

Ursula Elger¹, Eva Wonneberger², Vera Lasch², Dagmar Fuhr²,
Walter Heinzl²

¹ IST-GmbH, Gesellschaft für angewandte Sozialwissenschaft und Statistik
Heidelberg, Ebertsheim

² Gesamthochschule Kassel, Fachbereich Stadt- und Landschaftsplanung,
Arbeitsgruppe Ländliche Entwicklung, Kassel

Belastungen und gesundheitliche Risiken von Bäuerinnen

Zusammenfassung

Bäuerinnen weisen ein besonderes Profil sowohl hinsichtlich ihrer Krankheiten als auch hinsichtlich ihrer Beschwerden auf. Sie geben ganz bestimmte Krankheiten deutlich häufiger an als andere Frauen, sind eher häufiger bettlägerig krank, klagen jedoch weniger über Beschwerden und nehmen ambulante ärztliche Dienstleistungen weniger in Anspruch. Dieses zunächst widersprüchliche Bild wird vor dem Hintergrund der Belastungen dieser Frauen und ihrer besonderen Lebenssituation diskutiert und interpretiert.

Gegenstand und Fragestellung

Ausgehend von sozialwissenschaftlichen Untersuchungen zur sozialen Lage von Bäuerinnen¹ sowie der Tatsache, dass für diese Bevölkerungsgruppe kaum Morbiditätsdaten verfügbar sind, auch weil diese – aufgrund ihres besonderen versicherungsrechtlichen Status und ihrer Stellung im Familienbetrieb – aus den üblichen Morbiditätsstatistiken (Arbeitsunfähigkeitsstatistiken, Erwerbsunfähigkeitsstatistiken) herausfällt, wurde an der Gesamthochschule Kassel in den Jahren 1989–1992 eine Studie durchgeführt, die Belastung und gesundheitliche Situation von Bäuerinnen in kleinbäuerlichen Verhältnissen zum Gegenstand hatte. Das Vorhaben wurde durch das Bundesministerium für Forschung und Technologie im

Förderschwerpunkt „Humanisierung des Arbeitslebens“ bzw. „Arbeit und Technik“ gefördert (Förderkennzeichen: 01 HG 048/5).

Aufgabe der Studie war, Belastungen und Gesundheit der Frauen anhand verschiedener Indikatoren zu beschreiben und auf dem Hintergrund ihrer spezifischen Lebenssituation zu erklären sowie ggf. Vorschläge im Hinblick auf gesundheitsfördernde Massnahmen zu entwickeln. Um die Ergebnisse einordnen zu können und Einflüsse der Lebensweise und Lebenslage der Bäuerinnen auf das gesundheitliche Befinden und die Gesundheitswahrnehmung einschätzen zu können, dienten Befragungsdaten der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) als Referenzdaten. Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie ist nach ihrer eigenen

Definition eine „multizentrische, gemeindeorientierte Interventionsstudie mit dem Ziel der Reduktion der kardiovaskulären Risikofaktoren und der Herz-Kreislauf-Mortalität über einen Zeitraum von 8 Jahren“². Im Rahmen dieser Studie wurde u. a. ein Befragungssurvey in der Bundesrepublik (alte Bundesländer) in den Jahren 1984–1986 durchgeführt.

Mit der Bäuerinnen-Studie sollte eine Verbindung von agrarsoziologischen Überlegungen (soziale Folgen der Modernisierung und ihre besondere Auswirkung auf die Frauen) und solchen der Belastungs- sowie der Frauengesundheitsforschung praktiziert werden. Die *Belastungssituation* von Frauen in Beruf und Familie hat für die Bäuerin eine sehr spezifische Ausprägung: Während für (abhängig) erwerbstätige Frauen in der Regel aus den räumlich und zeitlich voneinander getrennten Sphären von Familie und Erwerbstätigkeit Probleme und widersprüchliche Anforderungen erwachsen³, kennzeichnet die Belastungssituation der Bäuerinnen in kleinbäuerlichen Verhältnissen das ständige Ineinandergreifen von Betrieb und Familie, von Hof und Haus. Diese sind meistens weder zeitlich noch räumlich von einander getrennt und erfordern besondere Organi-

sations- und Management-Kompetenzen. Ehepartner sind gleichzeitig Arbeitspartner.

Empirische Studien, die Gesundheit bei Frauen in Zusammenhang mit Erwerbsarbeit und Familienarbeit untersuchen, sind immer noch rar.^{4,5} Geschlechtsspezifische Unterschiede epidemiologischer Daten (Frauen leben länger, leiden jedoch unter mehr Beschwerden und Krankheiten als Männer, sie fühlen sich weniger gesund und gehen häufiger zum Arzt, während nach „härteren“ Indikatoren wie Bettlägerigkeit und Krankenhausaufenthalte die Unterschiede fast verschwinden)^{6–9} werden in der Frauengesundheitsforschung unter verschiedenen Thesen diskutiert⁵ (z.B. die These der sogenannten Klagsamkeitsorientierung der Frauen¹⁰, die These der Ausrichtung der Messinstrumente auf geschlechtsspezifische Beschwerde- und Krankheitsformen¹¹, die These der unterschiedlichen Bewältigungsstrategien)¹¹. Die epidemiologischen Daten – so das bisherige Fazit – zeigen lediglich, dass Frauen „anders krank“ sind als Männer⁵.

Im Rahmen dieser Diskussion kann die „Bäuerinnen“-Studie dazu beitragen, die Rolle spezifischer Arbeits- und Lebensbedingungen auf Gesundheit und Gesundheitswahrnehmung bei Frauen zu erhellen.

Da nicht nur hoher Arbeitsumfang, langer Arbeitstag und körperlich schwere Arbeit, sondern auch Diversität der Tätigkeiten, relative Zeitautonomie und Eigenverantwortung Kennzeichen (klein-)bäuerlicher Arbeit sind, gingen wir davon aus, dass ein wesentliches Element der Belastung im „Modernisierungsstress“ liege: Technisierung bedeutet zwar sinkender Anteil der Handarbeit, jedoch auch ein Anwachsen der bewirtschafteten Flächen und Viehbestände, erhöhter Kapitaleinsatz, erhöhtes Risiko, erhöhte Qualifikationsanforderungen tech-

nischer, naturwissenschaftlicher und organisatorischer Art. Dies hat gleichzeitig die Zerrissenheit zwischen den Bereichen vergrößert und die Allzuständigkeit gepaart mit wenig Entscheidungsmacht. Die sozialen Folgen der Modernisierung (die Marginalisierung der bäuerlichen Bevölkerung auf dem Lande, das Aufeinanderprallen moderner und traditioneller Werte und Normen im Dorf und selbst innerhalb der Familie, das sinkende soziale Ansehen der Bauernfamilien) erfordern psychische Bewältigung.

In diesem Beitrag geht es vor allem um die Frage, inwiefern sich die Bäuerinnen mit ihren spezifischen Arbeits- und Lebensbedingungen von anderen Frauen in Bezug auf ihre gesundheitlichen Probleme und ihr Gesundheitsverhalten unterscheiden und inwiefern Arbeitssituation, Rollenanforderungen und Rollenleitbilder Einfluss darauf haben.

Methoden

Untersuchungsregion war der Landkreis Biberach an der Riss in Oberschwaben (Südwestdeutschland). Die Auswahl nur eines Landkreises ergab sich einerseits aus der Notwendigkeit zur Kooperation mit relevanten regionalen Verbänden und Institutionen (Landfrauenverband, Beratungsorganisationen, Betriebshilfsdienste) sowie der Möglichkeit der Umsetzung von Präventionsvorschlägen in der Untersuchungsregion, zum anderen erleichterte dies die organisatorische Durchführung erheblich. Die Auswahl des Landkreises Biberach erfolgte aufgrund seiner Agrarstruktur (durchschnittliche Hektargröße, Betriebsformen und Erwerbscharakter) sowie aufgrund von bereits vorhandenen Kontakten aus einer früheren Untersuchung. Aus dieser Wahl resultiert allerdings auch die Einschränkung der Übertragbarkeit der Ergebnis-

se: Diese ist begrenzt auf Bäuerinnen in ähnlich agrarstrukturierten Regionen mit vorwiegend kleinbäuerlichen Betriebsituationen.

Die Studie umfasste mehrere *Erhebungen*.

Zur Exploration wurden qualitative Verfahren eingesetzt:

- Expertenbefragungen bei niedergelassenen Landärzten, landwirtschaftlichen und psycho-sozialen Beratungsdiensten, Betriebshilfsdiensten, um deren Problem-sicht und Erfahrungen in Bezug auf Gesundheitssituation und Gesundheitsverhalten zu erkunden;
- Einzelgespräche mit Bäuerinnen in Verbindung mit teilnehmender Beobachtung auf Bauernhöfen zur exemplarischen Erkundung von Tagesablauf und Belastungsdimensionen;
- Gruppendiskussionen mit Bäuerinnen zur Erkundung der arbeits- und gesundheitsbezogenen Einstellungen.

Haupterhebung war eine Befragung von 775 Bäuerinnen mittels eines halbstandardisierten Fragebogens. Als letzte Erhebung wurden leitfadengestützte Interviews mit Bäuerinnen zu Gesundheitskonzepten und zum Umgang mit Gesundheit und Krankheit durchgeführt.

Bei der schriftlichen Befragung handelte es sich um eine nach repräsentativen Kriterien gezogene 25-Prozent-Stichprobe aus den landwirtschaftlichen Betrieben des Untersuchungsgebiets, die eine Mindestgröße von 4 Hektar aufwiesen. Da die Grundgesamtheit „Bäuerinnen“ faktisch nicht bekannt ist, wurde die Stichprobe aus der Grundgesamtheit „landwirtschaftliche Betriebe“ gezogen. Hierzu wurden die sogenannten „Gasöl-Dateien“ des Jahres 1988/1989 der zuständigen Landwirtschaftsämter – die in der Regel aktuellste Adressdatei im Landwirtschaftssektor – verwendet (Grundgesamtheit N=5380 Betriebe). Diese Dateien enthalten

alle landwirtschaftlichen Betriebe, die antragsberechtigt für eine Verbilligung der Dieselmotorkraftstoffaufwendungen sind; faktisch sind dies alle Betriebe, die einen Schlepper besitzen. Aus Gründen der Vergleichbarkeit (die drei zuständigen Landwirtschaftsämter agieren jeweils selbständig) gingen nur Betriebe, die mindestens 4 Hektar bewirtschafteten, in die Stichprobe ein. Allerdings waren schliesslich nach Angaben der Frauen doch einige Höfe mit 4 oder weniger Hektar darunter.

Da davon auszugehen war, dass der Familienbetrieb die vorherrschende Organisationsform darstellt, wurden die Bäuerinnen mit den Namen der Betriebsinhaber angesprochen. 1195 Adressen wurden angeschrieben und einige Tage später telefonisch zur Terminabsprache kontaktiert. 47 Adressen (3,9%) waren nicht erreichbar oder hatten eine Betriebsgrösse unter 4 Hektar; 85 Adressen (7,1%) waren Höfe ohne Bäuerin, 109 (9,1%) hatten den Hof aufgegeben, 10 Frauen (0,8%) waren stationär im Krankenhaus bzw. Pflegefälle und 162 (13,5%) verweigerten eine Teilnahme. Betrachtet man die Ausfälle bis auf die Verweigerungen und die Krankheitsfälle als qualitätsneutral, beträgt die *Rücklauftrate* 81,6% (779 von 954).

Die Repräsentativität konnte nur in bezug auf die Agrarstrukturdaten überprüft werden: Im Vergleich zur amtlichen Statistik des Landkreises wies die Stichprobe eine deutliche Verschiebung hin zu grösseren Hektarzahlen (in der Grössenklasse über 30 ha: 29% gegenüber 20,6% in der amtlichen Statistik) und Viehbeständen (47,5 Tiere gegenüber 40 in der amtlichen Statistik) auf; auch war der Anteil der Haupterwerbsbetriebe grösser (67% gegenüber 51% in der amtlichen Statistik). Vermutlich tragen hauptsächlich zwei verschiedene Ursachen zu dieser Differenz bei: a) der Umstrukturierungspro-

zess macht sich selbst innerhalb kurzer Zeit durch die Zunahme der Betriebsgrössen bemerkbar; b) die Ausfall- und Verweigerungsrate war bei den kleinen Betrieben höher.

Als *Vergleichsstichprobe* dienten die Befragungsdaten des Nationalen Untersuchungssurvey (NUS) der Erhebungsjahre 1984–1986 (t_0 -Erhebung), der im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) durchgeführt worden war. Diese Daten dienen auch innerhalb der DHP-Studie als Referenzdaten. Es handelt sich um eine Stichprobe der erwachsenen Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland – alte Bundesländer (Grundgesamtheit: alle während des Befragungszeitraums im Einwohnermelderegister erfassten Erwachsenen deutscher Nationalität zwischen 25 und 69 Jahren). Die Responserate lag bei 66,7%. Der Frauenanteil des Nationalen Untersuchungssurvey (NUS) umfasst 2373 Fälle. Die Untersuchung im Landkreis Biberach umfasst in der gleichen Altersspanne 747 Fälle.

Das *Befragungsinstrument* der Bäuerinnenstudie umfasste die Variablenbereiche soziodemografische Merkmale, Betriebsstrukturdaten, Tätigkeiten und Zuständigkeitsbereiche der Bäuerin in Landwirtschaft, Familie und Haus, Gesundheitsindikatoren und Selbstbeurteilung von Gesundheit, soziales Leben, subjektive Belastung.

Für die Datenvergleiche wurden folgende Variablenkomplexe aus dem NUS (DHP) in den Bäuerinnen-Fragebogen übernommen: Rauchverhalten, Zerssen-Beschwerdeliste, Diagnoseliste, Fragen zum Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsdienstleistungen, Bettlägerigkeit innerhalb der letzten 4 Wochen, Selbsteinschätzung von Gesundheit.

Die Vergleichbarkeit ist allerdings durch Unterschiede in der *Erhebungsmethodik* beider Stichproben

eingeschränkt: Der Fragebogen aus dem NUS ist ein Selbstausfüllerfragebogen; Interviewer standen für Nachfragen zur Verfügung. Die Befragung der Bäuerinnen erfolgte ausschliesslich durch Interviewerinnen. Die Befragungen im Rahmen der DHP fanden in einem mobilen Untersuchungswagen statt, der von den Probanden aufgesucht wurde. Die Bäuerinnenbefragung fand in deren Haushalt statt. Weiterhin waren die Antwortvorgaben der Diagnosenliste im Bäuerinnen-Fragebogen differenzierter (sie unterschieden im Unterschied zum NUS-Fragebogen auch „Weiss-nicht“- und „Nie“-Angaben, während im NUS-Bogen – t_0 -Erhebung – Befragungsausfall und inhaltliche Ablehnung nicht zu unterscheiden war). Hier wurden die Bäuerinnen-daten der Datengrundlage der DHP-Befragungsdaten angepasst.

Als Annäherung an die Methode des Selbstausfüllerfragebogens wurde in der Bäuerinnen-Erhebung mit Antwortkärtchen gearbeitet: bei den Angaben zu Krankheiten hatten die Befragten die Antwortvorgaben vor sich liegen und zeigten jeweils die entsprechenden Antworten. Physiologische Parameter (z.B. Blutdruckwerte, Cholesterin- und Blutzuckerbestimmungen), wie sie im Rahmen des NUS zusätzlich zu den subjektiven Krankheitsangaben gemessen wurden, wurden im Rahmen der Bäuerinnenstudie nicht erhoben.

Für die zu vergleichenden Merkmale wurde die Bäuerinnen-Stichprobe auf den Altersaufbau der DHP-Stichprobe standardisiert (Altersgruppengewichtung in Fünf-Jahresabständen).

Ergebnisse

Beschreibung der Stichproben

Im Vergleich zur NUS-Stichprobe (im folgenden „DHP“ genannt) ist

Altersgruppe	Bäuerinnen (BCH)		NUS (DHP)		Familienstand	BCH	DHP
25–29 Jahre	42	5,6%	256	10,8%	Ledig	2,6	9,1*
30–39 Jahre	148	19,8%	552	23,3%	Verheiratet, zus. lebend	93,7	75,9
40–49 Jahre	155	20,7%	663	28,0%	Verheiratet, getrennt	0,1	1,9
50–59 Jahre	275	36,8%	493	20,8%	Geschieden	0,2	5,4
60–69 Jahre	127	17,0%	402	17,0%	Verwitwet	3,4	7,5
	<u>747</u>	<u>100,0%</u>	<u>2373</u>	<u>100,0%</u>		<u>100,0</u>	<u>100,0</u>
Anzahl Personen im Haushalt		BCH	DHP	Anzahl Kinder im Haushalt (unter 18 Jahren)		BCH	DHP
1 Person		0,4	11,0	0		37,0	50,6
2 Personen		8,8	30,2	1 Kind		17,2	26,0
3 Personen		14,0	24,7	2 Kinder		21,0	18,1
4 Personen		23,6	22,0	3 Kinder		18,8	4,4
5 Personen		24,8	7,7	4 Kinder und mehr		5,9	0,8
6 Personen und mehr		28,3	4,5				
		<u>100,0</u>	<u>100,0</u>			<u>100,0</u>	<u>100,0</u>
Anzahl leiblicher Kinder		BCH	DHP	Höchster Schulabschluß		BCH	DHP
0		5,9	18,6	kein Schulabschluss		0,3	1,1
1 Kind		6,1	26,1	Volks-, Hauptschule		85,6	67,2
2 Kinder		21,3	32,5	Realschule, Mittlere Reife		9,4	19,7
3 Kinder		28,5	13,2	Fachhochschulreife		0,2	2,3
4 Kinder		19,6	5,6	Abitur		1,4	8,7
5 Kinder und mehr		18,2	4,1	Sonstiger Schulabschluss		3,1	0,9
		<u>100,0</u>	<u>100,0</u>			<u>100,0</u>	<u>100,0</u>

* einschl. „ledig, mit Partner zusammenlebend“ = 2,9%.

Tabelle 1. Demografische Daten der Vergleichsstichproben in Prozent (Gruppe Bäuerinnen – BCH – altersstandardisierte Daten).

in der Bäuerinnen-Stichprobe (BCH für Biberach) die Altersgruppe der 50–59jährigen deutlich stärker vertreten (Tabelle 1). Die Verteilung spiegelt das Phänomen der „auslaufenden Höfe“ wider (es gibt kaum noch Hofnachfolger bzw. Frauen wollen keine Bäuerinnen mehr werden).

In bezug auf alle soziodemografischen Variablen unterscheiden sich die beiden Frauenpopulationen (altersstandardisiert) deutlich von-

einander. Einige dieser Variablen zeigen indirekt Belastung an, insofern sie den Umfang der Familien- und Hausarbeit oder körperliche Belastung durch Schwangerschaften und Geburten andeuten.

Die Ehe/Familie ist im bäuerlichen Lebenszusammenhang gleichzeitig Produktionseinheit; die unverheirateten und die geschiedenen Frauen sind daher bei den Bäuerinnen stark unterrepräsentiert. Die Familien/Haushalte der Bäuerinnen

weisen eine andere Struktur auf als diejenigen der „DHP“-Frauen. Bei den letzteren dominieren kleine Haushalte und niedrige Kinderzahlen, bei den Bäuerinnen grosse Haushalte, höhere Kinderzahlen und häufiger Mehrgenerationen-Haushalte. Die Bäuerinnen haben mehr Kinder geboren und aufgezogen. Deutliche Unterschiede zeigen sich auch bei der Schulbildung: Bäuerinnen haben weit weniger höhere Schulabschlüsse. Der Un-

terschied verringert sich jedoch bei den jüngeren Bäuerinnen.

Die Bäuerinnen

Alle befragten Bäuerinnen sind zum Zeitpunkt der Befragung (97%) bzw. waren in Zeiten vor der Befragung (3%) nicht nur im Haushalt, sondern auch in der Landwirtschaft aktiv. 7,8% gehen zudem einer ausserlandwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit nach. Vor allem die älteren waren dies auch in den Phasen der Kindererziehung. 86% sind in bzw. mit der Landwirtschaft grossgeworden und mit Traditionen und Veränderungen im bäuerlichen Leben und Arbeiten also lebenslang vertraut. 67% der Frauen lebten zum Zeitpunkt der Befragung bereits länger als 20 Jahre auf dem Hof. 79% haben auf ihren jetzigen Hof „eingehiratet“; 15,5% waren Hoferinnen; 3% hatten gemeinsam mit dem Partner den Hof gekauft oder gepachtet. Betriebsleiter waren in 81% der Fälle die Ehemänner; in 11% waren andere – meist Söhne oder Schwiegersöhne – und nur in 4,4% der Fälle waren die Bäuerinnen selbst (die Hälfte davon verwitwete Frauen) Betriebsleiter. 4% gaben an, gemeinsam die Betriebsleitung wahrzunehmen.

Die „DHP“-Frauen

Aufgrund der Besonderheiten der landwirtschaftlichen Arbeiten liegen keine vergleichbaren Angaben für berufliche Belastungen vor. 48% der „DHP“-Frauen waren zum Zeitpunkt der Untersuchung berufstätig; 44,2% waren dies früher und 7,6% waren nie berufstätig. 51,9% der jemals berufstätigen Frauen waren dies als Angestellte (23,5% mit einfacher, 24,8% mit qualifizierter und 3,6% mit Leitungstätigkeit). 30,8% waren Arbeiterinnen (26,8% un-/angelernt, 4,9% Facharbeiterinnen); 4,4% waren Beamte und 4,7% Angehörige freier Berufe

oder Selbständige (ohne Landwirte). 1,3% bezeichneten sich als selbständige Landwirte und 5,6% als mithelfende Familienangehörige, was dem offiziellen Erwerbsstatus der meisten Bäuerinnen entspricht.

Arbeits- und Belastungssituation der Bäuerinnen

Die Höfe der befragten Bäuerinnen werden zu zwei Drittel im Haupt- und zu einem Drittel im Nebenerwerb bewirtschaftet. Sie haben Betriebsgrössen zwischen 2 und 105 Hektar; die Hälfte davon liegt zwischen 10 und 30 Hektar; lediglich 31% waren grösser, über 40 ha hatten nur 12%. Der Grössteil der Betriebe zählt zur Kategorie der kleineren und mittleren Gemischtbetriebe (diverse Pflanzenproduktion und Tierhaltung mit mehreren Tierarten, vorrangig Milchvieh, und in kleineren Beständen). Nur 11% der Betriebe haben grössere Viehbestände (z.B. über 80 Milchkühe oder 600 Mastschweine).

Haupttätigkeitsfeld der Frauen ist die Stallarbeit: Füttern (86%), Melken (51%), Milchgeschirr säubern (68%). Zur Erntezeit sind über 80% der Frauen mit in der Aussenwirtschaft (Feldarbeit) beschäftigt. Arbeiten wie Buchführung und Direktvermarktung

spielen eine untergeordnete Rolle. Die Stallarbeiten nehmen bei 17% der Frauen bis zu 2 Stunden täglich in Anspruch, bei 53% zwischen zwei und vier Stunden und bei 29% über 4 Stunden.

Charakteristisch ist die Vielfalt der Tätigkeiten; es gibt kaum Spezialisierung der Frauenarbeit auf nur einzelne Arbeitsbereiche. In der Regel sind die Frauen in drei oder mehr Bereichen aktiv.

Die körperliche Beanspruchung der Frauen ist sowohl nach ihrem subjektiven Empfinden beträchtlich – „ziemlich“ oder „stark“ körperlich beansprucht fühlen sich 70% der Frauen – als auch nach der Technikausstattung – die Melktechnik ist (oder war zum Zeitpunkt der Befragung) in der Hälfte der milchviehhaltenden Betriebe noch die Eimermelkanlage (20–25 kg schwere Eimer tragen, bücken, hocken), bei einem starken Drittel die Rohrmelkanlage (5–7 kg schwere Melkzapfen tragen, bücken, hocken). Lediglich 8% arbeiten am Melkstand (bücken und schleppen entfällt). Auch die Fütterung erfolgt überwiegend in Handarbeit.

Der Umfang der Hausarbeit ist überdurchschnittlich gross; meistens wird ein grosser Garten bewirtschaftet und eine arbeitsintensive Selbstversorgung betrieben.

37% der Frauen fühlen sich öfter *nervlich und seelisch überlastet*. Die

Grössenklasse	Tagesplanung wird oft durchkreuzt*	Es geht weiter ohne Pause*
1–4 ha	61	61
5–9 ha	71	73
10–19 ha	72	79
20–29 ha	78	84
30 und mehr ha	82	80

* Ausprägungen „stimmt genau“ und „stimmt ziemlich“.

Tabelle 2. Stresswahrnehmung nach Betriebsgrösse (in Prozent).

wichtigsten Gründe in der Wahrnehmung der Frauen sind „das Übermass an Arbeit“ (59%), „ständige Hektik“ (49%); dass man „viel Ärger runterschlucken muss“ (30%); „die Mitarbeit im Stall und im Aussenbereich“ (28%); „das Gefühl, dass man umsonst arbeitet“ (22%) und „Generationsprobleme“ (19%).

Die Häufigkeit körperlicher und nervlicher bzw. seelischer Überlastung nennen die Frauen unabhängig vom Alter, ebenso den Überlastungsgrund „Übermass an Arbeit“, während unter „ständiger Hektik“ die jungen Frauen signifikant häufiger leiden als die älteren (die unter 40jährigen: 59%; die 60–64jährigen: 42%; die über 64jährigen: 25%).

Zwischen Stresswahrnehmungen und betrieblichen Merkmalen besteht ein Zusammenhang insofern, als die Bäuerinnen mit steigender Hektargrösse tendenziell mehr Stresswahrnehmungen äussern. Als Stresswahrnehmung interpretieren wir die Zustimmung zu den Statements: „Meine Tagesplanung wird oft durchkreuzt durch unvorhergesehene Dinge“ und „Meist wartet schon der Haushalt, wenn ich aus dem Stall komme, und es geht weiter ohne Pause“ (Tabelle 2).

Gesundheitsvariablen im Vergleich der beiden Stichproben

Der Vergleich der beiden Stichproben bezieht sich auf einige ausgewählte Variablen: die Beschwerdenliste nach Zerssen (Intensität bei 24 Einzelbeschwerden), Krankheitsvariablen (27 Diagnosen), Anzahl der Krankheitstage (Bettlägerigkeit) innerhalb der letzten 4 Wochen, Zeitpunkt des letzten Arztbesuches, Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes, Beachtung von Gesundheit und Behinderung durch den Gesundheitszustand. Bei den Angaben zu Krankheiten und Beschwerden werden die

Daten der Gruppe Arbeiterinnen innerhalb der DHP-Stichprobe mit herangezogen.

Krankheiten und Beschwerden

In der Rangliste der 10 häufigsten Krankheiten der Bäuerinnen weisen diese bei 6 höhere Häufigkeiten auf als die DHP-Frauen (Abbildung 1). Auffällige Unterschiede bestehen bei Venenleiden, Durchblutungsstörungen der Beine, Ischias und den Schilddrüsenerkrankungen. Bei letzteren handelt es sich hauptsächlich um Kropf, der in Höhenlagen wie der des Landkreises Biberach wesentlich häufiger vorkommt als anderswo. Die hohe Belastung der Beine äussert sich sowohl bei den Krankheitshäufigkeiten als auch bei den Beschwerden. Die Rate der Gebärmuttersenkungen (im Rahmen der DHP nicht erhoben) zeigt ebenfalls körperliche Belastung (u.a. durch mangelnde Erholungszeiten nach Entbindungen) an. Die

Häufigkeiten der (hauptsächlich degenerativen) rheumatischen Erkrankungen liegen bei den „DHP-Frauen“ – vor allem bei den Arbeiterinnen – höher. Dies kann mit den unterschiedlichen Qualitäten der Arbeitsbedingungen von Arbeiterinnen und Bäuerinnen zu tun haben: Legt man die These der restriktiven Arbeitsbedingungen bei gleichzeitig geringem Handlungsspielraum als begünstigendes Moment bei der Entstehung chronisch degenerativer Erkrankungen zugrunde, wie sie am Beispiel von weiblichen Büroangestellten in der Verwaltung untersucht wurde¹², liesse sich hier interpretieren, dass die relative Diversität der Tätigkeiten der Bäuerin für eine geringere Häufigkeit dieser Erkrankungen verantwortlich ist.

Bezüglich der Beeinträchtigung durch Beschwerden kommen die Bäuerinnen bei allen Einzelbeschwerden auf niedrigere Mittelwerte (Tabelle 3). Am geringsten sind die Unterschiede zwischen

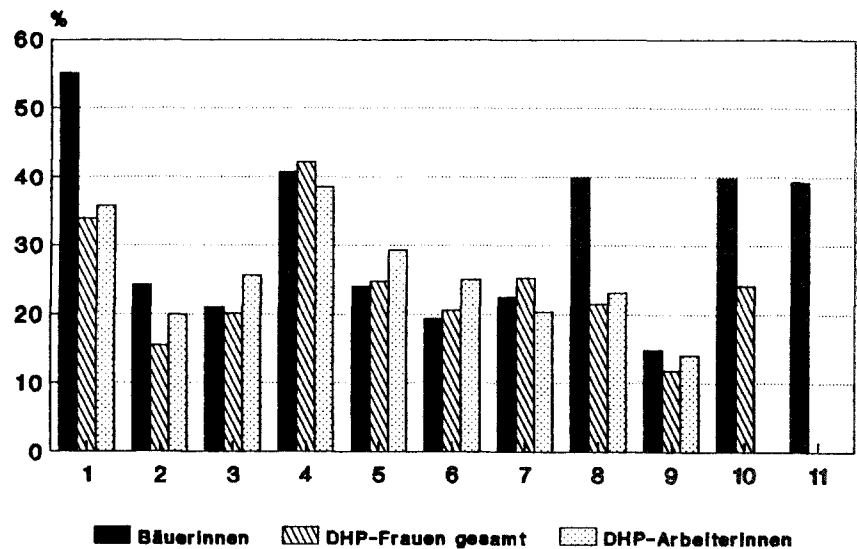


Abbildung 1. Häufigste Krankheiten – aktuelle und überstandene (in Prozent).

1 Venenleiden. 2 Durchblutungsstörungen der Beine ausser Krampfadern. 3 Hypertonie. 4 Hypotonie. 5 Gelenkleiden. 6 Bandscheibenschaden. 7 Allergien ausser Heuschnupfen. 8 Schilddrüsenerkrankungen/Kropf. 9 Behinderungen/Verkrümmungen der Wirbelsäule. 10 Ischias. 11 Gebärmuttersenkung (wurde im Rahmen der DHP-Studie nicht erhoben).

Beschwerden	BCH*	DHP
Kreuz- oder Rückenschmerzen	1,32	1,66
Nacken- oder Schulterschmerzen	0,89	1,45
Innere Unruhe	0,64	1,39
Schweregefühl in den Beinen	1,11	1,25
Reizbarkeit	0,84	1,19
Müdigkeit, Müdigkeit	1,09	1,19
Grübele	0,74	1,15
Starkes Schwitzen	0,55	1,02
Überempfindlichkeit gegen Kälte	0,50	1,01
Übermässiges Schlafbedürfnis	0,36	0,99

* altersstandardisiert.

Tabelle 3. Häufigste Beschwerden – Mittelwertvergleich: Minimum 0; Maximum 3 (Intensität bei 24 Einzelbeschwerden: „Wie stark leiden Sie unter den folgenden Beschwerden?“).

Gesundheitsstörung	BCH*	DHP gesamt	DHP Arbeiterinnen
keine	89,0	56,7	50,9
fraglich	7,0	14,5	12,9
sicher	4,0	28,0	36,3
	100,0	100,0	100,0

* altersstandardisiert.

Tabelle 4. Beschwerdeklassen nach Zerssen (in Prozent).

Letzter Arztbesuch vor	BCH*	DHP
4 Wochen	44,9	50,9
2–3 Monaten	21,9	22,4
4–12 Monaten	20,9	18,6
1–5 Jahren	12,0	6,7
mehr als 5 Jahren	0,3	0,4
	100,0	100,0

* altersstandardisiert.

Tabelle 5. Zeitpunkt des letzten Arztbesuches (in Prozent).

den beiden Stichproben bei den Einzelbeschwerden Müdigkeit/Müdigkeit und Müdigkeit in den Beinen. In der internen Verteilung fällt auf, dass in der DHP-Stichprobe die emotionalen Beschwerden „Innere Unruhe“ und „Reizbarkeit“ weiter oben in der Rangliste stehen, während in der Bäuerinnen-Stichprobe „Müdigkeit“ und „Schwere Beine/Müdigkeit in den Beinen“, die wir eher als Erschöpfungsbeschwerden interpretieren, weiter oben rangieren. Die vier häufigsten Beschwerden der Bäuerinnen Kreuzschmerzen, Müdigkeit, schwere Beine und Nacken-/Schulterschmerzen lassen sich jedoch als ein Beschwerdemuster bei körperlicher Belastung beschreiben.

Auf der anderen Seite zeigen die Beschwerden der DHP-Frauen – Angestellte, Arbeiterinnen und nichterwerbstätige Frauen – ebenfalls Prioritäten bei den Kreuz-, Nacken- und Schulterschmerzen und reagieren damit auf vermutlich ganz unterschiedliche Belastungssituationen. Der auffälligste Unterschied besteht jedoch in dem unterschiedlichen Niveau, auf dem beide Gruppen ihre Beschwerden beschreiben. Durchgehend äussern Bäuerinnen geringere Beeinträchtigung durch Beschwerden. Nach den Zerssen-Kriterien fallen nur 4% in die Kategorie der „sicheren“ Gesundheitsstörung, während die DHP-Frauen 7- (gesamt) bzw. 8mal (Arbeiterinnen) häufiger in dieser Kategorie zu finden sind (Tabelle 4). Die (empirisch bestimmte) Zuordnung von allgemeiner Beschwerdelage und manifester Gesundheitsstörung nach Zerssen wäre demnach für Bäuerinnen nicht zutreffend.

Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und Krankheitszeiten

Der letzte *Arztbesuch* liegt bei den Bäuerinnen zu einem grösseren Teil über ein Jahr zurück, während bei

Anzahl Tage	BCH*	DHP
0	82,2	87,5
1–2	8,9	10,0
3–10	6,8	5,3
11–30	1,9	1,1
	100,0	100,0

* altersstandardisiert.

Tabelle 6. Anzahl bettlägeriger Tage innerhalb der letzten 4 Wochen (in Prozent).

den DHP-Frauen der Arztbesuch in den letzten 4 Wochen überwog (Tabelle 5). Dabei ist von Bedeutung, dass die Befragungszeit der Bäuerinnenstudie in die Wintermonate fiel – eine Zeit, in der die Landwirte eher ihre Arztbesuche erledigen als im arbeitsintensiven Sommer. Konträr dazu erscheint, dass die Bäuerinnen etwas mehr bettlägerige Krankheitstage hatten als die DHP-Frauen (Tabelle 6).

Selbstbeurteilung

Die Bäuerinnen schätzen ihren Gesundheitszustand etwas weniger gut ein (Abbildung 2), fühlen sich zu einem grössten Teil durch ihren Gesundheitszustand erheblich behindert (Abbildung 3) und achten etwas weniger auf ihre Gesundheit (Abbildung 4).

Diskussion

Bäuerinnen in der kleinbäuerlichen Landwirtschaft sind Frauen mit einer hohen „Gesamtbelastung“ durch Arbeit und Arbeitsbedingungen, durch Schwangerschaften und Geburten, durch besonderen Stress infolge der Existenzkrise in der Landwirtschaft. Im Vergleich erscheinen die Bäuerinnen durch wichtige chronische Krankheiten sowie durch Bettläge-

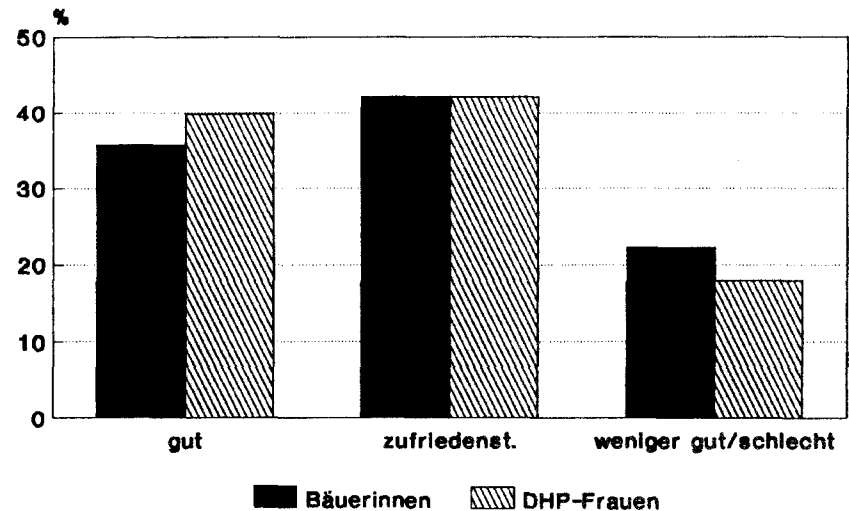


Abbildung 2. Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes.

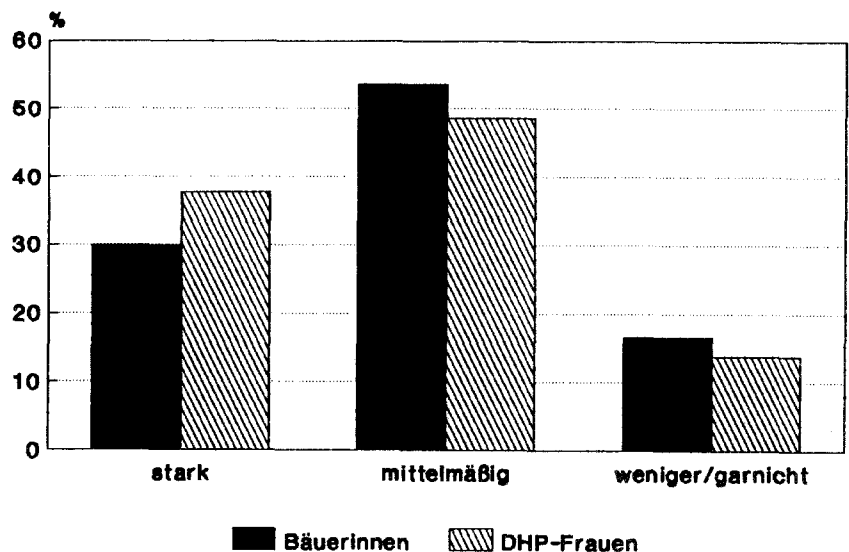


Abbildung 3. Beachtung von Gesundheit.

rigkeit stärker belastet als andere Frauen, während sie bei der Äusserung von Beschwerden und bei Arztbesuchen deutlich zurückhaltender sind. Inwiefern die Unterschiede in der Erhebungsmethodik (persönliches Interview versus Selbstausfüller) auf die Bereitschaft, Beschwerden zu äussern, Einfluss haben, lässt sich nicht überprüfen. Es ist allerdings nicht anzunehmen, dass solche Einflüsse die Unterschiede voll-

ständig erklären. Auch deutet die gleichzeitige Diskrepanz von weniger Arztbesuchen und mehr Krankheitstagen darauf hin, dass andere Gründe als methodische massgebend sind. Es ist zu fragen, ob nicht besondere Orientierungen und/oder Strategien der Bäuerinnen eine Rolle spielen. Missachten oder verdrängen Bäuerinnen körperliche Beschwerden und Symptome? Gegen eine Verdrängungsthese spräche

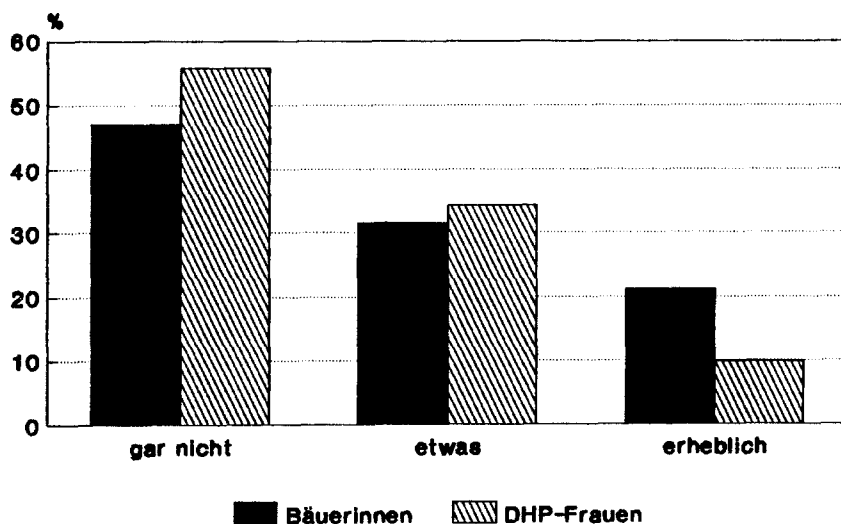


Abbildung 4. Behinderung durch den Gesundheitszustand.

jedoch die eher drastische Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes und die Behinderung durch denselben. In Expertengesprächen im Untersuchungsgebiet vertraten etliche Landärzte gar die These von der „Indolenz der Bäuerin“. Unsere These ist, dass die geringere Artikulation von Beschwerden bei den Bäuerinnen mit ihren Handlungsmöglichkeiten bzw. ihrem Handlungsspielraum im Alltag zu tun hat.

Als „extreme Durchhalteorientierung“ bezeichnen Klesse u. a. eine Haltung, die sie bei erwerbstätigen Müttern sozial benachteiligter Schichten gefunden haben.⁵ Sie beschreiben Frauen mit dieser Orientierung als stark belastet hinsichtlich Doppelbelastung durch Erwerbs- und Familienarbeit, Kinderzahl und Haushaltsgrösse, die diese Orientierung in einem frühen Lernprozess, in dem wenig Raum für die Entwicklung von Körper- und Gefühlswahrnehmung vorhanden war, als Überlebensstrategie erlernten.

Ein ähnliches Muster scheint sich bei der Bäuerin herausgebildet zu haben. Die Rationalität ihres Handelns folgt dem „Denken vom Hof

her“ (Inhetveen¹); sie hat zu tun mit der Organisation des Bauernhofes als Familienbetrieb, der Unaufschiebbarkeit der landwirtschaftlichen Tätigkeiten und den Rollenverpflichtungen der Bäuerin in allen Bereichen. In den im Rahmen der Studie durchgeführten Gruppendiskussionen und Einzelinterviews konnten mehrere Wirkungsebenen herausgestellt werden.

Erstens. Innerhalb des Handlungsraumes Bauernhof bedeutet individuelle Schonung und Erholung unter Umständen ökonomische Einbusse und/oder Mehrbelastung der anderen Familienmitglieder. Es entsteht eine paradoxe Entscheidungssituation, und bei jeder Entscheidung sind negative Effekte zu erwarten. Entscheidet sich die Bäuerin für ihre individuelle Erholung, kalkuliert sie nicht nur etwaige Einbussen und Mehrbelastung der anderen Familienmitglieder mit ein, sondern meist auch den psychischen Aufwand, den sie aufbringen muss, um diese Entscheidung gegen ihr soziales Umfeld durchzusetzen.

Zweitens. Aufgrund der hohen Arbeitsanforderungen bilden Lei-

stungsvermögen und Verantwortung das Fundament des Selbstverständnisses und des Selbstbewusstseins der Bäuerin. Dies ermöglicht einerseits ein hohes Mass an Identifikation – und ist insofern ein gesundheitsförderndes Element – andererseits schlägt dieses positive Moment leicht um in sein Gegenteil – und untergräbt als überhöhte Selbstverausgabung und Unentbehrlichkeitsgefühl die Gesundheit.

Drittens. Die hohe Bewertung von Arbeit und Leistung (hierbei spielen auch haushaltsbezogene Standards eine Rolle) – historisch entstanden auf der Basis harter bäuerlicher Lebens- und Arbeitsbedingungen – hat ein Rollenleitbild der Bäuerin erzeugt, das das schiere Gegenteil der „Klagsamkeitsorientierung“ darstellt. Das soziale Ansehen und damit auch das Selbstwertgefühl ist an die Leistungsfähigkeit gebunden. Körperliche und psychische Beschwerden stossen auf keine Akzeptanz. Diese soziale Norm scheint auch dann zu wirken, wenn eine reale Basis nicht gegeben ist, d. h. wenn potentiell Raum für Entspannung vorhanden ist. Dies ist sowohl innerhalb der Familie als auch gegenüber dem weiteren sozialen Umfeld zu beobachten.

Im Zusammenwirken dieser verschiedenen Ebenen entsteht jene besondere Form der „Durchhaltestrategie“, die körperliche Beschwerden und Missempfindungen wenig akzeptiert, Ruhe- und Erholungsphasen sowie den Rat eines Arztes weniger in Anspruch nehmen lässt.

Die Bewältigungsprobleme der Modernisierung und ihrer sozialen Folgen (Existenzkrise, Verschuldung, unsichere Zukunftsaussichten, sinkende Einkommen, sinkendes soziales Ansehen) fördern ein Festhalten an starren Mustern; Veränderungsmöglichkeiten werden wenig gesehen.

Es lässt sich also schliessen, dass die spezifischen Lebens- und Ar-

beitsbedingungen ein riskantes Gesundheitsverhalten, das ein besonderes Muster der Wahrnehmung und Bewertung von körperlichen und emotionalen Zuständen mit einschliesst, hervorbringen.

Überlegungen zur Prävention

Aufgrund seines Entstehungszusammenhanges wäre es zu kurz gegriffen, dieses riskante Gesundheitsverhalten ausschliesslich im Zusammenhang mit Gesundheit zu thematisieren. Wirksame Änderung bedeutet, auf eine Erweiterung des Handlungsspielraums der Frauen hin zu orientieren. Die Spielräume sind objektiv knapp bemessen. Um jedoch potentielle Freiräume überhaupt realisieren zu können, müssen Hemmnisse abgebaut werden. Dies hiesse zum einen, dass die Frauen ihre persönlichen Kompetenzen, die sie zur Erfüllung ihrer Rollenverpflichtungen auszuüben gewohnt sind, auszuweiten lernen in bezug auf persönliche Bedürfnisse und Rechte, auch und gerade, wenn diese in Widerspruch zu ihren Rollenverpflichtungen geraten. Dies hiesse zum anderen, soziale Unterstützung zu mobilisieren und das engere (Familie) und weitere soziale Umfeld (Dorf) in präventive Überlegungen einzubeziehen.

Eine flankierende regionenbezogene Strategie wäre darin zu sehen, den Dialog zwischen (bäuerlicher) Landwirtschaft und Gesellschaft zu fördern. Ein solcher Ansatz wäre zum einen geeignet, soziales Ansehen und Selbstbewusstsein des Berufsstandes zu stärken. Zum anderen könnte der gesellschaftliche Diskurs darüber, welche Art von Lebensmittelerzeugung gewollt wird, auf breiter Ebene geführt werden.

Die Reichweite aller präventiven Bemühungen ist freilich dadurch begrenzt, dass wichtige Weichen für die Entwicklung der gesundheitlichen Lage der Bäuerinnen nicht gesundheitspolitisch, sondern

agrarpolitisch gestellt sind. Auswirkungen der Modernisierung auf die Bauernfamilien als Erzeuger von Lebensmitteln (Zwang zur Vergrösserung, sinkende Einkommen, Stress) und Auswirkungen auf die gesamte Bevölkerung als Verbraucher von Lebensmitteln (weniger regionale Produkte, sinkende Qualität) werden nicht miteinander in Verbindung gebracht.

Wird die bäuerliche Erzeugung von Lebensmitteln nicht politisch und gesellschaftlich gefördert, so ist zu befürchten, dass sich die gesundheitlichen Probleme der Bäuerinnen durch das Verschwinden des ganzen Berufsstandes lösen werden und die Lebensmittelerzeugung vollständig agrarindustriell geschehen wird.

Summary

Specific health conditions and health risks of women farmers

Women farmers have a specific profile both of illness and of complaints, exhibiting a higher frequency of diseases than women of other occupations but, at the same time, registering fewer complaints. Women farmers tend to consider their own state of health less satisfactory than do other women but demand medical attention less readily. This seemingly contradictory picture is discussed and interpreted, taking into consideration the special situation of these women and the stress factors to which they are subjected. The results were taken from an study conducted in southern Wuerttemberg in 1990 during the course of which 775 farmer's women were questioned about their state of health.

Résumé

Les charges particulières des agricultrices et les risques spécifiques qui en découlent pour leur santé

Autant du point de vue de leurs maladies que de leur maux, les fermières présentent un profile spécifique. Bien que tombant plus fréquemment malade que d'autres femmes, celles-ci font moins part de leurs douleurs. Les agricultrices évaluent moins bien leur état de santé que d'autres femmes, mais ont moins souvent recours aux services médicaux. Cette image, au premier d'abord contradictoire, est ici discutée et interprétée par rapport aux charges et à la situation spécifique de la vie de ces femmes. Les résultats sont basés sur l'enquête sur l'état de santé des agricultrices «Gesundheitliche Situation von Bäuerinnen». Cette enquête, menée en 1990 a interrogée 775 fermières.

Literaturverzeichnis

- 1 *Inheteven H, Blasche M.* Frauen in der kleinbäuerlichen Landwirtschaft. „Wenn's Weiber gibt, kann's weitergeh'n...“. Opladen 1983. Wonneberger E, Behr M. Bäuerinnen. „Und an wem bleibt's hange? Bloss an den Frauen...“. Stuttgart 1986.
- 2 *DHP-Forum.* Berichte/Mitteilungen 1987; 1:2.
- 3 Vgl. *Becker-Schmidt R, Brandes-Erlhoff U.* et al. Arbeitsleben – Lebensarbeit. Konflikte und Erfahrungen von Fabrikarbeiterinnen, Bonn 1983. *Becker-Schmidt R.* Überforderung durch Doppelbelastung – Unterforderung durch Segregation. In: *Schneider U.* (Hg) Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung. Frankfurt New York 1981; 33–40.
- 4 *Bartholomeyczik S.* Erwerbsarbeit, Familienarbeit und Gesundheit bei Frauen. Berlin 1988.
- 5 *Maschewsky-Schneider U, Klesse R, Sonntag U.* Lebensbedingungen. Gesundheitskonzepte und Gesundheitshandeln von Frauen. In: *Stahr I, Jungk S, Schulz E.* Frauengesundheitsbildung. Grundlagen und Konzepte. Weinheim und München 1991; 22–35.
- 6 *Maschewsky-Schneider U, Greiser E, Helmert U.* Sind Frauen gesünder als Männer? *Soz Präventivmed* 1988; 173–180.
- 7 *Hoeltz J, Bormann C, Schroeder E.* Subjektive Morbidität, Gesundheitsrisiken, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Gesundheitsberichterstattung auf der Basis des 1. Nationalen Gesundheits-survey der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. *Infratest Gesundheitsforschung München* 1991; Band 1: 213, 214.
- 8 *Härtel U.* Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme medizinischer Hilfe. Ergebnisse der Münchener Blutdruckstudie. *Soz Präventivmed* 1988; 33:148–154.
- 9 *Zemp E, Ackermann-Liebrich U.* Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Gesundheitsverhalten. *Soz Präventivmed* 1988; 33: 186–192.
- 10 *Vogt I.* Frauen als Objekte der Medizin: Das Frauensyndrom. *Leviathan* 1983; 2:161–199.
- 11 *Kluitmann A.* Klagemänner, Klageweiber. In: *Frauen und Gesundheit. Psychologie Heute Special* 1989; 1:22–27.
- 12 *Hoffmeister H, Hoeltz J. u. a.* Nationaler Untersuchungssurvey und regionale Untersuchungssurveys der DHP. In: *DHP-Forum. Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Berichte/Mitteilungen* 1988; 1.

Korrespondenzadresse

Ursula Elger
 IST-GmbH
 Ed-Mann-Str. 1
 D-67280 Ebertsheim