alltagslast und den dort auftretenden Stressoren realisieren sich dagegen die unterschiedlichsten Bewältigungsformen, so dass auch unterschiedliche Beanspruchungen als Folge zu erwarten sind. Auf welchen Faktoren beruhen diese Unterschiede, warum werden manche Frauen krank und andere nicht?

Der Zusammenhang zwischen sozialen Bedingungen und Belastungen und deren Bewältigung wurden in den folgenden Untersuchungen ermittelt. Dabei wurden Bewältigungsformen, die aus zeitlicher Belastung erwerbstätiger Frauen (Raehlmann 1993), hinsichtlich typischer Arbeitsplatzmerkmale (Karmaus 1990, Eggers/Müller 1982) und in Abhängigkeit von der Schichtzugehörigkeit (Klesse u.a.1992) erwachsen, erforscht.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich von den Strategien, die in erster Linie dazu dienen, die Emotionen zu kontrollieren und damit eine Anpassung der eigenen Person an gegebene Umweltbedingungen gewährleisten, die folgenden finden: Jammern und Klagen, Hilflosigkeit, Ratlosigkeit (Levy 1977 Karmaus 1990), passives Freizeitverhalten, passive Regeneration ( Raehlmann 1993), Problemverdrängung (Eggers/Müller 1982, Karmaus1990), Resignative, Probleme abladen, Ratsuche, orale Kompensation (Karmaus 1990)

Von den Strategien, die meist eher eine Situationsveränderung, d.h. eine Anpassung von Umweltbedingungen an das eigene Vermögen bedeuten wurden die folgenden ermittelt: Aufteilung der Arbeit, institutionelle Problemlösung, Gesundheitsvorsorge, Arbeitsplatzwechsel (Karmaus 1990, Raehlmann 1993)



#### **4.4. Soziale Netzwerk**

Den Menschen als soziale Wesen ist der Zugang zu anderen Menschen vorrangig, daher ist es unschwer nachzuvollziehen, dass, wenn sozialer Kontakt gestört ist oder gar gänzlich fehlt, dies zu seelischen und körperlichen Schäden führen kann. Für den Bewältigungsprozess von Belastung und Krisen zählen die sozialen Beziehungen zu den bedeutendsten personalen Ressourcen. Beziehungen, die im Krisen- und Belastungsfall Unterstützungsleistungen jeglicher Art gewähren, werden besonders in der Sozialmedizin und in der Stressforschung zum Untersuchungsgegenstand erhoben. Hauptursache von Stress sind danach Konflikte und Belastungen durch Beziehungen im familiären und beruflichen Bereich. Neben den Beziehungskonflikten beinhaltet das Auftreten schwerer Krankheiten ein hohes Stresspotential. Hierzu wurde das Vorhandensein bzw. Fehlen von sozialer Unterstützung in seinen Auswirkungen auf psychische und physische Gesundheit und auf Stressverarbeitung allgemein untersucht. Dabei gilt es als nachgewiesen, dass realisierte soziale Unterstützung eine Schutzfunktion schon im Vorfeld der Erkrankung hinsichtlich emotional, körperlich und sozial belastender Auslöser hat. Nach den Ergebnissen der "life-events-Forschung" sind Trennung oder Tod eines Partners oder naher Verwandter besonders relevant auch für die Auslösung von Krankheiten (z.B. Herzinfarkt). Soziale Beziehungen können allgemein gegensteuern, indem sie menschliches Denken, Fühlen, Handeln regulieren und ein Gefühl von Bedeutung und Zusammenhalt vermitteln, (Antonovsky 1979:). Sie helfen, ein durch Abhängigkeit und Schwäche bedrohtes Selbstbild in Folge einer schweren Krankheit wiederherzustellen und können schützend und stützend auf das Ausmaß der Bedrohung einwirken, indem sie bei der Anpassung an eine veränderte Normalität helfen (Selbstbildmanagement Badura 1987:27). Auch erleichtern gut funktionierende soziale Netzwerke ganz allgemein gesundheitliche Verhaltensweisen oder Lebensweisen (House 1989:173).

Vermutet wird, dass ihre Wirkung sich zeigt, wenn durch schwerwiegende Gesundheitsstörungen das Selbstwertgefühl bedroht wird, man beim Vergleich mit anderen schlecht abzuschneiden befürchtet und dieses negative Selbstkritik auslöst. Soziale Netzwerke wirken nun als Puffer, die die Fähigkeit des einzelnen erhöht, mit diesem psychosozialen Stress fertig zu werden (coping). Dies gelingt, indem sie emotionale, soziale und instrumentelle Hilfen bereitstellen (Wills 1985).

Soziale Netzwerke sind für die Verarbeitung von Stressfolgen und außergewöhnlichen Lebensereignisse von so großer Bedeutung, dass Stressforscher Sagan anregt, um Voraussagen darüber zu machen, wie ein bestimmter Mensch auf Katastrophen, Krankheit und Unglück reagieren wird, nicht seine eigene Stärke, sondern die seiner Familie zu untersuchen nützlich sei (Sagan 1992:206).

Über die Familie hinaus bilden Freunde, Nachbarn, Kollegen, Ärzte und Therapeuten usw. ein mehr oder weniger stabiles Auffangnetz für Krisen, Konflikte und Alltagslast. So stellten Kulms und Martiny in ihrer Untersuchung zu den Belastungen von erwerbstätigen Frauen mittleren Alters schon 1981 fest, dass es von den sozialen Beziehungen der Frauen abhängt, ob sich ihre Belastungen durch Entlastungspotentiale mildern lassen, ob Kompensation möglich ist oder sich im Gegenteil ein Aufschaukeln von Belastungen einstellt. Im sozialen Beziehungsgefüge stellt sich ihrer Meinung nach ihre Befindlichkeit her, mit den dazugehörigen Menschen und durch sie lassen sich Arbeitsbedingungen aushandeln, dort können Belastungen zurückgewiesen oder von anderen aufgefangen werden (Kulms/Martiny 1981:108).

##### **4.4.1. Begriffsbestimmung**

Zusammensetzung, Struktur und Inhalt sozialer Netzwerke werden in der Regel an partialen Netzwerken analysiert, deren Begrenzung das jeweilige Erkenntnisinteresse bestimmt. Quantität und Qualität sozialer Beziehungen wird mit dem Begriff des "Sozialen Netzwerks" veranschaulicht. Es ist die Menge von Menschen, zu denen ein Individuum Beziehungen unterschiedlicher Intensität und Bedeutung unterhält. Inhalte

zwischenmenschlicher Beziehungen, die in egozentrischen oder persönlichen Netzwerken analysiert werden können, sind der Austausch von Informationen sowie materielle oder immaterielle Hilfe, sie gelten als Ressourcen, über die der Mensch als Zentrum seines persönlichen Netzwerkes verfügen kann. Hinsichtlich der Zusammensetzung eines Netzwerkes interessieren Geschlecht, Alter, Homogenität usw. der Netzwerkmitglieder. Die Struktur eines Netzwerkes ergibt sich aus der Frage nach den Beziehungen der Netzwerkmitglieder untereinander. Inhalte ergeben sich, wenn man nach den Ressourcen fragt, die in einem Netzwerk ausgetauscht werden. Zu den Interaktionskriterien zählen über die Inhalte wie Gefühle, Information, Einfluss, Güter und Dienste hinaus auch die Eigenschaften der Verbindung wie Reziprozität, Intensität usw. Zur strukturellen Kategorie zählen quantitative Merkmale wie Größe, Dichte (Anteil der tatsächlichen Verbindungen an den potentiell möglichen), Stabilität, Offenheit (wie viele Verbindungen gibt es zu anderen Netzwerken) Hierarchien usw.

Neben den rein formalen Aspekten bedarf es zu einer vollständigen Analyse des Ressourcenpotentials einer qualitativen Betrachtung von Hilfsnetzwerken (supports). Die Einbeziehung der Qualität von Netzwerken gewinnt dann an Bedeutung, wenn sich herausstellt, dass formal gleiche Netzwerkbeziehungen unterschiedliche Bedeutung für verschiedene Menschen haben, von Frauen und Männern je unterschiedlich genutzt werden und kulturell unterschiedlichen Sinn haben. Für die ganzheitliche Einschätzung eines Netzwerkes ist die Wahrnehmung der Beziehungen (z.B. freundlich/feindlich) durch den Empfänger von großer Bedeutung (vergl.: Keupp 1987:28).

Inzwischen gilt es hinsichtlich des Nutzens von Netzwerken als nachgewiesen, dass er nicht nur durch die Anzahl der Mitglieder und die Kontakthäufigkeit zwischen ihnen bestimmt wird, sondern dass qualitative Netzwerkleistung auch aus angemessener emotionaler und sachgemäßer Hilfestellung bestehen muss und dass die Unterstützungsperson der Empfängerin, in ihrer subjektiven Einschätzung, auch etwas bedeuten muss (Mayr-Kleffel 1991:211).

Darüber hinaus muss die quantitative und qualitative Betrachtung durch eine weitere Perspektive ergänzt werden. Bei einer einseitigen Betrachtung der support-Wirkung von Netzwerken als hilfreich, weil sie Stress reduzierend wirken können, bleiben die Belastungen unberücksichtigt, die aus Vorleistungen der Empfängerin und ihren (evtl. enttäuschten) Erwartungen resultieren können. Bei aller Hilfe erfordern diesbezügliche Leistungen auch einen nicht unerheblichen Einsatz von dem, der sie in Anspruch nehmen muss. Eine Betrachtung, die support mit Entlastung für den Empfänger gleichsetzt, muss sich den Vorwurf der Eingleisigkeit gefallen lassen, denn sie lässt außer Acht, dass soziale Netzwerke als soziale Interaktion auf einem Austausch von Leistungen und Erwartungen beruhen. Über die gewährte Mehrleistung durch die Hilfestellung, sei es an emotionaler Kraft, instrumentellem Aufwand und materieller Gaben oder Zeit hinaus beinhalten die potentiell enttäuschten Reziprozitätserwartungen auf einen Ausgleich von "Geben und Nehmen" Stressmomente und dies sowohl beim Leistenden als auch beim Empfänger, der nun seinerseits zum Ausgleich der support-Balance aufgerufen ist oder sich aufgerufen fühlt. Als hauptsächlich support-Leistende stellt sich die mittlere Generation heraus, die Generationsbeziehungen nach beiden Seiten haben (sandwich-Generation) und sowohl von der älteren (z.B. Eltern) als auch von der jüngeren (Kindern) zur Hilfeleistung herausgefordert werden (Gräbe 1991:352).

Die Ressourcenfunktion von sozialen Netzwerken bleibt trotz berechtigter kritischer Einschränkungen für eine Reihe von Belastungs- und Krisensituationen unumstritten. Wills differenziert ihre Hilfsfunktionen auf unterschiedlichen Ebenen. So können Menschen durch ihre sozialen Hilfsnetze emotionale Unterstützung, Stützung ihres Selbstwertgefühls durch intime vertrauensvolle Beziehungen mit der Möglichkeit, Probleme zu besprechen, Unterstützung ihres Status, Informationen, instrumentelle und materielle Hilfen und Unterstützung durch Geselligkeit und soziale Aktivitäten erhalten. Hilfe im Bewältigungsgeschehen kann durch informelle HelferInnen (persönliche und zufällige Kontakte) oder durch formelle Helfer, die Professionellen in den Institutionen, geleistet werden (Wills 1985).

Traditionell wichtigstes soziales System ist die Familie und der Kreis der Freunde, die auf vielfältige Weise die Abwehrkräfte stärken und bei der Belastungsbewältigung (coping) helfen können. Die Familie fungiert als Sammelstelle und Schaltstelle für Informationen über die Welt. Sie ist wichtig um in der Welt voranzukommen und um Frustrationen zu vermeiden, die z.B. aus Unkenntnis über das gesellschaftliche System und seine Zugänge (Schule, Berufsausbildung, Gesundheitsversorgung usw.) entstehen. Die Familie und auch Freunde können ein Feed-back- und Orientierungssystem sein. Hier können Meinungen und Handlungen in der Atmosphäre einer verständnisvollen Encounter-Gruppe überprüft und vorbereitet werden. Bei Wertkonflikten mit anderen kann sie als Bezugs- und Kontrollgruppe dienen, sie ist außerdem Quelle praktischer Dienstleistung und konkreter Hilfe, sie kann Ruhe und Erholung bieten und schließlich kann sie in Krisenzeiten Selbstvertrauen stärken. Bei allen Ressourcen, wie sie von dieser Seite bereitgestellt werden können, darf allerdings auch nicht ihre potentiell schädigende Wirkung vernachlässigt werden. Gerade in der Familie können sich Konflikte aufgrund ihres großen Einflusses auf die Entwicklung ihrer Mitglieder in jungen Jahren und über lange Zeiträume belastend und gesundheitsschädigend auswirken.

Auch Ärzte, als Vertreter professioneller HelferInnen, haben aufgrund ihrer traditionellen Autorität einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden der Menschen. Sie können der Gesundheit nicht nur medizinisch und chirurgisch dienen. Sie kommen als soziale Stütze dann in Betracht, wenn sie darüber hinaus auch ein vertrauensvolles Verhältnis zu ihren Patienten aufbauen können, ihnen Anteilnahme und Mitgefühl zeigen. Eine sorgfältige Patientenaufklärung und Einfühlungsvermögen können Rekonvaleszenzzeit, Schmerzmittelvergabe und Komplikationen positiv beeinflussen. Umgekehrt kann unsensible Information einschüchternd und Angst erzeugend sich ungünstig auf den Gesundungsprozess auswirken (Sagan 1992:207ff).

Empirische Unterschiede hinsichtlich der Quantität und Qualität der Netzwerke ergeben sich entlang einer Reihe von persönlichen und sozialen Merkmalen, wie z.B. Geschlecht, Schicht, Alter, Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit, Gesundheitsstatus usw.

#### 4.4.2.. Untersuchung zu frauenspezifischen Netzwerken

Mayr-Kleffel stellt für Frauen in Hinblick auf ihre Lebenssituation Besonderheiten ihres persönlichen Netzwerks heraus. So sind sie in der Regel stark in verwandtschaftliche Netzwerke involviert, deren Grad ihrer Eingebundenheit nach Schicht, Alter und Berufstätigkeit schwanken kann. Den Frauen gemeinsam ist, dass sich vorwiegend gleichgeschlechtliche Kontakte feststellen lassen, hier spielen besonders die Mutter und die Freundin eine wichtige Rolle. Nach den Inhalten ihrer sozialen Beziehungen gefragt, werden häufig Gefühle emotionaler Nähe genannt. Als Hilfeleistung erhalten sie vorwiegend immaterielle Dienstleistungen, wie Kinderbetreuung, Renovierung usw. (Mayr-Kleffel 1991).

Mayr-Kleffel betont, dass der spezifische Charakter sozialer Netze Konsequenzen für das Handeln hat und dies bezogen auf das Handeln im Belastungsfall von Bedeutung ist. So geht die Erweiterung des Netzwerkes bei Erwerbstätigkeit und steigender Sozialschicht, über die verwandtschaftlichen und engen freundschaftlichen Beziehungen hinaus zu öffentlichen Kontakten. Die daraus resultierende Erhöhung des Ressourcenpools geht mit einer Zunahme der Handlungsmöglichkeit einher. Eine starke Fixierung auf vertraute, verwandtschaftliche Beziehungen dagegen, beschränkt diese.

Aus den Ergebnissen Mayr-Kleffels lässt sich für die Hilfestellung im Beschwerdefalle rein quantitativ feststellen, dass zwei Drittel der Frauen 1-3 Personen zur Seite hatten. Die Mutter als Vertrauensperson wurde von vielen Frauen (41%) angegeben (Mayr-Kleffel 1991:172).

Welche quantitativen und qualitativen Bedingungen die sozialen Netzwerke der Interviewpartnerinnen und der Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung aufweisen, werden in der nun folgenden Darstellung erläutert. Dabei werden Schwerpunkte hinsichtlich der Art der Beziehung und der Inhalt der Interaktion, seines Umfangs, sowie der Bedeutung sozialer Beziehungen gesetzt. Eine qualitative

Betrachtung über eine quantitative Darstellung hinaus, erlaubt dann Rückschlüsse auf den tatsächlichen Nutzen der Hilfestellung des individuellen Netzwerkes im Falle von Belastung und Beanspruchung.

Operationalisiert werden sollen die persönlichen Netzwerke durch ihren Umfang und ihre Qualität. Eine Erweiterung der Perspektive sozialer Unterstützungsnetzwerke soll m.E. über die Ermittlung einer subjektiv empfundenen Bilanz zwischen Leistungsbereitstellung einerseits und empfangener Hilfeleistung andererseits versucht werden.

#### **4.5. Fragestellung der Untersuchung**

Es soll im Zusammenhang Belastung, Stress - Bewältigung die folgenden Fragen geklärt werden:

1. *Welche aktiven und passiven Bewältigungsstrategien werden bei Belastung und Stress ergriffen, welche Gesundheitspotentiale liegen vor?*
2. *Welche Rolle spielt das soziale Netzwerk im Bewältigungsprozess der Erzieherinnen und Lehrerinnen. Von wem, wie häufig und in welcher Qualität erhalten die Frauen Unterstützung? Kann durch Unterstützung auch Belastung entstehen?*
3. *Sind Unterschiede auf den verschiedenen Ebenen des sozialen Hilfsnetzes zwischen den beiden Berufsgruppen festzustellen?*

#### **4.6. Ergebnisse der Interviews**

Ziel der Interviewbefragung ist es, zu ermitteln, ob die Frauen beider Berufsgruppen eher aktive situationsverändernde Strategien im Bewältigungsprozess realisieren oder ihre Bewältigungsmaßnahmen eher dazu dienen, durch eher passive Maßnahmen Emotionen zu besänftigen (vergl.: Lazarus/Launier 1981). Letztere sollen für Frauen allgemein typisch sein (vergl.: Schneider 1981).

##### **4.6.1. Bewältigungsstrategien bei Belastung und Stress**

Bewältigungsstrategien unterscheiden hinsichtlich ihrer Ziele voneinander und lassen sich grob in zwei Einflussbereiche einteilen. In Strategien, die die im Belastungsprozess auftretenden Emotionen zu beeinflussen suchen, und in andere, die darauf abzielen, die belastende Situation aktiv zu verändern. Dabei ist zu beachten, dass eine klare Abgrenzung der Wirkungsbereiche immer nur mit Einschränkung möglich ist, da jede Situationsveränderung auch mit emotionalen Veränderungen einhergeht, und umgekehrt emotionale Einwirkung auch auf die Situation Einfluss nimmt, z.B. durch erwachenden Beistand oder wachsenden Widerstand.

Nach ihren subjektiven Bewältigungsmodi im Umgang mit Stress und Belastung befragt, geben die Interviewteilnehmerinnen unterschiedliche Strategien an:

So scheint es bei einer Erzieherin, dass sie hilflos ihren gravierenden Belastungen ausgeliefert ist und dies existenzielle Ängste bei ihr auslöst, wenn sie sagt

*"..Angst alles nicht zu schaffen, den Überblick zu verlieren, sich im Kreis zu drehen"(A:E.P.3K.)*

Eine andere Erzieherin spürt die Belastungen hinterher, sie reagiert dann eher hilflos:

*"...wenn er wirklich da ist, ich muss jetzt ran und ich muss das jetzt schaffen, aber wenn ich dann zur Ruhe komm, dass es mir schlecht geht, dann spür ich meinen Nacken, dann hab ich so dieses down oft und wenn es dann über Tage geht, dieser Stress, dann kommt es halt, dass ich dann einfach nur noch heule und weiß gar nicht warum."(M: E.P.2K.)*

Ein konstruktiver Umgang mit Stress dagegen, der darauf abzielt, die Ursachen aktiv zu verändern, der kognitiv kontrolliert ist und eigeninitiativ verändernd abläuft, lässt sich aus folgender Aussage einer Lehrerin ableiten:

*"Ich überleg, wo kann ich streichen und streiche dann konkret, weniger Vorbereitung oder Wochenendaktivitäten, was will ich eigentlich und was kann ich abwenden und was nicht, ohne anderen zu schaden (K:L.2K.).*

Eine andere Lehrerin wirkt zwar nicht kontrolliert, kommt aber ebenfalls zu konstruktiven

Lösungen und nimmt Hilfe in Anspruch:

*"Ich spür mich dann immer weniger merke das auch, kann aber nichts dagegen tun, versuche dann kleinschrittig mir klar zu werden, was ich dann zu tun habe. Das hilft dann; nicht weiter als bis morgen denken, telefonieren mit Freundin." (I.L.P.2K.)*

#### 4.6.2. Bewältigungsstrategien bei gesundheitlichen Störungen

Die Interviewteilnehmerinnen werden nach ihrem Bewältigungshandeln bei Eintreten bestimmter gesundheitlicher Störungen befragt, sie machen Angaben zu Störungen des Bewegungsapparates, seelische Störungen, Kopfschmerzen, Allergien sowie zu Frauenkrankheiten.

Gegen die gesundheitlichen Folgen der Belastung des Bewegungsapparates werden die klassischen Maßnahmen der Physiotherapie ergriffen und es gleichzeitig bedauert, diese z.B. aus Zeitmangel nicht regelmäßiger anzuwenden. Gegen Rückenschmerzen und Schulter-Nackenverspannungen von Erzieherinnen und Lehrerinnen kommen Massagen und Krankengymnastik sowie Einrenkung gestörter Partien durch den Chiropraktiker zur Anwendung. Alternative Heilmethoden wie Yoga und Akupressur werden in diesem Zusammenhang ebenfalls erwähnt.

Eher als Vorbeugemaßnahmen im Rahmen der Selbsthilfe sind Angaben, wie Tanzen und Schwimmen, Spaziergehen und Bäder einzustufen. (Bauch-) Tanzen als heilende und Spaß und Kraft spendende Bewegungsmöglichkeit wird in den höchsten Tönen gelobt. Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass wenn das Tanzen einmal ausfallen muss, dies sich körperlich sofort schädigend auswirkt.

Seelische Störungen wie Nervosität, Abgespanntheit, Lust- und Mutlosigkeit, Ängste, ständige Hungergefühle, Schlafstörungen und Kopfschmerzen bewältigen die Interviewteilnehmerinnen in erster Linie mit unterschiedlichen Formen der Psychotherapie und Gesprächen mit HomöopathInnen und beugen ihnen mit Maßnahmen wie Sport, Schwimmen und ausgewogener Ernährung bis hin zu Hausmitteln und Seelentröstlichem wie, "Tür zu, Jammern, Alleinsein, sich nicht kümmern" vor. Seltener nehmen die Befragten, ganz im Gegensatz zu den Untersuchungsergebnissen anderer Autoren, (vergl.: Glaeske 1993) Psychopharmaka und andere Medikamente. Gelegentlich, vor allem bei Kopfschmerzen, werden Aspirin oder andere "leichte" Schmerzmittel, sowie homöopathische Mittel, in einem Fall auch Schlaftabletten genommen.

Allergien werden in der Regel medikamentös behandelt. Ein Zusammenhang von Allergien und seelischem Stress wird benannt.

Bei Frauenleiden wie Menstruationsbeschwerden und Unterleibsschmerzen kommen als Hilfen autogenes Training, mehr Pausen, frische Luft und auch Massagen nach Aussagen der Interviewteilnehmerinnen in Betracht.

#### 4.6.3. Medizinische Anwendungen

Der Umgang mit Medikamenten scheint äußerst zurückhaltend zu sein, ebenso der mit rein medizinischen Anwendungen.

Deutlich und häufig sind die Hinweise auf Skepsis gegenüber der Schulmedizin, wie z.B. aus der folgenden Aussage zu entnehmen ist.

*...es gibt Medikamente und aus... (L.L.1K.Partn.)*

Aber auch andere Heilmethoden zeigen nicht immer den erwünschten Erfolg. So gibt eine Lehrerin an, schon vieles ausprobiert zu haben, mit wechselndem Erfolg, um schließlich aufzugeben. Nun tue sie selbst etwas, vorbeugend und langfristig, sie schwört auf Tanzen und Bewegung:

*...bin nicht auf Heilung aus, hab viel alternatives ausprobiert, Heilpraktiker, Akupunktur, Massagen...aktives sportliches Rangehen hat sich bewährt... und damit zu leben (K. L. 2K.).*

„Damit zu leben“ klingt nicht grundsätzlich resignativ (vergl. Auch Psychologinnengruppe

München 1978:231ff) sondern so, als bestehe kein Anspruch mehr an allseitiger, permanenter Gesundheit (vergl.: Kulms/Martiny 1981: 106). Es lässt sich scheinbar mit diesem Zustand aber dennoch gut leben. Beschwerden vergehen nach Meinung der Interviewteilnehmerin auch wieder oder lassen sich zeitweilig lindern.

Medizinische Hilfe wird in solchen Fällen dann häufig nur noch bei akuten Beschwerden und für das "Krankschreiben" in Anspruch genommen. Die Hilfe durch den Arzt wird bei den Befragten darauf beschränkt, sich Ruhepausen bei Störungen der Gesundheit insbesondere und Regenerationsphasen im allgemeinem per Krankenschein von den Belastungen der Berufsarbeit evtl. auch der Hausarbeit zu verschaffen. Krankschreibung dient: "In diesem Fall als Bremse, wenn es zuviel wird."(M:E.2K.Part.)

Selten lässt sich eine starke Orientierung am klassischen Bild des Arztes als Autorität feststellen. Hier wird Unterordnung praktiziert und Verantwortung abgegeben. Der Arzt legitimiert den Rückzug, der ansonsten wider besseres Wissens nicht gelingt und arbeitsrechtlich nicht abgesichert ist. So gibt eine Erzieherin an, dass sie sich nur durch heftige Intervention ärztlicherseits von der Berufstätigkeit "loseisen" kann.

#### 4.6.4. Umgang mit Psychotherapie und alternativen Heilmethoden

Viele der Interviewteilnehmerinnen machen oder machten eine Psychotherapie, sei es als Gestalt- oder Verhaltenstherapie oder als Psychoanalyse. Erfolgte bisher keine dieser therapeutischen Maßnahmen wird sie für die Zukunft geplant. Häufig wird auch angegeben, alternativen Heilmethoden gegenüber aufgeschlossen zu sein, gern auch etwas Neues auszuprobieren, sich selbst mittels Fachliteratur über Gesundheit- Krankheit weiterzubilden und ganz allgemein zu versuchen, sich selbst zu helfen.

Nur selten deutet sich Misstrauen hinsichtlich alternativer Heilverfahren und ihrer gesundheitsförderlichen Wirkung an, hier wird dann auf Selbsthilfe gebaut.

Neben gezielten Maßnahmen bei Gesundheitsstörungen, medizinischen, psychotherapeutischen und alternativen Heilmethoden findet sich ein breites Spektrum von Kompensationsformen im Bewältigungsgeschehen, deren Aufgaben es nach den Angaben der Befragten ist, sich Erholungspausen zu verschaffen und positive Emotionen und deren Kraft spendende Funktion zu fördern. Hierzu zählen Freizeit, Sonne, Ferien usw. genießen.

Insgesamt ließ sich ein breites Spektrum differenzierter Bewältigungsmaßnahmen im Belastungs- und Beanspruchungsfall feststellen. Die einzelnen Maßnahmen zu Faktorengruppen gebündelt, beeinflussen den Belastungs- Beanspruchungsprozess in spezifischer Weise, führen dazu, Anforderungen mehr oder weniger angemessen zu bewältigen, mit der Folge eines mehr oder weniger guten Gesundheitszustandes, bzw. nach der Theorie Antonovskys einem momentan mehr oder weniger günstigem Ort auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum.

Als herausragende Ressource im Belastungsfall und bei Gesundheitsstörung und in ihrer Art und Wirkung vielfach erforscht gelten daneben die sozialen Beziehungen eines Menschen. Das soziale Netzwerk der Befragten soll nun auch hier in den Mittelpunkt der Untersuchung gestellt werden.

#### 4.6.5. Soziale Netzwerke

##### 4.6.5.1. Informelle und formelle Netzwerke zur Unterstützung bei Belastung und bei gesundheitlichen Störungen

Die Interviewteilnehmerinnen benennen auf die Frage: "Wer hilft Ihnen, wenn sie sich belastet fühlen, wenn sie krank sind?" eine Reihe von Personen. Es kann aufgrund der Art und Weise, wie diese benannt werden, angenommen werden, dass diese Personen im Falle von Überlastung und deren Folgen von unterschiedlicher Bedeutung für die Frauen sind. Unterschiede in der Art der Antworten auf die Frage nach den informellen, den persönlichen HelferInnen ergeben sich hinsichtlich der Häufigkeit, sowie aus der Art der Benennung, einige erfolgen spontan, andere erst auf Nachfrage meinerseits, wieder

andere werden als mehr oder weniger hilfreich explizit bewertet. Es ergibt sich eine Rangfolge der informellen Kontakte wie folgt:

TABELLE 17

Anzahl der Mitglieder im informellen Netzwerk der Interviewpartnerinnen

| MITGLIEDER  | ANZAHL |
|---|--------|
| 1. Partner, Eltern, Schwester, Kinder, Kollegin, Freundin | 8      |
| 2. Partner, Freundinnen, Eltern, Tochter                  | 6      |
| 3. Partner, Vater, Mutter, 3 Freundinnen                  | 6      |
| 4. Familie*, Freundinnen                                  | 5      |
| 5. Familie, 2 Freundinnen                                 | 5      |
| 6. Nachbarin, Nachbar, Freundin, Partner                  | 4      |
| 7. Partner, 2 Freundinnen, Vater                          | 4      |
| 8. Freund 2 Freundinnen                                   | 3      |
| 9. 2 Freundinnen, Partner                                 | 3      |
| 10. Partner, Mutter                                       | 2      |
| 11. Freund  | 1      |

\*Familie wird mit 3 Personen gezählt

Obwohl der Partner sehr häufig als Hilfe im Belastungsprozess an erster Stelle genannt wird, erscheint er einigen der Frauen doch nur eingeschränkt als hilfreich. Im Sinne von "grundsätzlich ja...aber" erscheint ihnen die Hilfe von Frauen als effektiver. Die Partner sind zur Hilfeleistung erst nach Aufforderung bereit, was damit begründet wird, dass sie wenig Zeit durch viele Termine haben. Die meisten der Befragten geben der Hilfe durch Frauen den Vorzug, denn sie haben zu Frauen grundsätzlich einen besseren Zugang, der ihrer Auffassung nach auf mehr Verständnis für ihre Probleme basiert sowie auf einer erhöhten Bereitschaft sich mit diesen auseinanderzusetzen.

*"Wenn ich sagen würde, du (der Partner: Anmerkung d. Verf.) musst mir jetzt helfen, dann würde er es schon machen..." (I: L. 2K. Partn.)*

Eine andere Lehrerin meint in diesem Zusammenhang:

*"Partner auch, hat aber eine andere Qualität, ich kann leicht mit Frauen über Probleme sprechen, Männer spielen immer so rum, meinen es nicht ernst. (F: L.1K. P)*

Kontakte zu Frauen sei es zu Freundinnen, Kolleginnen, Nachbarinnen oder zur Mutter erweisen sich häufig als hilfreich. Alle bis auf eine Ausnahme geben an, dass sie, wenn sie Hilfe benötigen, sich an ihre Mutter, ihre Freundin, Kollegin oder Nachbarin wenden. Meist sind es mehrere Freundinnen, die helfen, die "beste Freundin" als Einzelperson kommt bei den Interviewteilnehmerinnen nicht vor. Hilfe von Seiten der Mutter wird nur zweimal explizit genannt, sie ist aber im Kontext Eltern, Familienmitglieder, Familie erfasst.

Auffällig ist, dass sich relativ häufig von der Mutter als hilfreicher Person im Problemfall ausdrücklich distanziert wird. Die Aussagen hierzu benennen bzw. lassen sich deuten als einen konflikthafter Umgang mit ihr.

*"Habe zu meiner Mutter nie ein inniges Verhältnis gehabt..."(I. L..2K.P.)*

*Mutter hat mich aufgesogen, da hab ich sehr viel Kraft gelassen (D.E.2K.P)*

Oder sie wird als nur eingeschränkt hilfreich betrachtet, weil man sich gegenüber anderen Familienmitgliedern zurückgesetzt fühlt:

*"Mutter könnte ich bei Problemen hinzuziehen, aber..., Schwester war Prinzessin (F.L.1K.P.)*

Körperliche Symptome, in einem Fall Kopfschmerzen, lassen nach dem Auszug aus dem Elternhaus nach und werden mit einem konfliktreichem Verhältnis dort in Verbindung

gebracht.

Nach den formellen, den professionellen HelferInnen im Belastungsfall gefragt, geben die Interviewteilernehmerinnen ebenfalls, neben spontanen Antworten, auch solche an, die sie zögerlich, auf Nachfragen meinerseits und mit einschränkenden Bemerkungen versehen. Die folgende Tabelle gibt über ihre Antworten auf die Frage wer ihnen hilft, wenn sie krank oder belastet sind, Auskunft:

TABELLE 18

Mitglieder im formellen Netzwerk der Interviewpartnerinnen

| MITGLIEDER  | ANZAHL |
|---|--------|
| 1. Arzt, Masseur, Krankengymnast, Ärztin                  | 4      |
| 2. Hausarzt, Homöopathin, Psychologin, Lehrerin           | 4      |
| 3. Homöopathin, Psychologin, Supervisor, Arzt             | 4      |
| 4. Ärzte (Krankenschreibung), Therapeutin, Sozialpädagoge | 3      |
| 5. Heilpraktikerin, Homöopathin, Ärztin                   | 3      |
| 6. Orthopäde, Heilpraktikerin, Akupunkteur                | 3      |
| 7. Orthopäde, Heilpraktikerin, Akupunkteur                | 3      |
| 8. Therapeut, Ärztin zum Krankenschreiben                 | 2      |
| 9. Gynäkologin (Vorsorge), Arzt                           | 2      |
| 10. Arzt zum Krankenschreiben, Gesprächstherapeut         | 2      |
| 11. Lehrerin  | 1      |

Zwar werden von fast allen Interviewteilernehmerinnen Ärzte, sei es Haus- oder Fachärzte, als Helfer benannt, sie werden aber fast stets mit kritischen Einschränkungen versehen. Mehrmals wird ausdrücklich deren Aufgabe in diesem Prozess auf die Funktion des Krankenschreibens reduziert.

*"Ärzte wenn ich Krankenschreibung brauche, eigentlich ärgern sie mich, wie sie mit meiner Zeit umgehen...sitz da hilflos, das macht mir richtig Stress, es gibt ja Ärzte, die sind anders, und wenn ich so einen hab, den pfleg ich .."(I:L.P.2K.)*

Oder sie werden ausschließlich in akuten Fällen herangezogen:

*"Hausarzt nur in akuten Fällen, ich bin kein Arztgänger... kein Vertrauen... vermissen ganzheitlichen Ansatz" (H: E.1K.Partn)*

Sehr häufig wird Hilfe von Therapeuten in Anspruch genommen, bei speziellen Problemen wie Prüfungsängsten, aber auch bei diffusen Angstzuständen, Schlafstörungen und Überforderungstendenzen.

Mit therapeutischer Hilfe lernt eine Erzieherin, mit ihren zahlreichen Rollenzuschreibungen und den daran geknüpften Erwartungen umzugehen und ihre Grenzen zu akzeptieren. Sie erkennt für sich nach ihren eigenen Worten an, dass sie nicht in jedem Bereich 150%-ig (Hausfrau, Mutter, Ehefrau, Erzieherin) sein kann.

Über das enge Spektrum vorwiegend direkter medizinischer und psychotherapeutischer Hilfestellung hinaus wird wiederholt Hilfe bei alternativen Heilmethoden gesucht und auch gefunden. Außer Medizinern, Psychotherapeuten und Homöopathen werden in zwei Fällen Personen, die nicht aus den vorgenannten Bereichen stammen, genannt, hier sind es Lehrerinnen, die als professionelle Helferinnen herangezogen werden.

Auffällig ist, dass neben der Ablehnung rein medizinischer Hilfe, in mehreren Fällen ausdrücklich auf Hilfe generell verzichtet wird. Nicht ohne Stolz wird betont:

*Ich helf mir selbst, ich lenke mich ab, zieh mich raus (H:E.1K.P.)*



oder...informiere mich über Gesundheitsbücher! (G:L.2K.P.)

Eine andere Erzieherin formuliert ganz allgemein:

*"Nee, ich will aber auch keine Hilfe, allein sein, in Ruhe gelassen werden (F:L.1K.P.)*

und ganz erstaunt, betont eine Dritte:

*"Niemand(!) hilft mir"(E:E.3K.P)*

Häufig wird Hilfsbedürftigkeit bezüglich der zu hohen Arbeitslast artikuliert, die einem aber nach Meinung der Interviewteilnehmerinnen sowieso keiner abnehmen kann. „Frau“ sei mit ihrer Alltagsarbeit unabänderbar allein und sie müsse, da es ihre Sache sei, auch allein von ihr bewältigt werden.

Entlastend wirkt die Solidarität mit ähnlich Betroffenen, das Gefühl mit seinen Nöten nicht allein zu sein und auf Verständnis hoffen zu können:

*"...dort gibt es Kontakte, die zeigen, dass andere ähnliche Probleme haben." (A:E. 3K. Partn.)*

#### 4.6.5.2. Unterstützungsinhalte

Die Interviewpartnerinnen geben hinsichtlich der empfangenen Hilfe von Seiten der Eltern die folgenden Auskünfte: Sie erhalten Hilfen, wie Babysitting, Betreuung der Kinder, Krankenpflege, auch Kochen für die Familie. Auf die Verquickung von materieller Hilfe (Suppe kochen) und emotionalem Gewinn dabei, wird in einem Fall hingewiesen. Einigen Frauen wird von Seiten der Eltern auch Rat erteilt. Die vorwiegend materielle Hilfe mag mit einem distanzierten, kritischen Verhältnis zum Elternhaus, wie es sich bei einigen meiner Interviewpartnerinnen abgezeichnet hat, zusammenhängen.

Von Seiten der Freundinnen gibt eine Erzieherin an, dass sie ihr bei Problemen zuhören, manchmal auch Ratschläge erteilen. Die Hilfe erfolgt häufig durch "stundenlange" Telefongespräche, deren Thema die Belastungen und Konflikte des Alltags sind.

#### 4.6.5.3. Unterstützungsbilanz von Geben und Nehmen

Unterstützung von Seiten der informellen HelferInnen bleibt nicht immer ohne Erwartung an Gegenleistung. Daher werden die Frauen gefragt, ob sie durch ihre Unterstützungsleistung im Belastungs- und Beschwerdefall nun ihrerseits, ev. über das Maß empfangener Hilfe hinaus, belastet werden oder ob die Bilanz von Nehmen und Geben ausgeglichen ist.

Wie zu erwarten war, klingt es bei den Interviewteilnehmerinnen durch, dass sie sich als Empfängerinnen von Hilfeleistung verpflichtet fühlen, nun ihrerseits bereit zur Hilfe zu einem gegebenen Zeitpunkt zu sein, sie spüren auch eine solche Erwartungshaltung von Seiten der ehemaligen HelferInnen. Etwa die Hälfte von ihnen hat zu diesem Thema Stellung bezogen, davon wiederum die Hälfte empfindet die Bilanz als negativ unausgeglichen, keine von ihnen bekommt mehr Hilfe, als sie zu geben glaubt.

Die zuviel geleistete Hilfestellung besteht in Gesprächen in Krisensituationen, es wird dann bedauert, dass man dabei zu wenig an sich selbst denke und häufig nicht einmal in der Lage sei, die eigenen Probleme zu lösen.

*"Ich bin oft der Mülleimer für die andern, eher als einzuschätzen, dass mit mir was nicht in Ordnung ist, ich kann eher akzeptieren, wenn jemand anderes kommt, das kann ich auch ganz gut, da kann ich ganz tolle Ratschläge geben, was er machen soll, aber ich selber, da sind meine Probleme."(M: E. 2K. Partn.)*

Die Bilanz stellt auch nicht zufrieden, weil es schwer fällt, überhaupt Hilfe von anderen anzunehmen. Auch resultiert, nach eigenen Angaben, die Belastung aus einem hohen Anspruch an Geselligkeit. So sagt eine Erzieherin, sie habe früher mehr gegeben auch gesellschaftlich, sie konnte Hilfe schlecht annehmen, heute durch die Kinder sei dies anders, sie habe auch gute Erfahrung gemacht und es sei nicht peinlich oder blöd. Je älter sie aber werde oder vielleicht aus Gründen eines gewandelten Zeitgeistes, ziehe

man sich zurück, oder die anderen warten, dass man sich melde. Sie fühle auch eine Erwartung der anderen. Viele Beziehungen seien eingeschlafen.

#### 4.6.6. Wohlbefinden

Nach den Ergebnissen der Stressforschung werden Menschen dann aktiv, wenn ihr Wohlbefinden durch Belastungen gestört ist. Damit ist die Funktion von negativem Wohlbefinden, Ressourcen zu mobilisieren, die helfen, das Gleichgewicht der gestörten Person - Umweltbeziehung wiederherzustellen (Homöostase-Modell: Selye in Nitsch 1981: 81)

Neben dieser aktivierenden Funktion kann die Steigerung des Wohlbefindens, in Hinblick auf Lebenszufriedenheit und Selbstwertgefühl auch präventiv für die Gesundheitsförderung eingesetzt werden. Die Frauen dieser Untersuchung geben, gefragt danach, was ihr Wohlbefinden steigern könnte, die unterschiedlichsten Antworten. Nach ihrem Urteil hängt Wohlbefinden von Empathie, Zuneigung und Liebe der Familienmitglieder ab. Es stellt sich häufig dann ein, wenn man sich umsorgt fühlt, einem teilweise Arbeiten abgenommen werden, für die man sich selber zuständig fühlt. Wohlbefinden stellt sich ein, wenn die Familie die Kinder mal fernhält oder jemand einem einen Kaffee kocht, einem Obst hinstellt. Auch lässt es sich steigern durch Handlungen, die Entspannung versprechen und Ruhe einkehren lassen, die Bewegung verschaffen, die die Sinne und Phantasie anregen, die den Geist bereichern wie Lesen, Kino, Tanzen, Essen gehen. „Etwas Schönes tun“, was unternehmen, sowie verreisen tut nach eigenen Worten gut. Als herausragend positiv für das Wohlbefinden wird ein konfliktfreier, harmonischer Kommunikationsprozess mit der Familie, ausdrücklich auch mit dem Partner, Freunden, mit "netten Leuten" empfunden, sei es im Rahmen gemeinsamer Unternehmungen, sei es im eigenen häuslichen Umfeld.

Wohlbefinden stellt sich auch her, wenn es anderen, den Kindern gut geht, sie Erfolg haben und Zeit zum Zusammensein bleibt. Durch zahlreiche kleine Gesten der Freude und Zuneigung, dem friedlichen "Nichts tun", Bummeln, Spielen, Phantasieren, "Leute belauschen, Geschichten ausdenken und Eindrücke sammeln" werden Geist und Seele verwöhnt. Sonne, Natur und nicht zuletzt ein Arbeitsplatz sind darüber hinaus Wohlbefinden erzeugende Umweltbedingungen.

### **4.7. Ergebnisse der schriftlichen Befragung**

#### 4.7.1. Bewältigungsstrategien bei Belastung

Die Teilnehmerinnen der schriftlichen Befragung werden gebeten, zu einer Reihe von Bewältigungsmaßnahmen Stellung zu beziehen. Es handelt sich dabei um Strategien, die Frauen in den unterschiedlichsten Untersuchungen angaben (vergl.: Kap. 3.3.), sowie um Strategien, die die Interviewpartnerinnen angegeben hatten. Sie wurden zu den drei Gruppen, primär emotionsregulierende Strategien, emotions- und situationsverändernde Strategien, sowie primär situationsverändernde Strategien, zusammengefasst:

##### Primär Emotionen regulierende Strategien

Rauslassen, Dampf ablassen, Jammern, nicht alles so ernst nehmen, nicht weiter als bis morgen denken weiter, Beschäftigung mit Theologien, Zukunftsutopien entwickeln, Geduld üben, Nachdenken, Situation überdenken, Erfolge bewusst machen.

##### Emotions- und situationsverändernde Strategien

Ansprechen, diskutieren, improvisieren, kleinschrittig vorgehen.

##### Primär situationsverändernde Strategien

Arbeitskräfte zur Unterstützung einstellen, Familienmitglieder zur Arbeit heranziehen, Aufgaben (neu) verteilen  
Planung des Tagesablaufs, Weiterbildung,

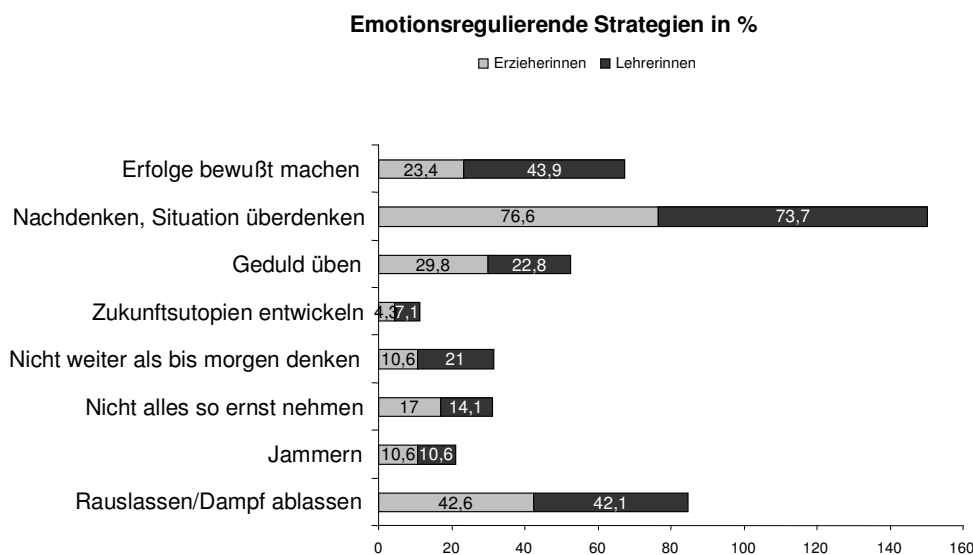
## Projekt realisieren

Viele Frauen ordnen sich den Maßnahmen, die sich in der Kategorie, der eher Emotionen besänftigenden Strategien befinden, zu. Diese Kategorie liegt aufgrund der Angaben der Interviewteilnehmerinnen auch am differenziertesten vor. Hier findet sich der Faktor "Nachdenken" mit der höchsten Zustimmung, drei Viertel aller Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung geben an "sehr häufig" bzw. "häufig" darüber nachzudenken, wie Belastung bewältigt werden kann. Die angeblich frauenspezifische "Jammer-Tendenz", schon in den siebziger Jahren untersucht, (vergl. Psychologinnen-Gruppe 1978 zitiert nach Schneider1991:179) schreiben sich die Teilnehmerinnen nur zu etwa 10% zu, dagegen "Dampf abzulassen, es raus zu lassen" gut 40% der Erzieherinnen und Lehrerinnen in nahezu einhelliger Übereinstimmung. Den größten Unterschied zwischen Erzieherinnen und Lehrerinnen hinsichtlich der Bewältigungsstrategie ergibt sich bei dem Faktor: "Erfolge bewusst machen" und "Nicht weiter als bis morgen denken." Bei beiden geben fast doppelt so viele Lehrerinnen, wie Erzieherinnen an, dass sie so Belastungen bewältigen. Fast ein Drittel der Erzieherinnen geben an, bei starker Belastungseinwirkung "Geduld zu üben" und fast ein Viertel der Lehrerinnen ebenso.

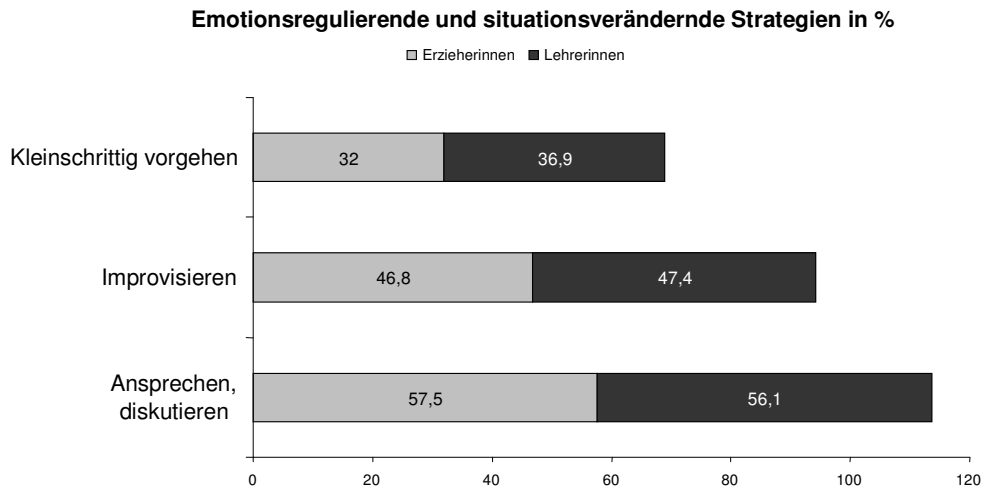
Strategien, die in der Mitte liegen, die sowohl Emotionsberuhigung als auch aktive Schritte zur Situationsveränderung darstellen, finden die häufigste Zustimmung. Auch hier ist die quantitative Verteilung bei beiden Berufsgruppen ähnlich hoch. Aktiv Probleme ansprechen und darüber diskutieren sehen weit über die Hälfte der Frauen als hilfreich an, weit über 40% aller Befragten, improvisieren im Belastungsfall und kleinschrittig geht noch ein Drittel von ihnen vor. Bei den aktiven Strategien die darauf abzielen eher die Belastungssituation zu verändern geben die meisten Frauen an, ihren Tagesablauf zu planen, dabei sind es weitaus mehr Lehrerinnen mit über 54% gegenüber 38% der Erzieherinnen. Es ordnen sich zu den Faktoren "Familienmitglieder zur Arbeit heranziehen" sowie "Weiterbildung" dieser Kategorie noch knapp ein Viertel aller Frauen zu.

### GRAFIK 17

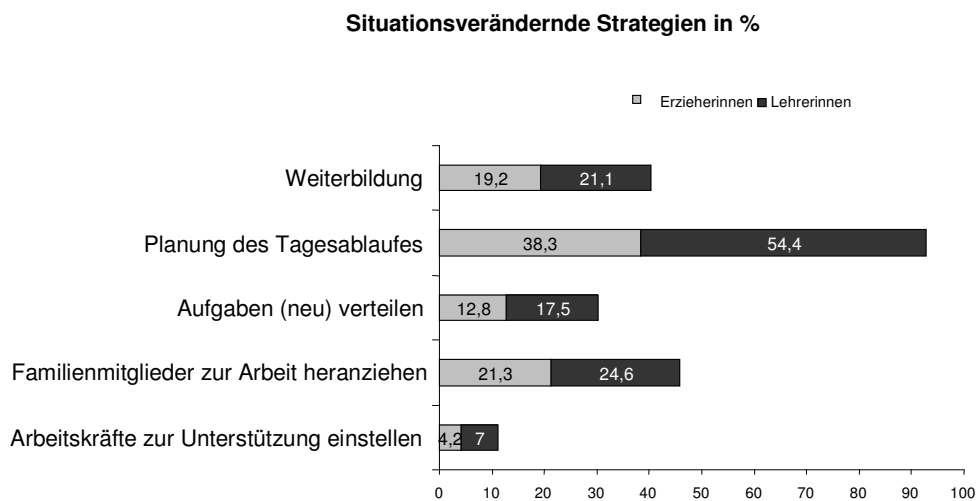
(Sehr) häufige Bewältigungsstrategien: „Emotionen regulierend“ nach Berufsgruppen in %



**GRAFIK 18**  
 (Sehr) häufige Bewältigungsstrategien: „Emotionen regulierende und situationsverändernde Strategien“ nach Berufsgruppen in %



**GRAFIK 19**  
 (Sehr) häufige Bewältigungsstrategien: „Situationsverändernde Strategien“ nach Berufsgruppen in %



Neben den direkt auf Herausforderungen bezogenen Strategien der Bewältigung werden dann auch Aktivitäten erfragt, die im indirekten Zusammenhang mit Belastungs-

bewältigung stehen. Es handelt sich dabei um Aktivitäten, die in psychischer und physischer Hinsicht ausgleichen, stärken, vorbeugen und kompensieren sollen. Daneben finden sich Strategien, die eher passiver Regeneration dienen sowie medikamentöse Maßnahmen und der Griff zu Genussmitteln. Der Übersichtlichkeit wegen werden die Gruppe Sport/Bewegung, Entspannung, alternative Heilmethoden, Ernährung, klassische Hausmittel, medizinische Verfahren, Genussmittel/Drogen, Ausgleich/Regeneration gebildet. Zunächst werden die folgenden Gruppen betrachtet:

Sport/Bewegung:

Sportliche Betätigung, Laufen/Spaziergehen, Fahrrad fahren.

Entspannung

Autogenes Training, Yoga, Meditieren.

Ernährung

Gesund ernähren.

Alternative Heilmethoden

Fasten, Akupressur, Einrenken durch Chiropraktiker, homöopathische Mittel.

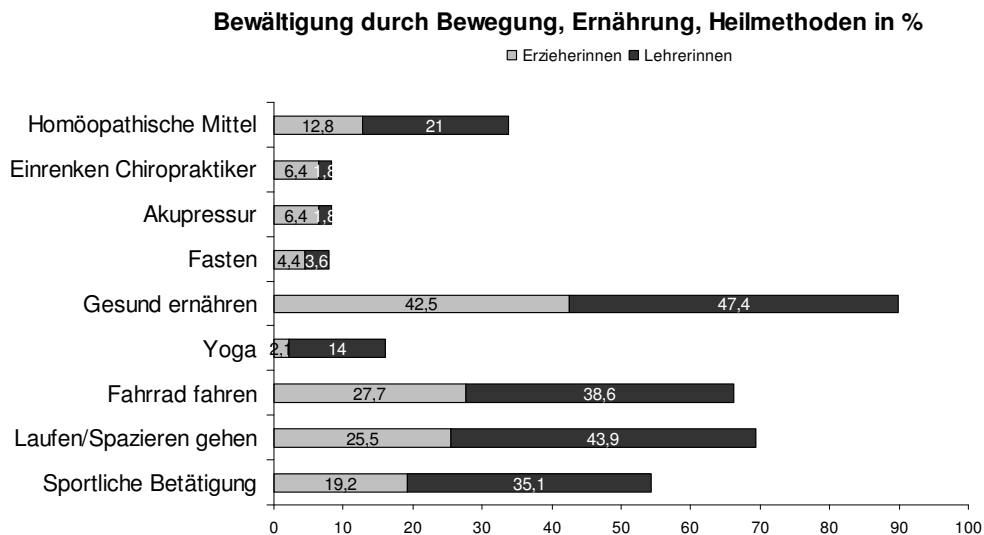
Ausgleich/Regeneration

Alleine sein, sich nicht kümmern, "Schöne Sachen machen", was unternehmen, Lesen, Musik hören, kreative Beschäftigung (Schreiben, Malen, Töpfern, Theater), Bauchtanz.

Sport und Bewegung sind nur für knapp ein Viertel der Erzieherinnen Aktivitäten, die sie bei starker Belastung (sehr) häufig einsetzen, bei den Lehrerinnen sind es weitaus mehr, hier geben fast 35 - 45% an, dass sie sich sportlich betätigen und bewegen. Auch sind sie es, die Entspannungsmethoden aufgeschlossener gegenüber stehen. Gut doppelt so viele Lehrerinnen wie Erzieherinnen machen (sehr) häufig autogenes Training und meditieren und gut sechs Mal so viele Lehrerinnen wie Erzieherinnen betreiben Yoga. Über 40% bis fast 50% aller Frauen achten auf gesunde Ernährung. Alternativen Heilmethoden wenden sich, bis auf die Homöopathie, relativ wenige Frauen zu. Durch homöopathische Heilmethoden bewältigen gut ein Fünftel der Lehrerinnen und mindestens jede 10. Erzieherin ihre Belastungen (sehr) häufig

GRAFIK 20

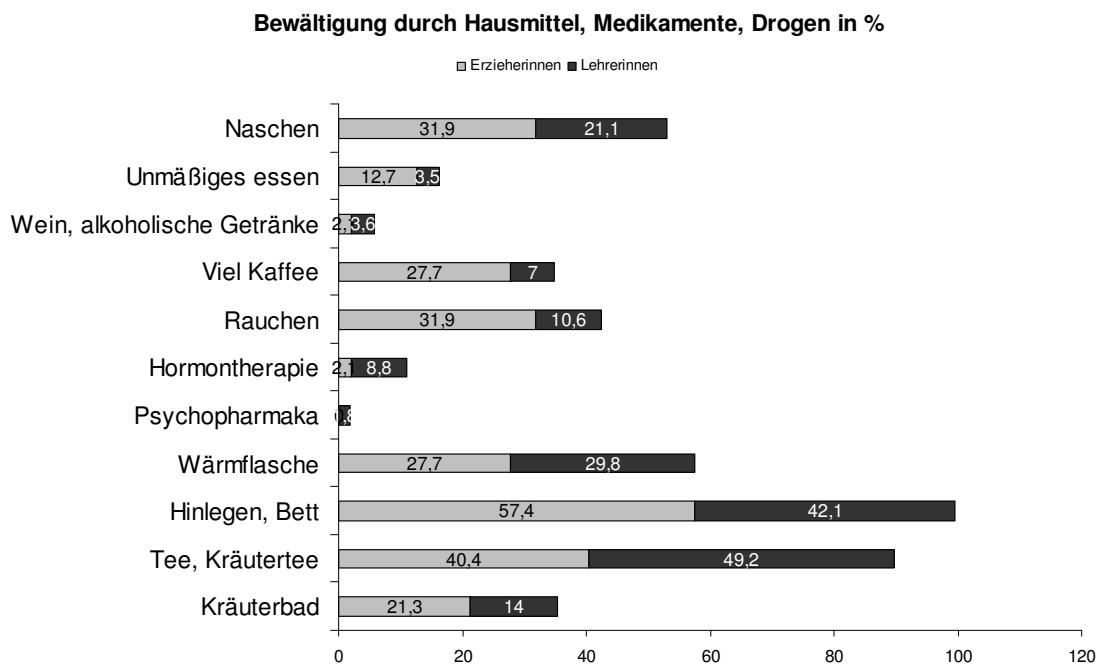
(Sehr) häufig angewandte Bewältigungsaktivitäten: Sport/Bewegung, Entspannung, Ernährung, alternative Heilmethoden nach Berufsgruppen in %



Ein großer Teil der Frauen greift zu den klassischen Hausmitteln. Gut ein Viertel bis über die Hälfte aller Frauen geben an, dass sie sich im Belastungsfall Bettruhe verordnen, Tee trinken und zur Wärmflasche greifen. Zu Medikamenten hingegen greifen nur relativ wenige Frauen, wenn, dann nehmen Erzieherinnen (etwa 10%) leichte Schmerztabletten, einige wenige Lehrerinnen (unter 10%) machen eine Hormontherapie. Der Drogen- und Genussmittelkonsum hält sich in Grenzen, er wird, wenn, dann eher von den Erzieherinnen als von den Lehrerinnen der Untersuchung sehr häufig bis häufig als Bewältigungsmittel genannt. Besonders gravierend im starken Belastungsfall sind die Unterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen beim Rauchen, Kaffeekonsum sowie Süßigkeiten essen. Fast jede Dritte Erzieherin raucht, dagegen nur etwa jede 10. Lehrerin und ein hoher Kaffeekonsum wird von mindestens jeder 4. Erzieherin angegeben. Die Lehrerinnen geben nur zu 7% an, dass sie diese Bewältigungsart praktizieren. Süßigkeiten verzehrt bei Belastungen fast jede 3. Erzieherin und mindestens jeder 5. Lehrerin. Alkoholkonsum als Mittel zur Bewältigung ist bei allen Frauen sehr gering.

#### GRAFIK 21

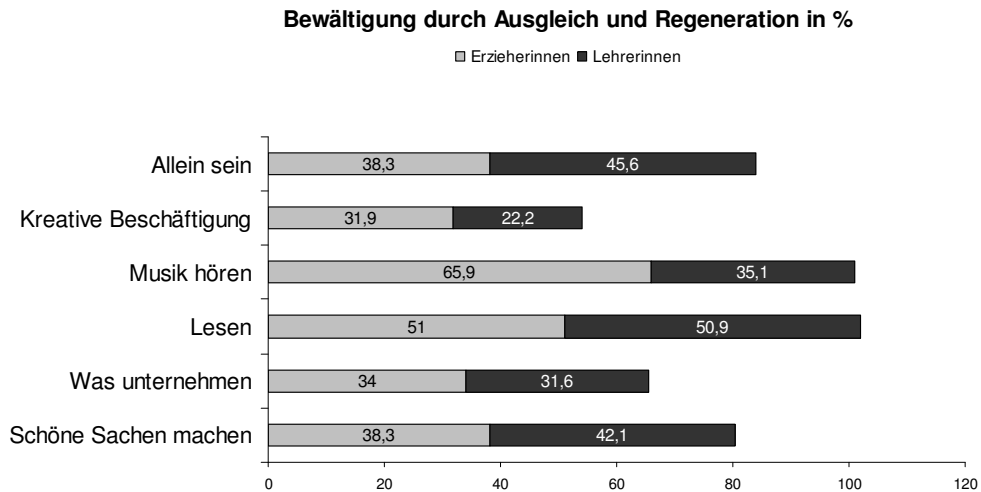
Sehr häufig bzw. häufig angewandte Bewältigungsaktivitäten:  
Klassische Hausmittel, Medikamente, Drogen/Genussmittel  
nach Berufsgruppen in %



Von den ausgleichenden Aktivitäten bevorzugen Erzieherinnen es, Musik zu hören und zu lesen. Die meisten Lehrerinnen lesen ebenfalls und ziehen es (sehr)häufig vor, allein zu sein, wenn sie stark belastet werden. Ganz allgemein "etwas Schönes zu unternehmen" gibt fast jede zweite bis mindestens jede dritte Befragte an.

GRAFIK 22

Bewältigungsstrategien: Ausgleich, Regeneration nach Berufsgruppen, (sehr)häufig in %



#### 4.7.2. Bewältigungsstrategien bei Stress

Über ihre Belastungsbewältigung hinaus werden Erzieherinnen und Lehrerinnen noch explizit nach ihren Maßnahmen im Stressgeschehen gefragt. Dazu werden sie gebeten u.a. zu folgenden Faktorengruppen Stellung zu nehmen:

Eher aktive, situationsorientierte Maßnahmen

Aufgaben reduzieren, Schwerpunkte setzen, Unterstützung holen, Arbeitsplatz wechseln, Erwerbsarbeitszeit reduzieren, Beurlaubung,

Eher passiv emotionsausgleichende Maßnahmen

Leichter nehmen, nicht dran denken, mache mir Luft, werde krank,

Der Faktor "Schwerpunkte setzen" aus der Gruppe der eher situationsorientierten Maßnahmen erhält sowohl von den meisten Lehrerinnen als auch Erzieherinnen die häufigste Zustimmung. Aus der Gruppe der eher emotionsregulierenden Maßnahmen wird der Faktor "Mache mir Luft" am häufigsten gewählt, indem etwas über 40% der Erzieherinnen und gut ein Viertel der Lehrerinnen hier zustimmen.

Konkrete situationsverändernde (ev. stressmindernde) Arbeitsplatzmaßnahmen, wie Beurlaubung und Arbeitsplatzwechsel werden kaum realisiert, einige Lehrerinnen (17,5%) reduzieren ihre Arbeitszeit. Unterstützung ziehen sich knapp jede fünfte Erzieherin und fast jede vierte Lehrerin heran.

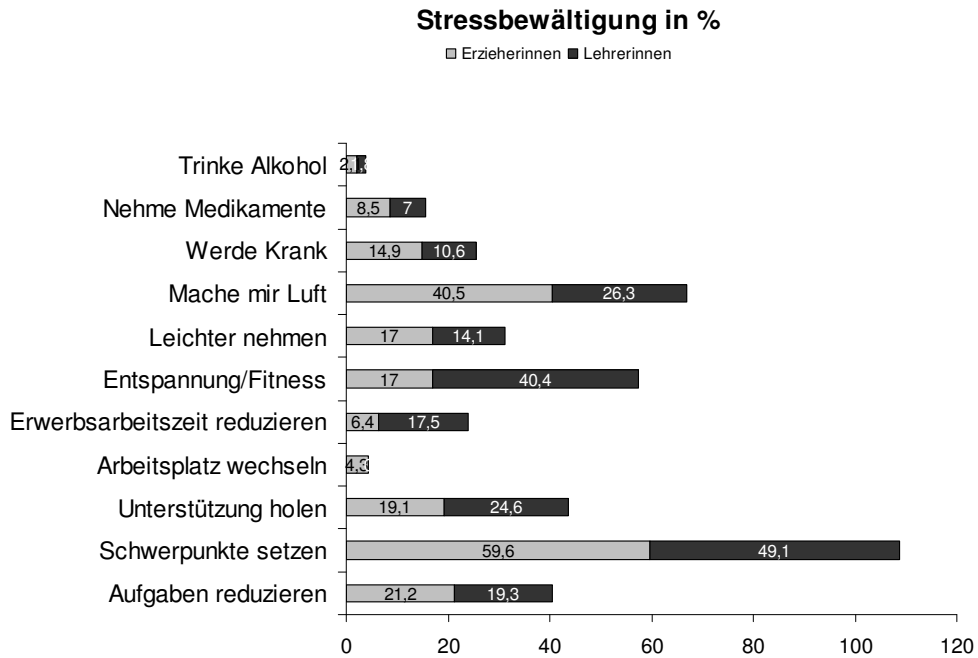
Das Verhältnis der Erzieherinnen zu Lehrerinnen, die Stress (sehr) häufig bewältigen, indem sie sich entspannen und fit halten, ähnelt dem der Belastungsbewältigung (vergl.: Kap. 3.7.1.). Nur 17% der Erzieherinnen bewältigen im Vergleich zu 40% der Lehrerinnen so ihren Stress.

Alkoholkonsum sowie Medikamente werden von nur sehr wenigen, der befragten Frauen als Maßnahmen (sehr) häufig bei Stress angewandt, dies entspricht auch den Ergebnissen ihrer Belastungsbewältigung (vergl.: Kap.3.7.1.)

Ein Vergleich der Strategien, welche eher situationsbezogen verändernd wirken sollen, zu den Maßnahmen, die emotionale Kontrolle wieder herzustellen erlauben, ergeben Unterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen, vor allem hinsichtlich letzter Faktorengruppe. Emotionsberuhigende Strategien werden häufiger von den Erzieherinnen angewandt.

GRAFIK 23

Sehr häufige bzw. häufige Bewältigungsstrategien von Stress nach Berufsgruppen in %



#### 4.7.3. Soziale Netzwerke

##### 4.7.3.1. Informelle und formelle Netzwerke zur Unterstützung bei Belastung und gesundheitlichen Störungen

Zunächst werden im folgenden die Anzahl der HelferInnen, die Mitglieder im individuellem sozialen Netzwerk der TeilnehmerInnen an der schriftlichen Befragung sind, in Bezug auf die Häufigkeit ihrer Hilfestellung bei Belastung und gesundheitlichen Störungen beleuchtet (support). Wer hilft im Belastungsfalle und wie häufig stehen die Menschen dazu zur Verfügung?

Dazu wird den TeilnehmerInnen der schriftlichen Befragung mit der Frage:

"Wer hilft wenn Sie stark belastet sind?"

eine umfangreiche Liste (30 potentielle HelferInnen s. Anhang S.23) von informellen und formellen HelferInnen, wie sie zuvor von den InterviewteilnehmerInnen benannt wurden, vorgelegt. Hier soll eine quantitative Bewertung erfolgen.

Fünf der HelferInnen erhielten mehr als 20% der Nennungen von beiden Berufsgruppen. Diese sind an erster Stelle der Partner und die Freundin(nen) gefolgt von den Freunden und KollegInnen sowie dem Hausarzt.

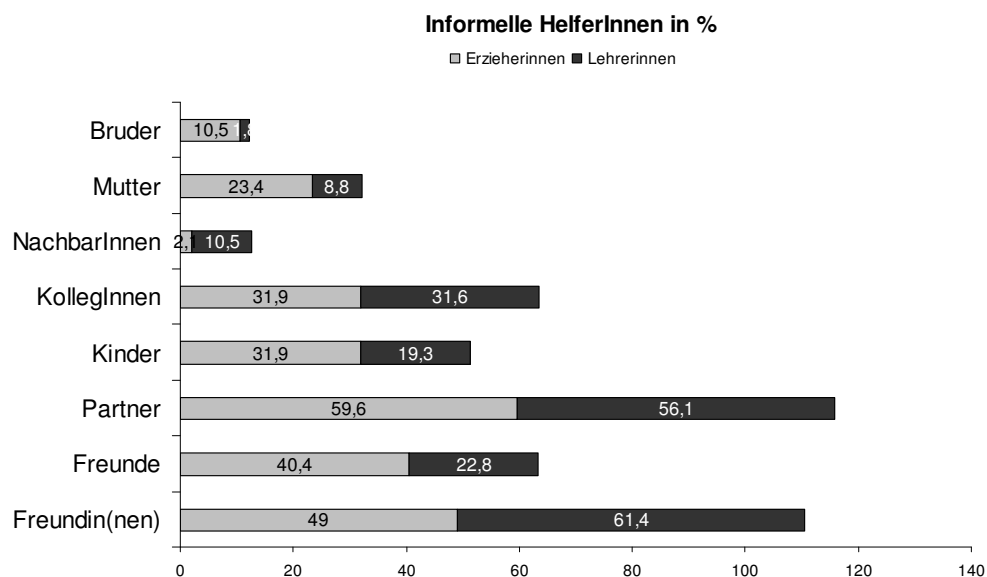
Betrachtet man nun genauer die HelferInnen, zu denen vertrauensvolle, intime Beziehungen bestehen, die Partner, Verwandte und Freunde (informelle HelferInnen) kann festgestellt werden, dass der Partner von etwa jeder zweiten Frau als sehr häufig bzw. häufig hilfreich im Belastungsfall angesehen wird. Dies entspricht auch dem Tenor der Beurteilung der InterviewpartnerInnen, von denen allerdings etwa ein Drittel Einschränkungen bezüglich der Hilfe ihrer Partner vornahmen. Für fast die Hälfte der Erzieherinnen und sogar für über 60% der Lehrerinnen ist die Freundin, bzw. sind es die Freundinnen, die im Belastungsfall (sehr) häufig helfen. Relativ häufig wird auch der männliche Freund benannt, dies gilt besonders für die Erzieherinnen, von denen über 40% angeben, hier Hilfe zu erhalten. Auch der Lehrerin wird von dieser Seite geholfen,



wenn auch deutlich weniger. Etwa jede dritte Erzieherin sowie Lehrerin erhält häufig Hilfe im Belastungsfall durch KollegInnen. Fünf mal so viele Lehrerinnen wie Erzieherinnen erhalten von den Nachbarn(innen) Hilfe. Kinder werden vor allem als HelferInnen von den Erzieherinnen, von denen gut 2/3 Kinder haben, benannt (Vollständige Liste der HelferInnen s. Anhang S.23).

#### GRAFIK 24

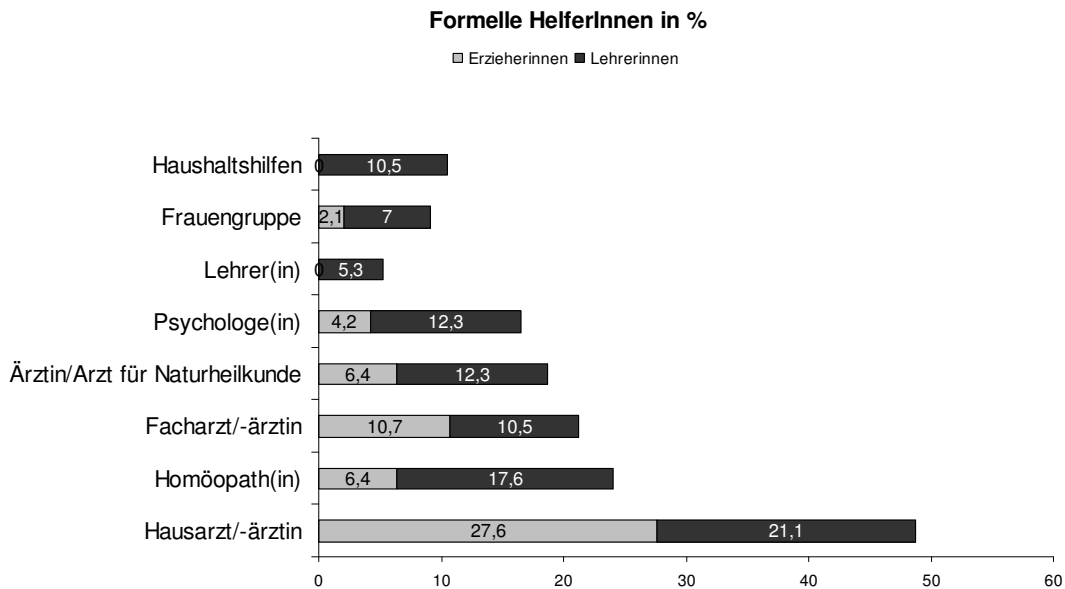
Sehr häufige bzw. häufige informelle HelferInnen bei Belastungen, die über 5% der Nennungen erhalten haben, in % nach Berufsgruppen



Danach gefragt, wer zur Unterstützung bei Belastung von Seiten der formellen HelferInnen herangezogen wird, sei es als Professionelle in den Institutionen oder als Arbeitskräfte, geben die weitaus meisten Frauen, nämlich gut jede vierte Erzieherin und jede fünfte Lehrerin den Arzt/Ärztin als Helfer(in), sowie etwa jede 10. der Frauen den Facharzt/-ärztin an. Hinsichtlich der Hilfe von HomöopathInnen und Psychotherapeuten lassen sich große Unterschiede zwischen Erzieherinnen und Lehrerinnen feststellen. Fast drei Mal so viele Lehrerinnen wie Erzieherinnen nennen HomöopathInnen und PsychotherapeutInnen als Hilfspersonen. Auch naturheilkundlich ausgebildete ärztliche Personen nehmen fast doppelt so viele Lehrerinnen in Anspruch. Die anderen formellen HelferInnen werden insgesamt selten als (sehr)häufig hilfreich im Belastungsfall benannt. Entlastung durch zusätzliche Arbeitskräfte, etwa als Haushaltshilfe und Fensterputzer verschaffen sich etwa 10% der Lehrerinnen, für Erzieherinnen kommt Hilfe von dieser Seite nicht in Betracht (Vollständige Liste der HelferInnen s. Anhang S.23).

## GRAFIK 25

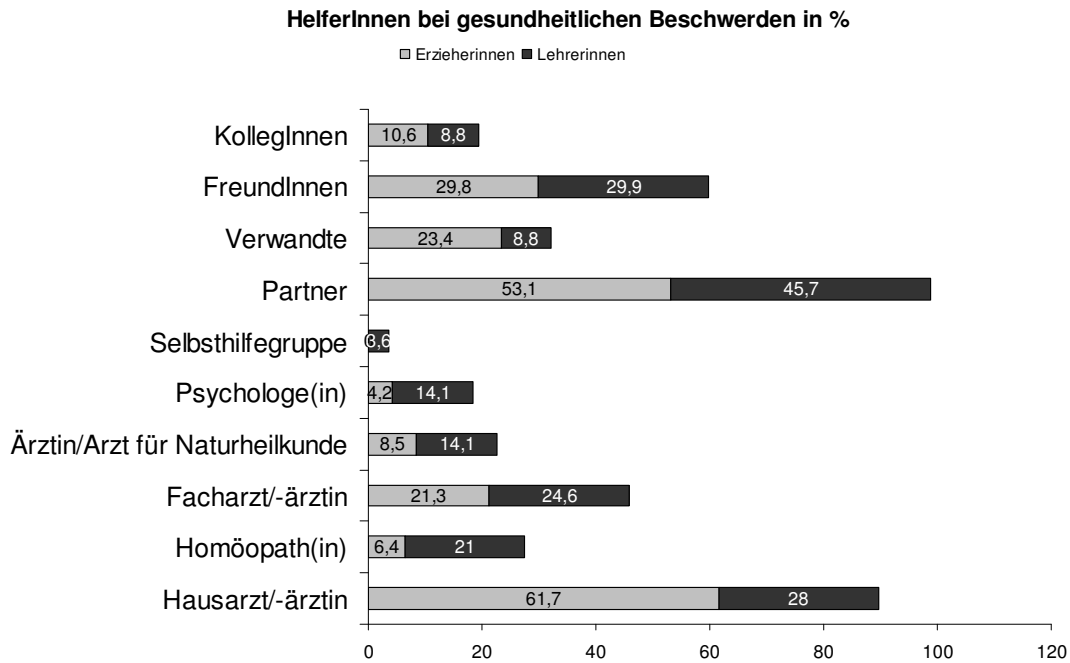
Sehr häufige bzw. häufige formelle HelferInnen bei Belastungen, die über 5% der Nennungen erhalten haben, in % nach Berufsgruppen



Die Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung werden über die Hilfe im Belastungsfall hinaus nochmals explizit gefragt, wer im Falle von Gesundheitsbeschwerden herangezogen werden kann. Es werden sowohl informelle als auch formelle HelferInnen benannt. Neben dem Arzt als Haus- und/oder Facharzt, der eine herausragende Häufigkeit erzielt, wird von etwa der Hälfte aller Frauen auch der Partner im Falle von gesundheitlichen Problemen als Helfer (sehr)häufig erwähnt. Er ist den Lehrerinnen der häufigste Helfer. Von Verwandten wird fast ein Viertel der Erzieherinnen geholfen, sie erhalten fast drei Mal so häufig Hilfe von dieser Seite als die Lehrerinnen. Die Freundin, der Freund, genauso wie die Kollegin, der Kollege werden als Helfer(in) von beiden Berufsgruppen fast gleich häufig benannt. Von FreundInnen erhält knapp jede 3. Frau (sehr)häufig Hilfe, von KollegInnen knapp jede 10. Frau. Hinsichtlich der formellen Helfer(innen) verdeutlicht sich der Eindruck, dass Lehrerinnen weitaus aufgeschlossener alternativen Heilmethoden und psychotherapeutischen Methoden gegenüber sind, als Erzieherinnen. Es nehmen, fast die Hälfte der Lehrerinnen auch vom Homöopathen, der Homöopathin, Arzt oder Ärztin, die naturheilkundliche Verfahren anwenden und Psychologe, Psychologin (sehr) häufig Hilfe entgegen, dagegen geben dies nur ein Fünftel der Erzieherinnen an. Die Selbsthilfegruppe als Hilfe bei gesundheitlichen Beschwerden wird nur von einem kleinen Prozentsatz (3,6) der Lehrerinnen häufig in Anspruch genommen.

GRAFIK 26

Informelle und formelle HelferInnen bei Gesundheitsbeschwerden (sehr)häufig nach Berufsgruppen in %

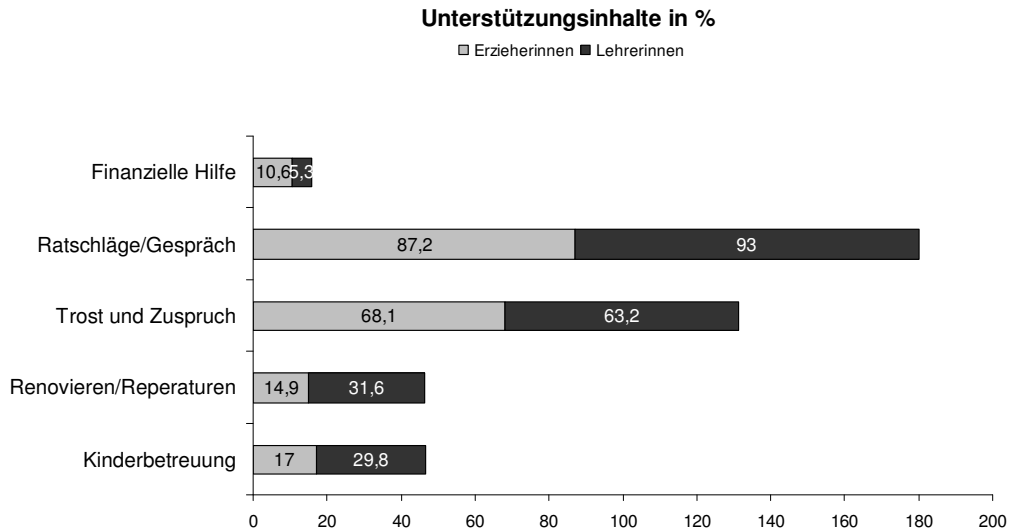


4.7.3.2. Unterstützungsinhalte

Die Ermittlung, der Personen, die im Belastungs- bzw. Beanspruchungsfall Hilfe gewähren, gibt noch keine Auskunft über den Inhalt ihrer Hilfe, dazu werden die Teilnehmerinnen im nächsten Schritt befragt. Es wird die Art der Hilfestellung in Hinblick auf Kinderbetreuung, Renovieren, Reparaturen und Finanzen sowie die Unterstützung durch Trost und Zuspruch, Ratschläge und Gespräch erfragt.

Eher materielle Hilfen, Kinderbetreuung und Hilfe bei der Renovierung erhalten fast doppelt so viele Lehrerinnen wie Erzieherinnen, dagegen werden nur halb so viele finanziell unterstützt. Mit Rat und Gespräch, sowie mit Trost und Zuspruch steht man den meisten von ihnen zur Seite. Dies gilt für beide Berufsgruppen etwa in gleichem Maß, allerdings geben etwas mehr Lehrerinnen an, Rat zu erhalten als die Erzieherinnen angeben, dafür erhalten diese mehr Trost. Insgesamt ist das Hilfpotential hinsichtlich seiner Häufigkeit bei den Lehrerinnen höher. Sie geben häufiger Hilfeleistungen wie Kinderbetreuung, Renovierung sowie Rat und Gespräch an.

GRAFIK 27  
 Inhalte erhaltener Unterstützung nach Berufsgruppen in %



#### 4.7.3.3. Unterstützungsbilanz von Geben und Nehmen

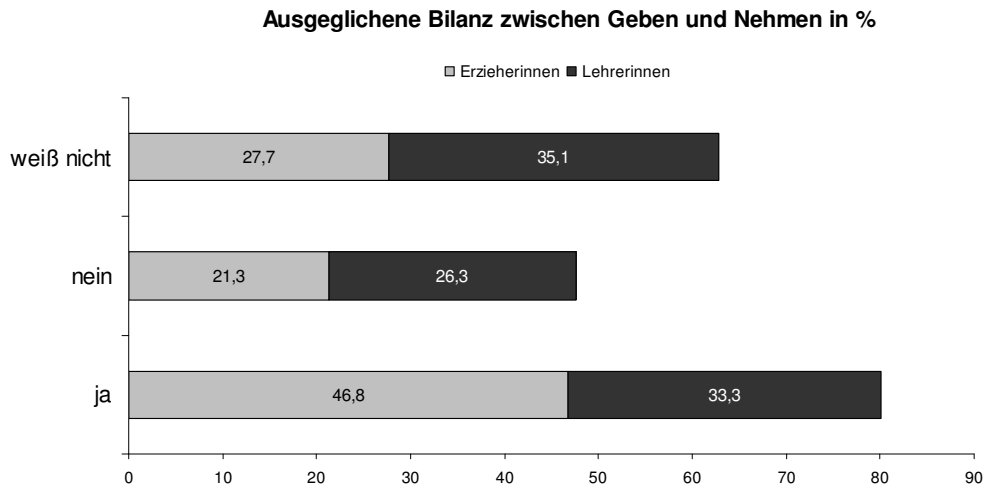
Um Rückschlüsse auf den tatsächlichen Nutzen der Hilfestellung des individuellen Netzwerkes im Falle von Belastung und Beanspruchung ziehen zu können, werden die Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung noch nach der Einschätzung der Ausgewogenheit von Geben und Nehmen im Hilfeprozess gebeten.

Mit der Frage: " Geben Sie mehr Unterstützung, als Sie erhalten?" soll beurteilt werden, ob die Bilanz zwischen der Unterstützungsleistung, die sie erbringen und der, die sie im Gegenzug erhalten, zu ihren Ungunsten ausfällt.

Darauf antworten fast die Hälfte der Erzieherinnen und ein Drittel der Lehrerinnen mit einem uneingeschränkten "ja". Nur jede 4. bis 5. Frau schätzt die Hilfe, die sie gibt, als nicht größer ein, als die, die sie erhält. Hoch ist auch der Anteil derer, die unschlüssig sind. Die Bilanz der Erzieherinnen fällt deutlich ungünstiger aus, eine Überzahl von ihnen gibt an, dass sie mehr Unterstützung gewähren, als sie erhalten.

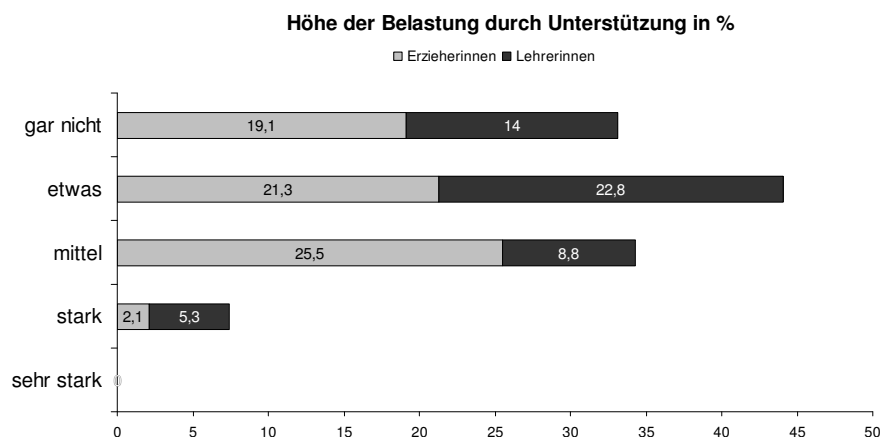
GRAFIK 28

Verhältnis von Unterstützungsleistung zu Unterstützungsmanko nach Berufsgruppen  
in %



Danach gefragt, ob ihre Unterstützungsleistung sie belastet, geben fast die Hälfte der Erzieherinnen an, dass sie sich stark bis etwas belastet fühlen, wobei sich stark allerdings nur 2% von ihnen belastet fühlen. Jeder 3. bis 4. Lehrerin geht es ebenso, auch hier geben nur 5% an, dass sie sich durch ihre Hilfestellung stark belastet fühlen. Die Erzieherinnen überwiegen bei der Belastungsangabe. Nur etwa jede fünfte Erzieherin und jede siebte Lehrerin fühlt sich dadurch gar nicht belastet, sodass nach diesen Befragungsergebnissen von einer ausschließlich unterstützenden Funktion von Hilfsnetzwerken nicht gesprochen werden kann.

GRAFIK 29  
Unterstützungsbelastung nach Berufsgruppen in %



#### 4.7.3.4. Gesundheitsförderliche Orte

Der Bewältigung von Alltagslast und Gesundheitsstörungen können auch bestimmte Orte dienen. Indem dort speziell etwas für die Gesundheit getan wird, z.B. indem dort Informationen über alternative Verfahren, gesunder Ernährung gesammelt und angeboten werden, an dem Massagen bis hin zu klassischen Entspannungstherapien ihren Raum finden. Orte, die als Umgebung einen präventiven allgemein erholsamen Charakter haben bzw. gestalten, können eine präventive und kurative Funktion erfüllen.

Die Teilnehmerinnen an der schriftlichen Befragung werden gebeten zu der Frage: Haben(hätten) folgende Einrichtungen, Orte für ihr gesundheitliches Wohlbefinden Bedeutung? Stellung zu nehmen.

Gesundheitszentrum für Frauen; Gesundheitsförderung im Betrieb; Schule; Fitness-, Ernährungs-, Stressabbaukurse; Freizeitzentrum; Parks; Naherholungsgebiete

Die meisten der Frauen sprechen Parks und Naherholungsorte einen Einfluss auf ihr Wohlbefinden zu, über die Hälfte von ihnen befürwortet Kursangebot. Den Betrieb, z.B. Schule oder der Kindergarten als Arbeitsplatz der befragten Berufsgruppen benennen als Ort, der Wohlbefinden herstellen könnte, gut jede zweite Erzieherin, die Lehrerinnen sind hier im Verhältnis zu den Erzieherinnen in der Minderzahl. Freizeitzentrum und Frauenzentrum als Ort des Wohlbefindens sehen etwa ein Viertel bis ein Drittel aller Frauen an. Die relativ große Zustimmungsrates deutet auf eine hohe Akzeptanz dieser präventiven Faktoren.

TABELLE 19  
„Gesundheitsorte“ im Urteil v. Erzieherinnen und Lehrerinnen in %

|               | Parks | Kurse zum Betriebliche Thema Gesundheit | zum Betriebs- Gesundheits- förderung | Freizeit- zentrum | Frauengesund- heitszentrum |
|---------------|-------|---|--------------------------------------|-------------------|----------------------------|
| Erzieherinnen | 85    | 55                                      | 51                                   | 34                | 23                         |
| Lehrerinnen   | 84    | 61                                      | 39                                   | 25                | 26                         |

#### 4.8. Zusammenfassung und Resümee

Bei Belastungen zu konstruktiven Lösungen zu kommen, die auf aktive Situationsveränderung ausgerichtet sind, kommt bei den Teilnehmerinnen an der Interviewbefragung genauso vor, wie bei Überlastungen nichts zu tun, sich hilflos zu fühlen, Symptome zu kurieren, indem man zu Medikamenten und homöopathischen Beruhigungs- und Stärkungsmitteln greift, Bäder und Kräuter nimmt, wenn auch selten Alkohol trinkt und Süßigkeiten im Übermaß genießt. Dies alles hilft mit den negativen Emotionen, die mit der Überlastung einhergehen, fertig zu werden. Genauso wie, mit der Tochter Streit zu machen, zu jammern, dass man ja nicht mehr die Jüngste sei oder einfach nur zu heulen. Auch hier wird auf Anforderung reagiert indem Emotionen bewältigt werden.

Medikamente als Mittel zur Bewältigung werden nur gelegentlich verwandt, in diesem Fall nehmen die Erzieherinnen leichte Schmerztabletten, während die Lehrerinnen eher eine Hormontherapie machen. Der Einsatz von Hormonen wird in den Wechseljahren der Frauen zu einer, häufig von Ärzten empfohlene Intervention, mit den Beschwerden in dieser Zeit umzugehen. Der Unterschied zwischen den beiden Berufsgruppen kann daher darauf beruhen, dass die Lehrerinnen in dieser Befragung häufiger in einem Alter sind, das darauf schließen lässt, dass sie sich in den Wechseljahren befinden. (vergl. Kap. 1.4.3. Altersgruppen)

Die von Glaeseke herausgearbeitete Tendenz verstärkten Medikamentenkonsums von Frauen lässt sich bei den Interviewteilnehmerinnen, wie auch bei den Teilnehmerinnen der schriftlichen Befragung nicht bestätigen (vergl. Glaeseke 1993).

Viele Teilnehmerinnen der schriftlichen Befragung ordnen sich Bewältigungsmaßnahmen zu, die sich beruhigend auf die die Belastung begleitenden Emotionen auswirken. Die höchste Zustimmung findet „Nachdenken“ und „Dampf abzulassen, es raus zu lassen“. Doppelt so viele Lehrerinnen geben an, bei Belastung nicht weiter als bis morgen zu denken und sich ihre Erfolge bewusst zu machen. Den Bewältigungsmaßnahmen, die sowohl die Emotionen besänftigen als auch aktive Situationsveränderung einleiten, sprechen Erzieherinnen und Lehrerinnen im hohen Maße zu. Den Arbeitsalltag zu planen und die Familienmitglieder zur Arbeit heranziehen, sind situationsverändernde Maßnahmen, die relativ häufig ergriffen werden, erstere besonders von den Lehrerinnen der Befragung.

Die mit Belastungseinwirkung bzw. mit erwarteter Belastungseinwirkung im indirektem Zusammenhang stehenden Bewältigungsstrategien sind die Maßnahmen, die vorbeugend und begleitend den Körper und die Seele stärken. Hier stehen Laufen, Sport und Bewegung, Rad fahren sowie sich gesund zu ernähren an erster Stelle. Alle Maßnahmen werden von den Lehrerinnen häufiger ergriffen, dies gilt auch für die Maßnahmen der Entspannung und homöopathischen Anwendungen. Klassische Hausmittel bei Belastungseinwirkung sind Bett und Bad, sind Kräutertee und „der Griff zur Wärmflasche“, Psychopharmaka und Schlaftabletten spielen so gut wie keine Rolle. Fast jede dritte Erzieherin der Befragung bewältigt Belastungen durch Rauchen, viel Kaffee und Süßigkeitskonsum, hier sind, bis auf letzteres, Lehrerinnen deutlich in der Minderzahl. Große Häufigkeiten zeigen sich bei beiden Berufsgruppen ähnlich bei den ausgleichsfördernden Maßnahmen wie Lesen, Allein sein und schöne Sachen machen. Musik hören und kreative Beschäftigung bevorzugen die Erzieherinnen.

Explizit nach den Strategien bei Stress befragt, geben die Teilnehmerinnen der Befragung ähnliche Maßnahmen an wie bei der Belastungsbewältigung.

Stress und Belastung zu beklagen und zu jammern ist eine Strategie, die sich zwar bei allen Befragten findet, scheint aber nicht so häufig vorzuliegen, wie es aus den Ergebnissen anderer Untersuchungen zu vermuten gewesen wäre (vergl.: Klesse u.a. 1992:122). Allerdings, so scheint es, neigen viele Erzieherinnen und Lehrerinnen im Umgang mit Stress, wie schon bei Belastungseinwirkung gezeigt, zu intrapsychischen Bewältigungsformen, wie Selbstberuhigung, Verdrängung, Leugnung, Distanzierung (vergl. Lazarus/Launier 1981). Die Interviewteilnehmerinnen erleichtern sich belastende Situationen, indem sie "Dampf ablassen" und sich abreagieren, indem sie „es aussprechen“. Diese Strategie findet sich auch im Stressumgang bei vielen

Teilnehmerinnen der schriftlichen Befragung, nahezu 40% der Erzieherinnen „machen sich Luft“ und jede vierte Lehrerin der Befragung reagiert ebenso.

Von den aktiv auf die Situation verändernd wirkenden Bewältigungsstrategien bei Stress geben sowohl die meisten Erzieherinnen als auch die Lehrerinnen dieser Befragung an, dass sie Schwerpunkte setzen. Ein Vergleich der Kategorien „eher emotionsorientierte Bewältigung mit eher situationsverändernder Bewältigung“ legt eine eher emotionsorientierte Stressbewältigung besonders bei den Erzieherinnen der schriftlichen Befragung nahe.

Die Frauen dieser Befragung scheinen in hohem Maße ihre Belastungs- sowie Stresssituation durch emotionsstabilisierende Maßnahmen zu bewältigen, „Nachdenken“ ist die am häufigsten realisierte Maßnahme aus dem Spektrum der eher emotionsregulierenden Maßnahmen, die allerdings sehr wohl dazu angetan sein könnten, auch über Veränderungen der Situation nachzudenken und diese vorzubereiten. Die Tendenz Belastung durch Emotionsregulierung zu begegnen, steht in gewissem Einklang mit anderen Untersuchungsergebnissen (s.o.). Nur den situationsverändernden Faktor „Arbeitszeit reduzieren“ realisieren doppelt so viele Lehrerinnen (18%) wie Erzieherinnen (8%) und wehren damit die Stress erzeugende Situation aktiv ab.

Hinsichtlich sozialer Netze interessiert besonders Umfang und Art von Unterstützungsleistungen im Belastungsfall und bei gesundheitsbeeinträchtigenden Folgen. Als wichtigstes soziales System lässt sich für die Befragten die Familie, der Partner und der Freundeskreis feststellen, seine quantitative Größe schwankte allerdings unter den Interviewteilerinnen erheblich. Die Anzahl der HelferInnen bei Belastungen reicht von eins bis sechs Personen, wovon die Hilfe des männlichen Partners sehr häufig ist, die allerdings bezüglich ihrer Effektivität und Spontaneität nicht selten als eingeschränkt hilfreich wahrgenommen wird. Die Partner sind im Belastungsfall, wie auch noch verstärkter im Falle von Gesundheitsbeschwerden (53% der Lehrerinnen und 46% der Erzieherinnen), die häufigsten Helfer der Teilnehmerinnen der schriftlichen Befragung. Freundinnen haben sowohl bei den Interviewteilerinnen als auch bei den Teilnehmerinnen der schriftlichen Befragung einen hohen Stellenwert. Für 61% der Lehrerinnen und 49% der Erzieherinnen der schriftlichen Befragung sind sie im Belastungsfall und noch zu knapp einem Drittel bei beiden Berufsgruppen im Falle von Gesundheitsbeschwerden (sehr) häufig hilfreich. Als nichtfamiliäre informelle Helferinnen kommen außer den FreundInnen noch KollegInnen quantitativ in Betracht, die Anzahl derer, die im Belastungsfall (sehr) häufig helfen, liegt bei beiden Berufsgruppen um 17% und als HelferInnen bei Gesundheitsbeschwerden bei etwa 10%.

Als professionelle HelferInnen im Belastungsfall, sowie im Beschwerdefall werden von den Interviewteilerinnen an erster Stelle Ärzte und Ärztinnen genannt, häufig aber wird ihre Hilfeleistung kritisch bezüglich ihrer Effektivität und Qualität, sowie der vorherrschenden Kommunikationspraktiken bewertet. Hinsichtlich der Hilfe von ÄrztInnen überwiegen die Erzieherinnen, bei Hilfe von HomöopathInnen und PsychotherapeutInnen überwiegen dagegen die Lehrerinnen. Hier scheint sich die, schon bei den Bewältigungsmaßnahmen angedeutete Tendenz häufigerer Zuwendung der Lehrerinnen zu alternativen Heilmethoden, zu bestätigen.

Insgesamt lässt ein Vergleich der Helfer aus dem Familien- und Bekanntenkreis erkennen, dass mehr Erzieherinnen hier häufiger HelferInnen angeben, als es die Lehrerinnen tun. Diese Tendenz stimmt mit den Ergebnissen von Mayr-Kleffel überein, die vertraute verwandtschaftliche Beziehungen als frauenspezifisch hervorhebt und auf ihre einschränkende Wirkung hinsichtlich variierender Handlungsmöglichkeiten verweist. In diesem Punkt haben die Lehrerinnen mit ihrer deutlich häufigeren Nennung von professionellen HelferInnen (Verhältnis nahezu 3/2) eine handlungserweiternde Option (Mayr-Kleffel 1991:172)

Nach der Art der Unterstützung, die erhalten wird, gefragt, geben die meisten der Teilnehmerinnen der schriftlichen Befragung nahezu übereinstimmend an, Trost und



Zuspruch sowie Rat und Gespräche zu erhalten (etwa 60% und etwa 90%). Materielle Hilfen wie Kinderbetreuung und Renovierung erhielten etwa je ein Drittel der Lehrerinnen, etwa doppelt soviel wie die Erzieherinnen der Befragung. Finanzhilfen dagegen geben doppelt so viele Erzieherinnen wie Lehrerinnen an. Dieses Ergebnis überrascht nicht, angesichts des deutlich geringeren Lohnniveaus der Erzieherinnen.

Die Leistung, die die Frauen dann im Gegenzug ihrerseits als HelferInnen geben, führt zu einer nicht unerheblichen Belastung. Ein Drittel der Lehrerinnen geben an, dass sie mehr Unterstützung geben, als sie erhalten, knapp ein Drittel von ihnen fühlt sich dadurch mittel bis etwas belastet. Die Erzieherinnen weisen eine deutlich unausgeglichene Bilanz aus. Hier sind es nahezu die Hälfte, die mehr Unterstützungsleistung gegeben haben, als sie erhalten, eine ähnliche Anzahl von ihnen, fühlt sich dadurch mittel bis etwas belastet.

Auch diese Ergebnisse befinden sich in Übereinstimmung damit, dass soziale Unterstützungsnetzwerke als soziale Interaktion einen Ausgleich von Geben und Nehmen beinhalten und diese Bilanz in der Generation der Frauen, die häufig sowohl Kinder als auch alternde Eltern zu unterstützen haben, sich hinsichtlich der Belastungshöhe leicht zu Ungunsten der Empfängerinnen auswirken kann (Gräbe 1991:352).

## 5. SCHLUSSFOLGERUNG UND UMSETZUNG

### 5.1. Ziele und Grundannahmen der Erhebung

Diese Arbeit hat zum Ziel, neben einer Verbesserung der Information über Alltagsbelastung und gesundheitlicher Situation von Erzieherinnen und Lehrerinnen, herauszufinden, ob sich ein Zusammenhang zwischen Belastung, Beanspruchung und Bewältigung im Lebenszusammenhang nachweisen lässt und von welchen sozialen Dimensionen dieser bestimmt ist. Bei der Analyse der Interviews und in der nachfolgenden schriftlichen Befragung wurde daher neben einer Erhebung des Belastungsumfanges und dessen gesundheitlichen Folgen nach bestimmten Bewältigungsstrategien, Ressourcen und bestimmten Formen von Gesundheitshandeln sowie ihren persönlichen und sozialen Voraussetzungen gefragt.

Prämissen der Frauengesundheitsforschung folgend, wurden zu allen Dimensionen die Frauen als Expertinnen ihrer eigenen Gesundheit herangezogen und nach ihren Handlungsweisen und Kompetenzen gefragt.

Frauen weisen hinsichtlich ihrer Sozialisation Gemeinsamkeiten auf, die über alle Unterschiede hinweg, zu ähnlichen Bedingungen und Folgen führen. Ein Beispiel dafür ist eine spezifische Berufsentscheidung vieler Frauen, die eine reale oder zukünftig vorweggenommene Vereinbarkeit mit der Verantwortung für Hausarbeit und Kindererziehung mit in den Blick nimmt (vergl.: Beck-Gernsheim/Ostner 1978: 258ff).

Auch die Berufe der Erzieherin und Lehrerin gehören zu den typischen Frauenberufen, die auch inhaltlich eine Nähe zu Aufgaben der Haus-, Familienarbeit und der Kinderversorgung und -erziehung aufweisen und häufig unter der Voraussetzung gewählt werden, dass eine gute Vereinbarkeit mit den sog. privaten Pflichten und der Mutterschaft möglich ist. Dieses Wahlkriterium wird besonders von den Lehrerinnen dieser Befragung bestätigt. Eine erhöhte Belastung lässt sich aber damit allgemein für berufstätige Frauen als auch für die hier Befragten nicht verhindern. Für sie resultiert aus dieser Doppelorientierung auf Haus- und Familienarbeit sowie Berufsarbeit eine entsprechende Doppelbelastung, die sich bei allen Berufen zeigt, unabhängig von deren Qualifikationsvoraussetzungen und Entlohnungsmodalitäten (Beck-Gernsheim 1987:124). Dies lässt sich auch bei den Erzieherinnen und Lehrerinnen dieser Befragung feststellen. Bei allen Gemeinsamkeiten lassen sich aber auch gravierende Unterschiede zwischen den Frauen feststellen. Sie beruhen auf Alters- und Schichtunterschieden, die auch für die hier befragten Frauen dazu führen, dass sie nicht alle gleich von Belastung und Beanspruchung betroffen sind. Besonders die soziale Schichtzugehörigkeit beeinflusst

Belastungsumfang und Belastungsqualität, gesundheitliche Folgen und Bewältigungsressourcen. Sie zu thematisieren und zu beleuchten, erhebt die Frauengesundheitsforschung als weitere Prämisse.

Ein Schwerpunkt dieser Arbeit ist darüber hinaus die Analyse des individuellen Ressourcenpotentials, das wesentlich zu einem unterschiedlichen Belastungsbeanspruchungsniveau beiträgt und ganzheitlich, das heißt physisch, psychisch und sozial konstituiert ist (vergl.: Antonovsky 1979).

Im folgendem werden jetzt unter den Aspekten Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Ressourcen die drei Schwerpunkte Belastung, Gesundheit und Bewältigung im Lebenszusammenhang der berufstätigen Frauen dieser Befragung beleuchtet.

### 5.1.1. Belastung und Beanspruchung

Die Belastung von berufstätiger Frauen lässt sich, nach den Ergebnissen der Belastungsforschung seit den 70iger Jahren nicht durch die Erhebung objektiv messbarer Belastungsfaktoren z.B. Zeitumfang beruflicher wie „privater“ Arbeit allein erfassen. Ganz wesentlich werden alltägliche Anforderungen durch persönliche Konstitution und Erfahrung, die zu einer bestimmten Bewertung führen, beeinflusst (vergl. Collatz 1994: 90).

Darum stand am Anfang der Befragung zunächst eine Erhebung vergleichsweise objektiver Belastungsfaktoren, die dann durch subjektive Einschätzungen und Bewertungen der Befragten ergänzt wurde. Gemäß den Leitlinien der Frauengesundheitsforschung wurden Belastungsfaktoren, die von beiden Berufsgruppen ähnlich erlebt sowie andere, die unterschiedlich erlebt und bewertet wurden, beleuchtet. Schließlich wurde nach Ressourcen gefragt, die von Anfang an den Belastungsbeanspruchungsprozess beeinflussen.

Hinsichtlich des zeitlichen Umfanges der Berufsarbeit sowie der Zeiten für Haus- und Familienarbeit ließen sich auf der quantitativen Ebene

Übereinstimmungen feststellen. Etwa die Hälfte der Erzieherinnen und Lehrerinnen gaben an mehr als 30 bis 40 Stunden Zeit in die Berufsarbeit zu investieren. Eine längere Erwerbsarbeitszeit (40-50 Std.) hatten dann vor allem die Erzieherinnen (40%) und nur noch knapp jede fünfte Lehrerin (18%) aufzuweisen.

Hinsichtlich des Umfanges der Haus- und Familienarbeit ließen sich ebenfalls Ähnlichkeiten feststellen. Jeweils ein Drittel von ihnen gab an, 20 – 30 Std. darauf zu verwenden, 23% der Erzieherinnen und auch noch 14% der Lehrerinnen, kamen auf ein Haus- und Familienarbeitszeitbudget von mehr als 30 – 40 Stunden.

Die Relevanz beider Arbeitsbereiche für die Erhebung konkreter Belastung wurde an der für Freizeit und Erholung verbleibenden Zeit, deutlich. Der für Regeneration und Erholung erforderliche Spielraum war für viele klein, denn es zeigte sich, dass für fast jede zweite Erzieherin wie Lehrerin die Freizeit erst zwischen 20.00 und 21.00 Uhr beginnt. Zwei Drittel aller Frauen bewerteten dann auch die Zeit als knapp, die ihnen zur Erholung bleibt.

Hinsichtlich der subjektiven Einschätzung belastender Faktoren der Hausarbeit wurden Alleinverantwortung und Zuständigkeitshoheit, sowohl von den Erzieherinnen als auch von den Lehrerinnen, als besonders gravierend hervorgehoben. Aussagen, wie „...wenn ich der Kopf von allem sein soll...“ einer Lehrerin und ...es belastet mich eigentlich auch, dass ich fast alles allein mach...“ einer Erzieherin wiesen darauf hin und wurden dann von den schriftlich Befragten bestätigt. Alleinverantwortung und die Beteiligung der anderen Familienmitglieder auf ein „zur Hand gehen“ beschränkt, wurde als belastend bewertet.

Hausarbeit zeigte sich damit weitgehend in „Frauenhand“ gelegt, und das, obwohl fast alle Frauen (95%) von ihrem theoretischen Verständnis her, nicht der Überzeugung waren, dass dies allein die Sache der Frauen sei. Dieser Widerspruch zwischen Überzeugung und Praxis des Arbeitsalltages wird als belastend erlebt.

An Anerkennung für die Arbeit von Seiten des Partners mangelte es für die meisten Frauen beider Berufsgruppen nicht. Es scheint dies mit dazu beizutragen, dass bei aller

Belastung auch positive Einschätzungen der Aufgabensituation und des Stresserlebens erfolgten. Auch ließ sich Doppelbelastung keineswegs immer als doppelte Belastung klassifizieren, denn, so gaben die Teilnehmerinnen der Interviewbefragung an, entlasten sich die unterschiedlichen Aufgaben auch häufig gegenseitig. Diese eher positive Einschätzung ließ sich dann aber in der schriftlichen Befragung nicht eindeutig bestätigen, zwar hatten 40% der Frauen ebenfalls eine eher positive Einstellung, z.B. wurde die Vielfalt der Aufgaben geschätzt, andererseits stimmten die meisten der Frauen darin überein, dass unterschiedlich strukturierte Aufgabenfelder zu bewältigen, einer Zerreißprobe gleichkomme.

Relativ große Übereinstimmung fand sich in der Begründung für das Stresserleben, soweit es sich auf die eigenen Anteile daran bezog. Ihrem Anspruch an Sauberkeit und Ordnung genügten potentielle HelferInnen häufig nicht und wurden daher nicht herangezogen und auch nicht vermisst. Zuständigkeiten für die Haus- und Familienarbeit bei gleichzeitiger Berufstätigkeit wurden überdies resignativ akzeptiert. Deutlich wurde, dass eine Verbesserung der Situation eher durch die Reduzierung eigener Standards, als durch die aktive Unterstützung anderer bzw. struktureller Veränderung der Verhältnisse, erwartet wurde, denn nur ein Drittel der Erzieherinnen und nur knapp jede fünfte Lehrerin gab mangelnde Unterstützung als Ursache ihrer Überlastung an. Dieser Tendenz zur eigenen Schuldzuschreibung kann, wie sich in nachfolgenden Ergebnissen in Hinblick auf gesundheitsförderliche Maßnahmen zeigte, auch dazu führen, dass die Möglichkeit durch eigene Interventionen in Bezug auf die Arbeitsplatzgestaltung für Entlastung zu sorgen, unterschätzt werden. Eine solche Haltung, so stellte die Münchner Psychologinnengruppe schon 1978 fest, veranlasst damit auch zu geringerer struktureller Ursacheneinschätzung. Sie kann schließlich auch dazu führen, die eigenen Einflussmöglichkeiten zu reduzieren (vergl.: Hellferich 1992).

Eine eher positive Zuschreibung der Interviewten, wie sie in Hinblick auf die unterschiedlichen Aufgabenfelder erfolgte, wiederholte sich dann beim Stresserleben. Viele empfanden Stress als Herausforderung und fühlten sich dabei wohl. Es zeigte sich eine positive Einstellung zur Berufstätigkeit, die dazu beizutragen scheint, dass Stressminderung durch Reduzierung der Berufsarbeit für die meisten nicht in Frage kam. Eher war eine Belastungsverminderung durch Reduzierung der Hausarbeit vorstellbar. Dies stimmt mit den Ergebnissen von Collatz/ Borchers überein. Erwerbstätige Mütter schätzten Belastungen ihrer Berufsarbeit im Verhältnis zu Belastungen aus typischen Bereichen der traditionellen Frauenrolle, wie ständige Verfügbarkeit und mangelnde Anerkennung, als eher gering ein (Collatz/Borchers 1994:90).

Die Teilnehmerinnen der schriftlichen Befragung bestätigten zum großen Teil diese positive Einstellung. Von vier Erzieherinnen können es sich drei und von den Lehrerinnen sogar vierzehn von fünfzehn nicht vorstellen, aus dem Beruf auszusteigen. Dass, diese Konsequenzen zu ziehen, allerdings für gut ein Viertel der Erzieherinnen in Frage kommt, überraschte nicht, angesichts der Ergebnisse von Rieder-Aigner (1990 und 1993), die ja feststellte, dass die von ihr befragten Erzieherinnen, aufgrund ihrer finanziellen Situation, hoher Belastung und einem schlechten Gesundheitszustand mit ihrem Beruf nur mäßig zufrieden waren.

Als häufig belastend erlebten Erzieherinnen wie Lehrerinnen übereinstimmend Zeitprobleme, wie zu wenig Zeit für Erholung, Hobbys und Freizeit, Endlosigkeit der Arbeit sowie Konflikte im Beruf und beim Umgang mit schwierigen Kindern.

Die Zuspitzung der Belastungsfolgen über Jahre hinweg zu einem Burnout-Syndrom ließ sich für jede 7. der befragten Frauen nicht ausschließen.

Wie es zu erwarten war, stellten sich erhebliche Unterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen z.B. hinsichtlich qualitativer Belastungsinhalte heraus. Deutlich zeigte sich dieser Unterschied bei „Reibereien in der Familie, bei Konflikten mit anspruchsvollen Eltern, Unklarheiten über Zuständigkeiten bei der belastenden Auseinandersetzung mit KollegInnen.

Auch hinsichtlich der Belastung durch sexuelle Belästigung und Mobbing am Arbeitsplatz ließen sich Unterschiede feststellen. Zwar betrifft der Faktor der sexuellen Belästigung relativ wenige Frauen beider Berufsgruppen, von Mobbing dagegen gibt fast jede zweite Erzieherin an, schon mal betroffen gewesen zu sein. Die Lehrerinnen benennen dies zu

knapp einem Drittel.

Bei der Betrachtung aller Belastungsfaktoren zusammen, fiel auf, dass viele Erzieherinnen (fast die Hälfte bis zwei Drittel) von 12 der 26 beruflichen Belastungsfaktoren häufig betroffen waren, dagegen eine ähnliche Anzahl von Lehrerinnen nur von 5 der erhobenen Belastungsfaktoren in dieser Häufigkeit.

Nach vorliegenden Ergebnissen erscheint der Belastungszusammenhang von Frauen durch den Versuch gekennzeichnet, Anspruch und Wirklichkeit erfüllten Frauendaseins, welches sich nicht auf die Tätigkeit als Hausfrau und Mutter beschränken ließe, in Einklang zu bringen. Die nachgewiesene Berufsorientierung geht mit einem hohen Anspruch an eine qualitativ hochwertige Durchführung einher. Ein fast perfektionistischer Anspruch wird auch an die Qualität der Haus- und Familienarbeit gestellt. Dies führt für die Frauen beider Berufsgruppen zu belastendem Arbeitsaufwand mit wenig Spiel- und Erholungsräumen. In der Folge stellt sich für viele der Befragten häufig Stress ein.

Der quantitative Umfang von häufig erlebten Belastungsfaktoren, zeitliche Eingebundenheit in verschiedene Anforderungsbereiche, Zerreißproben durch widersprüchlich strukturierte Aufgabenbereiche, mangelnde Unterstützung von Seiten der Familienmitglieder sowie ein zu geringes Maß an Freizeit sind zwischen den hier befragten Berufsgruppen allerdings unterschiedlich einzuschätzen. Alle Bereiche weisen für die Erzieherinnen eine höhere Relevanz auf.

Neben den Belastungsfaktoren stehen den Befragten beider Berufsgruppen Gesundheitspotentiale in nicht geringem Umfang zur Verfügung. Dazu gehört die hohe Berufsorientierung, die, wie aus den Interviews erfahrbar, meist auch Berufszufriedenheit beinhaltet. Auch kann sich die vielfach gefundene positive Stressbewertung, die Stress als Herausforderung ansieht und dabei Wohlgefühle erzeugt, auf den Belastungsprozess günstig auswirken.

Innerhalb der Gruppen der Erzieherinnen und Lehrerinnen ergab sich ein differenziertes Bild von Belastung und Ressourcenpotential. Soziale Lage ist zwar ein Indikator mit hohem Vorhersagewert bezüglich einer unterschiedlichen Belastungserfahrung, erweist sich aber als nicht umfassend. Immer wieder lässt sich bei vergleichbarer sozialer Lage und auch vergleichbaren „objektiven“ Belastungsfaktoren feststellen, dass es eine Anzahl von Frauen gibt, die angeben besser mit der Belastung zurechtzukommen oder weniger unter Stress zu leiden. Hier könnte eine salutogenetisch orientierte „Schatzsuche“ zur Klärung beitragen.

#### 5.1.2. Gesundheit der Teilnehmerinnen

Dem Komplex gesundheitlicher Folgen ging zunächst eine Beleuchtung des zugrunde liegenden Gesundheitsverständnisses voraus, aus dem sich, so wurde hier vermutet, ein bestimmtes Gesundheitshandeln herleitet. Im Anschluss daran wurde die gesundheitliche Situation von Erzieherinnen und Lehrerinnen, in der sich ja ein Großteil von Beanspruchungsfolgen manifestiert, über die subjektive Einschätzung ihres Gesundheitszustandes und Angaben über Art und Anzahl gesundheitlicher Störungen beleuchtet und ergänzt durch die Erhebung von Tagen, an denen eine Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch Gesundheitsstörungen vorlag. Darüber hinaus wurde im Sinne von aktivem vorbeugendem Verhalten im gezielten Interesse von Gesundheit nach gesundheitsförderlichen Maßnahmen gefragt.

Übereinstimmung zeigte sich bei beiden Berufsgruppen hinsichtlich eines ganzheitlich orientierten Gesundheitsbegriffes, wie er schon von der WHO 1984 formuliert wurde. Aspekte des seelischen, körperlichen und sozialen Wohlbefindens fanden sich auch in den Stellungnahmen der hier befragten Frauen. In keinem Fall wurde Gesundheit allein, als Resultat fehlender Krankheiten definiert, sondern beinhaltete häufig allgemeines körperliches Wohlbefühl, Zufriedenheit und positiven Konfliktumgang.

Gravierend unterschiedliche Beurteilungen, was Gesundheit sei, zwischen Erzieherinnen und Lehrerinnen ergaben sich nur in Bezug auf den Faktor Kraft und Mut und den Faktor Beschwerdefreiheit. Kraft und Mut zu haben, war für über drei Viertel der Lehrerinnen

von Bedeutung, hingegen nur für knapp jede zweite Erzieherin. Umgekehrt bei dem Faktor Beschwerdefreiheit, hier ordneten sich mehr als doppelt so viele Erzieherinnen wie Lehrerinnen zu. Dies könnte bei den Lehrerinnen auf ein noch stärker sozial evtl. psychisch geprägtes Gesundheitsbewusstsein, welches Körperbeschwerden eher einschließt, hinweisen, könnte seine Begründung aber auch in einem weniger gravierenden Beschwerdeerleben haben. Auf der Basis ihrer Gesundheitsauffassung gaben relativ viele Frauen dann an, sich als eine „gesunde Frau“ zu fühlen (53% der Erzieherinnen und sogar 76% der Lehrerinnen). Wenn sich auch Übereinstimmung zeigte, deutete sich hier an, dass ein eher krankheitsorientierter Gesundheitsbegriff (Gesundheit als Beschwerdefreiheit) zu einem weniger effektivem vorbeugendem und bewältigendem Gesundheitshandeln führen kann. Ein solches Handeln legt dann wiederum negativere Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation nahe.

Wie sich schon bei der Anzahl der Frauen, die sich, ihrer subjektiven Beurteilung nach, als gesunde Frau einstufen, andeutete, ließen sich für den Gesundheitszustand sowie für die Anzahl der aktuellen Beschwerden und den Ausfalltagen weitgehend Unterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen finden.

Zunächst ließen sich noch gewisse Gemeinsamkeiten feststellen. Für alle Frauen galt, dass sich die positiven Werte für die Auffassung selbst eine ganzheitlich gesunde Frau zu sein, nun nicht, wie erwartet, in der Beurteilung des Gesundheitszustandes wiederholten. Der momentane Gesundheitszustand wurde nur von etwa jeder fünften Erzieherin als gut bewertet. Auch die Lehrerinnen wiederholten ihre positive Bewertung nicht, ihre Beurteilung wich allerdings nicht ganz so stark ab. 44% von ihnen gaben einen guten Gesundheitszustand an. Diese Differenz in der Beurteilung scheint ein Hinweis darauf zu sein, dass Gesundheit eher ein positiver Lebenszufriedenheitsbegriff ist und mit Lebenstüchtigkeit assoziiert wird. Die Eigenschaften, Verfassungen und Fähigkeiten einer gesunden Frau werden teilweise unabhängig von dem Zustand der Gesundheit bewertet. Jener bezieht sich dann eher auf die aktuellen Beschwerden und Einschränkungen auf Kraft und Energie. Auch Bartholomeyczik (1988) und Hoeltz (1997) schließen auf Grund ihrer Untersuchungen eine Definition von Gesundheit als nur von der Anzahl spezieller Beschwerden bestimmt aus. Die von Bartholomeyczik befragten Frauen stimmten mehrheitlich der Aussage zu, dass Beschwerden zum Leben dazu gehören (vergl.: Kap. 2.2.1.)

Als häufigste Beschwerden sowohl bei Erzieherinnen als auch Lehrerinnen ließen sich, wie aus den Ergebnissen anderer Untersuchungen zu erwarten war, körperliche Beschwerden des Bewegungsapparates wie Rückenschmerzen und Symptome vegetativer Dystonie feststellen. Die sehr hohen Häufigkeitswerte hinsichtlich einer allgemeinen Abgespanntheit vermittelten einen Eindruck über das Belastungsniveau und dessen Folgen. Es gaben fast zwei Drittel aller Erzieherinnen und 44% der Lehrerinnen an, sich (sehr) häufig abgESPannt zu fühlen.

Viele Erzieherinnen (40%) gaben eine Störung ihres Wohlbefindens durch Mobbing am Arbeitsplatz an, ein Viertel der Lehrerinnen erging es ebenso. Entsprechend häufiger gaben die Erzieherinnen auch an, stärker dadurch Gesundheitsbeeinträchtigung zu erleben.

Frauenspezifische Auswertungen von Ausfalltagen auf der Basis von Krankenkassendatenmaterial (z.B. Burghardt/Oppen1984, Zoike 1991 und 2003) ergaben, dass höhere Ausfallzeiten nicht frauenspezifisch, sondern berufsspezifisch sind, und dass sich ihre Anzahl verringert, je qualifizierter die ausgeübte Tätigkeit ist. Die Vermutung eines solchen berufsspezifischen Gefälles ließ sich zwischen den Lehrerinnen und Erzieherinnen dieser Befragung ebenfalls bestätigen. So gaben gut doppelt so viele Erzieherinnen wie Lehrerinnen an, 3 bis mehr als 4 Wochen im Jahr wegen Gesundheitsproblemen auszufallen. Dreimal so viele Lehrerinnen (gut jede vierte) dagegen waren weniger als eine Woche im Jahr wegen Krankheit nicht an ihrem Arbeitsplatz. Ein Hinweis auf die Qualität der Beschwerden gaben die Interviewteilnehmerinnen, die aussagten, sich nur im äußersten Notfall an einen Arzt zu wenden und sich "aufs Krankenlager" zurückzuziehen.

Dem sozialwissenschaftlichen Belastungs- Beanspruchungsmodell folgend, wurde

versucht zu ermitteln, ob sich Beanspruchungen im Zeitverlauf verstärken. Es konnte aber in dieser Querschnittserhebung eine ungebrochene Verstärkung von Beschwerden nicht bei allen Frauen festgestellt werden. Während die Interviewteilnehmerinnen über wachsende Anfälligkeit und nachlassende Widerstandskraft mit fortschreitendem Alter klagten, ließ sich in der schriftlichen Befragung eine solche Einschätzung nur bis zum 50. Lebensjahr feststellen. Die Gruppe der 50-59jährigen Frauen wies seltenere Beschwerden und weniger Ausfalltage auf. Dieser "gebrochene Trend" überraschte angesichts durchgeführter Untersuchungen zu diesem Thema nicht, auch hier wurden nachlassende Beschwerdehäufigkeit in älteren Altersgruppen registriert und mit geringerem Gesundheitsanspruch und realer Belastungsreduzierung aufgrund von Alltagsroutine und Berufserfahrung begründet (vergl. Kap.2.2.1.).

Die Altersvariable hat in vorliegender Untersuchung gegenüber der Schichtvariablen (Beruf) einen sehr viel geringeren Vorhersagewert für die Gesundheit. Der Altersdurchschnitt der Erzieherinnen ist um 5 Jahre niedriger, als der der Lehrerinnen, dennoch weisen sie hinsichtlich ihres subjektiven Gesundheitszustandes, der Häufigkeit ihrer Beschwerden und der Anzahl der Ausfalltage negativere Werte auf.

Als Ressourcen lassen sich für die Befragten eine vorherrschende ganzheitliche Gesundheitsauffassung im Sinne der Weltgesundheitsorganisation WHO mit körperlichen, seelischen und sozialen Faktoren, ansehen, die dazu befähigen kann, sich wohl zu fühlen, obwohl sich eine Anzahl von Beschwerden eingestellt haben. „Gesundheit ist im ganzen, dass ich das Gefühl hab, komm mit meinem Leben klar“, scheint diesen Sachverhalt zu fassen. Eine solche Auffassung kann dann dazu führen, die umfangreiche Alltagsbelastung angemessen zu bewältigen und mit dem Leben zufrieden zu sein. Dies lässt sich aus den Ergebnissen der Befragung für viele der Befragten schließen, gilt für die schichthöheren Lehrerinnen aber in deutlich größerem Umfang.

### 5.1.3. Bewältigung von Belastung und Beanspruchung

Nach den Ergebnissen der Stressforschung gehören die Qualifikation und soziale Netzwerke zu den Gesundheitspotentialen. Gesundheitspotentiale entscheiden grundlegend mit, welchen Umfang Alltagsbelastung annehmen kann, welche gesundheitlichen Folgen sie zeigt und wie sie bewältigt werden kann. Hinsichtlich des Gesundheitspotentials Qualifikation (vergl. Kap.:3.1) sind die Lehrerinnen z.B. in beruflicher Hinsicht bevorzugt und entsprechend zeigte sich bei ihnen eine geringere Belastungseinschätzung und ein besserer Gesundheitszustand.

Da Gesundheit heißt, Stressoren angemessen zu bewältigen und dies in dem Maße gelingt, in dem Ressourcen dazu zur Verfügung stehen, wurde das Augenmerk hierauf im Bewältigungsteil gerichtet. Vermutet wurde, dass sich auch in dieser Hinsicht zwischen den Berufsgruppen bei aller Gemeinsamkeit gravierende Unterschiede feststellen lassen würden.

Zunächst wurden die Bewältigungsstrategien gemäß der Kategorien von Lazarus/Launier grob hinsichtlich ihrer Zielrichtung in die Kategorien aktive situationsverändernde und passive (intrapsychische) emotionsregulierende Strategien eingeteilt. Nach diesem Ordnungsprinzip stellte sich für die Interviewteilnehmerinnen heraus, dass es ihnen sowohl gelingt bei Belastungen Lösungen zu finden, die auf aktive Situationsveränderung ausgerichtet sind, als auch Strategien anzuwenden, die als emotionsregulierend betrachtet werden können. Zu letzteren zählen, bei Überlastungen nichts zu tun, sein Leid zu klagen und m.E. auch Medikamente und homöopathische Mittel zu anzuwenden. Auch wurde, wenn auch selten, Alkohol getrunken und häufig Süßigkeiten im Übermaß genossen. Dies alles half mit den negativen Emotionen, die mit Überlastung einhergehen, fertig zu werden. Medikamente als Mittel zur Bewältigung wurden von den Interviewteilnehmerinnen nur gelegentlich verwandt, in diesem Fall nahmen die Erzieherinnen leichte Schmerztabletten, während die Lehrerinnen, bezogen auf die Beschwerden der Wechseljahre, eher eine Hormontherapie machten. Diese eher seltene medikamentöse Verarbeitung von Belastung und auch Stress bestätigte sich dann bei

den Teilnehmerinnen der schriftlichen Befragung. Eine von Glaeske herausgearbeitete Tendenz eines verstärkten Medikamentenkonsums ließ sich sowohl bei den Interviewteilnehmerinnen, wie auch bei den Teilnehmerinnen der schriftlichen Befragung nicht bestätigen (vergl. Glaeske 1993).

Nach Lazarus/Launier wurde hier davon ausgegangen, dass situationsorientierte aktive Maßnahmen einer effektiven Stressbewältigung am nächsten kommen (vergl.: Kap.4). Ausgehend von den positiveren Ergebnissen der Belastung und Gesundheit für die Lehrerinnen der Befragung stand zu vermuten, dass sie diese eher ergreifen würden. Den Ergebnisse zu folge lässt sich diese Vermutung nun nicht eindeutig bestätigen. Beide Berufsgruppen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Belastungsbewältigung nicht so gravierend voneinander. Erzieherinnen wie Lehrerinnen gaben häufig emotionsbewältigende Strategien als auch „Sowohl als auch“-Maßnahmen an. Diese „Sowohl als auch“-Maßnahmen, zu denen ansprechen, improvisieren und kleinschrittig vorgehen gezählt wurden, wurden nachträglich eingeführt, weil sich bei der Auswertung der Interviewbefragung herausstellte, dass die Kategorisierung zwischen den aktiven und passiven Bewältigungslösungen von Belastung nicht gelang. Es lagen dazwischen eine Reihe von Maßnahmen, die sich nicht einmal grob diesen beiden Kategorien zuordnen ließen. Es waren Maßnahmen, die sowohl darauf abzielten, die Gefühle zu regulieren, als auch die Situation zu beeinflussen.

Ein deutlicher Unterschied ließ sich nur hinsichtlich, der von beiden Berufsgruppen häufig genannten situationsverändernden Strategie, der Planung des Tagesablaufs feststellen. Diese ergreifen weitaus mehr Lehrerinnen (54% zu 38%).

Gravierendere Unterschiede zwischen den Berufsgruppen ließen sich dann auch hinsichtlich der Maßnahmen, die vorbeugend und begleitend den Körper und die Seele stärken sollen, sowie bei den riskanteren Verhaltensweisen feststellen. Vorbeugende und „sanfte“ Gesundheitsmethoden wurden besonders häufig von den Lehrerinnen ergriffen, wie es auch nach Ergebnissen von Hoeltz (1994), für schichthöhere Frauen allgemein gilt. Besonders häufig erhielten Laufen, Sport und Bewegung, Rad fahren und gesunde Ernährung sowie Maßnahmen der Entspannung, homöopathische Anwendungen und klassische Hausmittel bei Belastungseinwirkung Zustimmung. Dagegen waren die befragten Lehrerinnen bei den Maßnahmen Rauchen und hohe Kaffee- und Süßigkeitskonsum, bis auf letzteres, deutlich in der Minderzahl. Dies stimmt mit den Ergebnissen des DHP-Survey überein, der nachweist, dass der Risikofaktor Rauchen mit sinkender Sozialschicht zunimmt (DHP-Gesundheitssurvey 1988). Erzieherinnen greifen etwa dreimal so häufig (etwa jede Dritte) wie Lehrerinnen zur Zigarette, um Belastung zu bewältigen. Es geben dann auch folgerichtig deutlich weniger Erzieherinnen an (47% zu 75% der Lehrerinnen), ihre Gesundheit durch Vermeidung von Risikofaktoren zu fördern.

Bei der explizit erhobenen Stressbewältigungsstrategie, die unter den drei Faktorengruppen aktive, situationsorientierte, passiv emotionsregulierende- sowie vorbeugende und stärkende Maßnahmen beleuchtet wurde lässt sich nur eine häufigere Tendenz zu passiven emotionsberuhigenden Maßnahmen der Erzieherinnen feststellen. Bei Stress wurde häufig und besonders von den Erzieherinnen der Befragung (44%) angegeben „sich Luft zu machen“ eine Strategie, die emotionsregulierende Wirkung hat, sie setzten aber auch „Schwerpunkte“, eine Strategie die eher darauf abzielt, die Situation aktiv zu verändern, und reduzierten ihre Aufgaben (etwa jede Fünfte). Unterstützung dagegen zogen sich mehr Lehrerinnen heran (etwa jede vierte Lehrerin gegenüber jeder fünften Erzieherin). Die Lehrerinnen sind damit, bei vergleichsweise niedrigerer Belastungseinschätzung und qualitativ höherwertigerer Bewältigungsmaßnahmen, in der Lage, sich darüber hinaus auch häufiger Hilfe und Unterstützung zu organisieren. Die bestätigte sich dann auch später bei der Analyse der Unterstützungsfunktion ihrer sozialen Netzwerke.

Im Hinblick auf vorbeugende Maßnahmen und solchen, die auf eine längerfristige Wirkung setzen, ließen sich wie bei der Belastungsbewältigung unterschiedliche Häufigkeiten feststellen. So belief sich das Verhältnis derer, die „Entspannung und Fitness“ als Stressbewältigung häufig einsetzen, zwischen Erzieherinnen und Lehrerinnen

auf gut 1 zu 2 (17%/40%), d.h. auf eine Erzieherinnen kamen mehr als 2 Lehrerinnen die sich so vorbeugend häufig verhielten.

Maßnahmen, die über den Bereich der individuellen Handlungen hinausgehen und sich an bestehende soziale Verhältnisse wenden, etwa vorsorglich Maßnahmen am Arbeitsplatz bzw. Umwelt zu ergreifen, werden selten ergriffen und scheinen mit der individuellen Schuldzuschreibung für Belastung und Stress zu korrespondieren. Arbeitsplatzmaßnahmen, wie Beurlaubung und Arbeitsplatzwechsel werden kaum realisiert, einige Lehrerinnen (17,5%) reduzieren ihre Arbeitszeit.

Gemeinsamkeiten ließen sich für beide Berufsgruppen hinsichtlich ihrer Belastungs-Bewältigungsmaßnahmen erkennen. Ihre Tendenz eher zu emotionsregulierenden Maßnahmen zu greifen, stimmt mit frühen Ergebnissen der Frauengesundheitsforschung (Psychologinnengruppe 1978) überein.

Es lässt sich eine unterschiedliche aktive, situationsorientierte Belastungs- und Stressbewältigung zwischen den Berufsgruppen, die als qualitativ höherwertig für die Gesunderhaltung eingeschätzt wird, bei den hier Befragten nicht deutlich nachweisen.

Unterschiede ließen sich aber hinsichtlich der vorbeugenden, stärkenden Maßnahmen nachweisen, die die Erzieherinnen dieser Befragung deutlich seltener zur Belastungs- und Stressbewältigung ergriffen. In der der Gesundheit abträglichen Stressbewältigung, wie z.B. durch Rauchen, waren sie dagegen deutlich in der Überzahl.

Ein weiterer Schwerpunkt bei der Bewältigungserhebung galt der Analyse sozialer Netzwerke, die als potentielle Ressourcen eingeschätzt werden. So hängt es nach der Auffassung der Frauengesundheitsforschung von den sozialen Beziehungen ab, ob Frauen ihre Belastung mildern können. In ihrem sozialen Beziehungsgefüge werden Arbeitsbedingungen ausgehandelt und Belastungen aufgefangen (Kulms/Martiny 1981:108). Auch der Stressforschung gelten soziale Netzwerke unumstritten als Ressource im Belastungs-Bewältigungsprozess (s. Kap.: 3.4.).

Gemeinsam waren beiden Berufsgruppen der Befragung, dass als wichtiger Helfer bei Belastung wie auch Gesundheitsstörungen der Partner, Freunde und Kollegen herangezogen wurden. Die Hilfe des Partners wird von den Interviewteilnehmerinnen allerdings eingeschränkt durch Aussagen wie "Partner auch, hat aber eine andere Qualität,... meinen es nicht ernst!" und werden, da sie wenig Zeit zur Verfügung haben, nur herangezogen, wenn es gar nicht mehr geht. Dagegen wurde die Hilfe durch Freundinnen als uneingeschränkt effektiv bewertet. Als formeller Helfer wird in erster Linie von allen Befragten der Arzt benannt. Hier gaben die Interviewteilnehmerinnen an, Ärzte heranzuziehen wenn sie ein Attest brauchen oder Hilfe im akuten Fall benötigen.

Hinsichtlich einiger Aspekte weisen Erzieherinnen und Lehrerinnen dagegen Unterschiede auf, die sich zu Ungunsten der Berufsgruppe der Erzieherinnen interpretieren lassen. So weisen die befragten Erzieherinnen ein soziales Netzwerk auf, in denen Verwandtschaftsmitglieder Priorität haben. Dies gilt nach Erkenntnissen der Netzwerkforschung (s.Kap.4.4.2.) als einschränkend, da sich neue Impulse und alternative Möglichkeiten, die das Handlungsspektrum erweitern, eher aus Beziehungen ergeben können, die aus anderen sozialen Zusammenhängen stammen, wie Freunde, Nachbarn, Kollegen usw. Die Tendenz, dass sich eine Zunahme nicht-verwandtschaftlicher und allgemein freundschaftlicher Beziehungen mit wachsender Sozialschicht einstellt, lässt sich auch hier bestätigen. Eine häufige Nennung der Mutter allerdings wie bei Mayr-Kleffel (41%) ließ sich weder für die befragten Erzieherinnen (gut 20%) noch für die Lehrerinnen (knapp 10%) feststellen (vergl. Mayr-Kleffel 1991). Auch die von Mayr-Kleffel hervorgehobene Tendenz zu gleichgeschlechtlichen Kontakten trifft für die Berufsgruppe der Erzieherinnen hier nicht zu, sie geben überraschend häufig den männlichen Freund als Helfer an.

Die Lehrerinnen der Befragung verfügen auch über ein differenzierteres Spektrum formeller HelferInnen, sie wenden sich häufiger an Vertreter alternativer Verfahren und erweitern damit ihre Erfahrungsmöglichkeiten gegenüber den Erzieherinnen, die sich vorwiegend an ihren Haus- und Facharzt bei gesundheitlichen Störungen wenden. Die



Möglichkeit sich Entlastung durch ArbeitnehmerInnen aus den Dienstleistungsbereichen zu verschaffen, wie Haushaltshilfen, lässt sich nur für Lehrerinnen realisieren. Diese Entlastungsquelle bleibt den Erzieherinnen vermutlich aus finanziellen Gründen versagt.

Dass die Eingebundenheit in ein soziales Netzwerk auch belastend sein kann, geriet zunehmend in den Blickpunkt des Forschungsinteresses (vergl.: Kap.4.4.1.). Es ließ sich auch für die hier befragten Berufsgruppen erkennen und erwies sich für die Erzieherinnen noch eher als Quelle von Belastung als für die Lehrerinnen. Von den Erzieherinnen gab fast jede Zweite an, mehr Hilfe zu geben als zu erhalten und sich auch dadurch belastet zu fühlen. Den Lehrerinnen erging es etwa zu einem Drittel ebenso. Dies ist für beide Berufsgruppen eine deutliche Anzahl, die die uneingeschränkte positive Einschätzung von sozialen Netzwerken für die hier befragten Frauen vorwiegend der mittleren Generation in Frage stellt.

Hinsichtlich der sozialen Netzwerke lassen sich einige günstige Merkmale für die Lehrerinnen erkennen. Sie weisen in formellen wie informellen Bezügen eine größere Bandbreite der Kontaktpersonen auf, welches, so die Aussagen der Netzwerkforschung, zu differenzierterer Erfahrung und Information verhelfen können und damit zu erhöhter Wahlmöglichkeiten bezüglich passender Strategien im Belastungsfall wie auch im Bereich der Prävention und Regeneration. Auch wenn sich viele Frauen beider Berufsgruppen durch Gegenleistung an ihre helfenden Netzwerkmitglieder, belastet fühlen, empfinden dies deutlich mehr Erzieherinnen.

Die Lehrerinnen dieser Befragung beurteilen doppelt so häufig wie Erzieherinnen ihren Gesundheitszustand als gut, schätzen sich in weitaus größerem Maße als eine „gesunde Frau“ ein und klagen über weniger gesundheitliche Beschwerden. Wie festgestellt werden konnte, haben sie eine geringere Belastungs- und Stresshäufigkeit, verfügen über differenziertere Unterstützung, haben ein größeres Ressourcenpotential und ergreifen Maßnahmen, die sich für die Erhaltung der Gesundheit als förderlicher erweisen. Für die Lehrerinnen dieser Befragung lässt sich feststellen, dass sie über den gesamten Belastungs-Bewältigungs- Beanspruchungsprozess im Vorteil gegenüber den Erzieherinnen sind.

Die Ergebnisse dieser Befragung sind damit ein weiteres Beispiel für die Unterschiedlichkeit innerhalb der vom Geschlecht bestimmten sozialen Situation. Gemeinsamkeiten weisen die befragten Frauen in ihrer doppelten Orientierung auf ihren frauenspezifischen Beruf und auf die Familie auf. Unter heutigen Arbeitsmarktbedingungen und Rollenzuweisungen bedeutet dies einen ständigen Prioritätenwechsel zwischen zwei unterschiedlich strukturierten Arbeitsfeldern. Ein solcher ständiger Wechsel kann über die Quantität hinaus zu qualitativen Belastungen führen (vergl.: Knapp 1987:244ff).

Unumstritten ist inzwischen die prägende Bedeutung für günstigere Lebensbedingungen durch die Zugehörigkeit zu einer höheren sozialen Schicht (vergl.: z.B.: Zwischenbericht der Enquetekommission zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenkassen 1988). Diese Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schicht bestimmt die Berufswahl, die, auch wenn sie eine „typisch weibliche“ ist, sich hinsichtlich ihrer quantitativen und qualitativen Belastungsfaktoren unterscheidet. Sie bestimmt die materielle Situation, das Belastungsprofil, die Ressourcenvielfalt, den Umgang mit Risikofaktoren, die Hilfestellung im sozialen Netzwerk um nur einige Faktoren zu benennen, die hier von Bedeutung waren.

## **5.2. Vorschläge zur Verbesserung der Lebens- und Berufssituation von Erzieherinnen und Lehrerinnen auf den 5 Aktionsfeldern der WHO**

Im letzten Teil der Arbeit soll nun, auf der Basis der gewonnenen Daten über die Belastung, Beanspruchung und Bewältigung in ihrer berufs- bzw. schichtspezifischen Abhängigkeit, Handlungsansätze zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitssituation der beiden Berufsgruppen entwickelt und zur Diskussion gestellt werden.

Wie sich zeigte, beinhaltet die „soziale Situation Frau“ für Erzieherinnen und Lehrerinnen der Befragung Gemeinsamkeiten in der Wahl eines frauenspezifischen Berufes, in der Zuweisung der Verantwortung und damit auch der konkreten Arbeit für den Bereich

Haus- und Familienarbeit, in einem nicht unerheblichen Belastungsprozess und im Bewältigungszusammenhang. Neben diesen Gemeinsamkeiten lassen sich zwischen den Frauen der beiden Berufsgruppen aber erhebliche Unterschiede feststellen, die alle drei, sich gegenseitig beeinflussende Bereiche der Belastung, der Gesundheit und der Bewältigung betreffen.

Die Teilnehmerinnen der Befragung weisen neben ihren Belastungen ein nicht unerhebliches gesundheitsförderliches Ressourcenpotential auf, an das sich hinsichtlich von gesundheitsförderlichen Maßnahmen anknüpfen lässt. Hier weitergehende Verbesserung zu erzielen, kann dazu beitragen, die Belastungsbewältigung effizienter zu gestalten und Gesundheitsbeeinträchtigung zu mindern. Ganz im Sinne von Antonovski, der Angesichts der vielfältigen Spannungen im „Lebensfluss“ dazu aufruft zu erforschen, wie Menschen darin zu guten Schwimmern werden können.

Beide Berufsgruppen der Befragung, besonders aber die der Erzieherinnen, könnten durch Interventionen in arbeits- und gesundheitspolitischen Bereichen sowie durch betriebliche Gesundheitsförderung profitieren.

An den Gesundheitsprämissen der WHO orientiert gilt es Lebens-Arbeits- und Freizeitbedingungen so zu verändern, dass sie einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben können. Die vordringliche Aufgabe der Gesundheitsförderung ist es, Menschen zu einem höheren Maß an Selbstbestimmung über ihre eigene körperliche, seelische und soziale Gesundheit zu befähigen. Dies soll dadurch geschehen, dass Menschen durch gezielte Maßnahmen darin unterstützt werden, ihre Bedürfnisse zu befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrzunehmen und zu verwirklichen sowie sich aktiv für die Bewältigung ihrer Umweltherausforderungen einzusetzen und sich ggf. für deren Veränderung einzusetzen. Gesundheit als Bestandteil des alltäglichen Lebens aufzufassen und nicht nur als individuelles Lebensziel zu definieren, heißt, dass die sozialen und individuellen Ressourcen von Menschen und Gruppen in gleichem Maße wie deren körperlichen Fähigkeiten von Bedeutung sind. Verantwortung für die Gesundheit kommt damit nicht nur dem Gesundheitssektor zu, sondern allen Politikbereichen. (Weltgesundheitsorganisation 1992:84)

Gesundheitspotentiale lassen sich auf unterschiedlichen Ebenen der Gesundheitsversorgung und der persönlichen Ebene fördern. Die WHO unterscheidet hier fünf Aktionsfeldern:

1. In der Gesamtpolitik
2. In den Lebenswelten
3. In der Unterstützung von Gemeinschaftsinitiativen
4. In der Stärkung von persönlichen Fähigkeiten
5. In der Neuorientierung der Gesundheitsdienste (Weltgesundheitsorganisation Ottawa - Charta 1992:88).

Wie lässt sich diese Auffassung nun auf die Situation der hier befragten Frauen anwenden? Welche Bedingungen auf welchen Handlungsfeldern könnten Einfluss nehmen auf die Gesundheit der Befragten? Hierzu einige Beispiele, die zu einer Lösung beitragen könnten.

#### 5.2.1. Förderung der Gesundheit in der Gesamtpolitik

Daten für Taten zu liefern, ist Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung. Hier die erforderlichen Ressourcen zur Verfügung zu stellen, schafft wichtige Voraussetzungen für eine gezielte Gesundheitspolitik. Im Jahre 2002 erschien der erste bundesdeutsche Frauengesundheitsbericht und war ein entscheidender Schritt in diese Richtung. Die mitwirkenden Frauen aus Wissenschaft und Politik formulierten so umfassende Forderungen, wie den Abbau geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung und konkreter, den Abbau tätigkeitsspezifischer Belastungen durch die Förderung von Ressourcen, wie die Erweiterung von Handlungs- und Zeitspielräumen. Sie empfehlen auch die schon

klassisch zu nennende Maßnahmen, für eine entlastende Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Dazu gehören flexible Möglichkeiten der Kinderbetreuung, flexible Arbeitszeiten, Ausbau der Erziehungszeiten für Väter usw. Zur Verbesserung der Arbeitssituation werden vor allem Maßnahmen der Organisationsentwicklung, die auf eine Reduzierung des Zeitdruckes und der Erweiterung von Handlungsspielräumen sowie der Handlungssicherheit abzielen, empfohlen (Verbundbericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland 2002: 413).

Die umfassenden Forderungen weisen schon darauf hin, ihre Umsetzung kann nicht aufgrund von Maßnahmen des Gesundheitssystems allein erfolgen sondern wie die Politikerin Helga Kühn-Mengel es benennt, ist Frauengesundheit eine Querschnittsaufgabe, an der sich Menschen aus den Frauen-Arbeits-Sozial- und Forschungsministerien beteiligen müssen (Dokumentation FrauenGesundheit Fachtagung 2001:73).

Frauenleben ist auch heute noch durch geschlechtsspezifische Arbeitsteilung geprägt. Es ist häufig durch eine unterbrochene Erwerbsbiographie im Sinne eines "Erwerbsarbeitspuzzle" und weitgehender Alleinzuständigkeit für zahlreiche emotionale und materielle Bedingungen funktionierenden Familienlebens gekennzeichnet. Die daraus resultierende Doppelbelastung als ein Kennzeichen der „sozialen Situation Frau“, wie sie sich auch für die hier Befragten feststellen ließ, führt zu einem ständig gefährdetem Gleichgewicht zwischen Anforderung und Bewältigungsressourcen, in dessen Folge sich häufig Gesundheitsstörungen einstellen. Demgegenüber lässt sich ebenfalls in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Frauengesundheitsforschung für die Befragten ein hohes Ressourcenpotential und aktive Gesundheitsvorsorge feststellen. Es stehen sich also hier einerseits Potentiale und andererseits belastende Herausforderungen gegenüber. Die Verbesserung der Gesundheit lässt sich durch Stärkung der allgemein vorhandenen Gesundheitspotentiale sowie durch Verminderung von persönlichen und umweltbedingten Risiken und erzielen.

Wie kann es z.B. einerseits gelingen Alleinverantwortung für und Alleinbelastung durch Haus- und Familienarbeit den Frauen „aus dem Kopf“ und die konkrete Arbeit, die damit verbunden ist, „aus den Händen“ zu nehmen? Wie kann es andererseits und in der Befragung besonders die Erzieherinnen betreffend, gelingen Erwerbsarbeitbedingungen der Frauenbiographie anzupassen und nicht umgekehrt Frauen berufliche Bedingungen zu unterwerfen, die sich hartnäckig an einer für Männer typischen Lebens- und Erwerbsbiographie orientieren mit Arbeitszeiten und Verfügbarkeitserwartungen (vergl. Kap.:1.1.), die aus ökonomischen Interessen auf dem Arbeitsmarkt immer noch vorherrschen.

Was ließe sich auf dem Aktionsfeld der Gesamtpolitik, der Frauen- und Arbeitsmarktpolitik sowie der Gesundheitspolitik in Hinsicht auf Frauengesundheit verbessern, welche Ansätze gibt es und welche lassen sich auf die Befragten beziehen?

Auf dem Aktionsfeld der Gesamtpolitik ließen sich zunächst frauen- und arbeitspolitische Maßnahmen aufgreifen, wie die Forderungen von der Durchsetzung der Chancengleichheit z.B. hinsichtlich der Bewertung der Erwerbsbiographien von Frauen und Männern, bis hin zur Etablierung familienfreundlicherer Arbeitszeiten und partnerschaftlicher Teilhabe an allen Bereichen des Familienlebens. Verbesserungen ließen sich auch durch eine Frauengesundheitspolitik erzielen, wie sie durch das, dem Gender-Mainstream verpflichtete Referat zur frauenspezifischen Gesundheitspolitik, des Bundesgesundheitsministerium angestrebt wird. Durch die Etablierung von Gender-mainstreaming in allen Politikbereichen soll der Blick auf unterschiedliche gesellschaftliche Bedingungen von Frauen und Männern erweitert werden. Unterschiedliche geschlechtsspezifische Bedingungen wirken sich dabei auf die Gesundheit aus, sodass auch für die Gesundheitsförderung ein unterschiedliches Konzept zu entwickeln wäre.

In Hinblick auf die Umsetzung der Arbeitsmarktpolitik lässt sich bis heute feststellen, dass Bedingungen fortgeschrieben werden, die zur Belastung von Frauen beitragen. Hier Veränderungen zu bewirken, die sich dann auch auf die Gesundheit förderlich auswirken könnte, steht längst an. Außerbetriebliche Arbeit als gesellschaftlich notwendige Arbeit anzuerkennen und bei der Gestaltung der Erwerbsarbeit zu berücksichtigen, beherrscht bei zunehmender Flexibilisierung und Deregulierung von Beschäftigungsverhältnissen die

Diskussion. Dabei kann die Festschreibung von familienfreundlichen Arbeitszeiten nur ein erster Schritt sein, ganz wesentlich ist es, da die ungleichen Lebensbiographien von Männern und Frauen die Chancenungleichheit in der Berufswahl sowie Berufsqualifikation entscheidend mit verursachen, hier versorgend und vorsorgend gegen zu steuern. Das erfordert aber, die Funktionsmechanismen sozialer Sicherungssysteme über die unzureichende Anrechnung der Kindererziehungszeiten und Pflegezeiten hinaus zu verändern. So lassen sich Ansatzpunkte und Herangehensweisen erkennen, die an frauentypischen Arbeitszeitformen (Teilzeit), an Bedarfe biographischer Schnittstellen und Lebensereignisse (z.B. Elternurlaub) und an Interessen und Verpflichtungen individueller Zeitgestaltung (von der Gleitzeit zu neuen Arbeitszeitformen) anknüpfen.

Viele Frauen, darunter auch ein Teil der Lehrerinnen und der Erzieherinnen, arbeiten heute in Teilzeit. Teilzeitarbeit aber muss unter heutigen Bedingungen kritisch eingeschätzt werden. Sie stellt eine typische individuelle Lösung dar, den frauentypischen doppelten Lebensentwurf in Beruf und Familie zu realisieren. Diese Arbeitszeitform führt dann zu Defiziten, wenn lohnstrukturbedingte Benachteiligung tariflicher Leistungsansprüche und Absicherungen, wie sie heute bestehen, die Folge sind. Sie ist die Maßnahme, die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung nicht in Frage stellt. Sie wird, so steht zu vermuten, allerdings, angesichts von Stellenabbau in Folge von Technologisierung und Rationalisierung die Arbeitszeit der Zukunft für Frauen und Männer.

Auch Elternurlaub verspricht nur dann eine langfristige Entlastung, wenn die finanzielle Regelung des Bundeserziehungsgeldgesetzes, Kinderbetreuungsinfrastruktur und Gratifikations- und Aufstiegswege verbessert bzw. ermöglicht werden. Optionale Arbeitszeitformen, Arbeitszeitkonten mit der Möglichkeit verkürzter Arbeitszeit in bestimmten Lebensphasen ohne finanzielle Einbußen und mit Bestandsgarantie werden diskutiert aber nur unzureichend durchgesetzt (Richter/Discher 1997:36f).

Hinsichtlich optionaler Arbeitszeitformen haben LehrerInnen in Hamburg die Möglichkeit Teilzeitarbeit in Form eines Sabbaticals zu nehmen. Hierzu gibt es verschiedene Modelle, eine Möglichkeit wäre, sich eine Auszeit von einem Jahr zu nehmen. Durch Wahl eines geschickten Zeitpunktes kann auch der Eintritt in das Rentenalter vorverlegt werden.

Die Gestaltung der Erwerbsarbeit unter Berücksichtigung außerbetrieblicher gesellschaftlich notwendiger Arbeit (Kurz-Scherf/Breil 1987) und Abkehr von der auf der Basis der männlichen Normalarbeiterbiographie gültigen Regelungen (zeitliche Verfügbarkeit, 1,5 Personen-Job, ununterbrochene Erwerbsbiographien) und Anknüpfung an Bedingungen der Familienwelt, zumindest in Zeiten, in denen Kinder zu versorgen und zu erziehen, ev. Pflegeleistungen zu erbringen sind, sind frauen- und arbeitspolitische Bedingungen, die Frauen, für die von ihnen bevorzugten Arbeitsaufgabenstellung in Beruf und Familie des "sowohl als auch" wirksam unterstützen und ihre nachgewiesene Doppelbelastung reduzieren könnte.

Über die zeitliche und materielle Grundlage zur Veränderung der Arbeitsteilung unter den Geschlechtern hinaus, sind die ebenfalls schon klassischen ergänzenden Maßnahmen zu fordern wie qualitativ verbesserte Kinderbetreuungseinrichtungen, die sich hinsichtlich ihrer Öffnungszeiten an der Erwerbstätigkeit von Frauen orientieren, sowie flächendeckende Ganztagschulen und Schulen allgemein, die ihren Lehrplan so organisieren, dass häusliche Unterstützungsarbeit von z.T. überforderten Müttern oder Nachhilfe gewinnorientierter Unternehmen entfallen kann (dies wäre auch im Interesse der Chancengleichheit der Kinder).

Haus- und Familienarbeit sollte, um ihren Herausforderungen auch in seelischer und körperlicher Gesundheit zu begegnen, in die Hände aller am Familienleben beteiligter gelegt werden. Damit Männer in die Lage versetzt werden und Freude daran entwickeln können, zielt "Teilzeit für Männer", die DGB-Losung zum internationalen Frauentag 1999, darauf, bezahlte Erwerbsarbeit, deren realer Umfang durch Technologisierung und Rationalisierung beständig schrumpft, auf viele Erwerbsarbeitswillige aufzuteilen und Familienarbeit materiell zu bewerten. Sie greift damit die Diskussion zur Definition und Neubewertung gesellschaftlich notwendiger Arbeit auf. Männer sollten in die Lage versetzt sein, ihre Familienaufgaben dahingehend zu erweitern, dass sie sich an der gemeinsamen Hausarbeit angemessen beteiligen und Versorgungs- und Erziehungsarbeit leisten und damit über ihre finanzielle Beteiligung hinaus, tätig werden können

(vergl.: Oppolzer/Brosius 1989).

So stellt Künzler für Beteiligung der bundesdeutschen Männer fest, dass sie sich hartnäckig auf niedrigem Niveau von etwa 10 Wochenstunden (Künzler 1995:115) einpendelt und gleichsam einer Naturkonstante weder von der Erwerbsarbeit ihrer Partnerin, noch der Kinderzahl und Kinderalter nennenswert beeinflusst wird. Er bescheinigt bundesdeutschen Männern im Verhältnis zu denen anderer Mitgliedsstaaten der EU, deren Haushaltsbeteiligung nach seinen Untersuchungen signifikant gestiegen ist, ein überdurchschnittliches Verharrungsvermögen auf dem Niveau niedriger Hausarbeitsbeteiligung und der Bundesrepublik Deutschland ein Hort der Stabilität in Hinblick auf Veränderung familialer Arbeitsteilung zu sein.

In den Haushalten der hier Befragten kann in einem Fünftel aller Haushalte von einer Teilung der Aufgaben gesprochen werden, auch hier kommen nur relativ wenige Frauen in den Genuss von "ganzheitlicher Partnerschaft", obwohl die Teilhabe ihrer Partner über dem Durchschnitt bundesdeutscher Realität liegt.

Frauengesundheit braucht förderliche Arbeits- und Lebensbedingungen stellt die ExpertInnenkommission zur Verbesserung der Frauengesundheit in Hamburg ausdrücklich fest und fordert u.a. dazu auf Voraussetzungen zu schaffen, dass Frauen und Männer eine realistische Möglichkeit haben Familienarbeit und Erwerbsarbeit zu verbinden. Weiter fordern sie einen geschlechtsspezifischen Arbeitsschutz sowie Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz (ExpertInnenbericht 2001:91).

Auf dem Aktionsfeld einer frauenspezifischen Gesundheitspolitik verabschiedete die WHO 1994 ein Dokument, das sich ausschließlich auf die Gesundheit west- und osteuropäischer Frauen bezog und in Wien auf der Konferenz "Women's Health Counts" verabschiedet wurde. Es beinhaltet Grundsätze zur Gesundheit von Frauen, Handlungsprioritäten und die Forderung an jedes Land, politische Bekenntnisse zur Frauengesundheitspolitik abzugeben. Auf der Umsetzungsebene werden als erster Schritt nationale Gesundheitsberichte, sowie die Bekenntnis zur Beseitigung von Frauendiskriminierung und die gleichberechtigte Integration von Frauen in gesundheitspolitische Entscheidungs-, Planungs- und Umsetzungsprozesse gefordert. Den Frauen wird ausdrücklich empfohlen, sich zur Stärkung ihrer Einflussmacht zusammenzuschließen (Wiener Erklärung 1994).

Dieser Aufforderung folgt das seit 1997 vom Aktionsprogramm für Chancengleichheit von Frauen und Männern mit Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Projekt mit dem Titel "Netzwerk Frauengesundheit" (WHNET), welches von dem Institut Frau und Gesellschaft (ifg) durchgeführt wird, mit dem Ziel, Europa weit über Frauengesundheitsprojekte zu informieren und sie zu vernetzen. Ungleichgewichte hinsichtlich von (gesundheitlichen) Chancen, wie sie aus einer Reihe von sozialen Tatbeständen, es seien hier nur Einkommen, Geschlecht und Alter genannt, erwachsen, sollen in Forschung und Lehre und durch deren finanzielle Ausstattung Priorität erlangen. Durch die zukünftige Höhe der Mittel für Prävention und Kuration soll deren gesundheitsförderliche Wirkung adäquatere Bemessung finden. Darüber hinaus sollen die inzwischen zahlreichen Europa weiten Arbeitsformen, Projekte, Modelle und Strategien, die frauenfreundliche Gesundheitsversorgung und ganzheitliche Herangehensweisen praktizieren, auf ihre Übertragbarkeit auf bundesweite gesundheitsversorgende Rahmenbedingungen und gesundheitspolitische Kultur geprüft werden, mit dem Ziel von diesen, soweit möglich, zu lernen und sie ggf. zu übernehmen (Lasch/Hantsche 1998:34ff).

Auch für die Forschung zeichnet sich die Notwendigkeit einer geschlechtersensiblen Herangehensweise ab wie Petra Kolip anmerkt, bedarf es sowohl für die frauenspezifische Gesundheitsforschung einer Gendertheorie als auch eines Theoriegerüsts für die Männergesundheitsforschung (vergl.: Kolip 2001:219). Die Entwicklung einheitlicher frauenspezifischer Forschungsstandards ermöglichen es dann die zahlreichen Einzeluntersuchungen zum Thema Frauen und Gesundheit aufeinander zu beziehen (Vergl.: Verbundbericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland 2002: 367).

### 5.2.2. Verbesserung der Lebens- und Berufssituation durch gesundheitsförderliche „Lebenswelten“

Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen sind in unserer Gesellschaft gravierendem und rasanten Wandel unterworfen, haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Eine Quelle von Gesundheit sollte aus der Art und Weise, wie Gesellschaft ihre Arbeit organisiert ist, entspringen (Weltgesundheitsorganisation Ottawa - Charta 1992: 88).

Die WHO formuliert insgesamt ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis indem sie auf umfassende Persönlichkeitsentwicklung, die dazu befähigt Wohlbefinden und Selbstbestimmung herzustellen, abzielt und sie distanziert sich von einer einseitigen Fixierung des Gesundheitssystems auf Krankheit und Bekämpfung von Erkrankungsrisiken. Die WHO wendet sich dagegen einem salutogenetischem Verständnis zu, mit dem Ziel, die Gesundheitskräfte aller Menschen und deren Organisationen zu stärken.

Mit ihrer Betonung der Bedeutung der Lebensverhältnisse für die Gesundheit von Menschen rücken die Organisationen, die im wesentlichen die Lebensverhältnisse von Menschen heute sind, in den Blickpunkt. So bezeichnen Grossmann und Scala die Ottawa Charter als ein Konzept der Organisationsentwicklung (Grossmann/Scala 1994:23f). Organisationsentwicklung zielt durch strukturell wirksame Maßnahmen mit Hilfe von Projektmanagement darauf ab, Systeme gesundheitsförderlich für MitarbeiterInnen und Klientel zu organisieren.

Organisationsentwicklung und Projektmanagement in Schulen und Kindertagesstätten ziehen nur zögerlich als Konzept der Gesundheitsförderung ein. Im Bereich der Organisation Schule lassen sich erste Anfänge erkennen.

Gesundheitsförderliche Aufgaben von Schulen beinhalten nicht nur traditionelle Gesundheitserziehung, sondern Schulen sollten heute mehr und mehr ein Ort der Vermittlung sozialer und emotionaler Kompetenz werden. Über eine Veranstaltung für Schüler hinaus, ist Schule für die dort Beschäftigten Arbeitswelt. Die Verantwortung des Staates für LehrerInnen darf sich dabei nicht in der Feststellung erschöpfen, sie würden gut bezahlt, hätten einen sicheren Arbeitsplatz und lange Ferien, dies allein genügt nicht, um für ausreichendes Engagement und Motivation für die Dauer des gesamten Erwerbsleben zu sorgen und erfordert dringlich moderne Führungsmethoden und neue Wege der Personal- und Organisationsentwicklung (Badura 1993:28).

Konsequenzen für die konkrete Ausgestaltung des Lebensraums Schule sollen nun entsprechend der Untersuchungsgruppe nur insofern beleuchtet werden, als sie die Arbeitsbedingungen und damit auch Gesundheitsbedingungen der Lehrerinnen betreffen. Dafür legen die "Greifswälder Richtlinien", erarbeitet 1991 im Rahmen einer Tagung der WHO, in kondensierter Form folgendes Leitbild zu Grunde:

Gesundheitsfördernde Schulen entwickeln eine umfassende Betrachtungsweise der Schule als Erfahrungs- und Lebensraum, die auf einer Gesundheitsvorstellung, die die körperlichen, psychischen, sozialen und umweltbezogene Aspekte berücksichtigt, basiert und den Prozesscharakter der Gesundheitsförderung betont. Neben der aktiven Teilnahme der SchülerInnen und LehrerInnen streben gesundheitsfördernde Schulen die Einbeziehung von Eltern und der umgebenden Einrichtungen des Gemeinwesens an, ebenso wie eine umfassendere Sicht der Aufgaben von Gesundheitsdiensten, hinsichtlich ihrer Nutzung und Integration in den Lehrplan.

LehrerInnen sind am Projekt gesundheitsfördernde Schulen insofern beteiligt, als ihnen Vorbildfunktion zukommt, die aber nur gelingt, wenn ihre eigenen Arbeitsbedingungen in der Schule dieses zulassen. Kollegiumsinterne Fortbildung und Gesundheitszirkel fördern diesen Prozess. In ihrer Grundausbildung sollte die, den Gesundheitsfragen innewohnende mehrdimensionale Sicht vermittelt werden und durch Projekte methodisch umgesetzt werden. Gesundheitsförderung sieht die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls in sozialer Verantwortung und selbstständiger Handlungskompetenz als wesentlich an. Die Ausstattung und Gestaltung der Schulen hat dabei einen hohen Einfluss auf Lebens- und Arbeitsqualität der Beteiligten usw. (Vergl.: Göpel 1993:300)

Für die Umsetzung dieser Aufgaben bieten sich auch für öffentliche Einrichtungen Methoden der Organisationsentwicklung an, die zunächst für privatwirtschaftlich

orientierte Betriebe allgemein entwickelt und erprobt wurden an.(vergl. z.B.: Oppolzer 2001, Badura 1993, Grossmann 1993)

Am Anfang der Organisationsentwicklung kann die Anpassung an eine neue Situation, ein neuer gesetzlicher Auftrag (vergl. Aufgaben des ÖGDs, Schulgesetz) durch die Planung eines entsprechenden Projektes umgesetzt werden. Organisationen lassen sich aus einer systemischen Sichtweise nicht im Ganzen verändern, es gilt eine Balance zwischen Bewahren und Verändern zu finden. Als Arbeitsform bieten sich Projekte an, die systemisch orientiert zeitlich begrenzt, mit bestimmten MitarbeiterInnen und festgelegten materiellen Ressourcen ein der Aufgabe entsprechendes setting kreieren. (vergl.: Grossmann/Scala 1994). Eingeführt sollte dies durch die Einbeziehung der Gesundheitsförderung in die Aus- und Weiterbildung der LehrerInnen sowie in Fortbildungsangeboten für alle am Schulleben Beteiligten. Unterstützung sollte die Projektarbeit zunächst durch externe Projektberatung (Wiss. ProjektberaterInnen, OPUS). Dabei gilt es die Prinzipien der Organisationsentwicklung wie überprüfbare Zielorientierung, Verlagerung der Initiative und Verantwortung an die unmittelbar Beteiligten, Transparenz und Partizipation, Internalisierung von Problemfällen und nicht deren Externalisierung voranzutreiben. Darüber hinaus sollte der Handlungsraum des Betriebes hier der Schule durch Kooperation mit externen Einrichtungen, Organisationen und Verbänden erweitert werden (Göpel 1993:300ff).

Beispiele für eine Umsetzung in Hamburg sind die Initiativen, die mit OPUS (Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit) ein Modellversuch der Bund-Länder-Kommission (BLK) und eingebunden in das Europäische Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen zunächst an drei Hamburger Schulen gestartet wurde. Der von der WHO und der Europäischen Union eingeleitete Modellversuch, tritt an, ein Konzept der Beratung und Kooperation an Schulen zu entwickeln. Die drei am Modellversuch beteiligten Schulen werden ihre Erfahrungen und Ergebnisse in die künftige Arbeit interessierter Schulen einfließen lassen. Vier Aktionsfelder sollen einen Einstieg in die Gesundheitsförderung in und mit Schulen markieren und bilden gleichzeitig mögliche Handlungsfelder, die Projektinitiativen "Schule in Bewegung" und "Prima Essen und Trinken in der Schule", die Ausschreibung "Gesunde Schule", sowie ein Erfahrungs- und Informationsaustausch und die Weitergabe von Praxisbeispielen durch das WHO-Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen (OPUS-Regionalzentrum der HAG (Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.) und den KoordinatorInnen des Modellversuchs).

Darüber hinaus bietet das OPUS-Regionalzentrum interessierten Schulen zahlreiche Dienste an, die u.a. Beratung, Information, Austausch und Suche finanzieller und sachlicher Unterstützungsleistungen (z.B. Social Sponsoring) beinhalten (OPUS-Regionalzentrum in Stadtpunkte Nr.3 1998:6).

Die Ausschreibung "Gesunde Schulen" z.B. erfolgte aus der Überzeugung, dass Schulen als Lern- und Lebenswelt von SchülerInnen, LehrerInnen, Eltern und nicht unterrichtenden Mitarbeitern zu wenig unter gesundheitlichen Aspekten begriffen wurde. Wesentliches Anliegen der Ausschreibung als Anreiz ist es, die Eigenkompetenz in Sachen Gesundheitsvorsorge aller Beteiligten zu stärken. Dabei soll die im klassischen Sinne gestaltet Gesundheitserziehung nicht vernachlässigt werden und darüber hinaus Schule unter dem Aspekt der Partizipation aller am Schulleben beteiligter Personen in Kooperation mit Eltern und dem Stadtteil, gestaltet werden.

Dies bedeutet auf der Handlungsebene eine Veränderung des Unterrichts z.B. zu projektorientiertem Unterricht vorzunehmen und eine bedürfnisorientierte Zeitgestaltung zu bevorzugen. Dies bedeutet auch ein Augenmerk auf die Umfeldgestaltung (Raum, Gebäude Schulhof) zu haben und Stress- und Aggressionsabbau z.B. durch gezielte Mediation zu betreiben. Maßnahmen der Suchtprävention ev. durch Einbeziehung von Stadtteilinitiativen und Sponsoren gehören ebenso dazu, wie ökologische Verbesserungen in Zusammenarbeit z.B. mit den Agenda-Initiativen anzustreben (vergl.: HAG in Stadtpunkte Nr.3 1998:5).

Die Bedeutung von Arbeitsplatzgestaltung und den Auftrag auch selber Einfluss zu nehmen, bzw. sich für Voraussetzungen einzusetzen, die eine betriebliche Gesundheits-

förderung ermöglichen und sich an deren Entwicklung zu beteiligen wurde von den hier befragten Erzieherinnen und Lehrerinnen nicht wahrgenommen. So wurden die Arbeitsplatzbedingungen als Einflussfaktor von Belastungen und Stress nur gering bewertet. (vergl.: Kap.: 2.5.7.) Hier gilt es, durch Information aber auch durch strukturelle Veränderung z.B. durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement gezielt zu intervenieren. Gesundheitsförderung im Arbeitsalltag scheint zumindest an Schulen auf der Basis einer Organisationsentwicklung als Konzept weiterentwickelt zu werden und in kleinen Schritten in den Praxisalltag von Schulen einzuziehen.

Im Arbeitsfeld der Erzieherinnen den Kindertagesstätten lässt sich eine Entwicklung, die darauf abzielt die Gesundheit von MitarbeiterInnen und Klientel zu verbessern, indem Organisationsstrukturen auf Gesundheitsförderung ausgerichtet werden, bisher nicht erkennen.

In Hamburg findet eine betriebliche Maßnahme statt, die sich auf häufige Beschwerden der Berufsgruppe bezieht. Beschwerden des Bewegungsapparates, Schulter- und Nackenschmerzen sowie Rückenschmerzen rangieren bei den Erzieherinnen in der Beschwerdevielfalt an erster Stelle. Sie werden davon doppelt so häufig betroffen wie die Lehrerinnen der Befragung. Dieses Ergebnis, besonders unter der Voraussetzung, dass nur etwa ein Viertel der Erzieherinnen Sport und Bewegung als Vorsorge betreiben, könnte ein Projekt der Vereinigung städtischer Kinder- und Jugendheime, Hamburg positiv beeinflussen. Es dient als Einzelaktion der präventiven Gesundheitsförderung der MitarbeiterInnen in diesem Bereich. Mit Unterstützung von Geschäftsleitung und Betriebsrat wurde ein integriertes Bewegungsprogramm für MitarbeiterInnen (Erzieherinnen und Beschäftigte im Hauswirtschaftsbereich) durchgeführt.

Dieses Projekt befasst sich mit Erkrankungen der Muskeln und des Skeletts, dem Rückenschmerz, der Nackenverspannung, der bei der Vereinigung für einen relevanten Anteil von Ausfalltagen der dort Beschäftigten führt und auch von über der Hälfte (53%) der Erzieherinnen der vorliegenden Untersuchung als gesundheitliches Problem angegeben wurde. Ausfalltage und damit zusammenhängende Kosten im Sinne des Lohnfortzahlungsgesetzes und erhöhte Belastung des verbleibenden Personals, wie sich aus einem hier geführten Interview (vergl.: Kap. 2.5.1.) nachvollziehen lässt, sowie Nachwuchssorgen und Fluktuation (vergl.: Kap. 2.2.3.) bewogen die Vereinigung städtischer Kinder- und Jugendheime (rund 2800 Mitarbeiter betreuen ca. 20.000 Kinder in Hamburg), 1993 bis 1994 dieses Projekt durchführen zu lassen. Das Ziel des Kurs- und Beratungskonzepts war es, Möglichkeiten aufzuzeigen, "Verantwortung für den "Bewegungsalltag" am Arbeitsplatz als eine positive Chance gestaltend zu übernehmen, um sich selbst gesund und damit auch leistungsfähig zu erhalten."

Um die Fortsetzung des Programms zu sichern, wurde ein Schulungskonzept für Multiplikatorinnen umgesetzt. Nach der Erstellung eines arbeitsplatzspezifischen Profils wurden schonende Arbeitsweisen, verbesserte Haltungen und Entspannung mit den Teilnehmerinnen unter Anleitung von jeweils zwei Kursleiterinnen erarbeitet. Hinsichtlich der kurz- und längerfristigen Zielerreichung wie verbesserte Haltungs- und Bewegungsabläufe auf Eigeninitiative hin, wurde eine Evaluation implementiert. Zu mehrmaligen Erhebungszeitpunkten wurden die Interventionsgruppen mit Kontrollgruppen verglichen.

Kurzfristig ließ sich eine Verbesserung des Wohlbefindens der in 12 Kurseinheiten zusammengefassten Teilnehmerinnen in Bezug auf Rücken- und Nackenschmerzen feststellen sowie eine qualitative Verbesserung der Inanspruchnahme von Ärzten und Medikamenten. Der Konsum von Schmerzmitteln verringerte sich längerfristig, der Status veränderte sich über diesen Zeitraum (6 Monate) nicht mehr. Die Ergebnisse der Intervention lassen m.E. den Schluss zu, dass das Präventionsprogramm in Hinblick auf eine Verminderung der Rückenbeschwerden wirksam war. Die Autoren schlagen aber darüber hinaus flankierende Maßnahmen vor, um eindeutigere Ergebnisse und kontinuierliche Verbesserung zu erzielen. Auch sei die sozialpsychologische Wirkung, wie eine Verbesserung des Betriebsklimas durch Erhöhung der Kontakte und Identifikation mit der Arbeitsstätte, nicht zu unterschätzen. (Osterholz/Hollenrieder 1995)



Zu diesem Programm gab es weitere Durchgänge unter Anleitung von Multiplikatorinnen, z.Z. wird darüber nachgedacht, dieses Konzept durch die Erarbeitung be- und entlastender Faktoren am Arbeitsplatz, eigener Einflussnahmen auf Arbeitsplatzgestaltung usw. dahingehend zu erweitern, Gesundheitszirkel ins Leben zu rufen. Gesundheitsförderung als Programm findet sich z.Z. nicht und beschränkt sich auf Initiativen einzelner Mitarbeiterinnen in den Kindertagesstätten, die z.B. im Bereich gesunder Ernährung auch als Folge entsprechender Fortbildungsmaßnahmen, tätig werden (Gespräch mit M. Schaedel: Vereinigung Hamburger Kindertagesstätten e.V., Hamburg 1999).

Diese betrieblichen Präventionsmaßnahmen knüpfen an den gesundheitsförderlichen Bedürfnissen der Erzieherinnen an. Sie zielen auf die Linderung einiger Belastungsfolgen und dienen auch der Vorsorge in diesem begrenzten Bereich.

Maßnahmen, die darauf abzielen das Betriebsklima zu verbessern, wären noch zu entwickeln. So lassen die Erfahrungen mit Mobbing, die 40% der Erzieherinnen dieser Befragung machen einen dringenden Handlungsbedarf erkennen. Projekte, wie sie für das Betriebsklima in Schulen durchgeführt wurden, wären hier ähnlich umzusetzen. Auch könnten Mediatoren und Fortbildungen zu diesem Thema Abhilfe schaffen.

Wie die Greifswälder Richtlinien für die Gesundheitsförderung im setting Schulen formulieren, gälte es z.B. Gesundheitszirkel auch im setting Kita einzuführen und entsprechend für sie Richtlinien zu formulieren. Schon in der Grundausbildung sollte den MitarbeiterInnen von Kindertagesstätten die, den Gesundheitsfragen innewohnende mehrdimensionale Sicht vermittelt werden. Eine methodische Umsetzung ließe sich auch hier durch Projektarbeit, bedarfsorientierter Zeitgestaltung und Kooperation mit Expertinnen (gruppen) aus dem Stadtteil erzielen. Die Greifswälder Richtlinien formulieren als Resultat von Gesundheitsförderung die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls in sozialer Verantwortung und selbstständiger Handlungskompetenz (Greifswälder Richtlinien 1991).

Erweiterte Handlungsspielräume, die ausgewiesenermaßen stressreduzierend und entlastend wirken (vergl. Kap.: 4.3.), fordert auch eine im Jahr 2000 berufene Expertinnenkommission zur Verbesserung der Gesundheit von Frauen in Hamburg. Als geeignete Maßnahmen dafür sieht sie betriebliche Fortbildung, Verbesserung von Aufstiegschancen und Abwechslung und Erfahrungsgewinn durch Job-Rotation an (ExpertInnenbericht 2001:95). Dies könnten auch wirkungsvolle Strategien zur Behebung der Defizite im frauentypischen Beruf der Erzieherin sein (vergl.: Kap.:2.1.)

Auch wenn sich in jüngster Zeit vereinzelt Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von Erzieherinnen noch finden lassen (z.B in Saarland und Schleswig-Holstein, Hoffmann-Steuernagel, 2002:56), so ist doch unübersehbar, dass es an betrieblicher Gesundheitsförderung für die Berufsgruppe der Erzieherinnen in ihren Organisationen, den Kindertagesstätten oder im Rahmen eines Settingansatzes, dass eine gesundheitsförderliche Wirkung auch auf die MitarbeiterInnen beinhalten würde, mangelt.

Auch mangelt es, bis auf die Intervention der städtischen Vereinigung zur Verbesserung der Rückengesundheit, an Einzelaktionen zur Gesundheitsförderung sowie Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement im Setting Kindertagesstätten.

### 5.2.3. Verbesserung der Lebens- und Berufssituation durch „Unterstützung von Gemeinschaftsinitiativen“

Nach Auffassung der WHO sollen einzelne und soziale Gruppen (Familien, Hausgemeinschaften, Initiativen, Projekte usw.) in die Lage versetzt werden, gesundheitsförderliche Verhältnisänderung zu bewirken. Durch Selbsthilfe und Netzwerke organisieren Bürger und Betroffene auf Gemeindeebene diesen Auftrag im eigenen Interesse. Ein Beispiel für eine derartige Organisation, die speziell die Bedürfnisse und Interessen von Frauen in die gesellschaftlichen und politischen Entscheidungsebenen hinein vermitteln will, ist das Netzwerk für Mädchen und Frauen und Gesundheit in Niedersachsen, das 1994 anlässlich der WHO Tagung in Wien mit dem Titel "Woman health counts" gegründet wurde. Als Parameter unterschiedlichen (Gesundheits) Verhaltens anerkannt sind z.B. Alter und Schicht, dagegen fehlt es nach Ansicht von

Gründerinstitutionen und Mitgliedern (Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Forschungsinstitut Frau und Gesellschaft, Niedersächsisches Frauenministerium, Multiplikatorinnen z.B. kommunale Frauenbeauftragte, Frauen aus dem Gesundheitswesen, aus Wissenschaft und Forschung usw.) den für Gesundheitsversorgung und -förderung zuständigen professionellen Berufsgruppen und Institutionen an Aufmerksamkeit für die Bedeutung des sozialen Geschlechts für Gesundheitskonzepte, Erkrankungsrisiken und Bewältigungsstrategien. Daher sehen sie ihre Aufgaben neben allgemeiner Aufklärungsfunktion in der Schaffung von Möglichkeiten der Einflussnahme, durch Anfragen und Öffentlichkeitsarbeit und nicht zuletzt in der Akquirierung finanzieller Unterstützung und Ressourcen und in der praktischer Arbeit vor Ort, etwa durch Organisation von Frauengesundheitswochen oder Projekten zur Gesundheitsförderung. Politische Einflussnahme auf unterschiedlichen Ebenen ist integrierter Bestandteil der Netzwerkarbeit in Form von Stellungnahmen, Expertinnenaustausch und Öffentlichkeitsarbeit (Hellbrecht-Jordan/Sonntag 1997:22ff)

Ein ähnlicher Zusammenschluss von Frauen aus dem Bereich Gesundheitsversorgung und Gesundheitsforschung sowie engagierter BürgerInnen als Vertreterinnen z.B. einzelner frauenspezifischer Berufsgruppen wäre auch für Hamburg denkbar und wird z.B. in Ansätzen im Arbeitskreis Frauen- Gesundheit und Stadtentwicklung der HAG Frauenarbeitskreis der HAG realisiert. In diesem Arbeitskreis treffen sich regelmäßig Gesundheitsfachfrauen auf ehrenamtlicher Basis aus unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung und der Wissenschaft. Der Arbeitskreis erreicht Multiplikatorinnen und Betroffene. In dieser Funktion ließen sich Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung in spezifischen Frauenberufsfeldern, zu Projektmanagement im Bereich Gesundheitsförderung oder auch zu psychischen Belastungen (Mobbing, Burnout usw.) der Arbeitssituation für die Zielgruppen Erzieherinnen und Lehrerinnen umsetzen.

#### 5.2.4. Verbesserung der Lebens- und Berufssituation durch „Stärkung der persönlichen Fähigkeiten“

Innerhalb der Gruppe der Erzieherinnen und Lehrerinnen ergaben sich unterschiedliche Belastungs- und Bewältigungszusammenhänge. Es verweisen unterschiedliche Gesundheitspotentiale der Befragten trotz vergleichbarer Belastung durch ähnliche Berufsbedingungen und Belastung im Haus- und Familienbereich auf Handlungsfelder, die diese gesundheitsförderliche Kraft bei allen stärken.

Ein tendenziell vorsorgendes realistisches Gesundheitshandeln, wie es von der Frauenforschung für Frauen allgemein herausgearbeitet wurde und welches sich auch hier bestätigt, bedarf um effektiv wirksam zu sein, umfassender Information, die möglichst unabhängig von einseitigen Interessen, an einem leicht zugänglich ansprechenden Ort in einer verständlichen Sprache (in übersetzter Fachsprache) Frauen zur Verfügung stehen sollte. Dieser Bedarf an evidence based information, der besonders mit Einführung der Modellprojekte zur Brustkrebsfrüherkennung durch Mammographie in die Diskussion geriet und für deren Voraussetzungen in Bremen Richtlinien erarbeitet wurden, sollte Wissen über Prävention, Diagnostik und Therapie für alle Bereiche eines umfassenden Gesundheitsverständnisses vermitteln.

Eine regionale Beratungsstelle, wie sie z.B. das Bezirksamt Eimsbüttel in Zusammenarbeit mit zwei Beschäftigungsträgern, mit dem GUT (Gesundheits- und Umwelttreff Eimsbüttel), eingerichtet hat, ist ein erster Schritt zu einer bürgernahen Informationsquelle im Quartier und könnte als ein Ort von evidence-based und regional verortetem Gesundheitswissen weiter ausgebaut werden. Hier finden Veranstaltungen zur Frauengesundheit statt, die sich an die Anwohnerinnen in erster Linie wenden und dazu angetan sind Gesundheitswissen von Frauen zu stärken durch Expertinneninformation und gegenseitigem Erfahrungsaustausch.

Ebenfalls einen Ort für Frauengesundheit in Form einer Frauengesundheitskoordinationsstelle zu schaffen ist auch Teil des Empfehlungskatalogs für ein Aktionsprogramm, welcher von ExpertInnen aus dem Gesundheitsbereich für Hamburg erarbeitet wurde. Die Expertinnenkommission empfiehlt darin, einen über medial abrufbare Angebote hinaus,

begehbaren Ort zu schaffen, an dem alle Gesundheitsinformationen zusammenlaufen und die wichtigsten frauenspezifischen Beratungen angeboten werden.

Der Vorschlag orientiert sich an Womans Health Zentren in Amerika, die Frauen in allen Fragen der Gesundheit selbst helfen oder Hilfe organisieren, mit neuester Technologie ausgestattet sind, die Information und Kommunikation auf den neuesten Stand ermöglichen, die klare qualitätsgeprüfte Standards haben und mit ausgebildeten Frauengesundheits- Fachkräften arbeiten. Ziel der Center ist es, Frauen zur informierten Wahl- und Entscheidungsfreiheit zu befähigen.

Hinsichtlich einer ganzheitlichen Sicht sollte für ein zu realisierendes Hamburger Dienstleistungszentrum für Frauengesundheit der Aspekt Erwerbstätigkeit als Ansatz in alle Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen einfließen und/oder als eigene Beratungsstelle in das Dienstleistungszentrum integriert werden. Sowohl die positiven als auch die negativen Auswirkungen von Frauenerwerbsarbeit, wie gesellschaftliche Anerkennung, Selbstbewusstsein und Zufriedenheit einerseits und Überforderung, Mobbing und sexuelle Belästigung und Frustration andererseits können bei Diagnostik und Beratung berücksichtigt und für den Gesundungsprozess genutzt werden. (Bericht der ExpertInnenkommission 2001:37-44)

Hinzuzufügen ist noch der Schwerpunkt Prävention, Information über Maßnahmen eines gesunden Lebensstils wie Bewegung gesunde Ernährung, Stressabbauethoden. Diese Vorsorgemaßnahmen scheinen besonders von den befragten Erzieherinnen in ihrer gesundheitsförderlichen Kraft unterschätzt zu werden. So verstanden und umgesetzt könnte ein solcher Ort mit dazu beitragen die persönlichen Gesundheitsfähigkeiten von (erwerbstätigen) Frauen zu stärken.

Gesundheitswissen, Gesundheitsvorsorge und aktive Beteiligung an der Erhaltung und Herstellung von gesundheitsförderlichen Verhältnissen am Arbeitsplatz im Haus und im Beruf sind Wege zur Erhöhung von Gesundheitspotentialen, die Verfügung über ein differenziertes Netzwerk von formellen und informellen HelferInnen und dessen Pflege ein weiterer. Hier einen kontinuierlichen Ausbau und eine „Bestandspflege“ zu fördern sowie Fähigkeiten der Abgrenzung zu entwickeln. Letzteres gilt vor allem dann, wenn Hilfe für Verwandte und Freunde als Gegenleistung ein Maß erreicht, dass sich als über die Gebühr belastend herausstellt.

#### 5.2.5. Verbesserung der Lebens- und Berufssituation durch „Neuorientierung der Gesundheitsdienste“

Mit der Neufassung des §20 Abs.2 SGB V durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 haben die Krankenkassen einen erweiterten Handlungsrahmen in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung erhalten.

Damit erhalten die Krankenkassen die Möglichkeit den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen können. Im Bereich der Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung umfasst dieses Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung und Unterstützung zu gesundheitsgerechten Verhalten. Handlungsfelder finden sich u.a. in den Bereichen Arbeitsbedingte körperliche Belastung, dem durch Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates und Psychosozialer Stress, dem mit der Methode des Stressmanagement begegnet werden soll.

Durch das Augenmerk auf die Wahl der Zugangswege zur Durchführung von Prävention und Gesundheitsförderung auf geeignete Settings (z.B. Arbeitsplatz und Schule und Kindergarten) ließen sich für die betriebliche Verbesserung der Lehrerinnen in der Schule aber besonders auch für die Erzieherinnen Gestaltungsfelder finden.

Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg setzt sich laut § 6 Gesundheitsförderung und Prävention für die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen ein und laut § 7 Kinder und Jugendliche berät er die Träger von Gemeinschaftseinrichtungen insbesondere Kindertagesstätten und Schulen sowie die Sorgeberechtigten in Fragen der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes.

Weiter wird es zu den schulärztlichen Aufgaben gehören auch in schulärztlichen Sprechstunden in der Schule auch Lehrerinnen und Lehrer in gesundheitlichen Fragestellungen zu beraten.

Im §15, der den Schutz vor gesundheitsschädigenden Einflüssen durch die Umwelt regelt wird Information und Beratung sowie Untersuchungen und Messungen durchgeführt.

Ein handlungsorientiertes Beispiel für die Verknüpfung dieser gesetzlichen Regelungen mit den Prämissen gesundheitsförderlicher Schulen, die neben der aktiven Teilnahme der SchülerInnen und LehrerInnen die Einbeziehung von Eltern und der umgebenden Einrichtungen des Gemeinwesens anstreben sowie die Potentiale der Gesundheitsdienste nutzen und in den Lehrplan integrieren wollen ist ein Projekt zur Lärminderung an einer Hamburger Grundschule.

Die Erzieherinnen und Lehrerinnen der vorliegenden Befragung litten nahezu übereinstimmend häufig unter Lärmbelästigung. Diese Umgebungsbelastung stellte sich auch für die Lehrerinnen einer Hamburger Grundschule als gravierend heraus. Sie beteiligten sich an einem Kooperationsprojekt in dem sie mit den schulärztlichen Teams (Schulärztin und Krankenschwestern) eines Gesundheits- und Umweltamtes zusammen zur Lärmprävention arbeiteten. Ziel dieser Kooperation war es, die Umweltbelastung durch Lärm für SchülerInnen und LehrerInnen sowie der anderen MitarbeiterInnen der Schule zu verbessern. Die Kinder sollten über die schädliche Wirkung von Lärm informiert werden und durch eigene Initiative dahin wirken, den Lärmpegel zu mindern und auch die Stille zu genießen für konzentrierte Arbeit, erholsame Pausen und zufrieden stellendes Miteinander aller Beteiligten am Schulleben. Lehrerinnen und Schulärzte sowie der Umweltberater intervenierten durch Information und Übungen, gemeinsamer Messungen sowie medizinischen Untersuchungen. Die Eltern wurden einbezogen und zur Mitarbeit angeregt. Darüber hinaus wurden bauliche Maßnahmen zum Schallschutz angestrebt. Die Lehrerinnen erhofften sich eine Verminderung ihrer eigenen gesundheitlichen Belastung durch einen angemessenen Lärmpegel. Die Evaluation des Modellprojektes ergab in Hinblick auf die Entlastung der Lehrerinnen noch nicht den gewünschten Erfolg. Positiv bewertet wurde von allen beteiligten Lehrerinnen, der Eltern der SchülerInnen sowie der MitarbeiterInnen der schulärztlichen Teams und der Umweltberatung die Kooperation. Die meisten Mitarbeiterinnen der Schule empfehlen anderen Schulen eine solche projektbezogene Zusammenarbeit im Bereich Gesundheitsförderung (Projektbericht Gesundheits- und Umweltamt NORD Hamburg 2002).

## 6. ANHANG

### 6.1. Literaturverzeichnis

- Abele, A.; Becker, P. 1991: Wohlbefinden Hg.: Theorie, Empirie, Diagnostik. Weinheim München
- Angestelltenkammer Bremen Hg. 1993: Gesundheit und Lebensqualität: Ergebnisbericht. Bremen
- Antonovsky, A. 1979, 1981: Health, stress and copings. London
- Antonovsky, A. 1997: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen
- Atteslander, P. 1995: Methoden der empirischen Sozialforschung, Berlin, NewYork
- Badura, B. u.a. 1987: Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokio
- Badura, B. 1993: Gesundheitsförderung durch Arbeits- und Organisationsentwicklung. In: Pelikan, J. Hg.: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim, München: 20-23
- Badura, B. 1993: Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In Hurrelmann/Laaser Hg. a.a.O.:76-92
- Bardt, H.P. 1985: Schlüsselbegriffe der Soziologie. München
- Barthelomeyczik, S. 1988: Beruf, Familie und Gesundheit bei Frauen. Berlin
- Beck, U. 1986: Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne
- Becker, P. 1991: Theoretische Grundlagen. In Abele,A.; Becker,P. (Hg): Wohlbefinden. Weinheim,/München
- Becker G.E. u. Gonschorek,G. 1990: Das Burnout-Syndrom: Ursachen, Intervention, Konsequenzen in Pädagogik 10/90: 10-14
- Beck-Gernsheim, E./ Ostner,I. 1978: Frauen verändern- Berufe nicht. Ein theoretischer Ansatz zur Problematik von „Frau und Beruf“. In: Soziale Welt, Heft 3: 258-287, Münster
- Bennholdt-Thomsen, V. 1988: Zur Bestimmung der geschlechtsspezifischen Arbeit im Kapitalismus. In Werlhoff, C.; Mies, M.; Bennholdt, V.: Frauen die letzte Kolonie. Reinbek bei Hamburg
- Becker-Schmidt, R. 1981 in Schneider, U: Was macht Frauen krank? Frankfurt/Main; New York
- Becker-Schmidt, R. 1984: Eines ist zu wenig, beides ist zuviel. Erfahrungen von Arbeiterfrauen zwischen Familie und Beruf. Bonn
- Bremer, I. 1992: Der widersprüchliche Alltag. Probleme von Frauen im Lehrberuf. Bielefeld
- Bürkardt, D. Oppen, M. 1984: Sind Frauen häufiger krank? Arbeitsunfähigkeitsrisiken von erwerbstätigen Frauen. Berlin

Brüderl, Leokadia 1996: Beruf und Familie: Frauen im Spagat zwischen zwei Lebenswelten. In Paetzold, B. Hg 1996: Eines ist zu wenig, beides macht zufrieden": Vereinbarkeit von Mutterschaft und Berufstätigkeit. Bielefeld

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002: Verbundbericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Schriftenreihe des Bundesministeriums Bd. 209. Stuttgart

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002: Dokumentation der Fachtagung FrauenGesundheit, FrauenLeben, FrauenArbeit. Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland am 4./5. Oktober 2001. Bonn

Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit 1989: Daten des Gesundheitswesens. Bonn

Bundestagsdrucksache 11/3267: Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie DHP-Gesundheitssurvey 1984 - 1986

Cherniss (Zit. nach Enzmann, D., Kleiber D. 1989: Helfer-Leiden - Streß und Burnout in psychosozialen Berufen. Heidelberg

Collatz, J.; Borchert, H. 1994: Kann die medizinische Versorgung frauen- und familienorientiert sein? In: Zeitschrift für Frauenforschung. Hg.: Forschungsinstitut für Frauenforschung 12. Jahrgang, Heft 4: 84-97

Demmer, H.; Küpper, B. 1984: Belastungen an Arbeitsplätzen, die überwiegend mit Frauen besetzt sind. Bremerhaven

DHP-Gesundheitssurvey in Bundestagsdrucksache 11/3267 1988

Faltermaier, T. 1994: Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Weinheim

von Ferber, Ch. 1985: Kassen und Prävention: Handlungsbereitschaften, Handlungsmöglichkeiten und Chancen. In Rosenbrock, R.; Hauß, F. Hg. Krankenkassen und Prävention.

Flaake, K. 1990: "Grenzenlose Wünsche - beschränkte Möglichkeiten" In: Pädagogik 10/90: 34-37

Franke, A. 1989: Therapeutische Risiken für Frauen . In Giese, E./Kleiber, D(Hg): Das Risiko Therapie. Weinheim , Psychologie heute, Weinheim 1989

Frauenbericht des Senatsamt für die Gleichstellung Hamburg 1992

Freudenberger, H.; North, G.; 1994: Burn-out bei Frauen, Frankfurt/Main

Eckart, Ch.; Jaerisch, U.; Kramer, H. 1979: Frauenarbeit in der Familie und Fabrik. Frankfurt am Main/ New York

Engel, G.L. 1976: Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit. Bern

Enzmann, D.; Kleiber, D. 1989: Helfer-Leiden-Streß und Burnout in psychosozialen Berufen. Heidelberg

Europäische Kommission 1997: KOM(97) 224



Gesundheitsbericht Bremen 1992: Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin Basisbericht/ Im Auftrag der Senatorin für Gesundheit in Bremen (v.) Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), Bremen

Glaeseke, G. 1993: Pillen für Schwache oder schwach durch Pillen? Zur geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme der Arzneimitteltherapie. In Zoike, E. Hg.: Frauen Beruf Gesundheit: Ergebnisse einer Fachkonferenz der BKK BV mit ExpertInnen aus Wissenschaft und Praxis am 25.11.1993 Essen

Göckenjahn, G. 1993: Alter - Ruhestand - Generationsvertrag? Zum Alterdiskurs aus historisch-struktureller Perspektive. Aus Politik und Zeitgeschichte, B17/93, 3-10.

Göpel, E. 1993: Entwicklung von Qualitätsmerkmalen für gesundheitsfördernde Schulen. Prävention 16:109-112

Gottschall, K. 1990: Vom weiblichen Arbeitsvermögen zur doppelten Vergesellschaftung. Frankfurt/Main

Gräbe, S. 1991. Reziprozität und Streß in 'support'-Netzwerken: Neue Perspektiven in der familiensoziologischen Netzwerkforschung. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 43(2): 344-365

Helfferich, C. 1992: Zwang von Natur und Gesellschaft: Alltagsbilder vom Körper aus der Sicht von Frauen. In: I.Vogt/M.Bormann Hg.: Frauen-Körper. Lust und Last Tübingen

Helfferich, C.; Troschke v.,J. 1993: Der Beitrag der Frauengesundheitsforschung zu den Gesundheitswissenschaften/Public Health in Deutschland. Freiburg

Herzlich, C. 1973: Health and Illness. London

Högemann, M. 1995: Erzieherin, kein Beruf wie jeder andere. Freiburg/Breisgau

Hoeltz, J. 1994: Frauen, das gesunde Geschlecht? Soziale Lage und Gesundheitsbewußtsein. Vortrag bei der wissenschaftlichen Jahrestagung der Bundesvereinigung für Gesundheit "Frauen und Gesundheitsförderung. Berlin, München November 1994:60,62

Horn, K.; Beier, Ch.; Kraft-Krumm D. 1984: Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn. Zur Logik von Widerständen gegen gesundheitliche Aufklärung. Opladen

House, J.S. 1989: Zum sozialepidemiologischen Verständnis von Public Health: Soziale Unterstützung und Gesundheit. In Dokumentation des Kongresses: Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung Berlin 28.-30.April 1989

Hurrelmann, K.; Laaser, U. Hg. 1993: Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehrer, Forschung und Praxis. Weinheim Basel

Karasek, R., Theorell, T. 1990: Healthy work. Basic books: New York

Karmaus, W.; Osterholz, U. 1990: Herausforderungen und Perspektiven der Bekämpfung rheumatischer Erkrankungen. Hamburg

Kaufmann, I; Pornschlegel; H.; Udris, I; 1982: Arbeitsbelastung Stress. Reinbek bei Hamburg

Kern, H.; Schumann, M. 1984: Das Ende der Arbeitsteilung?. München

- Keupp, R./Röhrle, B. (1987) Soziale Netzwerke. Frankfurt/Main
- Kickbusch, I. 1993: In Helfferich, Cornelia: Beitrag der Frauengesundheitsforschung zu den Gesundheitswissenschaften/Public Health in Deutschland. Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/Public Health Universität Freiburg: 11ff
- Klammer, U. 2000: WSI-FrauenDatenReport 2000 Berlin
- Klesse, R.; Sonntag, U.; Brinkmann, M.; Maschewsky-Schneider, U. 1992: Gesundheits handeln von Frauen. Leben zwischen Selbst-Losigkeit und Selbst-Bewußtsein.
- Knapp, G.-Axeli / Becker-Schmidt, R. 1987: Geschlechtertrennung – Geschlechterdifferenz. Suchbewegungen sozialen Lernens. Bonn
- Krenz, A. 1993: Das Selbstverständnis der Erzieherinnen. In: Kindergarten heute Nr.10: 26-35
- Krüger, G. & Born, C. 1991: Unterbrochene Erwerbskarrieren und Berufsspezifik: Zum Arbeitsmarkt- und Familienpuzzle im weiblichen Lebenslauf. In K.U. Mayer, J. Almendinger & J. Huinink (Hg.): Vom Regen in die Traufe. Frauen zwischen Beruf und Familie. Frankfurt a. M.
- Kulms, A. / Martini, U. 1981: Verlaufsformen gesundheitlicher Störungen bei Frauen mittleren Alters mit Belastungen aus Erwerbs- und Hausarbeit: Ein Problemaufriss. In Schneider, Ulrike Hg.: Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung. Frankfurt / New York, S.
- Lazarus, R.S.; Launier, R. 1981: Streßbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In Nitsch, J.R. Hg.: Streß: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern, Stuttgart, Wien
- Leuschner, G.; Schirmer, F. 1993: Lehrergesundheit aus medizinischer Sicht. In Pädagogik 1/93: 6-8
- Leymann, H. 1993: Mobbing. Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann. Reinbek bei Hamburg
- Maschewsky-Schneider, U. 1993: In: Soziale Konstruktion von Gesundheit. Ulm
- Maschewsky-Schneider, U. 1997: Frauen sind anders krank. zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deitschland. Weinheim und München
- Mayr-Kleffel, V. 1991: Frauen und ihre sozialen Netzwerke
- Mayring, Ph. 1988: Qualitative Inhaltsanalyse 1988. München
- Mayring, Ph. 1990: Einführung in die qualitative Sozialforschung" München
- Mayring, P. 1991: Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens. In: Abele,A; Becker,P(Hg): Wohlbefinden. Weinheim,/München
- Mielk, A. Hg.: Krankheit und soziale Ungleichheit. Opladen
- Müller-Wichmann, Ch. 1984: Zeitnot. In: Kurz-Scherf, I. Hg.: Wem gehört die Zeit? Hamburg



Naschold, F. 1978: In: Friczewski, W.; Maschewksy, W.; Naschold, F.; Wotschak, W.: Arbeitsbelastung und Krankheit bei Industriearbeitern. Frankfurt am Main/ New York

Nitsch, JR 1981: Streß - Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern

Opaschowsky, H. ; B.A.T Freizeit-Forschungsinstitut Hg. 1989: "Freizeitalltag von Frauen". Hamburg

Oppolzer, A. 1986: Wenn Du arm bist, mußt Du früher sterben. Soziale Unterschiede in Gesundheit und Sterblichkeit. Hamburg

Oppolzer, A.; Brosius, G. 1989: Auswirkungen der Arbeitszeitverkürzung. Frankfurt/Main, New York

Oppolzer, A. 1993: Ökologie der Arbeit. Mensch und Arbeitsumwelt: Belastungen und Gestaltungserfordernisse. Hamburg

Oppolzer, A. 1994: Die Arbeitswelt als Ursache sozialer Ungleichheit. In Mielk, A. Hg. 1994: Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland. Opladen

Oppolzer, A.; Trojan, A.; Hildebrandt, H. 2001: "Mitarbeiter- und Patientenbefragungen als Instrumente des Qualitätsmanagements - Ein Beispiel im Rahmen eines WHO-Projekts zur Gesundheitsförderung im Krankenhaus", in: Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention - Grundsätze, Methoden und Anforderungen , [Band 15] , Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln

Ostner, I. 1978: Beruf und Hausarbeit. Frankfurt/Main

Paetzold, B. Hg. 1996: Eines ist zu wenig, beides macht zufrieden": Vereinbarkeit von Mutterschaft und Berufstätigkeit. Bielefeld

Pearlin, L. 1991: Zum sozialepidemiologischen Verständnis von Public Health: Der Stressprozess. In: Badura, B. u.a. Hg.: Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main

Pines, A.M.; Aronson,E.; Kafry,D.1987: Ausgebrannt - Vom Überdruß zur Selbstentfaltung. Stuttgart

Psychologinnengruppe 1978 zit. nach Schneider, U. 1981: Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung. Frankfurt/ New York

Raehlmann, I.; Meiners, B.; Glanz, A.; Funder, M. 1991: Flexible Arbeitszeiten. Wechselwirkungen zwischen betrieblicher und außerbetrieblicher Lebenswelt. Westdeutscher Verlag

Rieder-Aigner, E. 1993 : Handbuch für Erzieherinnen. Forum Kindertagesstätten im BLLV(Bayerischer Lehrer- und Lehrerinnenverband. München

Sagan, L. 1992: Die Gesundheit der Nationen. Die eigentlichen Ursachen von Gesundheit und Krankheit im Weltvergleich. Hamburg

Scheuch, K. ; Vogel, H. 1991: Gesundheitszustand pädagogischer Berufsgruppen, In: Scheuch, K, Hg.: Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand von Pädagogen. Berlin

- Schneider, U. 1981: Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung. Frankfurt/ New York
- Schönwälder, H.-G. 1997: Dimensionen der Belastung im Lehrerberuf. In: Buchen, S. Hg. u.a.: Jahrbuch für Lehrerforschung Band 1. Weinheim:179 – 202
- Seelig, Günther; Wendt, Wolfgang 1993, Lehrerbelastung, In: Pädagogik 1/93: 30-32
- Selye, H. 1991: Geschichte und Grundzüge des Streßkonzepts in Nitsch: Streß. Bern
- Siegrist, J. 1987: Berufliche Belastungen und Herz-Kreislaufisiko - Neue Erkenntnisse und ihre praktische Bedeutung. In: Gewerkschaftliche Monatshefte 11/1987: 658-668  
Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986: Erste Internationale Konferenz über Gesundheitsförderung, Ottawa, Kanada, 17.-21. November 1986
- Wills, T.A. 1985: Supportive function of interpersonal relationships. In Cohen, S.; Syme, S.L. Hg: Social support and health. New York
- Willms-Herget, A. 1983: Frauenarbeit. Zur Integration der Frauen in den Arbeitsmarkt. Frankfurt, New York
- Weddig, B. 1989: Das Burnout-Syndrom. In: Pädagogik 6/89: 8-10
- Zapf, D. 1991: Arbeit und Wohlbefinden In: Abele, A.; Becker, P. 1991: Wohlbefinden Hg.: Theorie, Empirie, Diagnostik. Weinheim München
- Zoike, E. 1991: Sind Frauen häufiger krank? Die Betriebskrankenkasse 3-4: 34-39  
Zoike, E. 2003: Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten in der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung, In: Badura, B., Hehlmann, T: Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin, Heidelberg, New York: 201-213.
- Zwischenbericht der Enquete-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung" vom 31.Oktober 1988. Bundestag-Drucksache 11/3267 1988

## 6.2. Tabellen und Grafiken

Tabelle a: S.53 im Text

| Berufsbelastung durch sexuelle Belästigung |      |      |                    |                 |
|--|------|------|--------------------|-----------------|
|  | Ja   | Nein | Kenne solche Fälle | Trifft nicht zu |
| Erzieherin                                 | 2,1  | 70,2 | 0                  | 27,7            |
| Lehrerin                                   | 12,3 | 66,7 | 3,5                | 15,8            |

Tabelle b: S.53 im Text

| Berufsbelastung durch Mobbing |      |      |                    |                 |
|-------------------------------|------|------|--------------------|-----------------|
|                               | Ja   | Nein | Kenne solche Fälle | Trifft nicht zu |
| Erzieherin                    | 48,9 | 23,4 | 8,5                | 14,9            |
| Lehrerin                      | 31,6 | 40,4 | 15,8               | 8,8             |

Grafik a: S.56 im Text

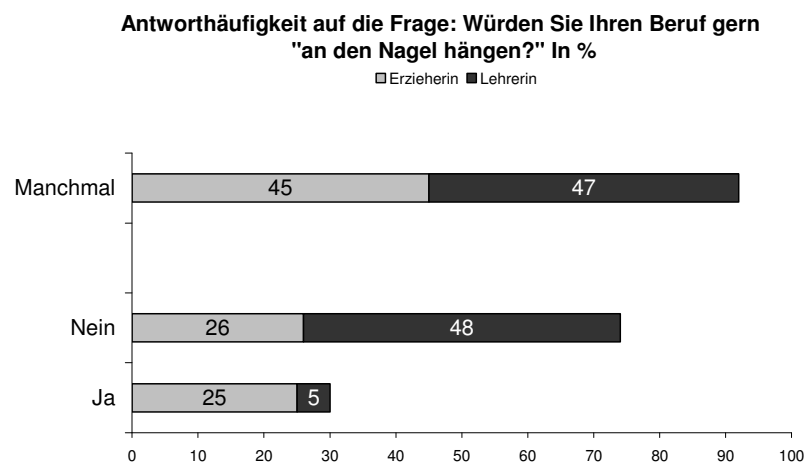


Tabelle c: S. 58 im Text

| Prozentuale Hausarbeitsbeteiligung der Kinder in % |     |      |      |                 |           |                 |
|--|-----|------|------|-----------------|-----------|-----------------|
|  | 50% | 20%  | 10%  | Weniger als 10% | Sonstiges | Trifft nicht zu |
| Erzieherin   | 0   | 10,9 | 13   | 26,1            | 6,5       | 43,5            |
| Lehrerin   | 3,5 | 10,5 | 10,5 | 33,3            | 1,8       | 40,4            |

Grafik b: S.58 im Text

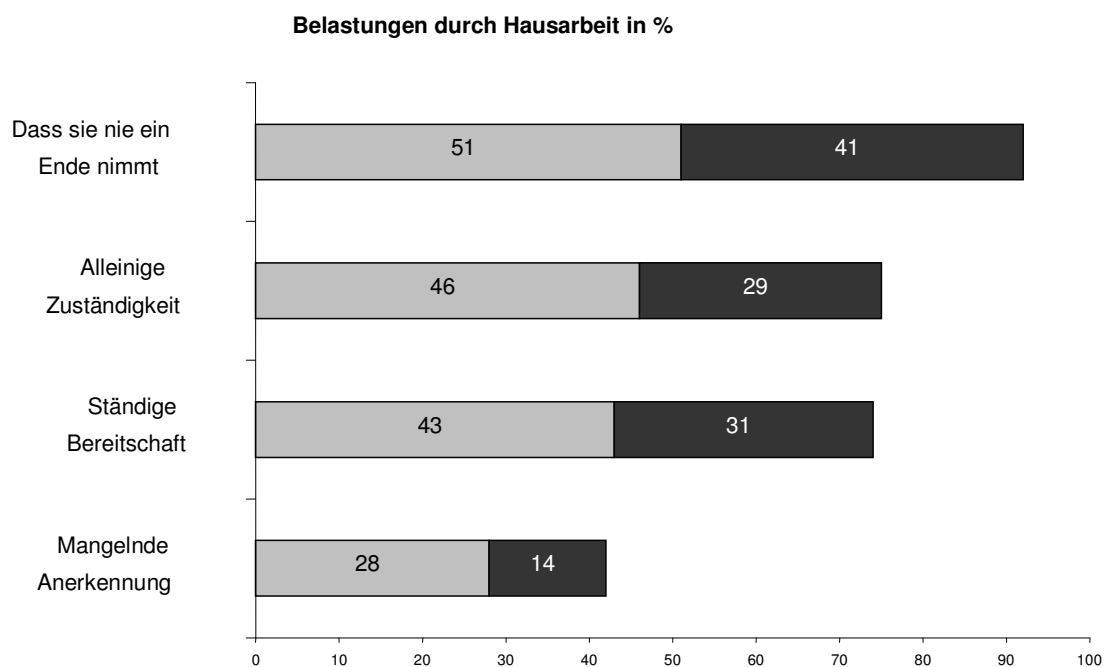


Tabelle d. S.59 im Text

| „Ist Hausarbeit Frauensache?“ |      |                               |                           |               |                 |
|-------------------------------|------|-------------------------------|---------------------------|---------------|-----------------|
|                               | nein | Theoret.nein,<br>praktisch ja | Vielfalt ist po-<br>sitiv | Unentschieden | Trifft nicht zu |
| Erzieherin                    | 34   | 11                            | 6                         | 1             |                 |
| Lehrerin                      | 36   | 15                            | 7                         | 2             | 2               |

Tabelle e: S.59 im Text

| Doppelbelastung als ZerreiBprobe |                    |                         |   |                                  |                      |                    |
|----------------------------------|--------------------|-------------------------|---|----------------------------------|----------------------|--------------------|
|                                  | Stimmt für<br>mich | Vielfalt ist<br>positiv | Unterschiedliche<br>Aufgaben entlas-<br>ten | Kann ich nicht<br>nachvollziehen | Versteh<br>ich nicht | Trifft nicht<br>zu |
| Erzieherin                       | 55,6               | 13,3                    | 2,2   | 4,4                              | 0                    | 24,4               |
| Lehrerin                         | 36,8               | 12,3                    | 12,3  | 10,5                             | 5,3                  | 22,8               |

Tabelle f: S.61 im Text

| Stressursachen |  |                                 |                    |                          |                         |
|----------------|--|---------------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------|
|                | Persönlicher Anspruch, Perfektionismus | Zeitdruck durch Doppelbelastung | Konflikte im Beruf | Konflikte in der Familie | Mangelnde Unterstützung |
| Erzieherin     | 68,1                                   | 53,2                            | 34                 | 35                       | 42,5                    |
| Lehrerin       | 57,9                                   | 40,4                            | 15,8               | 14                       | 19,3                    |

Tabelle g: S.86 im Text

| Gesundheitliche Folgen von Mobbing in % |                                      |                 |        |               |                |  |
|---|--------------------------------------|-----------------|--------|---------------|----------------|--|
|   | Allgemeine Störung des Wohlbefindens | Schlafstörungen | Ängste | Kopfschmerzen | Magenschmerzen | Keine seelischen, körperlichen Beschwerden |
| Erzieherinnen und Lehrerinnen           | 31                                   | 19              | 13     | 12            | 9              | 2  |

Tabelle h: S.86 im Text

| Ausfalltage wegen Krankheit in % |                   |                     |                     |            |                     |           |
|----------------------------------|-------------------|---------------------|---------------------|------------|---------------------|-----------|
|                                  | Mehr als 4 Wochen | Mehr als 3-4 Wochen | Mehr als 2-3 Wochen | 1-2 Wochen | Weniger als 1 Woche | Sonstiges |
| Erzieherin                       | 14,9              | 21,3                | 21,3                | 23,4       | 8,5                 | 6,4       |
| Lehrerin                         | 1,8               | 14                  | 14                  | 31,6       | 26,3                | 7         |

Tabelle i: S.86 im Text

| Ausfalltage wegen Krankheit nach Altersgruppen von Erzieherinnen und Lehrerinnen (MW) |      |
|---|------|
| 50-59 J.  | 3,00 |
| 40-49 J.  | 3,04 |
| 30-39 J.  | 2,51 |
| 20-29 J.  | 5,00 |

### 6.3. Materialien für das mündliche Interview

#### 6.3.1. Gesprächsleitfaden

##### I. BELASTUNG-BEANSPRUCHUNG

#### **Belastungsfaktoren im Beruf und Haushalt**

1. *Beschreiben Sie die Aufgaben, die im Laufe eines ganz normalen Werktages zu verrichten haben.*

2. *Welche Arbeiten verrichten Sie?*

- Arbeiten im Beruf
- Arbeiten im Haushalt
- Sonstige Arbeitsaufgaben

Belastungsfaktoren im Beruf

3. *Wodurch fühlen Sie sich an Ihrem Arbeitsplatz belastet? Was stört Sie?*

- Arbeitsaufgaben
- Arbeitsumgebung
- Arbeitsorganisation
- Arbeitsklima

4. *Sind Sie schon einmal mit dem Problem der sexuellen Belästigung konfrontiert worden?*

5. *Sind Sie schon einmal das Opfer von Klatsch und Intrigen geworden?*

6. *Was gefällt Ihnen an Ihrer Arbeit besonders?*

- Kontakte
- Verhältnis zu Vorgesetztem
- Anerkennung
- Handlungsspielräume
- Weiterbildungsmaßnahmen

7. *Unter welchen Umständen würden Sie Ihre Berufstätigkeit aufgeben?*

8. *Welches Berufsziel haben/hatten Sie?*

Belastungsfaktoren der Haus- und Familienarbeit

9. *Wodurch fühlen Sie sich bei der Haus- und Familienarbeit belastet?*

- Arbeitsaufgaben
- Arbeitsbedingungen

10. *Welche Arbeiten übernehmen Ihre Kinder, Ihr Partner?*

11. *Wann beginnt Ihre Freizeit? Was machen Sie damit?*

12. *Ist Hausarbeit „Frauensache“?*

13. *Welche Vorteile bietet die Hausarbeit gegenüber der Berufsarbeit?*

14. *Ist die Tatsache beider Aufgabenbereiche vorteilhaft?*

15. Sind Sie mit Ihrem Leben zufrieden? Warum/warum nicht? Wann waren Sie zufrieden/unzufrieden?

## II. GESUNDHEITLICHE FOLGEN

(Ausfüllen der Beschwerdeliste)

16. Wodurch sind ...(Beschwerden) entstanden?

17. Wann sind Ihre Beschwerden entstanden?

18. Wann treten sie gehäuft auf?

19. Wie viel Tage im Jahr fallen Sie aus?

20. Was ist einen „gesunde Frau?“

21. Sind Sie eine „gesunde Frau“? Was fehlt?

## III. BEWÄLTIGUNG

22. Was tun Sie gegen Ihre...(Beschwerden)?

23. Wer hilft Ihnen dabei?

- Partner
- Andere Verwandte
- Kinder
- FreundInnen
- Nachbarn, KollegInnen
- Professionelle HelferInnen, Institutionen

24. Wer hat Ihnen im letzten Jahr z.B. bei Problemen geholfen? Wem haben Sie geholfen, wie ist die Bilanz?

25. Fühlen Sie sich häufig unter Druck? Wodurch? Was tun Sie dagegen? Ist Ihr Alkohol-, Rauch-, Medikamenten-, Süßigkeiten- und Knabberkonsum dann verstärkt?

26. Wenn Sie sich zurückerinnern, welche Beschwerden hatten Sie als - junges Mädchen, während der Ausbildung? Wie gingen Sie damit um? - als junge Frau...?

27. Welche Krankheiten gab es in der Familie, wie wurde damit umgegangen?

28. Was tut Ihnen gut? Was steigert Ihr Wohlbefinden?

29. Wie geht es Ihnen jetzt?

### 6.3.2. Sozialstatistik

#### **Fragen zur Person**

Alter

Schulabschluss

Berufsausbildung

Familienstand

Weiterbildung

Arbeitslosigkeit

Arbeitszeit

#### **Fragen zu Kindern**

Anzahl

Alter

Geschlecht

Schule/ Kindergarten



### 6.3. Schriftlicher Fragebogen Beschwerden

#### **Beschwerden**

Rückenschmerzen

Nacken- Schulterschmerzen

Fuß- und Beinleiden

Rheumatische Beschwerden

Menstruationsbeschwerden

Gynäkologische Beschwerden

Kreislaufbeschwerden

Durchblutungsstörungen einschließlich Krampfadern

Kopfschmerzen

Nervosität

Abgespanntheit

Lustlosigkeit/Mutlosigkeit

Ängste

Appetitlosigkeit

Ständige Hungergefühle

Schlafstörungen

Bauch-/Magenschmerzen

Blasenentzündung

Allergien

Augenbeschwerden

Erkältungskrankheiten

Sonstiges (*Bitte benennen!*)

## 6.4. Materialien für die schriftliche Befragung

### 6.4.1. Fragebogen

#### **Fragebogen zur Belastung und Bewältigung von Erwerbs- und Hausarbeit**

Bevor Sie daan gehen, die folgenden Fragen zu beantworten, sollten Sie einiges wissen, zunächst, dass nirgendwo Ihr Name erscheint, sodaß also strengste Anonymität gewahrt ist. Dies ist so wichtig, weil vieles was Sie sagen, sehr persönlich ist. Andere sollen zwar von Ihren Erfahrungen profitieren, Ihre Privatsphäre aber dennoch gewahrt bleiben.

Die Auswahl der Fragen habe ich aufgrund meiner Auswertung von Intensivinterviews mit Lehrerinnen und Erzieherinnen getroffen, die dieser Fragebogenerhebung voran gingen.

Ich bitte Sie, bei der Beantwortung folgendes zu beachten:  
Beantworten Sie jede Frage, auch wenn der Inhalt Sie nicht betrifft.  
Wenn der vorgegebene Raum für die Beantwortung nicht ausreicht, legen Sie mir ein Extrablatt bei, auf dem Sie die Nummer der Frage notieren.  
Bitte beachten Sie die Frage „Sonstiges“, hier erhoffe ich mir von Ihnen Aspekte, die bei den Interviews nicht zur Sprache kamen.

Ich denke es wird Ihnen so gehen wie meinen Interviewpartnerinnen. Viele sahen die Befragung als Chance an, ihr „alltägliches Leben“ zu reflektieren und sich Stärken und Schwächen im Umgang mit Belastungen bewusst zu machen. Darüber hinaus wollten sie dazu beitragen, dass über weibliche Lebenszusammenhänge Informationen und Erkenntnisse gesammelt werden, um auf diese Weise Vorurteile und Unwissen über ihre Leistung im Beruf und ihren sonstigen Aufgaben auszuräumen. Mein Interesse ist es, nicht nur Material zusammenzutragen und zu veröffentlichen, sondern die gesundheitsförderliche Kraft der Frauen durch Informationszuwachs und gemeinsamer Reflexion zu verstärken, sowie den AkteurInnen in Politik und Wissenschaft Datenmaterial an die Hand zu geben für die Verbesserung der Chancengleichheit im Arbeits- und Gesundheitsschutz von Bürgerinnen und Mitarbeiterinnen.

Ich bedanke mich im Voraus für Ihre Mitarbeit und wünsche Ihnen gutes Gelingen.

Fragen zu Ihrer Person (Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!)

1. Alter.....
2. Familienstand: Ledig ( ) verheirat ( ) geschied. ( ) nichtehel.Lebensgemein. ( ) Sonstiges ( )
3. Schulabschluß: Hauptschule ( ) Mittlere reife ( ) Hochschulreife ( ) Sonstiges ( )
4. Beruf/Arbeitszeit: Erzieherin/Vollzeit ( ) Erzieherin/Teilzeit ( ) Lehrerin/Vollzeit ( ) Lehrerin/Teilzeit ( )
5. Berufsunterbrechung: Dauer: unter 1 Jahr ( ) 1-3 Jahre ( ) mehr als 3 Jahre ( )  
trifft nicht zu ( )  
Grund: Mutterschaftsurlaub ( ) Erziehungsurlaub ( ) Arbeitslosigkeit ( )  
Krankheit ( ) Berufspause ( ) Sonstiges ( )
6. Kinder: Anzahl.....Alter:.....
7. Einkommen (netto) des Partners: unter 2000 DM ( ) Unter 4000 DM ( ) Über 4000 DM  
Sonstiges ( ) Trifft nicht zu ( )

- 
8. Wie viel Zeit verwenden Sie auf die Berufsarbeitszeit (einschl. Vor- und Nachbereitung) pro Woche?  
Weniger als 20 Std.( ) 20-30 Std.( ) 30-40 Std.( ) 40 -50 Std.( ) Mehr als 50 Std.( )
  9. Wie viel Zeit nimmt die Haus- und Familienzeit pro Woche in Anspruch?  
Weniger als 20 Std.( ) 20-30 Std.( ) 30-40 Std.( ) 40 -50 Std.( ) Mehr als 50 Std.( )
  10. Wie viel Zeit beanspruchen „sonstige Tätigkeiten“ (Ehrenamt, Nebenerwerb, Pfllegetätigkeiten usw.) pro Woche?  
Weniger als 5 Std.( ) 5 - 10 Std.( ) 10-20 Std.( ) 20 -30 Std.( ) Mehr als 30 Std.( )
  11. Wie viel Zeit verwenden Sie für Aus- und Weiterbildung pro Woche?  
Weniger als 2 Std.( ) 2 - 5 Std.( ) 5 - 10 Std.( ) 10 - 20Std.( ) Mehr als 20 Std.( )
  12. Fühlen Sie sich am Arbeitsplatz durch folgendes belastet?  
Sehr häufig häufig manchmal selten nie trifft nicht zu

1201 Zuwenig Zeit für Erholung

1202 Wenig Zeit für Hobbys

- 1203 Beschneidung der Freizeit
- 1204 Arbeit hat kein Ende
- 1205 Reibereien in der Familie
- 1206 Konflikte mit Kolleginnen
- 1207 Konflikte mit anspruchsvollen Eltern

- 1208 Konflikte mit schwierigen Kindern
- 1209 Unterbewertung Ihrer Leistung durch Partner
- 1210 Unterbewertung Ihrer Leistung durch Eltern d. Kinder
- 1211 Unterbewertung Ihrer Leistung durch KollegInnen
- 1212 Unterbewertung Ihrer Leistung durch Vorgesetzte
- 1213 Mangelnde Unterstützung durch Leitung
- 1214 Unklarheiten über Zuständigkeiten
- 1215 Qualifikationsmängel

- 1216 Zuwenig Austausch mit KollegInnen
- 1217 Mangelhaft, fehlendes Arbeitsmaterial
- 1218 Schlechte Vertretungsplanung
- 1219 Schlechte räumliche Ausstattung (ev. benennen!)

- 1220 Lärm
- 1221 Klimatische Verhältnisse
- 1222 Geruchsbelästigung

- 1223 Eig. Anspruch kann nicht erfüllt werden
- 1224 Mangelnde Distanzierungsmöglichkeit
- 1225 Angst es nicht zu schaffen
- 1226 Schlechtes Gewissen gegenüber Familie.
- 1227 Sonstige Belastungen: (bitte benennen!)

13. Sind Sie an Ihrem Arbeitsplatz sexuell belästigt worden? (Bitte ankreuzen!)  
 Ja ( ) Nein ( ) Kenne solche Fälle ( ) Trifft nicht zu ( )
14. Welche gesundheitsbeeinträchtigende Folgen hatte diese unerwünschte Annäherung für Sie?  
 Kopfschmerzen ( ) Magenschmerzen ( ) Ängste ( ) Schlafstörungen ( ) Allgemeine Störung des Wohlbefindens ( ) Keine körperl. und seel. Nachwirkungen ( ) Sonstiges: (Bitte benennen!)
15. Welche Konsequenzen zogen Sie?  
 Kontakt ausgewichen ( ) Zur Rede gestellt ( ) Mit KollegInnen darüber gesprochen ( ) Die Leitung informiert ( ) Krankschreibung ( ) Arbeitsplatzwechsel ( ) Beurlaubung ( ) Sonstiges: (Bitte benennen!)
16. Sind Sie schon einmal über einen längeren Zeitraum (mind. 1mal wöchentlich ein halbes Jahr lang) das Opfer von Klatsch und Intrigen geworden?  
 Ja ( ) Nein ( ) Kenne solche Fälle ( ) Trifft nicht zu ( )
17. Wie reagierten Sie darauf?  
 Kontakt ausgewichen ( ) Zur Rede gestellt ( ) Mit KollegInnen darüber gesprochen ( ) Die Leitung informiert ( ) Krankschreibung ( ) Arbeitsplatzwechsel ( ) Beurlaubung ( ) Sonstiges: (Bitte benennen!)
18. Welche gesundheitlichen Folgen resultierten daraus?  
 Kopfschmerzen ( ) Magenschmerzen ( ) Ängste ( ) Schlafstörungen ( ) Allgemeine Störung des Wohlbefindens ( ) Keine körperl. und seel. Nachwirkungen ( ) Sonstiges: (Bitte benennen!)
19. Wie häufig haben Sie die folgenden Gefühle bei der Berufsarbeit  
Sehr häufig häufig manchmal selten nie trifft nicht zu

- 1901. Müdigkeit
- 1902. Niedergeschlagenheit
- 1903. Glück
- 1904. Überarbeitung
- 1905. Hilflosigkeit
- 1906. Unglück
- 1907. Wertlosigkeit
- 1908. Gleichgültigkeit
- 1909. Einsamkeit
- 1910. Optimismus
- 1911. Ärger und Enttäuschung
- 1912. Tatkraft
- 1913. Zurückweisung
- 1914. Gefühl, einen guten Tag zu haben
- 1915. Gefühl, nicht verantwortlich zu sein

20. Würden Sie Ihre Berufstätigkeit gern „an den Nagel hängen“?  
 Nein ( ) Ja ( ) Manchmal ( ) Trifft nicht zu ( )

21. Fühlen Sie sich durch folgendes bei der Haus- und Familienarbeit belastet?  
 Sehr häufig häufig manchmal selten nie trifft nicht zu

- 2101. Daß sie nie eine Ende nimmt
- 2102. Alleinverantwortlichkeit
- 2103. Alleinige Zuständigkeit
- 2104. Monotone Arbeitsinhalte
- 2105. Körperlich schwere Arbeit
- 2106. Ständige Bereitschaft
- 2107. Man sieht kein Resultat
- 2108. Mangelnde Anerkennung
- 2109. Schlechtes gewisse, weil nichts perfekt
- 2110. Sonstiges (Bitte benennen!)

22. Wie viel Prozent der Haus- und Familienarbeit übernimmt Ihr Partner?  
 50% ( ) 20% ( ) 10% ( ) Weniger als 10% ( ) Sonstiges:.....% Trifft nicht zu ( )

23. Wie viel Prozent der Haus- und Familienarbeit übernehmen Ihre Kinder?  
 50% ( ) 20% ( ) 10% ( ) Weniger als 10% ( ) Sonstiges:.....% Trifft nicht zu ( )

24. Wann beginnt werktags Ihre Freizeit?  
 Vor 20.00 Uhr ( ) Zwischen 20.00 und 21.00 Uhr ( ) Nach 21 Uhr ( ) Sonstiges (Bitte benennen!).....Uhr

25. Wie viel Zeit haben Sie, um sich zu erholen?  
 Viel ( ) Genügend ( ) Wenig ( ) Keine ( )

26. Ist Hausarbeit „Frauensache“?  
 Nein ( ) Ja ( ) Theoretisch nein, praktisch ja ( ) Bin unentschieden ( ) Trifft nicht zu ( )

27. „Aufgaben aus Haus- und Familienarbeit summieren sich nicht nur, sondern erfordern zu ihrer Lösung widersprüchliche Handlungen. Einerseits Zeit für andere und deren Bedürfnisse zu haben, andererseits nach strikten Zeitvorgaben arbeiten zu müssen, kann zu einer belastenden Zerreißprobe führen.“  
 Stimmt für mich ( ) Unterschiedl. Aufgaben entlasten ( ) Vielfalt der Aufg. ist positiv ( ) Kann ich nicht nachvollziehen ( ) Trifft für mich nicht zu ( ) Versteh ich nicht ( )

28. Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

Sehr häufig häufig manchmal selten nie trifft nicht zu

---

- 2801. Rückenschmerzen
- 2802. Nacken/Schulter Schmerzen
- 2803. Fuß- und Beinleiden
- 2804. Rheumatische Beschwerden
- 2805. Menstruationsbeschwerden
- 2806. Frauenkrankheiten
- 2807. Kreislaufbeschwerden
- 2808. Durchblutungsstörungen einschließlich Krampfadern
- 2809. Kopfschmerzen
- 2810. Nervosität
- 2811. Abgespanntheit
- 2812. Lustlosigkeit/Mutlosigkeit
- 2813. Ängste
- 2814. Appetitlosigkeit
- 2815. Ständige Hungergefühle
- 2816. Schlafstörungen
- 2817. Bauch-/Magenschmerzen
- 2818. Verdauungsprobleme
- 2819. Übergewicht
- 2820. Blasenentzündung
- 2821. Hautkrankheiten
- 2822. Allergien
- 2823. Augenbeschwerden
- 2824. Bronchitis
- 2825. Erkältungskrankheiten
- 2826. Hals-Nasen-Ohrenerkrankung
- 2827. Sonstiges (Bitte benennen!)

29. Von welchen Bedingungen wurden Ihre Beschwerden beeinflusst?

Sehr stark stark mittel etwas gar nicht trifft nicht zu

---

- 2901. Probleme/Konflikte (Fam., Partner)
- 2902. Belastung durch Berufsarbeit
- 2903. Doppelbelastung: Haus-/Erwerbsarbeit
- 2904. Umwelt (Luft, Verkehr, Lebensmittel)
- 2905. Familiär/erbliche Anfälligkeit
- 2906. Folge früherer Krankheiten/Unfälle
- 2907. Eigenes gesundheitsschädigendes Verhalten
- 2908. Mangelnde Unterstützung (Fam., Behörden)
- 2909. Sonstiges (Bitte benennen!)

30. Wie oft haben Sie Streß?

Dauerzustand ( ) Einmal pro Woche ( ) Einmal im Monat ( ) Weniger als einmal im Monat ( ) Nie ( ) Sonstiges ( )

31. Warum geraten Sie in Streß?

Sehr häufig häufig manchmal selten nie trifft nicht zu

---

- 3101. Konflikte im Beruf
- 3102. Konflikte in der Familie
- 3103. Zeitdruck durch Doppelbelastung
- 3104. Mangelnde Unterstützung
- 3105. Persönlicher Anspruch, Perfektionismus
- 3106. Sonstiges (Bitte benennen!)

32. Was empfinden Sie dann?

Fühle mich meist unwohl, habe Angst es nicht zu schaffen ( ) Meistens geht's mir gut, ver-  
suche alles zu meistern ( ) Ist mir egal, gehört dazu ( ) Trifft nicht zu ( )

33. Wie gehen Sie mit Ihrem Streß um?

Sehr häufig häufig manchmal selten nie trifft nicht zu

- 3301. Aufgaben reduzieren
- 3302. Schwerpunkte setzen
- 3303. Unterstützung holen
- 3304. Arbeitsplatz wechseln
- 3305. Erwerbsarbeitszeit reduzieren
- 3306. Beurlaubung
- 3307. Entspannung/Fitness
- 3308. Leichter nehmen
- 3309. Nicht dran denken
- 3310. Mache mir Luft
- 3311. Werde krank
- 3312. Nehme Medikamente
- 3313. Trinke Alkohol
- 3314. Sonstiges

34. Wie viel Wochen im Jahr sind Sie durch Gesundheitsprobleme eingeschränkt?

Weniger als 1 Woche ( ) 1-2 Wochen ( ) 2-3 Wochen ( ) 3-4 Wochen ( ) mehr als  
4 Wochen ( ) Sonstiges (Bitte benennen!).....Tage/Wochen Trifft nicht zu ( )

35. Was ist eine „gesunde Frau“?

- 3501. Eine Frau, die kraftvoll und mutig ist
- 3502. „ die ausgeglichen ist
- 3503. „ die zufrieden ist
- 3504. „ die gute Laune hat
- 3505. „ die sich in ihrem Körper wohlfühlt
- 3506. „ die mit Krankheiten umgehen kann
- 3507. „ die beschwerdefrei ist
- 3508. „ die Konflikte bewältigen kann
- 3509. Sonstiges (Bitte benennen!)

36. Sind Sie eine gesunde Frau?

Ja ( ) eher ja ( ) eher nein ( ) nein ( ) trifft nicht zu ( )

37. Haben Ihre Beschwerden in den letzten Jahren zugenommen?

Nein ( ) ja ( ) weiß nicht ( )

38. Wenn ja, worauf führen Sie die Zunahme Ihrer Beschwerden zurück?

Sehr stark stark mittel etwas gar nicht trifft nicht zu

- 3801. Altersbedingter Verschleiß
- 3802. Erhöhte Berufsbelastung
- 3803. Doppelbelastung
- 3804. Zunehmende Umweltbelastung
- 3805. Med. Versorgung hilft nicht
- 3806. Zunehmend mangelnde Unterstützung
- 3807. Sonstiges (Bitte benennen!)

39. Wie beurteilen Sie Ihren momentanen Gesundheitszustand

sehr gut ( ) gut ( ) schlecht ( ) sehr schlecht ( ) trifft nicht zu ( )

40. Welche Maßnahmen der Gesundheitsförderung haben Sie ergriffen?

Rückenschule ( ) Tanzen ( ) Gymnastik ( ) Entspannungstechniken ( ) Massagen ( )  
Ernährungsberatung ( ) Gewichtsreduktion/Fasten ( ) Sonstiges ( ) (Bitte benennen!)

Bewältigung

41. WER hilft, wenn Sie stark belastet sind?

Sehr häufig häufig manchmal selten nie trifft nicht zu

- 4101. Hausärztin/Hausarzt
- 4102. Homöopath (in)
- 4103. Facharzt/-ärztin
- 4104. Ärztin/Arzt für Naturheilkunde
- 4105. Psychologe (in)
- 4106. Lehrer (in)
- 4107. Pastor (in)
- 4108. Sozialarbeiter (in)
- 4109. Selbsthilfegruppe
- 4110. MitarbeiterInnen d. Erziehungsberatung
- 4111. MitarbeiterInnen d. soz. Dienste
- 4112. Frauengruppe
- 4113. MitarbeiterInnen v. Weiterbildungseinrichtungen
- 4114. Gewerkschaftsvertr. Betriebsrat

- 4115. Freundin/nen
- 4116. Freunde
- 4117. Partner
- 4118. Kinder
- 4119. KollegInnen
- 4120. NachbarInnen
- 4121. Mutter
- 4122. Vater
- 4123. Schwester
- 4124. Bruder
- 4125. Sonstiges (Bitte benennen!)
- 4126. Schwiegermutter
- 4127. Schwägerin
- 4128. Sportbetreuerin
- 4129. Bekannte
- 4130. Zufällige Helfer(in) (Friseurin, Wirt, usw.)
- 4131. Haushaltshilfen (Putzfrau, Fensterputzer usw.)
- 4132. Sonstige HelferInnen (Bitte benennen!)
- 4133. Brauche keine Hilfe!

42. Von wem erhalten Sie Hilfe bei gesundheitlichen Beschwerden?

Sehr häufig häufig manchmal selten nie trifft nicht zu

- 4201. Hausärztin/Hausarzt
- 4202. Homöopath (in)
- 4203. Facharzt/-ärztin
- 4204. Ärztin/Arzt für Naturheilkunde
- 4205. Psychologe (in)
- 4206. Selbsthilfegruppe
- 4207. Partner
- 4208. Verwandte
- 4209. Freundinnen
- 4210. KollegInnen
- 4211. Sonstige HelferInnen

43. Welcher Art ist die Unterstützung, die Sie erhalten?

Kinderbetreuung ( ) Renovieren, Reparaturen ( ) Trost und Zuspruch ( )  
Ratschläge, Gespräch ( ) Finanzielle Hilfe ( ) Sonstiges ( ) Trifft nicht zu ( )

44. Geben Sie mehr Unterstützung als Sie erhalten?

Ja ( ) Nein ( ) Weiß nicht ( ) Trifft nicht zu ( )

45. Wenn ja, belastet Sie diese Unterstützung?

Sehr stark ( ) stark ( ) mittel ( ) etwas ( ) gar nicht ( ) Trifft nicht zu ( )

46. WAS hilft Ihnen, wenn Sie stark belastet sind? Wie helfen Sie sich selbst?

Sehr häufig häufig manchmal selten nie trifft nicht zu

- 4601. Rauslassen, Dampf ablassen
- 4602. Jammern
- 4603. Nicht alles so ernst nehmen
- 4604. Nicht weiter als bis morgen denken
- 4605. Beschäftigung mit Theologien
- 4606. Zukunftsutopien entwickeln
- 4607. Ansprechen, diskutieren
- 4608. Geduld üben
- 4609. Nachdenken, Situation überdenken
- 4610. Improvisieren
- 4611. Kleinschrittig vorgehen
- 4612. Erfolge bewusst machen
- 4613. Arbeitskräfte zur Unterstützung einstellen
- 4614. Familienmitglieder zur Unterstützung heranziehen
- 4615. Aufgaben (neu) verteilen
- 4616. Planung des Tagesablaufs
- 4617. Weiterbildung
- 4618. Projekt realisieren
- 4619. Sportliche Betätigung
- 4620. Laufen/Spaziergehen
- 4621. Fahrrad fahren
- 4622. Fasten
- 4623. Autogenes Training
- 4624. Yoga
- 4625. Meditieren
- 4626. Akupressur
- 4627. Einrenken, Chiropraktiker
- 4628. Gesund ernähren
- 4629. Homöopathische Mittel
- 4630. Kräuterbäder
- 4631. Tee, Kräutertee
- 4632. Hinlegen, Bett
- 4633. Wärmflasche
- 4634. Alleine sein
- 4635. Sich nicht kümmern
- 4636. Leichte Schmerztabletten
- 4637. Psychopharmaka
- 4638. Schlaftabletten
- 4639. Hormontherapie
- 4640. Rauchen
- 4641. Viel Kaffee
- 4642. Wein, alkoholische Getränke
- 4643. Unmäßiges essen
- 4644. Nachen
- 4645. „Schöne Sachen machen“
- 4646. Was unternehmen
- 4647. Lesen
- 4648. Musik hören
- 4649. Kreative Beschäftigung (Schreiben, malen, Töpfern, Theater spielen)
- 4650. Bauchtanz
- 4651. Sonstiges (Bitte benennen!)

47. Sind Sie momentan mit Ihrem Leben zufrieden?

Ja ( ) meistens ja ( ) mal ja, mal nein ( ) meistens nein ( ) nein ( )



48. Haben (hätten) folgende Einrichtungen, Orte für Ihr gesundheitliches Wohlbefinden Bedeutung?  
Ja nein weiß nicht trifft nicht zu

- 4801. Gesundheitszentrum für Frauen
- 4802. Gesundheitsförderung im Betrieb, Schule
- 4803. Fitness-, Ernährungs-, Stressabbaukurse
- 4804. Freizeitzentrum
- 4805. Parks, Naherholungsgebiete
- 4806. Sonstiges (Bitte benennen!)

49. Was tun Sie, um Ihre Gesundheit zu erhalten?  
Sehr häufig häufig manchmal selten nie trifft nicht zu

- 4901. Vermeidung von Risikofaktoren
- 4902. Gesunde Ernährung
- 4903. Sport, Bewegung
- 4904. Erholung, Entspannung
- 4905. Med. Vorsorguntersuchung
- 4906. Psychotherapie, Homöopathie
- 4907. Vorsorge: Selbstmedikation
- 4908. Vorsorge: Arbeitsplatz/Umwelt
- 4909. Information/Weiterbildung
- 4910. Positiver Umgang mit Konflikten
- 4911. Keine Vorsorge
- 4912. Sonstiges (Bitte benennen!)

50. Gibt es etwas, was im Zusammenhang Frauen, Gesundheit, Bewältigung wichtig wäre und keine Erwähnung gefunden hat? (Bitte ergänzen Sie evtl. auf einem Extrablatt!)

Vielen Dank!

#### 6.4..2. Liste aller Helferinnen und Helfer im sozialen Netzwerk

Liste der HelferInnen  
bei Belastung und gesundheitlichen Beschwerden

##### **Belastung**

Hausärztin/Hausarzt  
Homöopath (in)  
Facharzt/-ärztin  
Ärztin/Arzt für Naturheilkunde  
Psychologe (in)  
Lehrer (in)  
Pastor (in)  
Sozialarbeiter (in)  
Selbsthilfegruppe  
MitarbeiterInnen d. Erziehungsberatung  
MitarbeiterInnen d. soz. Dienste  
Frauengruppe  
MitarbeiterInnen v. Weiterbildungseinrichtungen  
Gewerkschaftsvertr. Betriebsrat

Freundin/nen  
Freunde  
Partner  
Kinder  
KollegInnen  
NachbarInnen  
Mutter  
Vater  
Schwester  
Bruder  
Sonstiges (Bitte benennen!)  
Schwiegermutter  
Schwägerin  
Sportbetreuerin  
Bekannte  
Zufällige Helfer(in) (Friseurin, Wirt, usw.)  
Haushaltshilfen (Putzfrau, Fensterputzer usw.)  
Sonstige HelferInnen (Bitte benennen!)  
Brauche keine Hilfe!

##### **Gesundheitlichen Beschwerden**

Hausärztin/Hausarzt  
Homöopath (in)  
Facharzt/-ärztin  
Ärztin/Arzt für Naturheilkunde  
Psychologe (in)  
Selbsthilfegruppe  
Partner  
Verwandte  
Freundinnen  
KollegInnen  
Sonstige HelferInnen