

Herkunftsmilieus mitgebracht haben, von dem sie sich aber, aufgestiegen in ein neues Milieu, gleichzeitig distanzieren (vgl. Bourdieu 1982, Schulze 1992).

Auch Kopfschmerzen haben in den therapeutischen Erzählungen ihren Platz. Zunächst werden sie in die Vorstellung vom empfindlichen Körper eingebettet, als dessen Ausdruck hinzugezogen und mit therapeutischen Umgangsformen versehen. Das bedeutet nicht notwendigerweise eine Pathologisierung, immerhin wird aber die Grenze von gesund zu krank fließender und ist zunehmend von den Deutungen der Betroffenen abhängig. Körperliche Symptome – Kopfschmerzen gehören dazu – werden als Metaphern und Kristallisierungspunkte des Leidens verstanden und nicht (nur) als Hinweis auf Alltagsbeschwerden oder eine biomedizinisch definierte Krankheit. Sie sind Empfindlichkeiten und Idiosynkrasien, mit denen die Informanten an ihrer Identität arbeiten und an denen sich die Biografie ihres Leidens im Körper materialisiert.

Im Wechselspiel von Alltag und Besonderung werden Kopfschmerzen im therapeutisch gedeuteten Empfindungskomplex mit dem Lebensstil der Selbstverwirklichung kontextualisiert. Es ist daher zu argumentieren, dass sich mit den therapeutischen Wissensbeständen die Differenz von krank und gesund weiter lockert, wenn nicht sogar in Bezug auf Empfindlichkeitsdispositionen auflöst. Unangenehme Körperempfindungen sind zwar Teil des Alltags, aber immer auch etwas Besonderes und Hervorzuhebendes, etwas, auf das man sich festlegt und mit dem Identität behauptet wird, etwas, das pathologisierbar ist, nicht aber notwendigerweise pathologisiert wird.

Das kulturelle Skript des Therapeutischen überspielt die älteren alltagsweltlichen und alltagsmedizinischen Deutungsmuster von Kopfschmerzen und die Umgangsweisen mit ihnen. Therapeutische Umgangsformen bewirken einerseits, dass sich tradierte soziale Bindungen und gefestigte Identifikationen lockern und sich Verpflichtungen an Kollektive wie Familie und Arbeitswelt relativieren. Andererseits bilden sie den diskursiven Rahmen für das Zusammenfinden in einem eigenständigen Milieu – der Selbstverwirklichung. Darin erhalten körperliche Symptome dann ihren Tauschwert, der hier in berufliche und familiäre Karrieren eingeht. So können unter geschickter Anwendung Erfolge erzielt und Selbstoptimierung betrieben werden.

3.7 Die pathologisierten Lebensprobleme der Abstiegsbedrohten

Im vorangegangen Kapitel wurde das Ideal des flexiblen und verwirklichten Selbst der neuen Mittelklassen thematisiert. Deren Lebensentwürfe basieren auf therapeutischen Praktiken und Vorstellungen, die mittlerweile zum Alltag gehören. Die Grenze zur Pathologie ist dabei unscharf, und sie wird hin und wieder überschrit-

ten, aber man ist auf Empfindlichkeit und nicht auf Krankheit abonniert – mithilfe der Therapie geht es um die Verbesserung des Lebens im Allgemeinen.

Wenn man von Selbstverwirklichung als Norm ausgeht, so muss es davon auch Abweichungen geben, also Personen, die sich zwar verwirklichen wollen oder müssen, die daran aber scheitern oder die nicht die Ressourcen dafür besitzen. In diesem Kapitel geht es um Personen, denen der Gedanke einer Selbstverwirklichung im Sinne des therapeutischen Ideals eher fern lag, die aber aufgrund unterschiedlicher Umstände auf diesen Pfad gedrängt wurden. Die zentrale These soll dabei sein, dass diese Gruppe nicht über das kulturelle und emotionale Kapital verfügt, sich hierbei angemessen zu positionieren. Stattdessen sind sie Verlierer im Kampf um emotionale Optimierung und als Trostpreis auf wohlfahrtsstaatliche Karrieren festgelegt. Ihre Empfindlichkeiten werden mit psychopathologischen Diagnosen (z.B. chronische Schmerzen und Depression) versehen, die zur sozialstaatlichen Alimentierung führen. Die Abweichung vom Ideal des flexiblen Selbst wird durch therapeutische Praktiken sanktioniert und kontrolliert. An solchen Personen, die in unserer Studie vorwiegend auf einer akutpsychosomatischen Krankenhausstation vorgefunden wurden, zeigen sich die Risiken, die mit dem Ideal der Selbstverwirklichung verbunden sind.

Die Informantinnen und Informanten dieses Teilsamples entstammen den alten Mittelschichten, deren Orientierungen und Werten sie weiterhin verpflichtet sind. Sie arbeiten in der Regel aber in den unteren Dienstleistungssegmenten und zeichnen sich dadurch aus, dass sie ihre Empfindlichkeiten neben der Familie zu einem Großteil mit der Medizin vergesellschaften: zunächst mit der Biomedizin und im Verlauf ihrer Krankenkarriere mit der Psychosomatik. Entsprechend den Idealen der alten Mittelschicht ordnen sie ihre Empfindlichkeiten weitgehend körperlichen Belastungen zu. Die Medizin und nicht die Alltagswelt wird für sie zum zentralen Schmerzgegenüber und zur sinngebenden Instanz.

Robuste Schmerzdeutungen der Herkunftsfamilien

Unsere Informantinnen und Informanten haben ihre Schmerzen allerdings nicht immer schon medikaliert. In ihren Herkunftsfamilien herrschten robuste Körpervorstellungen des alten Mittelstands. Ein Beispiel dafür ist Herr Hendrich (45 Jahre alt, Koch), der sich daran erinnert, dass seine Kopfschmerzen in seiner Kindheit auf Anraten des Hausarztes mit Kaffee und anschließendem Schlaf behandelt wurden: »Das hat auch lange Jahre funktioniert« (5: 31). Die Mutter »hat dann auch dafür gesorgt, wenn ich in der Kindheit Migräne hatte, dass ich meine Ruhe gekriegt hab'. Die hat dann auch dafür gesorgt, dass mein Bruder leise war und kein Theater gemacht hat« (18: 19ff.). In der Familie wurden Kopfschmerzen nicht ignoriert, aber sie verursachten offenbar keine großen Verwirrungen. Man hatte sich daran gewöhnt, stellt Kopfschmerzen dar, wenn nötig, relativiert sie aber auch.

Schließlich hatte auch Herrn Hendrichs Mutter Migräne, deren Handlungsmuster ähnlich waren: »Wenn sie zu Hause war, hat sie sich halt hingelegt und um Ruhe gebeten, ja hat sie. Da hat man schon mal so deutlich mitgekriegt, dass sie mal Kopfschmerzen hat« (15: 10ff.).

Herr Hendrich führt physiologische Erklärungen für seine Kopfschmerzen an, die er auf eine Medikamentenvergiftung in der Kindheit zurückführt, »eine Art Schlaganfall« (10: 36): »Dabei is'n Großteil meines Gehirns abgestorben« (11: 4). Ebenso hält er die Allergietheorie parat, denn Kopfschmerzen setzen auch mit bestimmten Nahrungsmitteln ein, die er möglichst meidet. Zwar verstärkten sich seine Kopfschmerzen während der Trennungsphase von seiner Ehefrau, aber auch in dieser Zeit ging er nicht häufiger zum Arzt als sonst. Mit einer Umstellung der Medikation und mit einfachen Entspannungstechniken bekam er die Schmerzen nach der Trennung in den Griff. An der Arbeit allerdings hatte er, auch während dieser für ihn schwierigen Zeit, kaum Migränekopfschmerzen.

Frau Wert (56 Jahre alt, Altenpflegerin) hat ebenfalls eine robuste Schmerzeinstellung. Kopfschmerzen sind auf ihrer Arbeitsstelle üblich: »Viele klinken sich auch schon morgens vor der Arbeit Ibuprofen ein, schon prophylaktisch« (16: 32ff.). Sie lässt ihre Kopfschmerzen im kollektiven Schmerzcode ihrer Arbeit als Altenpflegerin aufgehen, die sie auf die überhitzten und ungelüfteten Zimmer der Altenheimbewohner zurückführt, insbesondere an Tagen, wenn sie geduscht werden. Unter der ständigen Zeitnot wird zudem das regelmäßige Trinken vernachlässigt. In den Kopfschmerzen, für die sie keine pathologische Statur beansprucht, drücken sich typische Belastungen der Pflegetätigkeit aus.

Aber auch mit einer vom Arzt diagnostizierten Migräne gibt es keine weitreichenden pathologischen Profilierungen. Die Triptane werden immer mal wieder weggelassen, zudem können sich Migräne und Spannungskopfschmerzen abwechseln. Wenn überhaupt, wird auf die vaskuläre Migränetheorie zurückgegriffen, die eher beiläufig und vage formuliert wird: »Dann ham sie eine Minderdurchblutung im Kopf, und das verursacht die Migräne« (12: 18f.), gibt Frau Wert ihren Arzt wieder. Sie deutet mit »Durchblutungsstörungen auch in den Augen« (13: 6) die vergangenen Migräneepisoden und erklärt sich weitere Symptome mit medizinischem Vokabular:

Das ist ›ne absolute Verkrampfung, also der Kapillaren der Augen oder der Ohren, weil dann hör' ich auch ganz schlecht in dem Moment. Und ich hab's ja hauptsächlich nur rechts. (13: 12ff.)

Unsere Informantinnen erklären sich mit der vaskulären Migränetheorie die Kopfschmerzen und beruhigen sich damit selbst. Die Vorstellungen werden aber nicht gegenüber der Familie oder den Kollegen in Stellung gebracht. Wegen der Kopfschmerzen darf die Arbeit nicht liegen bleiben. Wie Frau Wert sagt: »Ich bin ja berufstätig und bin auch oft mit Migräne zur Arbeit gefahren« (16: 10).

In der Regel konsultieren unsere Informanten wegen Kopfschmerzen, insbesondere wegen Migräne, Ärztinnen, sobald sie erwachsen geworden sind. Es ist aber typisch, dass sie sie trotz der Behandlung mit einer veralltäglichen Statur belegen, die in der Familie in erwartbare Routinen eingeht, etwa durch Rückzug aus dem häuslichen Geschehen und Appelle an Zuwendung. Für diesen Normalumgang greifen sie auf tradierte Routinen der Schmerzbewältigung in der Herkunfts-familie zurück. Kopfschmerzen werden ganz ähnlich wie im alten Mittelstand mit Alltagstheorien erklärt – etwa mit einer Fehlstellung des Nackens, mit Wetterumschwung oder einer Nahrungsmittelunverträglichkeit, bei Frauen zusätzlich mit Menstruation, Schwangerschaft und Hormonveränderung – und mit frei verkäuflichen Schmerzmedikamenten behandelt.

Diese Schmerzeinstellung lässt sich vor dem Hintergrund der Sozialisierung verstehen: Unseren Informantinnen wurde die Orientierung an Selbstdisziplin vermittelt, einem Ideal des alten Mittelstandes (vgl. Riesman 1958, Reckwitz 2017: 350-370). Die Eltern hatten einen traditionellen Lebensentwurf. Hauptverdiener war der Vater als Arbeiter, Büroangestellter, Techniker oder Selbstständiger mit kleinem Betrieb, in dem unsere Informanten als Jugendliche mitgeholfen haben. Wenn sie nicht Hausfrauen waren, arbeiteten die Mütter als Zuverdienerinnen meist in Teilzeit als Angestellte oder in den Kleinbetrieben ihrer Ehemänner. Die elterliche Ehe wird als ein Durchhalten und Durchkommen charakterisiert – auch dieses Muster nahmen unsere Informantinnen in die Gestaltung ihres eigenen Lebens auf. Sie arrangierten sich wie ihre Eltern mit dem Gegebenen und fügten sich dem Notwendigen. Die Eltern hatten durchaus Bildungsaspirationen für ihre Kinder, die allerdings keinen höheren Bildungsabschluss erworben haben. Unsere Informantinnen schlossen in der Regel die Schule mit der Mittleren Reife ab und wählten einen Ausbildungsberuf.

Lebensprobleme

Die Orientierung an Selbstdisziplin ließ unsere Informanten auch ihre Kopfschmerzen mit üblichen Alltagsmitteln ertragen. Damit unterscheiden sie sich zunächst kaum von unseren Informantinnen der anderen Teilsamples. Nun ist zu klären, unter welchen Umständen sie den Pfad der Krankheit betreten, den einige von ihnen nicht verlassen haben. Für den Beginn der Krankenkarriere, die in die Psychosomatik führte, spielten Kopfschmerzen jedenfalls kaum eine Rolle, höchstens als unwesentliches Begleitsymptom. Weil andere Erscheinungen für die Krankenkarriere im Vordergrund stehen, wird auf die Kopfschmerzen daher erst später zurückzukommen sein. Weiterhin ist anzumerken, dass eine soziologische Darstellung der Krankenkarriere ihren Startpunkt nicht dort haben kann, wo ihn die Medizin mit der Diagnose markiert. Die vorliegende Untersuchung setzt vielmehr bei den Lebenslagen der Informantinnen sowie ihren

biografischen Erfahrungen an. Es wird herauszustellen sein, dass sich ihre Ansprüche an die Krankenversorgung aus dem Zusammenspiel von Lebensentwurf, Körperverständnis und medizinischen Deutungsangeboten ergeben.

Vor der Krankenkarriere häuften sich – manchmal über mehrere Jahre hinweg – vielfältige soziale Probleme an, für die unsere Informanten irgendwann keine alltagsweltlichen Lösungen mehr fanden. Sie fühlten sich dadurch stark belastet und wurden mehr und mehr unzufrieden mit ihrem Leben. Weil die Probleme im engen Zusammenhang mit der Interpretation der Symptome, ihrer zunehmend strategischen Bedeutung und mit der darauf abgestimmten Krankenkarriere stehen, ist es notwendig, den Blick auf frühere Lebenslagen zu richten, während der Zeit, als sie noch über robuste Körpereinstellungen verfügten.

Kumulierende Lebensprobleme und der nicht zufriedenstellende Lebenssituation betreffen sowohl die Familie als auch die Arbeitsstelle. Einige Beispiele: Herr Hendrich ging nach seiner Scheidung einige kurzebigke Partnerschaften ein und ist seit acht Jahren Single. Die Arbeit als Koch wurde für ihn zum zentralen Bezugspunkt, doch wurde er damit immer unzufriedener. Er beschreibt sich selbst als »Einzelgänger« (2: 31) – Freunde scheint er kaum zu haben. Er wechselte häufig die Arbeitgeber, da er mit ihnen Schwierigkeiten hatte. Frau Peters (37 Jahre alt) konnte in ihrem Ausbildungsberuf Apothekenhelferin nicht Fuß fassen und arbeitete als Verkäuferin in einem Baumarkt. Dort verschärften sich die Arbeitsbedingungen, und das Betriebsklima verschlechterte sich durch den Einsatz von Aushilfskräften sowie den Weggang ihr lieb gewordener Kolleginnen. Von ihrer Schwiegermutter wird sie nicht anerkannt, die für ihren Sohn, den stellvertretenden Leiter eines Elektromarktes, eine Ehefrau mit einem standesgemäßer Beruf und keine einfache Verkäuferin erwartet hatte.

Frau Schaumberg (49 Jahre alt), Leiterin der Filiale einer Buchhandelskette, wurde nach Auseinandersetzungen mit dem Arbeitgeber fristlos gekündigt, sie musste dadurch ihre Hobbys und ihren luxuriösen Lebensstil aufgeben. Von ihrem Partner, eine Fernbeziehung, hatte sie sich schon vorher getrennt. Frau Wiederkopf (46 Jahre alt, Sachbearbeiterin) klagt über die hohe Arbeitsbelastung sowie das schlechte Arbeitsklima unter den Kolleginnen, was ihr Kopfschmerzen bereite. Ihr Ehemann wurde wegen Burn-out in einer Rehabilitationsklinik behandelt, ihr 17-jähriger Sohn wurde viel zu früh Vater und brach deshalb das Abitur ab. Herr Brendner (43 Jahre alt) wurde vor vier Jahren von seiner Freundin verlassen und sieht das gemeinsame Kind nur selten. Die Beziehung zu seiner neuen Freundin scheint ihn nicht zufriedenzustellen. Mit seiner Tätigkeit als teilselbstständiger Versicherungsvertreter hatte er nur wenig Erfolg. Frau Reiser (50 Jahre alt, Lagerarbeiterin) arbeitet, obwohl ausgebildete Bürokauffrau, in gering entlohten und befristeten Beschäftigungsverhältnissen in der Versandbranche, um das Einkommen für die vierköpfige Familie etwas aufzustocken. Ihr Ehemann hatte vor 15 Jahren einen Unfall und ist seither querschnittsgelähmt.

Mit ihrer Lebenssituation sind all diese Informanten nicht glücklich. Auf den Arbeitsstellen führen mangelnde Gratifikationen, beruflicher Abstieg und geringe Identifikationen mit der Tätigkeit zur Unzufriedenheit. Letzteres liegt etwa am eingeschränkten Verantwortungsbereich, an geringer Entlohnung, hohem Arbeitsaufkommen, wenig Aufstiegschancen, vermisster Solidarität vonseiten der Kollegen und Konflikten mit dem Vorgesetzten, hinzu kommen häufige Arbeitsstellenwechsel oder Zeiten der Erwerbslosigkeit. Mitunter gibt es einen beruflichen Abstieg, oder der Wiedereinstieg in die Erwerbstätigkeit nach längerer Familienpause gelingt nicht zufriedenstellend. Das zeigt sich bei denjenigen, die nicht in ihrem Ausbildungsberuf arbeiten, sondern Aushilfs- oder Anlerntätigkeiten ausüben. Die Problemkonstellation betrifft insbesondere Personen im Alter vom fünften bis zum sechsten Lebensjahrzehnt, die sich am Ende der Lebensmitte befinden und deren berufliche (aber auch familiäre) Neuorientierung schwierig bzw. nur mit hohem Aufwand zu bewerkstelligen ist. Unsere Informantinnen sind in den unteren bis mittleren Segmenten der Dienstleistungsbranche tätig, etwa als Kassiererin, Sachbearbeiterin, Arzthelferin, Büroangestellte, Vertreter oder Telefonistin, seltener in Leitungs- oder Verantwortungspositionen.

Die beruflichen Probleme strahlen ins Privatleben aus, wo man mit der Suche nach Lösungsmöglichkeiten überfordert ist, weil hier ebenfalls Spannungen und Unzufriedenheiten vorherrschen. Nicht zurechtgekommen wird etwa mit Enttäuschungen in der Partnerschaft, mit der Erziehung der Kinder, mit der Pflegebedürftigkeit der Eltern, mit unerwarteten problembehafteten Ereignissen, zusätzlichen Belastungen, ökonomischen Zwängen oder dem Aufgeben von Gewohnheiten. Unter Umständen reduzieren sich familiäre Aufgaben, etwa durch den Auszug der Kinder oder den Tod der Eltern, die bis dahin gepflegt wurden. Doch Arbeit und Anforderungen verringern sich zwar dadurch, aber eben auch Gratifikations- und Anerkennungsmöglichkeiten.

Der Ursprungsmythos der Krankenkarriere

Die Probleme in den unterschiedlichen Bereichen, Familie, Arbeit oder Zukunftsprojekte, können irgendwann nicht mehr hinreichend koordiniert werden und aggregieren zum scheinbar unauflösbar Knäuel aus Anspannung, Unzufriedenheit und Belastungen. Die herkömmlichen Gegenmittel, etwa seinem Ärger über Unangenehmes Ausdruck zu verleihen, eine Aussprache, ein paar Tage Urlaub oder eine Erholungskur, werden zwar versucht, wirken aber nicht mehr.

Vor diesem Hintergrund bringt ein Unfall, eine akute Krankheit oder eine ganz normale Behandlungsepisode das Fass zum Überlaufen. Solche Ereignisse markieren den Beginn der Krankenkarriere, die in den Dauerkrankenstand mündet. Am Beispiel der Geschichte von Herrn Hendrich soll dieser Prozess nachgezeichnet werden: Auf der letzten Arbeitsstelle eskalierten die Konflikte, als er nach einer

Zahnsanierung längere Zeit krankgeschrieben wurde. Der Arbeitgeber setzte ihn deswegen unter Druck und beschwerte sich beim behandelnden Arzt. Herr Hendrich, der nicht mit einer Zahnprothese arbeiten wollte, wurde daraufhin über mehrere Wochen weiter krankgeschrieben. Als er die Krankschreibung auf der Arbeitsstelle abgeben wollte, brach er auf dem Weg dorthin zusammen, woran er sich noch gut erinnern kann:

Je näher ich dem Laden [seiner Arbeitsstelle] kam, desto mehr haben meine Beine angefangen zu zittern. Und mir ist richtig schlecht geworden, und ich konnte da einfach nicht mehr rein. Und dann kam der große Zusammenbruch bei mir, da hab' ich mich vier Wochen total verbarradiert in meinem Zimmer. (27: 10ff.)

Ein Freund fand Herrn Hendrich weitgehend verwahrlost in dessen Wohnung vor und rief die Mutter herbei. Sie nahm sich seiner an und initiierte einen Besuch beim Arzt, der zunächst den Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik vorschlug. Das lehnte die Mutter ab. Sie kannte die Psychiatrie, in der ihr vor Kurzem verstorbener Ehemann, Herrn Hendrichs Vater, behandelt worden war. Man einigte sich schließlich auf eine Überweisung in die psychosomatische Klinik. Zum Zeitpunkt des Interviews ist Herr Hendrich acht Monate nicht mehr arbeiten gegangen. Gegen seinem Arbeitgeber läuft inzwischen ein arbeitsrechtliches Verfahren. Nach der stationären Behandlung wird er voraussichtlich wegen eines jüngst diagnostizierten Hautleidens in seinem alten Beruf nicht weiter tätig sein können. In der Klinik bahnt sich eine Partnerschaft mit einer Mitpatientin an.

Unsere Informantinnen beginnen ihre Krankenberichte in der Regel nicht mit den Unzufriedenheiten ihres Lebens, sondern erzählen von einem einzelnen krisenhaften Ereignis als Ausgangspunkt der Kopfschmerzen, manchmal handelt es sich auch um ein Ereignisbündel. Bei Herrn Hendrich ist es die vom Arbeitgeber nicht akzeptierte Krankschreibung nach der Zahnsanierung, Frau Peters bricht sich bei Haushaltstätigkeiten einen Fuß, Herr Brendner und Frau Reiser haben jeweils einen Autounfall, Frau Wert hat nach einem Reitunfall eine Schulterverletzung. In der Regel spielen hier noch keine psychischen Dispositionen mit hinein, vielmehr sind es körperliche Verletzungen, ganz normale Ereignisse, bekannte Konsequenzen von Risiken (wie dem Autofahren oder dem Reiten), auf die man sich einstellt oder von denen man schon gehört haben muss. Mitunter sind ähnliche Episoden auch schon früher im Lebenslauf vorgekommen und wurden ohne weitere Probleme gut bewältigt. Zunächst wird solchen Ereignissen mit den üblichen Reaktionen begegnet: Es tut etwas weh, man geht zum Arzt, lässt sich behandeln und wird dafür krankgeschrieben.

Kopfschmerzen spielen in diesen Erzählungen kaum eine Rolle, sie sind in der Regel zu alltäglich, sodass die Patienten ihnen keinen Wert beimessen. Im Interview präsentieren sie die auslösenden Ereignisse als plötzlichen Schnitt in ihrem Lebenslauf, als schicksalhafte Wendung, nach der sich alles ändert. Dieser

Ursprungsmythos bezüglich der Krankenkarriere teilt das Leben in zwei Hälften: das gute Leben vor Eintritt der Krankheit und das schlechte danach. Mit diesem »Lebensmärchen« (Kaufmann 1999) wird die Frage der Schuld am Krankenverlauf ausgelöscht und die Folgen rationalisiert.

Neue familiäre Arrangements

Mit den körperlichen Schädigungen und Schmerzen wird zunächst entsprechend der konventionellen Akutkrankenrolle ein Rückzug zugestanden und von der Familie mitgetragen. In der Regel handelt es sich um Unfallverletzungen, bei denen man von einer befristeten Krankheitsdauer ausgeht, typischerweise Frakturen oder Bandscheibenvorfälle. Originär chronische Krankheiten wie Krebs, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder Diabetes kommen als auslösendes Krankheitsergebnis nicht vor.

Nun finden die üblichen, mit der Krankheit eines Familienmitglieds normativ geforderten Solidarisierungen statt, was bedeutet, dass sich Angehörige einschränken, Arbeiten übernehmen, ihre Ansprüche zurückstellen und Zuwendung geben. Eine psychosomatische Krankenkarriere ist zu diesem Zeitpunkt nicht absehbar, denn zunächst wird die Behandlung in der konventionellen Biomedizin gesucht, von der sich Heilung versprochen wird.

Mit dem Rückzug entschärfen sich die angestauten Lebensprobleme: Die familiären Schwierigkeiten legen sich etwas, denn man wird ja geschont, gleichzeitig sind die Konflikte auf den Arbeitsstellen eingefroren, womit sich die Komplexität des Problemgemenges zunächst reduziert.

Mit zunehmender Dauer der Krankschreibung rutschen unsere Informantinnen langsam in eine chronische Krankenrolle hinein. Sie gewöhnen sich an den Zustand: Zu Hause wird die Krankenrolle relativiert, allerdings nie vollständig aufgegeben. Auf der Basis der Krankschreibung verselbstständigen sich gleichsam Alltagsunfähigkeit sowie die Umverteilung von Aufgaben und Rollen in der Familie. Patienten haben dennoch leichte Haus- und Familienarbeiten zu erledigen, wofür nicht zuletzt durch die Freistellung von der Erwerbsarbeit mehr Kapazitäten vorhanden sind. Wenngleich sie auf Leistungsgrenzen beharren, ist ihr Krankenstand in der Familie nicht nur akzeptiert, sondern mitunter willkommen. Es kommt sogar vor, dass das häusliche Engagement so attraktiv erscheint, dass sich die Motivation zur Erwerbsarbeit verringert. Mit der Zuwendung zum Familienleben werden Konflikte bearbeitet und weitgehend zufriedenstellende Arrangements gefunden, auch weil sich aufgrund der Anwesenheit zu Hause soziale Kontrolle ausüben lässt.

Bei diesen Arrangements, die allerdings nur einen befristeten Horizont haben, wird auf traditionelle Geschlechterrollen bzw. auf traditionelle Vorstellungen vom gemeinsamen Zusammenleben rekuriert. Das gelingt den Frauen besser, die an Identitätsentwürfen des alten Mittelstandes anschließen und sich an Zeiten orien-

tieren, in denen sie nicht erwerbstätig waren, insbesondere Schwangerschafts- und Erziehungszeiten. Die traditionellen Orientierungen werden von den Ehepartnern unterstützt (Frau Reiser, Frau Jonas) oder von den Familien, wenn für unselbstständige Familienmitglieder zu sorgen ist (Frau Peters, Frau Koch). Für Männer, für die es keine Aufgaben in den Familien gibt, wird es schwieriger: Da ohne Partnerin, bleibt Herrn Hendrich nur, sich wieder in die Obhut seiner Mutter zu begeben und die Abhängigenrolle des Sohnes einzunehmen. Herr Brendner, dessen Freundin seinen Krankenstand zu ignorieren versucht, zieht sich nicht gänzlich ins Häusliche zurück. Trotz seiner Bandscheibenprobleme spielt er weiterhin in der Altherrenmannschaft Fußball.

Die Krankheitschancen sind in der Familie auch akzeptiert, wenn andere Mitglieder ebenfalls erkrankt oder beeinträchtigt sind. Schmerzen bilden dann einen geteilten Empfindlichkeitskosmos, über den sich verständigt wird und der die Familie oder Partnerschaft stabilisiert. (Ein ähnliches Muster wurde schon im Kapitel über die Sozialberufe dargestellt.) Dabei liegen durchaus unterschiedliche Thematizierungen vor: als Schmerzkonkurrenz, wie bei Frau Wiederkopf, deren Ehemann wegen Burn-out in der Rehabilitationsklinik war, als Gegenstand von Solidarisierung wie bei Frau Reiser, deren Ehemann querschnittsgelähmt ist, oder als Aktualisierung von Geschlechterstereotypen wie bei Frau Jonas, deren Lebenspartner seine Rückenschmerzen nach einem Motorradunfall – weil er ein Mann ist, wie sie sagt – besser erträgt als sie ihre Schmerzen.

Zu Hause einrichten

Die Familie wird bei den Arbeitsplatzkonflikten eingebunden und die Lebensprobleme der Patienten im Familienverband qua Krankenrolle kollektiviert. Die familiäre Unterstützung basiert auch auf den Lohnersatzleistungen, die die Verringerung des Einkommens abfedern. In zwischenzeitlichen Arbeitsphasen können Lebensentwürfe getestet werden, etwa ob eher Weiterarbeit oder der Rückzug aus dem Arbeitsleben eine Perspektive bietet. Die Absenz vom Arbeitsplatz lässt sich allerdings nur durch eine ärztliche Diagnose erreichen, und ein Suchprozess beginnt.

Ein Beispiel dafür ist Frau Peters, die wegen eines Fußbruchs vor fünf Jahren operiert wurde, anschließend für ein Jahr zu Hause blieb und nach Entfernung der Schrauben bei Gleichstellung mit dem Behindertenstatus arbeiten gegangen ist. Nach einem halben Jahr wurde sie wieder krankgeschrieben und ist seitdem bei ruhendem Beschäftigungsverhältnis nicht mehr an den Arbeitsplatz zurückgekehrt. Zwischenzeitlich hat sie wegen ihrer Fußschmerzen insgesamt 13 Ärzte konsultiert, mit deren Behandlungsvorschlägen (u.a. eine Versteifung des Fußes) sie allerdings nicht einverstanden war. Vor zwei Jahren wurde eine weitere Operation (eine Arthroskopie) durchgeführt. Auf der Suche nach einer zufriedenstellenden

Behandlung besuchte sie vor einem Jahr in einer weiter entfernten Stadt Spezialisten, die ihr eine Teilversteifung in Aussicht stellten – allerdings gäbe es erst in zwei Jahren einen Termin für die Operation, mit der aber auch keine Schmerzfreiheit versprochen werden könne. Über die Jahre hat sich Frau Peters inzwischen mit ihrer Krankschreibung häuslich eingerichtet.

Mit der Vergesellschaftung von Krankheiten im Alltag treten Gewöhnungseffekte ein, die durch die Privilegien der Krankenrolle gestützt werden. Durch die gewährten Sonderrechte verändert sich die Perspektive, aus der die Beschwerden betrachtet werden. Die Akutphase geht in den Dauerkrankenstand über, wobei gegenüber Angehörigen und Arbeitgebern die Hoffnung auf gesundheitliche Besserung nicht aufgegeben wird. Dabei ist die Krankenrolle als Dauerzustand am Anfang überhaupt nicht intendiert, nichtsdestotrotz bietet sie eine organmedizinisch abgesicherte Legitimation für eine Pause von den Alltagspflichten in einer für die Patientinnen schwierigen Zeit.

Der Übergang zum Dauerkrankenstand wird sanft moderiert, indem die Arbeit für kurze Zeit wieder aufgenommen wird. Solche Arbeitsphasen bieten den Patientinnen und ihren Familien die Möglichkeit, die Krankheitschancen gegenüber den Gesundheitschancen abzuwägen. So können Lebensentwürfe ausprobiert werden, die entweder auf Krankheit oder auf Erwerbsarbeit beruhen. Gleichzeitig wird weiterhin in unzähligen Arztkontakten nach der richtigen Diagnose gesucht. Die verschiedenen Behandlungen schreiben sich als Markierungen in Form von Operationsnarben oder aufgrund der Einnahme von Pharmaka in den Körper ein, was die Patienten, ihre Angehörigen und Kolleginnen an die Möglichkeiten des Krankenstandes erinnert.

Auf der Suche nach Diagnosen

In der Familie sind Kranken- und Gesundenrollen entsprechend des verhandelten Leistungsvermögens als Kontinuum organisiert (vgl. Corbin und Strauss 1993), im Erwerbsbereich dagegen dichotom: Entweder man ist krank, dann gibt es einen vollständigen Dispens von der Arbeit, oder man arbeitet wieder, gilt als gesund und hat also die volle Leistungsfähigkeit zu zeigen. Der Krankenstand, der inzwischen aus Sicht der Patientinnen und ihrer Familien zunehmend auf Dauer gestellt ist, schafft seine eigenen Probleme, wenn die ärztlichen Befunde keine Dauerkrankheit legitimieren. Solange für die Symptome aber keine eindeutigen Evidenzen gefunden werden, befinden sich die Patienten und ihre Familien in einer Warteschleife mit ungewissem Ausgang, was am Fallverlauf von Frau Reiser erläutert wird. Ihre Krankenkarriere, die sie auf die psychosomatische Abteilung führte, lässt sich als Ärzteodyssee auf der Suche nach der richtigen Diagnose beschreiben:

Vor fünf Jahren hatte Frau Reiser auf dem Weg von der Arbeitsstelle einen Autounfall. Auf der Unfallstelle gab sie keine Beschwerden an, suchte aber einen Tag

später eine Amtsärztin wegen Rückenschmerzen auf, die sie als Konsequenz des Unfalls reklamierte, was diese jedoch bezweifelte. Anschließend konsultierte Frau Reiser weitere Ärzte aufgrund von Schmerzen in der Wirbelsäule, für die aber keine Diagnose gefunden wurden bzw. keine, mit der sie zufrieden war. Weder spontan noch durch Behandlung trat eine Besserung ein. Zudem wurden die Schmerzen nicht als Fall der gesetzlichen Unfallversicherung anerkannt. Frau Reiser vermutet, dass die Ärzte in ihr eine Simulantin sahen. In den folgenden Jahren hatte sie zudem eine erfolgreich operierte Schilddrüsenerkrankung, eine Restless-Legs-Diagnose, bei der sich die Neurologen des Krankenhauses, in dem sie behandelt wurde, allerdings nicht ganz sicher schienen, eine Arthrose an der Wirbelsäule sowie einen Bandscheibenvorfall. Überall versuchte sie ihre Schmerzen aus dem Wegeunfall ins Spiel zu bringen, womit die Ärztinnen aber nichts zu tun haben wollten, die sie als Fall der Berufsgenossenschaft abwiesen. Erst in einer orthopädischen Schmerzklinik werden ihre Schmerzen ernst genommen, allerdings mit einem psychosomatischen Etikett belegt, was Frau Reiser ablehnt.

Frau Reiser kann mit den gewohnten Kalkülen, die sie etwa von ihrer Migräne kennt, nicht die von ihr erwarteten Reaktionen hervorrufen. Die Ärzte bestätigen den biomedizinischen Charakter der Schmerzen aus dem Wegeunfall nicht oder nur halbherzig, weshalb sie auch in der Schmerzklinik behandelt wird. Ohne ärztliche Legitimation haben solche Patienten Schwierigkeiten, ihren Krankenstand auf der Arbeitsstelle durchzusetzen. Zudem droht in den Familien, dass sie nicht mehr als respektable Kranke gelten. Dort schenkt man ihren Schmerzen zwar zunächst Glauben, werden sie aber auf Dauer gestellt und deshalb für unangemessen gehaltene Rückzüge aus der familiären Arbeitsteilung beansprucht, wird auch hier (z.B. bei Frau Peters und Herrn Brendner) eine Übertreibung vermutet. Bis-her ist sich Frau Reiser aber der Unterstützung ihres Ehemannes sicher, der infolge seiner Querschnittslähmung über große Wissensbestände des Versorgungssystems verfügt.

Auf der Suche nach Diagnosen konsultieren Patienten mit ihren Symptomen (aber nicht wegen ihrer Kopfschmerzen, die sie für unter Kontrolle halten) immer wieder Ärzte, die allerdings nicht die erwarteten Diagnosen stellen und die gewünschten Behandlungen durchführen. Unsere Informantinnen schildern ihre Beschwerden als körperlich-distinkt und nicht als diffusen Komplex. Jede hat abgrenzbare und ganz bestimmte Lokalitäten, Ursachen, Verläufe und wird von einem anderen Spezialisten behandelt. Ärztinnen wiederum bezweifeln zwar nicht die Schmerzen, aber vermuten (da sie keine organmedizinischen Befunde ermitteln), dass Schmerzdarstellungen strategisch geleitet und übertrieben sind. Die Krankenkarrieren dieser Diagnosesammler werden dann regelmäßig als »Odysseen« beschrieben, und die Ärzte werden skeptisch, wenn, wie bei Frau Reiser, Sozialtransferleistungen geltend gemacht werden. Mit der Dauer wird der Kran-

kenstand überbeansprucht und nicht mehr von den signifikanten Anderen oder in den institutionellen Arrangements der Arbeit und der Medizin hingenommen.

Kopfschmerzen als Bollwerk

Im bisherigen Verlauf der Symptomkarriere haben Kopfschmerzen für unsere Informanten, wie erwähnt, kaum eine Rolle gespielt, da sie zu alltäglich waren, um für die Hauptgefechte um die Diagnosen ins Spiel gebracht werden zu können. Gerade aber in den Rückzugsgeschehenen kommen sie wieder ins Spiel. Dass den umkämpften Symptomen (nicht aber den Kopfschmerzen) psychische Anteile zugrunde liegen könnten, wie behauptet, finden die Patienten, die um ihre Respektabilität fürchten, indiskutabel. Sie wünschen sich eine klare somatische Diagnose, da ihnen ein Glaubwürdigkeitsverlust droht, wenn ihre Schmerzen für die Ärzte eine unklare Ursache haben oder wenn diese glauben, dass sie übertrieben dargestellt werden, weil sie hinter der Symptompräsentation strategische Kalküle der Patientinnen vermuten.

Um den Verlust an Glaubwürdigkeit abzuwenden, werden nun also die zwar schwächeren, aber immerhin ärztlich bestätigten Kopfschmerzen in Stellung gebracht, wofür der bereits vorgestellte Fallverlauf von Frau Reiser ein Beispiel ist, die ihre Migräne mit einer distinkten physiopathologischen Statur belegt. Ihr wurde vor drei Jahren eine befristete Erwerbsunfähigkeit zuerkannt, die in zwei Jahren ausläuft und die sie entfristen möchte. Sie befindet sich daher in der Defensive. Im Kampf um Diagnosen hat sie sich trotz ihrer gegenteiligen Beteuerungen in die Falle des zu vermeidenden Psychoetikets hineinmanövriert. Ihr wird unterstellt, die Schmerzdarstellung zu übertreiben, weil sie sich schon gleich zu Beginn ihrer Krankenkarriere als Fall für die Unfallversicherung bei einer Amtsärztin vorgestellt hat (wobei dieses Vorgehen versicherungsrechtlich sowohl korrekt als auch geboten war). Zudem vermuten Ärzte eine psychische Überforderung aufgrund der Verantwortung für den querschnittgelähmten Ehemann, den sie zu einer ärztlichen Konsultation mitgebracht hat. Beide Interpretationen lehnt sie ab.

Nun kommen ihre Migränekopfschmerzen ins Spiel, die vor 15 Jahren begannen. Damals waren ihre Kinder neun und zehn Jahre alt, und ihr Ehemann hatte soeben den schweren Unfall gehabt und war plötzlich gelähmt. Wegen der starken Kopfschmerzen ging Frau Reiser zum Hausarzt, der eine Migräne diagnostizierte und ihr Schmerzmittel verordnete, mit denen sie auch zufrieden ist. Sie beobachtete ihr Schmerzaufkommen genau und entwickelte elaborierte Techniken der Medikamenteneinnahme, mal mit frei verkäuflichen Schmerzmitteln, mal mit speziellen Migränemitteln: »Ich versuche, die so früh wie möglich zu nehmen, aber auch so spät wie möglich, [...] weil ich will ja, dass die [Tablette] immer, immer wirkt« (2: 21ff.). Auf diese Weise kann sie mit der Migräne gut umgehen.

Als sich Frau Reiser schließlich wegen ihrer Dauerschmerzen (aber nicht aufgrund der Migräne) in einer Schmerzkllinik aufhält, vermutet der Schmerzarzt psychische Schmerzanteile, was er damit begründet, dass die Schmerzmittel nicht wirken. Dem entgegnet Frau Reiser mit dem Hinweis auf ihre Migräne: »Und dann sag' ich immer: ›Meine Maxalt Lingua wirkt aber, Herr Doktor, es kann nicht sein, dass bei mir nichts wirkt!« (7: 3f.).

Gerade wenn Patienten um die Anerkennung ihrer Symptome kämpfen, die sie nicht mit einem psychologischen oder gar psychiatrischen Etikett belegt sehen wollen, beharren sie auch auf der somatischen Diagnose der Kopfschmerzen. Konfrontiert mit der unerwünschten Diagnose für ihre anderen Leiden, sehen sie sich in die Verteidigung ihrer Identität getrieben und fürchten um den Anspruch der Ehrenhaftigkeit ihrer Schmerzen. Die approbierten Symptomkomplexe Migräne oder Spannungskopfschmerzen werden als Verteidigungsline und Bollwerk gegen die aufgezwungene psychopathologische Umdeutung ihrer Symptome genutzt. Kopfschmerzen sind körperlich erfahrene Objekte der biografischen Kontinuierung eines immer schon gelebten Alltags, von vertrauten Selbstdeutungen, und versprechen sicheres Terrain, von dem aus sie den Anspruch auf die biomedizinische Erklärung der umkämpften Symptome behaupten.

Die im Alltag eingebüßten Kopfschmerzroutinen sind Teil einer Normalität, in der sich Empfindlichkeit, Schmerzdarstellungen, Krankheitshandeln und die Reaktionen der anderen eingespielt haben: In der Familie wird zur zuwendenden Distanz aufgefordert, aber auch, wie auf der Arbeitsstelle, das robuste Ertragen von Schmerzen demonstriert. Beim Arzt sei schließlich die Legitimität der Krankheit bestätigt worden. Auf jeder dieser Arenen – Familie, Arbeitsstelle und Medizin – werden mit unterschiedlichen eingespielten Darstellungspraktiken die gewohnten Ergebnisse und Reaktionen erzielt. Das Gewohnte der Kopfschmerzen basiert auf der Sicherheit der alltäglichen Routinen, die wiederum auf der Sicherheit der anerkannten physiopathologischen Statur basiert.

Im Alltagsstrom der anerkannten und habitualisierten Empfindlichkeiten werden den Kopfschmerzen distinkte und von anderen Symptomen abgrenzbare Qualitäten zugewiesen, wenn neue pathologisierungsfähige Beschwerden hinzutreten, deren Legitimität in Zweifel gezogen wird. Die ärztlich sowie im Alltag anerkannten Kopfschmerzsymptome schlagen sich im Empfindlichkeitskosmos als abgeschlossen gegenüber den neuen Symptomen nieder, die, wie bei Frau Reiser, nun umkämpft werden.

Ich habe jetzt auch Schmerzen, aber die sind klein, die ärgern einen richtig, die quälen einen. Aber Migräneschmerz ist ein Schmerz, der ist hammerhart, der ballert da oben rein. [...] Die anderen Schmerzen sind nicht so schlimm wie die Migräne. (16: 18ff.)

Migräneschmerzen sind zwar stark, aber stabil im Auftreten und kontrollierbar: »Die hab' ich aber im Griff« (15: 17), behauptet Frau Reiser. In der Geografie der Beschwerden, von denen viele in den letzten beiden Jahren hinzugekommen sind, nehmen die Migräneschmerzen ein solides, vor allem ein bekanntes Territorium ein, während die anderen Schmerzen, an den Füßen, an der Wirbelsäule oder an den Gelenken, instabil, proteushaft und nicht kontrollierbar sind (was sonst über die Migräne gesagt wird). Zudem repräsentiert Migräne die Fähigkeit, belastbar zu sein und auch stärkste Schmerzen ertragen zu können, womit sich Frau Reiser gegen die Anschuldigung wehrt, ihre Beschwerden zu übertreiben, und ihre moralische Integrität behauptet: Wenn sie die starken Migräneschmerzen in den Griff bekommt, dann muss sie sich selbst auch im Griff haben. Damit aber erwehrt sie sich gegen die Zumutung der Psychopathologisierung ihrer Symptome durch die Ärzte.

Das Beispiel von Frau Reiser lässt sich verallgemeinern: Die durch die Psychopathologisierung bedrohte persönliche Integrität wird damit verteidigt, dass die ungeklärten Schmerzlokalitäten (entgegen dem ärztlichen Zweifel) als distinkt und körperlich kausal geltend gemacht werden, was unsere Informantinnen durch das Vorbild der Migräneschmerzen beweisen. Migräne wird nun als eine biomedizinische Markierung ins Spiel gebracht, die durch die Einnahme von starken und neurologisch verordneten Schmerzmitteln sowie durch eindeutige und nachvollziehbare Schmerzbeschreibungen belegt ist.

Während Kopfschmerzen vor Beginn der Krankenkarriere als Alltagserscheinung mitgelaufen sind, beginnen sie nun eine privilegierte Position einzunehmen, ohne zu eskalieren. Mit dem Festhalten an bewährten Umgangsformen und Erklärungsweisen wird Normalität beansprucht, wofür Kopfschmerzen eine sichere Bank sind. Zum Beharren auf den biomedizinischen Deutungen gehört, dass Beschwerden, auch Kopfschmerzen, nicht Gegenstand der Psychologisierung sind. Symptome werden von den Patientinnen nicht als Repräsentanten psychologisch problematischer Ereignisse aufgeführt. Selbst wenn auch die Eltern Kopfschmerzen hatten, bleiben diese im Alltag und sind in den Arztkontakten kein Thema. Kopfschmerzen sind eher mit alltagsweltlichen Motiven verknüpft, die nicht durch psychologische Vorstellungen überspielt werden.

Disponible Krankheitssymptome

Kopfschmerzen können auch auf andere Weise ein Gegenstand im Kampf um die Bestätigung von Krankheitssymptomen sein. Frau Jonas (56 Jahre alt, Sachbearbeiterin) untermauert mit ihren Spannungskopfschmerzen ihre Bandscheibenvorfälle, wobei sie allerdings ihre Migräne als Spannungskopfschmerzen umdeutet. Sie hat seit dem Alter von 19 Jahren Kopfschmerzen mit Übelkeit, Erbrechen sowie Lärm- und Lichtempfindlichkeit, die ein Neurologe drei Jahre später als Migräne

diagnostizierte. Diese Diagnose stellte sie im Alter von 38 Jahren (vor 18 Jahren) infrage, als sie bei einem Neurologen eine medizinische Diagnostik (EEG, MRT) durchführen lässt. Zwar wird »ein sehr feines arterielles Gefäßsystem im Kopf« (8: 38) festgestellt – nach der vaskulären Theorie wäre das ein Hinweis auf Migräne –, für Frau Jonas ist es aber ein Grund, an der Migränediagnose zu zweifeln.

Den Hintergrund für das Infragestellen der Migränediagnose bilden die Rückenschmerzen, die vor 20 Jahren, also zwei Jahre vor der neurologischen Untersuchung, mit mehreren Bandscheibenvorfällen im Hals- und Lendenwirbel begannen. Vor zehn Jahren erfolgte die erste stationäre Rehabilitation mit dem Ergebnis, dass Frau Jonas ein Behinderungsgrad von 60 Prozent zugesprochen wurde. Die Wirbelsäulenschmerzen werden mit Infiltrationen, verschiedenen Schmerzmitteln und Physiotherapie behandelt. Frau Jonas versucht nun, die Kopfschmerzen in die Geschichte der Wirbelsäulenschmerzen einzuweben und deren Umetikettierung als Spannungskopfschmerzen herbeizuführen. Sie nimmt nämlich an, dass die Kopfschmerzen »irgendwas mit der Halswirbelsäule zu tun haben könnten« (5: 31), dass sie also anstatt einer Migräne Spannungskopfschmerzen hat, die sie im Komplex der Wirbelsäulenschmerzen verortet. Diese Interpretation weist der Orthopäde ab, der nach wie vor »eine spezielle Migräne« (5: 33) erkennt. Auch eine Gesichtsfelduntersuchung beim Augenarzt bleibt ohne zufriedenstellenden Befund. Inzwischen sind die Kopfschmerzen einem Benommenheitsgefühl gewichen, was ebenfalls konventionell als Migränesymptom gedeutet werden könnte. Aber auch dafür hat Frau Jonas einen Grund gefunden, der nicht in den Migränekomplex fällt: Die Benommenheit führt sie auf das Älterwerden zurück.

Zunächst mag es erstaunlich sein, dass Frau Jonas ihre Migräne trotz gegenteiliger ärztlicher Diagnosen als Spannungskopfschmerzen sehen will. Doch kann sie damit ihre Rückenleiden, auf das sie sich festgelegt hat, besser untermauern. Nach ihrer Rehabilitation bekam Frau Jonas nämlich aufgrund des Rückenleidens in ihrer Firma einen behindertengerechten Arbeitsplatz, der sie vor höheren Arbeitsanforderungen und einem Arbeitsplatzwechsel schützt. Die Festlegung als Rückenleidende wurde in einer zweiten stationären Rehabilitation vor drei Jahren bekräftigt. Frau Jonas sagt zwar: »Ich habe immer gern gearbeitet, arbeite immer noch gerne« (13: 10), aber diese Aussage scheint sozialer Erwünschtheit geschuldet zu sein, denn sie wird aufgrund des hohen Anforderungsniveaus immer unzufriedener mit ihrer Tätigkeit und strebt an, im Alter von 60 Jahren aufgrund der Rückenschmerzen in Frührente bei Erwerbsminderung zu gehen. Vor diesem Hintergrund ist es strategisch sinnvoll, die Kopfschmerzen als von den Rückenschmerzen abgeleitet zu sehen, womit deren Plausibilität untermauert wird.

Die Fallbeispiele zeigen, dass Krankheitssymptome durchaus disponibel sein können und dass unsere Informantinnen und Informanten versuchen, ihre Sicht gegenüber den Ärzten durchzusetzen und ihre Symptome entsprechend ihrer Kalüle und Interessenlagen in Krankheitskomplexen unterzubringen. Nichtsdesto-

trotz ist ihnen durchaus klar, dass Kopfschmerzen kein ausschlaggebendes Argument sein können. Sie haben zwar an sich eine hohe Plausibilität, aber keine solch große Durchsetzungskraft, denn sie sind die Schmerzen der kleinen Münze, die aufgrund ihrer Alltäglichkeit im gesamten Symptomkomplex nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Die abgewendete Psychiatrisierung

Nachdem ihre körperlichen Beschwerden von den Ärzten weitgehend als Übertreibungen abgewiesen wurden und die weitere Suche nach zufriedenstellenden Diagnosen nicht fruchtet, befinden sich die Patienten in einer Zwangslage. Die Fortsetzung ihres biomedizinischen Versorgungspfades ist für sie nicht mehr möglich, ebenso wenig aber die Rückkehr in den Stand der Gesundheit, nachdem sie und ihre Familien sich mit der Krankheit häuslich eingerichtet haben. Wenn Symptome aber nicht mit somatischen Diagnosen versehen werden, hat das negative Konsequenzen gegenüber Arbeitgebern und der Familie sowie gegenüber den Ärzten. Folgende Beispiele lassen sich in den Interviews finden: Arbeitgeber werden ungeduldig und nehmen Krankschreibungen nicht mehr hin (die Zahnsanierung bei Herrn Hendrich), Ärzte sehen bei fehlendem Befund keinen Sinn in einer Behandlung (bei den Rückenbeschwerden von Herrn Brendner) oder entlassen kooperationsunwillige Patienten aus der Behandlung (bei den Magenproblemen von Frau Herwig). Angehörige geben trotz anfänglicher Zuwendung ihre Solidarisierung auf, wenn sie durch die mangelnde und nur unzureichend begründete Alltagsfähigkeit das Familiengefüge in Gefahr sehen (bei der Fußverletzung von Frau Peters).

Die Lebensentwürfe dieser Befragten bauen inzwischen auf den Krankenstand und den daraus beanspruchten Privilegien sowie symbolischen und finanziellen Wohlfahrtstransfers auf. Das sind Nachteilsausgleiche beim Behindertenstatus, Lohnersatzleistungen durch Krankengeld oder befristete Berentungen aufgrund von Erwerbsminderung. Inzwischen haben sich die Beziehungen zum Arbeitgeber verschlechtert, oder unsere Informanten sind schon länger aus dem Arbeitsleben ausgeschieden. Eine Rückkehr zum Arbeitsplatz, ja überhaupt ins Erwerbsleben, erscheint ihnen daher zunächst ausgeschlossen, wenn nicht gar versperrt. Auch die familiären Arrangements haben sich weitgehend auf ihre Anwesenheit eingespielt, wenngleich die mangelnde Alltagsfähigkeit von den Angehörigen mitunter moniert wird.

Die Arrangements sind allerdings befristet und durch Ärztinnen und Gutachter jederzeit kündbar. Der Dauerkrankenstand führt in eine Dauerwarteschleife, und die Patientinnen und ihre Familien haben nun ein Interesse daran, den Zustand zu entfristen, um ihre Lebensentwürfe zu stabilisieren. Das treibt die Patienten aus mehr oder minder freien Stücken, auf ärztliches Anraten oder durch Drängen ih-

rer Angehörigen von der biomedizinischen in die psychiatrisch-psychosomatische Versorgung.

Aushandlungen, die den Einweisungen in die psychosomatische Abteilung vorangehen, sind häufig konflikthaft und bilden nach dem Unfall oder der Erkrankung, womit die Krankenkarrieren begann, einen zweiten Wendepunkt. Wenn die Patienten weiterhin unangemessen auf ihre Alltagsunfähigkeit und auf ihren Verhaltensauffälligkeiten beharren, kommt es zu einer Kaskade von Interaktionsepisoden, in denen Angehörige, Arbeitgeber oder Ärztinnen die Geduld verlieren, den Dauerrückzug anklagen und den mit der eingeschränkten Gesundheit begründeten Absenz vom Alltag anzweifeln. Unter Umständen gehen sie bei den Anstrengungen, unsere Informantinnen zu den üblichen Routinen zurückzubringen, zweckgerichtete und temporäre Bündnisse ein, die vorübergehend in die psychiatrische Versorgung führen.

Der Einstieg in die psychiatrisch-psychosomatische Versorgung wird am Beispiel von Frau Peters erläutert, die zunächst von der Familie unterstützt wird. Aufgrund ihrer Fußschmerzen vernachlässigt sie zunehmend ihre Obliegenheiten im Haushalt und in der Familie und lehnt ärztliche Behandlungsvorschläge ab, was der Ehemann nach einigen Jahren nicht mehr hinnimmt. Obwohl ein Rechtsverfahren mit der Unfallversicherung anhängig ist, auf deren Entschädigungszahlung auch der Ehemann hofft, wird dessen Geduld überstrapaziert, der die Funktionsfähigkeit der fünfköpfigen Familie bedroht sieht. Er initiiert einen klarenden Hausarztbesuch, in dem unsere Informantin mit dem Ernst der Lage konfrontiert wird. Frau Peters beharrt zunächst auf ihren Standpunkt, noch ein Jahr auf eine Operation zu warten, von der sie sich eine Teilgenesung erhofft. Damit kann sie sich aber gegenüber Ehemann und Hausarzt nicht durchsetzen und macht eine Szene, die für den Hausarzt der Anlass ist, ihr Beruhigungsmittel zu verabreichen und einen Aufenthalt in der Psychiatrie vorzuschlagen. Das wird vom wieder solidarisch auftretenden Ehepaar aber abgelehnt. Stattdessen einigt man sich auf die Überweisung an einen niedergelassenen Psychiater, der weiterhin Psychopharmaka verschreibt und mit dem die Einweisung auf die psychosomatische Abteilung vereinbart wird.

Dramatische Szenen mit medizinischen Expertinnen werden in den Krankengeschichten regelmäßig geschildert. In ihnen bestehen Patienten weiterhin auf ihrer Alltagsunfähigkeit aufgrund ihrer anerkannten somatischen Diagnosen, die sie aber aus Sicht der Ärztinnen in unzumutbarer Weise ausspielen. Wenn keine Entschärfung der Situation herbeigeführt wird, Patienten also kein Einsehen zeigen, weisen ihnen die Ärzte nicht mehr nur den Status psychisch überfordert zu (das kennen die Patientinnen bereits und haben es abgelehnt), sondern sie erhöhen den Druck und definieren unsere Informantinnen nun als psychiatrische Fälle. Hier weitere Beispiele:

Bei somatisch unklarem Befund wird in Arztkontakten regelmäßig eine psychologische Behandlung angeraten (Frau Reiser) oder gar mit der psychiatrischen Versorgung gedroht (Herr Hendrich). Es kommt zu kurzfristigen stationären Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken (Frau Wert) oder zur Konsultation eines Psychiaters (Frau Peters). Ab und an bemerken die Patienten die Drohkulisse und suchen, die Niederlage vorausschauend, freiwillig die psychiatrische oder psychologische Versorgung auf (Frau Schaumberg, Frau Wert). Regelmäßig werden jedenfalls Psychopharmaka verabreicht. Beschwerdeführer und Kläger sind in mitunter wechselnden Koalitionen Angehörige und Ärzte sowie im Hintergrund und vermittelt über das Arbeitsrecht, die Arbeitgeber.

Mit der Psychiatrisierung wird zwar der Krankenstand beibehalten (und weiterhin in der Warteschleife verblichen), allerdings auf Kosten einer größtmöglichen Stigmatisierung. Patienten laufen Gefahr, endgültig als kompetente Teilnehmer an Aushandlungen der geteilten Wirklichkeitskonstruktionen an Mitspracherecht zu verlieren, wenn ihnen der Komplettverlust ihrer Glaubwürdigkeit als Person droht. Daran sind weder sie selbst noch die anderen Beteiligten, insbesondere die Angehörigen, ernsthaft interessiert, denn in der Psychiatrie wird kaum geheilt, und die Handlungsunfähigkeit wird absehbar auf Dauer gestellt sein.

Die Psychiatrisierung ist zwar eingetroffen, allerdings eher sanft in Form von Psychopharmaka und psychiatrischen Beratungen, in denen weitgehend nur der Aspekt der Definition der Krankheit eine Rolle spielt und nicht die Gesamtperson der Patientinnen zur Disposition steht. Trotzdem drohen weitere härtere Maßnahmen und ein ungewisser und durch die Patientinnen nicht mehr kontrollierbarer Verlauf.

Auf dieser Stufe der Krankenkarriere führen unsere Informantinnen eine Entschärfung ihrer Situation herbei. In entscheidenden Aushandlungen mit Angehörigen, Ärzten und sogar dem Personal der psychiatrischen Einrichtungen beweisen sie, dass sie trotz ihrer Alltagsuntauglichkeit den Wirklichkeitskonstruktionen der anderen Beteiligten zustimmen, und beugen sich den psychologischen Deutungen ihrer Pathologien, die sie vorher abgewiesen haben. In letzter Minute wehren sie, unterstützt von ihren Angehörigen, den weiteren Gang in die Psychiatrie ab. Sie geben zu, dass ihre Ansprüche an Alltagsunfähigkeit und ihre Ansprüche an die Zuweisung somatischer Diagnosen zumindest teilweise unrealistisch sind, und kommen zur Einsicht in die wirklichen (d.h. von anderen definierten) Krankheitsdeutungen, was schnell willkommen geheißen wird. Somit lockern sich die bereits angewendeten institutionellen Zuweisungen. Dabei hilft es unseren Informantinnen, dass sie in der Regel durch ihre Krankenkarriere schon direkte und indirekte Erfahrungen mit der psychiatrisch-psychosomatischen Versorgung haben. Zudem haben einige in diesen Bereichen gearbeitet oder Bekannte, Familienangehörige oder Arbeitskollegen, die damit Kontakt hatten. Sie sind also zumindest ansatzweise mit dem Vokabular des Rechts, der Medizin und der Verwaltung vertraut

und kennen die möglichen Konsequenzen (vgl. Dellwing 2008: 162ff.). Durch die Kenntnis der Vor- und Nachteile des institutionellen Systems stimmen sie schließlich bereitwillig, aber nicht ganz freiwillig, den neuen Zuweisungen zu.

Das Spiel um die Definition ihrer Krankheit haben unsere Informantinnen damit nicht gewonnen, denn mit dem Eingeständnis der Unrechtmäßigkeit ihrer Ansprüche werden für sie nun neue Einsortierungen und neue institutionelle Vorkehrungen getroffen. Als kleineres Übel (gegenüber der Psychiatrisierung) kaufen sie die Zuweisung ihres Zustands als psychosomatische Erkrankung als Kompromiss ein. Immerhin können sie damit die Ansprüche an den somatischen Anteilen beibehalten, wenngleich diese nun durch psychologische Erklärungen ergänzt werden. Auf diesem Zugeständnis basieren die Koalitionen mit Angehörigen und den medizinischen Expertinnen, mit denen unsere Informanten die Einweisung auf die psychosomatische Abteilung hinnehmen. Zwar haben sie sich auch mit dem Abwenden der Psychiatrisierung moralische Beschädigungen einzustehen, aber sie haben zumindest die Glaubwürdigkeit ihrer Person gerettet. Sie können weiterhin den Krankenstand aufrechterhalten und befinden sich weiterhin in der Warteschleife um eine Festlegung auf einen Lebensentwurf außerhalb der Erwerbsarbeit.

In der Defensive

Ein früher Ruhestand lässt sich nur qua Invalidität erreichen, was aber seine Tücken hat. Unsere Informanten gehen von einem älteren Krankheitsmodell aus: Krankheit ist demnach körperlich, unverschuldet, kausal erklärbar, distinkt und objektiv erkennbar. Sie erwarten zudem ein paternalistisches Verhältnis zu ihren Ärztinnen. In der Medizin haben sich die Dinge aber geändert: Krankheiten sind komplexer geworden, ebenso die Behandlungsabläufe. Prinzipiell ist die Medizin zwar nicht vom szientistischen Krankheitsverständnis abgerückt, aber von den Patientinnen werden nun Selbstsorge und eigene Vorkehrungen zur Gesunderhaltung erwartet. Anstatt Anweisungen zu befolgen, sind sie aufgefordert, bei Entscheidungsfindung und Behandlung aktiv mitzuwirken. Die sprechende Medizin lädt die Ärztin-Patient-Kommunikation therapeutisch auf.

Diese Melange führt zu einem Missverständnis, in dem ein Teil der Patientinnen aus dem alten Mittelstand in eine Falle läuft. Ihre vorgebrachten Symptome, insbesondere Schmerzen, werden von den Ärzten ernst genommen, auch wenn keine Befunde vorliegen. Es gibt kaum Ärzte, die Patientinnen abweisen (während die Medizin der alten Bundesrepublik nur wenig Verständnis für die kleinen Wehwehchen aufbrachte, was aber auch von den Patientinnen akzeptiert wurde). Daher fühlen sich Letztere in ihren Ansprüchen erst einmal bestätigt und verfangen sich im medizinischen System. Aufgrund ihres Krankheitsverständnisses weisen sie allerdings die psychologisch-therapeutischen Deutungsangebote ab, die überhaupt nicht in ihrem Blickfeld liegen. Im weiteren Behandlungsverlauf kommen Ärzte an

ihre Grenzen und vermitteln die Patienten daher an die psychologisch-therapeutischen Expertinnen. Dort wollen diese zwar nicht hin, haben sich aber inzwischen auf ihre Krankheit verpflichtet. Die drohende Psychiatrisierung ist letztlich eine Kränkung der alten Mittelstandsideale.

Die von unseren Informantinnen berichteten Aushandlungen in der Familie, mit ihren Arbeitgebern und den Ärztinnen sind nicht nur von der Verteidigung ihrer angeschlagenen Identität motiviert, sie führen auch einen Kampf gegen den sozialen Abstieg. Als vorläufiges Fazit sollen dazu einige milieusozioleische Anmerkungen folgen: Unsere Informantinnen aus dem alten Mittelstand befinden sich in einer biografischen Defensive. Ihre alten Klassenstrategien des Beibehaltens vom Status quo, der Genügsamkeit, der Pflichtethik und der Selbstdisziplin geraten von zwei Seiten unter Druck: durch das aus einem Teil der alten Mittelschicht aufgestiegene mittlere Milieu der Selbstverwirklichung sowie durch die aus dem Mittelstand abgestiegene neue Unterkasse (vgl. dazu Bahl 2014, Hardering 2011, Reckwitz 2017: 350-370).

Der gesellschaftliche Wandel von der Industriemoderne zur Postmoderne zeigt sich etwa in der Flexibilisierung der Erwerbsarbeit, der Entstandardisierung des Normallebenslaufs und der Pluralisierung der Lebensformen. Mit der Individualisierung seit den 1980er-Jahren hat der alte Mittelstand seine gesellschaftliche Orientierungs- und Normierungskraft verloren, dessen Werte und Lebenspraxis keinen allgemeinen Anspruch mehr besitzen. Die Arbeits- und Lebensethik des alten Mittelstandes als Träger kollektiver Werte wird damit entwertet. Nach dem Einbüßen der ordnungsstiftenden Funktion der alten Orientierungsmuster werden neue Deutungsangebote (etwa die der Selbstverwirklichung) von einem Teil von ihnen aber auch nicht aufgenommen. Man hängt noch zu stark den alten Idealen an, hat nicht das kulturelle Kapital oder die Möglichkeiten für Bildung oder arbeitet ohnehin schon auf unsicheren Arbeitsstellen. Zudem beruht berufliche Aufwärtsmobilität durch betrieblichen Dauerstrukturwandel nicht mehr auf dem Senioritätsprinzip. Man kann sich also nicht mehr sicher sein, sich in der Firma hochzuarbeiten. Ohne einen Bildungs- oder Berufsaufstieg besteht nun die Gefahr, in die Unterkasse abzurutschen. Der soziale Status quo jedenfalls sichert in einer Gesellschaft des Dauerwandels nicht einmal mehr den erreichten Lebensstandard. Gesellschaftsdiagnosen kommen zu dem Befund, dass ein Teil des verbliebenen alten Mittelstands das Gefühl hat, nicht mehr mithalten zu können (z.B. Bude 2008, 2014).

Die typischen Bewältigungsmuster sind zumindest bei unseren Informantinnen nun nicht mehr erfolgversprechend: Das Festhalten an alten Erwartungen bedeutet letztlich, dass sie sich an den sozialen Wandel nicht anpassen können. Man hängt am Ort und am Betrieb fest und kann nicht flexibel auf Umstrukturierungen reagieren. Selbst die Selbstdisziplin, sich durchzubeissen, hilft nicht mehr. Sie ist keine Investition in einen besseren Status, sondern kann nur noch für die Vertei-

digung der Milieuidentität und im Kampf gegen den sozialen Abstieg in Anschlag gebracht werden. Neue Statusstrategien sind noch nicht entwickelt, und das alte Versprechen eines sicheren Lebens erfüllt sich nicht.

Die Identifikation mit den Geschlechtervorstellungen des alten Mittelstands führt die Frauen in unserem Sample zusätzlich in eine problematische Lage: Die nach diesem Ideal vorgesehene, ausschließlich zu Hause zu erledigende Erziehungsarbeit ist entwertet. Obwohl Emanzipation nicht angestrebt wird, gehen diese Frauen dennoch der Erwerbsarbeit nach, finden dort aber nicht Erfüllung und Anerkennung. Gleichzeitig haben sie das Gefühl, ihre Mütterpflichten nicht zu erfüllen. Hinzu kommt, dass die Kinder unter Umständen den generativen Auftrag nach Statusbehalt oder Aufstieg nicht erfüllen, wenn sie keinen höheren Bildungsabschluss erwerben – ein Manko der Erziehung, das bei den Frauen haften bleibt.

Sowohl Männer als auch Frauen können mit diesen Defiziten nicht mehr mit Stolz auf ihre Lebensleistung zurückblicken, die weder symbolisch noch materiell sichtbar wird. Übrig bleibt die Strategie, den drohenden sozialen Abstieg zumindest durch die sichere Wohlfahrtsposition eines vorgezogenen »wohlverdienten Ruhestandes« aufzuhalten – nach einem Altersbild, das schon die Eltern gelebt haben. Man war schließlich sein Leben lang fleißig, hat gearbeitet und Kinder großgezogen. Nicht alle der genannten Merkmale treffen für unsere Informantinnen und Informanten gleichermaßen zu, dennoch sind sie empirisch sichtbar.