

Die Auswirkungen der Doppelbelastung von Familie und Beruf auf das Krankheitsrisiko von Frauen

Cramm, Cathleen; Blossfeld, Hans-Peter; Drobnic, Sonja

Veröffentlichungsversion / Published Version

Arbeitspapier / working paper

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Cramm, C., Blossfeld, H.-P., & Drobnic, S. (1998). *Die Auswirkungen der Doppelbelastung von Familie und Beruf auf das Krankheitsrisiko von Frauen*. (Arbeitspapier / Sfb 186, 50). Bremen: Universität Bremen, SFB 186 Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-57552>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

**Sonderforschungsbereich 186
der Universität Bremen**

**Statuspassagen und Risikolagen
im Lebensverlauf**

**Die Auswirkungen der Doppelbelastung
von Familie und Beruf
auf das Krankheitsrisiko von Frauen**

von

**Cathleen Cramm
Hans-Peter Blossfeld
und
Sonja Drobnič**

Arbeitspapier Nr. 50

April 1998



**Die Auswirkungen der Doppelbelastung
von Familie und Beruf
auf das Krankheitsrisiko von Frauen**

von

Cathleen Cramm

Hans-Peter Blossfeld

und

Sonja Drobnič

Sonderforschungsbereich 186

und

EMPAS

Universität Bremen

April 1998

Vorwort

Im Teilprojekt B6 "Haushaltsdynamik und soziale Ungleichheit im internationalen Vergleich" wird der Zusammenhang zwischen dem Wandel von Haushaltsstrukturen und der Veränderung der Lebensläufe der individuellen Haushaltsmitglieder im Längsschnitt analysiert.

Das vorliegende Papier untersucht den Einfluß der Doppelbelastung von Familie und Berufstätigkeit auf das Krankheitsrisiko von Frauen. Auf der Grundlage einer Längsschnittanalyse wird gezeigt, daß eine Erwerbstätigkeit grundsätzlich positive Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen hat. Auch die Ehe wirkt sich positiv auf die Gesundheit von Frauen aus. Allerdings vermindert sich bei einer Doppelbelastung von Familie und Erwerbstätigkeit die Gesundheit der Frauen fast ebenso stark, wie die Erwerbstätigkeit der Frauen per se der Gesundheit förderlich ist. Bei Arbeiterinnen kann der negative Effekt auf die Gesundheit von Frauen sogar überwiegen. Die Längsschnittbetrachtung ermöglicht insgesamt aufzuzeigen, daß die Gesundheit von Frauen von einem komplexen, zeitbezogenen Bedingungsgefüge abhängt. Je nach individuellen Konstellationen, die sich im Lebenslauf immer wieder verändern können, überwiegt ein positiver oder ein negativer Gesamteffekt der Erwerbstätigkeit auf die Gesundheit von Frauen.

Aufgrund der Ergebnisse fordern die Autoren, die prinzipiell positive Wirkung einer Erwerbstätigkeit auf die Gesundheit von Frauen durch sozialpolitische Maßnahmen abzusichern. Es sind Maßnahmen nötig, die die Arbeitsbedingungen für Frauen verbessern und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erleichtern. Dazu gehört auch eine Erweiterung der Einrichtungen zur Kinderbetreuung mit angemessenen Öffnungszeiten und flexiblen Unterbringungsmöglichkeiten in der Nähe des Beschäftigungs- oder Wohnortes, die unabhängig vom Einkommen in Anspruch genommen werden können. Hilfreich wäre auch eine weitere Verbesserung der Karrierechancen von Frauen und die Einbeziehung von Männern in die Familienarbeit.

Prof. Dr. Walter R. Heinz

Sprecher des Sonderforschungsbereichs 186

1. Einleitung

Jahrzehntlang hat man sich in der Gesundheitsforschung vor allem auf Männer als Untersuchungseinheiten konzentriert. Die Ergebnisse dieser Studien wurden dann meist in der Weise verallgemeinert, daß auch für Frauen einfach Gültigkeit beansprucht wurde (Flaake/King 1992). Inzwischen hat man in der Gesundheitsforschung die Notwendigkeit erkannt, die Krankheiten von Frauen unabhängig zu untersuchen, da es große geschlechtsspezifische Unterschiede in der Morbidität und Mortalität gibt. Frauen und Männer unterscheiden sich nicht nur in der Art der Krankheiten, sondern auch in den Krankheitsverläufen. Die chronischen Erkrankungen, unter denen Männer leiden, sind häufig schwerwiegender als die von Frauen und führen auch rascher zum Tod. Dagegen leiden Frauen häufiger unter akuten Symptomen und unter psychischen oder psychosomatischen Beschwerden. Frauen sind also anders krank als Männer (Rodenstein 1984; Rodin/Ickovics 1990; Verbrugge 1990; Bilden 1991; Marschewsky-Schneider 1994; Stein-Hilbers 1994; Helfferich 1994).

Von den Medizinerinnen werden viele der heutigen Krankheiten auf Besonderheiten in den Lebensumständen und Lebensstilen der Individuen zurückgeführt. Zum Verständnis der Entstehung und des Verlaufs von Krankheiten ist deshalb eine langfristige Betrachtung von individuellen Lebensläufen unabdingbar. In Deutschland, aber nicht nur hier, weisen die Lebensläufe von Frauen heute eine Ambivalenz auf, die in dieser speziellen Form in männlichen Lebensläufen (noch) nicht auftritt. Auf der einen Seite hat sich im Zuge des Geschlechtsrollenwandels die Tendenz der Mütter und Ehefrauen zu eigener Erwerbstätigkeit und beruflicher Karriere von Geburtskohorte zu Geburtskohorte deutlich verstärkt (vgl. dazu z. B. Tölke 1989; Lauterbach 1991; Blossfeld/Hakim 1997; Drobnič 1998), auf der anderen Seite ist die Familienarbeit noch immer überwiegend im Zuständigkeitsbereich der Frauen verblieben (vgl. z. B. Keddi/Seidenspinner 1991; Nave-Herz 1992; Oberndorfer 1993; Walper 1993; Blossfeld/Drobnič/Rohwer 1997). Das heißt, moderne Frauen übernehmen heute häufig zwei Rollen (Moen 1992). Diese finden ihren Ausdruck in besonderen weiblichen Konfliktlagen, insbesondere wenn es darum geht, die Lebensbereiche Familie und Beruf in bestimmten Lebensphasen miteinander zu vereinbaren (Flaake/King 1992). Sie zeigen sich in der zunehmenden Doppelbelastung von Frauen, aber auch in noch immer vorhandenen Diskontinuitäten und Brüchen im Erwerbsverlauf von Frauen (Blossfeld/Huinink 1991; Gustafsson 1991; Blossfeld 1995a; Drobnič 1996). So treten im Lebensverlauf von Frauen immer wieder Phasen (z. B. wegen Kindererziehung oder der Betreuung pflegebedürftiger Familienangehöriger) auf, in denen sie ihre eigenen beruflichen Interessen zurückstellen (Felder/Brähler 1992) und ihre Erwerbstätigkeit unterbrechen bzw. nur Teilzeit arbeiten (Blossfeld/Hakim 1997; Kurz 1998).

Weitgehend offen ist heute die Frage nach den Einflüssen dieser typisch weiblichen Lebenskonstellationen auf das Krankheitsrisiko. In den letzten Jahren hat das Forschungsinteresse auf diesem Gebiet zwar eindeutig zugenommen, doch die meisten dieser Untersuchungen basieren nur auf Querschnittsdaten, so daß hier eine eingeschränkte Aussagekraft der Ergebnisse besteht (vgl. dazu z.B. Kessler/McRae 1982; Gove/Zeiss 1987; O'Neil/Greenberger 1994). Längsschnittuntersuchungen sind äußerst selten (vgl. dazu z.B. Waldron et al. 1982, Waldron/Jacobs 1988; Noor 1995). Soweit sie überhaupt vorgenommen wurden, greifen sie meist auf Paneldaten mit zwei, höchstens drei Erhebungswellen zurück und versuchen Veränderungen im Gesundheitszustand zwischen diesen Meßzeitpunkten beispielsweise durch die Arbeitsbedingungen in der ersten Panelwelle unter Konstanthaltung des Familienstandes zu erklären. Als herausragend kann in diesem Zusammenhang die Studie von Moen (1989) in den USA bezeichnet werden, die mit Hilfe von Paneldaten und multivariaten Analysen verschiedene Einflußfaktoren, die sowohl aus der Erwerbstätigkeit als auch aus

der Familiensituation resultieren, herausarbeitet. Um die Abbildung der Effekte von weiblichen Lebensläufen auf das Krankheitsrisiko hat sich, soweit uns bekannt ist, in Deutschland noch keine Studie bemüht. Ein großes Manko auf diesem Forschungsgebiet stellen die fehlenden Längsschnittdaten dar. Wir greifen hier auf die Deutsche Lebensverlaufsstudie (Mayer/Brückner 1989) zurück, die zwar nicht explizit zur Unterschung von Gesundheitsverläufen konzipiert wurde, aber dennoch interessante Angaben zur Krankheitsgeschichte von Frauen enthält. Damit lassen sich die Auswirkung der Doppelbelastung von Frauen in Familie und Beruf im Lebenslauf zumindest ansatzweise in zeitbezogenen Analysen aufzeigen (vgl. dazu Blossfeld/Rohwer 1995a). Mit der vorliegenden Studie möchten wir deshalb nicht nur dazu beitragen, die genannten Analysedefizite etwas auszugleichen, sondern neue Forschungsprojekte in dieser Richtung anzuregen.

Vor dem Hintergrund dieser Datenlage konzentriert sich unsere empirische Analyse auf die folgenden Teilfragen des Krankheitsrisikos von Frauen: (1) Welche gesundheitlichen Auswirkungen hat eine Doppelbelastung (Kinder und gleichzeitige Erwerbstätigkeit) bei Frauen in bestimmten Lebensphasen unter Berücksichtigung des Alters des/der Kindes/r? (2) Welchen gesundheitlichen Effekt hat die Erwerbstätigkeit der Frauen per se? (3) Welche gesundheitliche Rolle spielt die berufliche Stellung, also ob eine Frau als Arbeiterin beschäftigt ist oder einer anderen Berufsgruppe (Angestellte, Selbständige, etc.) angehört? (4) Was sind die gesundheitlichen Folgen des Umfangs der normalerweise geleisteten wöchentlichen Arbeitszeit? (5) Wie sind die gesundheitlichen Auswirkungen der Ehe an sich für die Frauen? Und schließlich (6), wie sind die gesundheitlichen Effekte des Alters der Frau bei der Geburt ihres ersten Kindes, der Anzahl der im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder und ihres Alters einzuschätzen? Kontrolliert werden in der vorliegenden Analyse weiterhin das Lebensalter der Frauen, ihre Zugehörigkeit zu einer bestimmten Geburtskohorte und ihr Bildungsniveau.

Die Arbeit ist wie folgt aufgebaut: Im nächsten Abschnitt geht es in erster Linie darum, den bisherigen Forschungsstand und die Literatur zum Thema Doppelbelastung und Gesundheit von Frauen aufzuarbeiten, um daraus unter theoretischen Gesichtspunkten Hypothesen zu formulieren. Dann werden die Datenbasis, die verwendeten Variablen und die Untersuchungsmethoden kurz beschrieben. Schließlich wird über die Ergebnisse unserer Ereignisanalyse berichtet, in der die Erwerbs- und Familienverläufe von Frauen sowie deren Gesundheitsverlauf als parallele Prozesse im Lebenslauf betrachtet werden, um damit die Zusammenhänge und Kausalitäten besser aufzeigen zu können. Am Ende der Arbeit werden sozialpolitische und methodische Schlußfolgerungen aus den Untersuchungen gezogen.

2. Forschungsstand und Hypothesen

In der Literatur wird in der Regel betont, daß *marktvermittelte Erwerbstätigkeit* im Vergleich zum Hausfrauendasein den Frauen bessere Möglichkeiten zu Sozialkontakten verschafft, die Findung einer eigenen, vom Ehemann unabhängigen Identität stützt und die ökonomische Unabhängigkeit vom Ehemann durch eigenes Einkommen fördert (Beck-Gernsheim 1980; Moen/Robinson/Dempster-McClain 1995). Eine Erwerbstätigkeit kann also Ressourcen eröffnen, die nicht nur finanzieller Natur sind. Aus einer Berufstätigkeit ergeben sich Zugänge zu Informationen und psychischen Ressourcen (Baruch/Biener/Barnett 1987; Steil/Turetsky 1987). Als wichtiger Mediator mit Blick auf die gesundheitlichen Auswirkungen einer Erwerbstätigkeit hat sich in mehreren Untersuchungen die soziale Unterstützung durch Arbeitskollegen und mit der Arbeit verbundene Netzwerke herausgestellt (Waldron/Jacobs 1988; Repetti/Matthews/Waldron 1989; Frankenhaeuser 1991; Zapf 1991; Ross/Wu

1995). Mit anderen Worten, in der Literatur dominiert generell das Bild, daß marktvermittelte Erwerbstätigkeit der Gesundheit von Frauen förderlich ist.

In ihrer Untersuchung über den Zusammenhang von Erwerbstätigkeit bei Müttern und deren Wohlbefinden zeigt Moen (1989, 1992) allerdings, daß nicht nur die Erwerbstätigkeit per se das Wohlbefinden beeinflusst, sondern daß vielmehr die jeweiligen *Arbeitsbedingungen* ausschlaggebend sind. Auch Baruch, Biener und Barnett (1987), Fuchs Epstein (1987) und Gavranidou (1993b) sehen in bestimmten Arbeitsbedingungen Gefahren für das mentale und physische Wohlbefinden von Frauen. Sie zeigen, daß die Organisation der Arbeit und die Arbeitsbedingungen im direkten Zusammenhang mit der mentalen und physischen Gesundheit der Beschäftigten steht. Berufe mit hohen psychischen und physischen Anforderungen rufen häufiger Belastungen hervor als Tätigkeiten, die weniger hektisch, monoton und anstrengend sind (Elsner 1989; Moen 1989; Repetti/Matthews/Waldron 1989; Frankenhaeuser 1991; Gavranidou 1992). Physische Anforderungen, wie körperliche, schmutzige und laute Arbeit, führen darüber hinaus zu deutlichen Ermüdungserscheinungen und können physische Schäden verursachen (z. B. Gebärmutterensenkungen durch zu schweres Heben). Derartige Tätigkeiten fallen am häufigsten in der industriellen Fertigung an, und es zeigt sich, daß sie dort besonders ausgeprägt sind, wo Frauen als un- oder angelernte Arbeiterinnen beschäftigt werden (Elsner 1989; Moen 1989; Repetti/Matthews/Waldron 1989; Gavranidou 1992). Medizinische Untersuchungen haben auch ergeben, daß Individuen mit Tätigkeiten, die nur wenig Entscheidungsfreiheit lassen und bei denen die Leistungsanforderungen sehr hoch sind - das heißt, wenn z.B. nur wenige und kurze Pausen gemacht werden dürfen oder im Akkord gearbeitet wird -, das höchste Risiko haben, an Bluthochdruck zu erkranken oder einen Herzinfarkt zu erleiden (Fuchs Epstein 1987; Repetti/Matthews/Waldron 1989; Frankenhaeuser 1991). Elsner (1989: 183) stellt dabei fest: "*Repetitive Teilarbeit im Akkord leisten fast ausschließlich Frauen.*"

Arbeitsbedingungen können umgekehrt aber auch das Wohlbefinden steigern. Von Beschäftigungsverhältnissen, die eine gewisse Entscheidungsfreiheit erlauben und die Möglichkeit freistellen, die Arbeitszeiten individuell zu gestalten, kann erwartet werden, daß sie gesundheitliche Belastungen verhindern oder zumindest abschwächen. Eine interessante Tätigkeit und die Kontrolle über die Arbeitsbedingungen tragen zur mentalen Gesundheit bei (Kessler/McRae 1982; Fuchs Epstein 1987; Moen 1989, 1992; Frankenhaeuser 1991; Zapf 1991; Noor 1995). Autonomie und Entscheidungsfreiheit werden natürlich häufiger in höheren beruflichen Stellungen eingeräumt. Allerdings ist in diesen Berufen die wöchentliche Arbeitszeit im allgemeinen weit höher als im Durchschnitt. Überstunden und die hohen Anforderungen, die der Beruf an solche Frauen stellt, können zu großem psychischen Druck führen, was wiederum negative Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen haben kann (Nauck 1987; Moen 1989, 1992; Nave-Herz 1992; Noor 1995).

Bei den Analysen von Moen (1989) kristallisiert sich allerdings nicht die fehlende Autonomie bei der *Arbeitszeitgestaltung* als der entscheidende Faktor heraus, der bei erwerbstätigen Frauen, insbesondere bei Müttern, am meisten Streß erzeugt, sondern vielmehr der Zeitaspekt generell. Der Zeitaspekt impliziert sowohl die *absolute Stundenanzahl*, die wöchentlich durch marktvermittelte Erwerbstätigkeit ausgefüllt wird, als auch die *zeitlich Lagerung der Arbeit* wie Schichtarbeit oder andere bezüglich der Familienarbeit ungelegene Arbeitszeiten. Gesundheitliche Belastungen treten häufiger bei Frauen auf, die Schichtarbeit leisten.

Die *Ehe* scheint das gesundheitliche Wohlbefinden der Frauen zu fördern, so Moen, Robinson und Dempster-McClain (1995). Dieser positive Einfluß der Ehe auf die physische und psychische Gesundheit der Frauen wird auch in einer Untersuchung von Moen, Dempster-McClain und Williams (1992) und von Stroebe und Stroebe (1991) bestätigt. Scheidung und Tod des Ehepartners haben dagegen außerordentlich negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Frauen. Gove und Zeiss (1987) zeigen darüber hinaus, daß verheiratete Frauen glücklicher sind als nicht verheiratete. Eine Erklärung wird im Fehlen einer direkten Bezugsperson bei nicht verheirateten Frauen vermutet. Verheiratete Frauen können auch eher ihre Probleme mit ihrem Partner besprechen. Sie haben eine direkte Ansprechperson, die ihnen soziale Sicherheit und Geborgenheit geben kann. Die Ehe scheint damit in der Regel als Quelle sozialer Unterstützung zu fungieren (Beck-Gernsheim 1980; Pearlin/McCall 1990; Stroebe/Stroebe 1991).

Familienarbeit, das heißt Hausarbeit und (Klein-)Kindererziehung wird heute noch überwiegend von Frauen übernommen. Die Rollenveränderung bei den Männern hat sich hier als außerordentlich träge erwiesen. Das heißt, obwohl sich in den letzten Jahrzehnten bei der marktvermittelten Erwerbsbeteiligung verheirateter Frauen ein beträchtlicher Anstieg vollzogen hat (Blossfeld/Hakim 1997), hat sich die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung in der Familie kaum geändert (z. B. Keddi/Seidenspinner 1991; Nave-Herz 1992; Oberndorfer 1993; Walper 1993; Moen 1992; Brines 1994). In allen modernen Gesellschaften ist die Mutterrolle noch immer eine allgegenwärtige Rolle für die Frauen, die durch gesellschaftliche Erwartungen an sie herangetragen wird und aus der Frauen nur unter hohen normativen Kosten aussteigen können. Auch kann sich die Frau aus der Rolle der Ehefrau wieder befreien, aus der Mutterrolle in der Regel nicht. Obwohl die Phase der Kindererziehung heute im gesamten Leben der Frau einen immer kürzeren Zeitraum einnimmt, sind mit der Mutterschaft langfristige und verbindliche Verpflichtungen verbunden (Steil/Turetsky 1987; Brüderl 1988; Moen 1989, 1992; Moen/Dempster-McClain/Williams 1992; Nave-Herz 1992).

Die gesundheitlichen Auswirkungen von *Kindern* sind allerdings vielschichtig und komplex. So kann die *bloße Tatsache eines Kindes* bereits zu gesundheitsförderlichen Lebensweisen führen, wenn die Mutter ein gutes Beispiel für ihre Kinder sein möchte (Stroebe/Stroebe 1991; Moen/Dempster-McClain/Williams 1992). Ohne Berücksichtigung des Erwerbsstatus sind Frauen, die Kinder haben, wahrscheinlich deswegen auch gesünder als Frauen ohne Kinder (Moen 1992). Nur angedeutet wird bei Moen (1992:76), daß *mehrere Kinder im Haushalt* die Mutter auch entlasten können, indem die älteren Kinder auf ihre jüngeren Geschwister aufpassen und mit ihnen spielen. Die Mutter bekommt dadurch Freiräume für andere Aktivitäten, so daß sie zumindest in einem gewissen Ausmaß ihre eigenen Interessen verfolgen kann. Beiläufig wird ein derartiger Zusammenhang auch von Gavranidou (1993b: 254f) angesprochen. Eine *große Zahl von Kindern* kann aber auch als Belastung empfunden werden. Denn je mehr Kinder zu versorgen sind, desto weniger Zeit bleibt den Müttern für ihre eigenen Belange. Die Mutterrolle rückt dann ins Zentrum des Lebens (Beck-Gernsheim 1980). Die größere Zahl der Kinder und die Zeit, die für die Betreuung, insbesondere der jungen Kinder, aufgebracht werden muß, können dann langfristig gesundheitliche Konsequenzen nach sich ziehen. Frauen, die mehr als ein Kind haben, weisen deshalb häufig auch verstärkt Ermüdungserscheinungen auf (Moen 1989; Moen/Dempster-McClain/Williams 1992). Gavranidou (1993b) hat in einer Untersuchung, die allerdings nur auf Querschnittsdaten basiert, herausgefunden, daß sich das Wohlbefinden von Frauen verschlechtert, je älter das jüngste Kind im Haushalt wird. Von diesen Frauen werden vor allem psychosomatische Beschwerden vermehrt geäußert. Gavranidou führt dies auf die zunehmenden Konflikte zwischen Eltern und Kindern in der Jugendphase der Kinder zurück.

Bei Frauen, die sich in erster Linie auf die Betreuung der Kinder konzentrieren, also keine zusätzliche Erwerbstätigkeit ausüben, wird in der Literatur häufig die Gefahr der *sozialen Isolation* gesehen. Gerade Frauen mit Kindern im Vorschulalter fehlt häufig die Verbindung zu den aktuellen gesellschaftlichen Geschehnissen, da diese Kinder besonders viel Zeit und Aufmerksamkeit verlangen (Moen 1989, 1992; Gavranidou 1992, 1993b). Frauen können so durch die familiäre Verantwortung auch daran gehindert werden, nichtfamiliäre Rollen zu übernehmen (Gavranidou 1992; Moen/Dempster-McClain/Williams 1992). Die dadurch entstehende soziale Abschottung kann für die Frauen eine große Belastung darstellen. Nicht nur das Selbstbewußtsein dürfte darunter leiden, sondern auch soziale und ökonomische Abhängigkeiten werden erzeugt. Daraus können sich negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden ergeben. Depressionen und psychosomatische Beschwerden sind häufig die Folge (Beck-Gernsheim 1980). Heutzutage wird die Gefahr der sozialen Isolation von "Nur"-Hausfrauen vor allem durch die zunehmende allgemeine Erwerbsbeteiligung verheirateter Frauen verstärkt. Die Wahrscheinlichkeit, daß Freundinnen, Nachbarinnen und Verwandte einer Erwerbstätigkeit nachgehen, hat dadurch zugenommen. Für Frauen, die sich auf die Arbeit im familialen Bereich beschränken, wächst somit die Gefahr der sozialen Isolation (Moen 1992).

In jüngster Zeit sind deswegen zunehmend die positiven Auswirkungen *multipler Rollen* auf die Gesundheit der Frauen in der Literatur herausgestellt worden. Dabei wurden verschiedene *positive Effekte der Rollenakkumulation* betont (Gove/Zeiss 1987). Eine Erwerbstätigkeit, die zusätzlich zur Familienarbeit ausgeübt wird, kann alternative Identifikationsmöglichkeiten schaffen, das Selbstwertgefühl verbessern, die Lebenszufriedenheit erhöhen sowie eine Befreiung von den Pflichten der Hausarbeit und der Verantwortung für die Kinder bedeuten (Kessler/McRae 1982; Baruch/Biener/Barnett 1987; Fuchs Epstein 1987; Gove/Zeiss 1987; Moen/Robinson/Dempster-McClain 1995). Gesundheitliche Belastungen, die aus der Einschränkung des Lebensraums der Frauen auf die "Nur"-Hausfrauenrolle entstanden sind, können so durch eine zusätzlich ausgeübte Erwerbstätigkeit reduziert werden (Moen 1989; Moen/Dempster-McClain/Williams 1992). Die Frage, ob eine zusätzliche Erwerbstätigkeit für verheiratete Frauen als Vorteil gewertet werden kann, ist allerdings nicht unumstritten. Während einige Untersuchungen keinen Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit und psychischer Gesundheit bei verheirateten Frauen feststellen konnten (Repetti/Matthews/Waldron 1989; Waldron/Jacobs 1988; Stroebe/Stroebe 1991), konnte in anderen Studien ein schwacher, aber dennoch positiver Effekt herausgearbeitet werden (Stroebe/Stroebe 1991). Der positive Effekt einer Erwerbstätigkeit bei verheirateten Frauen tritt besonders dann deutlich hervor, wenn keine minderjährigen Kinder im Haushalt leben. Für einen positiven Einfluß einer zusätzlich ausgeübten Erwerbstätigkeit spricht auch, daß durch die Technisierung im Haushalt (Waschmaschine, Spülmaschine, Staubsauger usw.) die Tätigkeit im Haushalt weniger zeitaufwendig geworden ist. Frauen, die sich also nur auf die Hausarbeit konzentrieren, können sich zunehmend unterfordert fühlen, was eine Einschränkung des Wohlbefindens zur Folge haben könnte. Eine marktvermittelte Erwerbstätigkeit würde dieser Entwicklung entgegenwirken (Beck-Gernsheim 1980; Tölke 1989: 166; Gavranidou 1992; Nave-Herz 1992).

In einer Gesellschaft, in der der Mensch nach seinem Erfolg in der Erwerbsarbeit beurteilt wird, haben Gesellschaftsmitglieder, die nicht erwerbstätig sind, nur einen niedrigen Status. Davon betroffen sind vor allen Dingen "Nur"-Hausfrauen, da die *Hausarbeit*, egal wie anstrengend sie ist, *sozial unterbewertet* wird. Die Tätigkeit einer Hausfrau in der Gesellschaft ist auch nicht als "Arbeit" angesehen. Die mangelnde soziale Anerkennung der "Nur"-Hausfrauen kann auch gesundheitlich problematisch werden. Dieser Aspekt spricht im Gegensatz zur vorangegangenen Argumentation dafür,

daß auch Mütter mit Kindern im Vorschulalter aus einer Erwerbstätigkeit Vorteile (Anerkennung; das Gefühl, etwas geleistet zu haben) ziehen können, die sich vermindern auf das Krankheitsrisiko auswirken können (Fowlkes 1987; Moen 1989; Gavranidou 1992; Nave-Herz 1992; Krombholz 1993).

Nicht nur die Möglichkeit, daß eine zusätzlich zur Familienarbeit ausgeübte Erwerbstätigkeit positive Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen hat, muß in Betracht gezogen werden, sondern auch die Möglichkeit, daß *familiale Rollen den Einfluß negativer Arbeitsbedingungen auf das Wohlbefinden von Frauen reduzieren können*. In einer Untersuchung kamen Barnett, Marshall und Singer (1992) zu dem Ergebnis, daß Veränderungen in der Qualität der Arbeit sich stärker auf die mentale Gesundheit von Frauen auswirken, wenn sie keine familialen Rollen zu erfüllen haben. Damit sind erwerbstätige Frauen gemeint, die weder verheiratet sind, noch Kinder haben. Es wird hier vermutet, daß sich Frauen, die erwerbstätig sind und gleichzeitig familiale Rollen wahrnehmen, nicht so stark in die Erwerbstätigkeit einbringen wie Frauen, die nur erwerbstätig sind. Dadurch sind jene gegenüber Veränderungen in der Arbeitsqualität weniger empfänglich. Sie finden in der Familie ihren Ausgleich. Eckenrode und Gore (1990) sowie Pearlin und McCall (1990) meinen dazu, daß die eheliche Unterstützung auf verschiedene Art und Weise Streß, der durch eine Erwerbstätigkeit hervorgerufen wird, reduzieren kann.

Frauen, die mehrere Rollen ausüben, sind glücklicher als Frauen, die nur wenige Rollen im Leben einnehmen. Zu dieser Feststellung kamen mehrere Untersuchungen (Baruch/Biener/Barnett 1987; Gove/Zeiss 1987; Verbrugge 1987; Eckenrode/Gore 1990; Barnett/Marshall/Singer 1992; Moen 1992). Fowlkes (1987) unterstreicht dabei vor allem den positiven Beitrag einer zusätzlichen Erwerbstätigkeit zur physischen und mentalen Gesundheit von Frauen im mittleren Alter.

Aber auch *negative gesundheitliche Auswirkungen* können sich *aus der Ausübung multipler Rollen* für die Frauen ergeben. Diese sollen im folgenden ebenfalls kurz aufgezeigt werden. Da sich die Organisation der Arbeit im Beschäftigungssystem noch immer an der männlichen "Normalbiographie" orientiert, müssen erwerbstätige Frauen dort meist den Mustern der Männer folgen. Da die Ehemänner aber selbst nicht im gleichen Umfang Aufgaben der Familienarbeit übernommen haben, wie die Ehefrauen sich auf dem Arbeitsmarkt beteiligen, sind hauptsächlich die Ehefrauen von der Doppelbelastung durch Familie und Erwerbstätigkeit betroffen. In fast allen fortgeschrittenen industrialisierten Ländern ist die *Arbeitsmarktstruktur auf Individuen, und zwar männliche, und nicht auf Familien ausgerichtet*. Aus diesem Grund müssen gerade Frauen in ihrem Leben Hindernisse bewältigen, die ihnen von Seiten der Arbeitsmarktpolitik und der Beschäftigungspraxis, aber auch durch soziale und kulturelle Normen entgestellt werden. Probleme bei der Suche nach geeigneten Kinderbetreuungsplätzen, unflexible Arbeitszeiten, mit einer Erwerbstätigkeit kaum zu vereinbarende Ladenöffnungszeiten oder häufig große Entfernungen zwischen Kindergarten und Arbeitsstelle machen deutlich, wie sehr marktvermittelte Erwerbstätigkeit und Familie heute in Deutschland auseinanderfallen. Aufgrund der wenig abgestimmten Strukturen von Familie und Berufswelt müssen sich junge Frauen mit zum Teil gegensätzlichen Anforderungen auseinandersetzen. Auf der einen Seite steht die Verantwortung bei der Arbeit, auf der anderen tritt die Sorge für die Familie, die nicht selten Einschränkungen hinsichtlich der Erwerbstätigkeit nach sich zieht. Vor allem Mütter mit kleinen Kindern müssen sich in modernen Gesellschaften mit dieser Doppelbelastung auseinandersetzen. Die Vereinbarkeit der gegensätzlichen Lebensbereiche von Erwerbswelt und Familie wird dabei meist allein den Frauen überlassen. Sie haben die "Vereinbarkeitsleistung" zu erbringen. Die Gesellschaft weist die Verantwortung den Frauen zu. Auf diese Weise entsteht ein sich verschärfender *Rollenkonflikt* zwischen der wachsenden marktmäßigen Erwerbsbeteiligung verheirateter Frauen und ihrer weitgehend

unveränderten traditionellen Familienrolle. Oft werden diese Rollenkonflikte in der Literatur als Ursache für psychische Erkrankungen und subjektive Befindlichkeitsstörungen gesehen (Beck-Gernsheim 1980; Wilms-Herget 1985; Moen 1989, 1992, 1994; Eckenrode/Gore 1990; Frankenhaeuser 1991; Simm 1991; Wortman et al. 1991; Felder/Brähler 1992; Flaake/King 1992; Glass/Camarigg 1992; Hagemann-White 1992; Nave-Herz 1992; Sieverding 1992; Krombholz 1993; Oberndorfer 1993; Kolip 1994a,b; Stein-Hilbers 1994; Blossfeld 1995). Dafür spricht auch, daß gerade in einem Alter, in dem die zum Teil konkurrierenden beruflichen und familiären Entscheidungen getroffen werden, die psychischen Störungen bei Frauen zunehmen (Sieverding 1992).

Auch Moen (1989, 1992) sieht in der *Lebensphase, in der Frauen kleine Kinder haben*, die größten Probleme für die Gesundheit der Frauen. Diese Phase ist für die Eltern und insbesondere für die Frauen mit großem Streß verbunden. Die Kindererziehung stellt dabei eine sehr zeitaufwendige Tätigkeit dar. Auch heute noch sind für die Betreuung und Erziehung der Kleinkinder primär die Mütter zuständig. Durch eine Erwerbstätigkeit wird die Zeit von Müttern beschränkt, so daß es hier zu Belastungen durch Zeitknappheit kommen kann. Als weitere Schwierigkeit kommt noch hinzu, daß die täglichen Aufgaben der Kinderbetreuung oftmals nicht vorhersagbar (z. B. wegen Krankheit der Kinder) und deshalb auch nur schwer planbar sind. Auch während der Arbeitszeit ist den Müttern die Verantwortung für ihre Kinder gegenwärtig. Für Frauen ergeben sich also starke Belastungen in der Phase, in der kleine Kinder zu versorgen sind (Beck-Gernsheim 1980; Fowlkes 1987; Fuchs Epstein 1987; Moen 1989, 1992; Eckenrode/Gore 1990; Pearlin/McCall 1990; Gustafsson 1991; Gavranidou 1992). Dabei dürften vor allem durch die Geburt des ersten Kindes besonders große Belastungen entstehen, da weder Erfahrungen hinsichtlich der Kindererziehung, noch mit der Kinderbetreuung, die eine Vereinbarung von Familie und Erwerbstätigkeit ermöglichen soll, vorliegen (Moen 1989; Lauterbach 1991).

Der Nutzen, den die Erwerbstätigkeit im allgemeinen für Frauen hat, dürfte bei den Müttern mit kleinen Kindern demnach weit geringer sein. Zeitdruck, Angst den gegensätzlichen Anforderungen beider Rollen nicht gleichzeitig zu genügen und die Gefahr der Arbeitsüberlastung sind bei Müttern, besonders von Kindern im Vorschulalter, größer als bei Frauen mit älteren Kindern oder Frauen ohne Kinder (Beck-Gernsheim 1980; Kessler/McRae 1982; Baruch/Biener/Barnett 1987; Nauck 1987; Eckenrode/Gore 1990; Moen 1989, 1992; Nave-Herz 1992).

Insbesondere eine frühe Mutterschaft kann zu Streß und gesundheitlichen Problemen führen. So wird zunächst berichtet, daß Frauen, die ihr *erstes Kind* in einem *relativ jungen Alter* bekommen, generell anfälliger gegenüber psychischem Streß sind. *Etwas ältere Frauen* scheinen bei der Erstgeburt einen Vorteil zu haben. Sie zeigen in der Regel weniger Streßsymptome (Steil/Turetsky 1987; Moen 1992). Moen (1989) stellte in ihren Analysen z.B. fest, daß erwerbstätige Mütter eher Wohlbefinden äußern, wenn sie erst später Mutter geworden sind und eine kleine Familie haben. Der Wunsch nach einer Mutterschaft läßt sich, vor allem aus medizinischen Gründen (Risikoschwangerschaft), aber nicht unbegrenzt aufschieben, wodurch die Frauen wiederum unter Zeitdruck hinsichtlich ihrer Entscheidung geraten können (vgl. dazu Blossfeld/Huinink 1991; Moen 1992; Nave-Herz 1992). Anzunehmen ist schließlich, daß *Frauen, die bei der Erstgeburt schon älter sind*, Kinder wieder häufiger als Streß erfahren, so daß sich eigentlich nur für Frauen im mittleren Alter eine entspanntere Situation ergeben dürfte.

Häufig werden in der Literatur *Teilzeitbeschäftigungen* als entlastend für Mütter mit kleinen Kindern beschrieben, da sie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleichtern. Es ist deshalb nicht

verwunderlich, daß der Wunsch nach mehr Teilzeitbeschäftigungen in erster Linie von Frauen mit Kindern geäußert wird (Baruch/Biener/Barnett 1987; Moen 1992; Nave-Herz 1992; Gavranidou 1993b; Blossfeld/Rohwer 1997). Aus mehreren Studien geht jedoch hervor, daß Teilzeitbeschäftigungen nicht immer eine Entlastung für Frauen darstellen, da gerade Teilzeit beschäftigte Frauen kaum Hilfe von ihren Ehemännern im Haushalt bekommen. Dadurch arbeiten Teilzeit beschäftigte Frauen im Endeffekt mindestens ebenso viele Stunden in der Woche (wenn man die Stunden der Hausarbeit hinzurechnet) wie Vollzeit beschäftigte Frauen (Schupp 1991; Nave-Herz 1992). Eine Entlastung durch Teilzeitbeschäftigungen ist deshalb zumindest zweifelhaft. Unter Berücksichtigung der oftmals nachteiligen Arbeitsbedingungen von Teilzeitbeschäftigungen (z. B. unregelmäßige Arbeitszeiten, ungenügende bzw. keine soziale Absicherung, einfache und monotone Tätigkeiten) ist offen, ob die im Zusammenhang mit der Doppelbelastung von Familie und Beruf erwarteten Vorteile einer Teilzeitbeschäftigung für die Gesundheit auch tatsächlich eintreten (Herold/Waldron 1985; Nauck 1987; Waldron/Jacobs 1988; Elsner 1989). Zudem betont Moen (1992), daß Teilzeitbeschäftigungen die ökonomische Abhängigkeit vom Ehemann oder, bei alleinerziehenden Müttern, die Abhängigkeit von staatlichen Unterstützungen nicht auflösen können.

Daß die *Arbeitszeit* dennoch in direkter Beziehung zu Rollenüberlastungen und Rollenkonflikten steht, wird bei Frauen deutlich, die stark an einer beruflichen Karriere interessiert sind. Je mehr Zeit in die berufliche Entwicklung investiert wird, desto weniger Zeit bleibt für die Kinder und die Familie. Diese Frauen leiden stark unter Rollenkonflikten und Rollenüberlastungen (Moen 1992). Nicht ganz unbeteiligt daran ist die fehlende Flexibilität hinsichtlich der Arbeitszeiten, die in den Beschäftigungssystemen moderner Gesellschaften derzeit noch vorherrschen (Frankenhaeuser 1991; Wortman et al. 1991; Moen 1992). Im übrigen sind Frauen, die weniger qualifizierte Beschäftigungen ausüben (z.B. Fabrikarbeiterinnen) stärker durch eine Doppelbelastung gefährdet. Ihnen fehlt meistens der finanzielle Rahmen, um Aufgaben im Haushalt oder bei der Kinderbetreuung an andere Personen (Kindermädchen, Haushaltshilfe, usw.) delegieren zu können. Sie sind mehr als Frauen in höheren Positionen, die sich eine derartige Unterstützung finanziell eher leisten können, dazu gezwungen, die Familienarbeit alleine zu bewältigen bzw. auf Verwandtschaftshilfe zurückzugreifen (Beck-Gernsheim 1980). Hinzu kommen bei Frauen mit niedrigerem beruflichen Status die meist schlechteren Arbeitsbedingungen, die die Gesundheit ebenfalls gefährden.

Ähnliche Schwierigkeiten haben *alleinerziehende Mütter*. Mangelnde Kinderbetreuungseinrichtungen nehmen diesen Frauen häufig die Möglichkeit, eine Vollzeitbeschäftigung aufzunehmen. Hinzu kommt, daß die Zahlungen, die für die Kinder geleistet werden (z.B. Kindergeld oder Sozialhilfe von staatlicher Seite bzw. Unterhaltszahlungen des Kindsvaters) in der Regel nicht ausreichen, um im Lebensstandard mit vergleichbaren Haushalten mithalten zu können. Der zeitliche Druck und Streß, Kindererziehung und Erwerbstätigkeit miteinander zu vereinbaren, kann die physische und psychische Gesundheit dieser Frauen gefährden (Moen 1992).

Zusammengefaßt: Es gibt sowohl positive als auch negative Aspekte einer Verbindung von marktvermittelter Erwerbstätigkeit und Familienarbeit. Daraus ergeben sich die folgenden sieben Hypothesen, die wir in der folgenden empirischen Längsschnittanalyse genauer untersuchen wollen:

1. Insgesamt sollte sich die Erwerbstätigkeit an sich positiv auf die Gesundheit der Frauen auswirken. Eine Erwerbstätigkeit bietet den Frauen soziale Anerkennung, der Handlungsspielraum wird erweitert und ein Ausgleich zur Familienarbeit wird geschaffen.

Erwerbstätige Frauen haben bessere Chancen am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Die gesellschaftliche Integration ist damit eher gewährleistet als bei "Nur"-Hausfrauen. Dadurch sollte das Wohlbefinden gesteigert und das Krankheitsrisiko gesenkt werden.

2. Falls eine Frau mit mindestens einem Kind unter 6 Jahren erwerbstätig ist, dann sollte dies das Krankheitsrisiko erhöhen. Denn gerade die Erziehung von Kindern im Vorschulalter erfordert viel Zeit, Energie und Aufmerksamkeit. Die Koordinierung von Erwerbstätigkeit und Familienarbeit stellt vor allem in der Bundesrepublik bei Kindern im Vorschulalter ein Problem dar, weil nicht genügend Kindertagesplätze vorhanden sind. Die Verantwortung und Organisation der Kinderbetreuung während der Arbeitszeit bleibt meist der Mutter überlassen. Dies dürfte zu Stress und Überlastungen führen. Demzufolge sollte das Krankheitsrisiko in dieser Lebensphase steigen.
3. Frauen, die als Arbeiterinnen beschäftigt sind, sollten wegen der meist schlechteren Arbeitsbedingungen einem höheren Krankheitsrisiko ausgesetzt sein. Die Tätigkeiten von Arbeiterinnen liegen meistens im industriellen Bereich. Schlechte physische Arbeitsbedingungen, wie Lärm, Schmutz und extreme Temperaturen, tragen hier zu einer Gesundheitsgefährdung bei. Außerdem sind Frauen, die Arbeitertätigkeiten ausführen, in der Regel als un- oder angelernte Arbeitskräfte beschäftigt. Monotone und einseitige Bewegungsabläufe bestimmen den Arbeitsalltag. Damit kann es leicht zu einer Überlastung von stark beanspruchten Körperteilen kommen. Das Krankheitsrisiko sollte damit in diesen Beschäftigungsverhältnissen höher sein.
4. Je höher die wöchentliche Arbeitszeit ist, desto größer sollte auch das Krankheitsrisiko der Frauen sein. Frauen mit einer hohen wöchentlichen Stundenzahl geraten schneller unter psychischen Druck. Gerade wenn Kinder zu versorgen sind, kann eine zusätzlich ausgeübte Erwerbstätigkeit mit hoher wöchentlicher Arbeitszeit Zeitkonflikte hinsichtlich der Vereinbarung von Familie und Erwerbstätigkeit nach sich ziehen. Bei diesen Frauen ist im besonderen Maße ein Anstieg der Stresssymptome und ein erhöhtes Krankheitsrisiko anzunehmen.
5. Verheiratete Frauen sollten ein vermindertes Krankheitsrisiko haben. Denn die Ehe stellt in den meisten Fällen eine feste zwischenmenschliche Beziehung dar. Obwohl natürlich auch die Qualität der Ehe eine Rolle spielen dürfte, bietet die Ehe an sich eine wichtige Form sozialer Unterstützung. Deshalb ist bei verheirateten Frauen ein geringeres Krankheitsrisiko zu erwarten als bei nicht verheirateten Frauen.
6. Mit Blick auf die Stärke des Rollenkonflikts von Familie und Beruf sollte der Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes im Lebensverlauf von Frauen eine große Rolle spielen. Falls eine Frau die Geburt ihres ersten Kindes solange aufschiebt, bis sie sich im Berufsleben eine gesicherte Position erarbeitet hat, dann sollte das Krankheitsrisiko geringer sein, als wenn sich die Geburt des ersten Kindes in der Phase des Karriereaufbaus ereignet. Andererseits bringt eine späte Schwangerschaft auch größere gesundheitliche Risiken mit sich (Risikoschwangerschaft). Aus diesen Gründen ist ein U-förmiger Verlauf des Krankheitsrisikos in bezug auf das Lebensalter bei der Geburt des ersten Kindes zu vermuten.

7. Je mehr Kinder im Haushalt leben, desto größer sollte das Krankheitsrisiko für die Frauen sein. Da die Frauen auch heute noch fast ausschließlich für die Kinderbetreuung und -erziehung zuständig sind, dürften mit der Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder die Anforderungen an die Frauen steigen. Streßsituationen und Überforderungen sollten deswegen bei Frauen mit mehr als zwei Kindern häufiger auftreten als bei Frauen mit nur einem oder zwei Kindern. Außerdem steigt die Gefahr der sozialen Isolation mit der Kinderzahl, weil die Frauen anderen Interessen dann immer weniger nachgehen können und ihre Teilnahme am gesellschaftlichen Leben stark eingeschränkt wird. Dies dürfte für die Frauen eine große Belastung darstellen, die das gesundheitliche Wohlbefinden negativ beeinflussen sollte.

Bei der Untersuchung dieser Hypothesen müssen allerdings noch die Einflüsse weiterer wichtiger Faktoren auf das Krankheitsrisiko von Frauen kontrolliert werden. Das *Bildungsniveau* wird als Proxy-Variable für das Wissen über die Gesundheit und das Gesundheitsbewußtsein verwendet. Frauen mit einem höheren Bildungsniveau sollten eher ein gesundheitsdienliches Verhalten an den Tag legen als Frauen mit einem niedrigeren Bildungsniveau (Moen/Dempster-McClain/ Williams 1992).

Ebenso muß in einer Längsschnittanalyse der *historische Kontext* kontrolliert werden, indem man aufeinander folgende Geburtskohorten unterscheidet. Der gesellschaftliche Kontext umfaßt nicht nur gesellschaftliche Normen und Erwartungen, die an Frauen zu unterschiedlichen Zeitpunkten der gesellschaftlichen Entwicklung gerichtet werden, sondern auch Differenzen in den Arbeitsmarktchancen. Hier sind deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Geburtskohorten (1929-31, 1939-41 und 1949-51) der Lebensverlaufsstudie zu vermuten. Es haben sich Veränderungen in den Orientierungen (Blossfeld/Hakim 1997) und einschneidende ökonomische Entwicklungen vollzogen (Blossfeld/Hakim 1997). Auch hinsichtlich der Morbidität spielen *Kohorteneffekte* eine große Rolle. So ist die Lebensqualität immer mehr angestiegen. Die älteren Kohorten mußten im Vergleich zu den jüngeren Kohorten mit einer über längere Zeit andauernden Unterversorgung aufgrund des Zweiten Weltkrieges zurecht kommen. Daraus können gesundheitliche Beeinträchtigungen resultieren, die sich auch erst im späteren Lebensverlauf äußern können (Voges & Schmidt 1996). Aus all diesen Gründen ist die Kontrolle der *Kohorteneffekte* bei einer Analyse des Krankheitsrisikos von Frauen unerlässlich. Neben den Kohorteneffekten, muß natürlich auch das *Lebensalter* zeitbezogen kontrolliert werden. Denn mit zunehmendem Alter der Frauen ist ein Anstieg des Krankheitsrisikos zu vermuten.

Kontrolliert werden muß schließlich auch noch der Einfluß, den *Schwangerschaft und Geburt an sich* auf das Krankheitsrisiko der Frauen haben. Sowohl körperliche wie auch psychische Veränderungen vollziehen sich in der Schwangerschaft und unmittelbar nach der Geburt. Nicht selten werden in der Schwangerschaft und kurze Zeit nach der Geburt gehäuft Depressionen bei Frauen festgestellt (Brüderl 1988; Stein 1994).

3. Datenbasis, Methoden und Variablen

Die Datengrundlage für die hier vorgelegte empirische Analyse stellt die Deutsche Lebensverlaufsstudie des Berliner Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung und des Sonderforschungsbereichs 3 der Universitäten Mannheim und Frankfurt a. M. dar (Mayer 1989; Mayer & Brückner 1989). Für die vorliegende Analyse wurden die Lebensverläufe der Frauen aus den Geburtsjahrgängen 1929-31, 1939-41 und 1949-51 untersucht. Hinsichtlich der Kohortenzugehörigkeit und der räumlichen Verteilung auf

die ehemalige Bundesrepublik (nur Westdeutschland, einschließlich West-Berlins) ist die Repräsentativität gewährleistet (vgl. dazu auch Blossfeld 1989b; Becker 1991: 122f).

Insgesamt wurden in der Lebensverlaufsstudie bei den Kohorten 1929-31, 1939-41 und 1949-51 2171 Personen interviewt, davon 1082 Frauen (Brückner 1989; Becker 1991: 122; Lauterbach 1991: 26). Die Interviews wurden im Zeitraum von Oktober 1981 bis Mai 1983 durchgeführt (Brückner 1989; Becker 1991: 123). In die Analysen wurden nur Frauen einbezogen, die bereits einen eigenen Haushalt gegründet hatten, sowie diejenigen, die keine Behinderung aufwiesen bzw. nicht bereits seit der Geburt krank waren. Weiterhin wurden Frauen, bei denen bereits vor der Gründung eines eigenen Haushalts das Ereignis 'Krankheit' eingetreten war und diese Krankheit bis zum Befragungszeitpunkt andauerte, aus der Analyse ausgeschlossen. Nach dieser Selektionen, bestand die Grundgesamtheit aus insgesamt 1009 Frauen, von denen 57 das "Erkrankungs-"Ereignis aufwiesen (5,65%).

Als *Beginn der Prozeßzeit* (vgl. Blossfeld/Rohwer 1995a) wurde der Zeitpunkt der Haushaltsgründung definiert, da für diese Untersuchung vor allem nur Krankheiten interessieren, die aus einer Doppelbelastung resultieren könnten. Das *Ende der Prozeßzeit* ergibt sich aus dem Eintreten einer *Krankheit, die länger als einen Monat andauerte*, oder wenn dieses Ereignis nicht eintrat, aus dem Interviewzeitpunkt. Das heißt, wenn bis zum Zeitpunkt des Interviews keine längere Krankheit eingetreten war, wurde die Episode rechtszensiert. Als Zielereignis betrachten wir die erste längere Krankheit, die nach der Haushaltsgründung aufgetreten ist und länger als einen Monat andauerte. Dies impliziert auch Krankheiten, die nach der Haushaltsgründung aufgetreten sind und bis zum Zeitpunkt des Interviews andauerten. Die Dauer einer Krankheit spielt in der vorliegenden Analyse keine Rolle.

Die *zu erklärende Variable* unserer Untersuchung ist das *Krankheitsrisiko von Frauen*. In der Deutschen Lebensverlaufsstudie wurde die Frage über das Vorliegen einer längeren Krankheit in der Vergangenheit nicht nur Personen gestellt, die im Erwerbsleben stehen, sondern auch an nicht erwerbstätige Personen gerichtet. Somit wurden auch längere Krankheiten von Frauen erfaßt, die keiner Beschäftigung nachgegangen sind.

Von den 1009 Frauen der Stichprobe gaben 874 Frauen (86,62%) an, mindestens ein eigenes Kind zu haben. 135 Frauen (13,38%) sind in dem Datensatz im Beobachtungszeitraum also kinderlos geblieben. Die Gesamtzahl der eigenen Kinder beläuft sich im Datensatz auf 971. Da das sechste Lebensjahr eines Kindes für die Doppelbelastung einen Wendepunkt markiert, wurden *Kinder bis zum sechsten Lebensjahr* durch eine zeitabhängige Dummy-Variable gekennzeichnet, die den Wert 1 vom Zeitpunkt der Geburt bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres annimmt. Für den Fall, daß ein Kind vor dem sechsten Lebensjahr verstorben war, erhält die Variable die Ausprägung 1 von der Geburt bis zum Zeitpunkt des Todes. Ob ein Kind im Haushalt lebte, ist ebenfalls an einer Dummy-Variable zu erkennen, die den Wert 1 vom Zeitpunkt der Geburt bzw. vom Beginn der Prozeßzeitachse bis zum Auszug oder Tod bzw. bis zum Interviewzeitpunkt aufweist. Für jedes eigene Kind wurde diese Dummy-Variable gebildet. Maximal lebten zu einem Zeitpunkt acht eigene Kinder in einem gemeinsamen Haushalt mit der Mutter zusammen. Um die Gesamtzahl der im Haushalt lebenden Kinder feststellen zu können, wurden die zeitabhängigen Dummy-Variablen zeitbezogen addiert. Die Gesamtzahl der im Haushalt lebenden Kinder ist also ebenfalls eine zeitveränderliche Variable. Diese Zahl impliziert auch die nichtleiblichen Kinder. Von den 1009 Frauen der Stichprobe lebten 19 Frauen (1,88%) mit nichtleiblichen Kindern, also mit Kindern des Partners, Adoptiv- oder Pflegekindern in einem gemeinsamen Haushalt. Auf diese 19 Frauen verteilen sich 34 nichtleibliche Kinder, wobei

maximal fünf nichteigene Kinder in einem Haushalt lebten. Bei diesen 34 Stief-, Pflege- oder Adoptivkindern wurde die Prozeßzeitachse nicht zum Zeitpunkt der Geburt der Kinder gesplittet, sondern erst beim Beginn des Zusammenlebens. Beachtet werden mußte dabei, ob das sechste Lebensjahr vor oder nach dem Beginn des Zusammenlebens bereits erreicht war.

Da das *Alter der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes* eine wesentliche Rolle für das Krankheitsrisiko zu spielen scheint, wurde dafür eine Variable konstruiert. Das Alter bei der Geburt des ersten Kindes stellt für die Analyse eine zeitkonstante Variable dar. Wichtig hierbei ist, daß das Alter auch für den Zeitpunkt der Geburt bei totgeborenen Kinder berechnet wurde, wenn es sich dabei um die Erstgeburt einer Frau handelte. Die jüngsten Mütter bei der Geburt des ersten Kindes waren in der Deutschen Lebensverlaufsstudie 16 Jahre alt. Das höchste Alter bei der Erstgeburt war 40 Jahre. Der Altersmedian der Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes war 21 Jahre.

In der Lebensverlaufsstudie liegen nur Informationen über den *Anfang und das Ende* einer oder mehrerer *vorheriger Ehen* vor. Aus der Grundgesamtheit von 1009 Frauen haben 971 Frauen (96,23%) im Beobachtungszeitraum mindestens eine Ehe gehabt. Insgesamt gibt es in dem Datensatz 1019 Ehen, wobei maximal drei Ehen auf eine Frau entfallen. Nur 4 Frauen (0,41%) der 971 verheirateten, geschiedenen oder verwitweten Frauen waren dreimal verheiratet, 40 Frauen (4,12%) haben zweimal eine Ehe geschlossen und 927 (95,47%) der 971 Frauen weisen nur eine Ehe auf. Von den 1009 Frauen der Grundgesamtheit waren 38 Frauen (3,77%) im Beobachtungszeitraum noch nie verheiratet. Mit Hilfe einer Dummy-Variable, die den Wert 1 für den Zeitraum einer Ehe hat, und den Wert 0, wenn die Ehe nicht mehr bestand, können die Effekte einer Ehe auf das Krankheitsrisiko von Frauen berechnet werden.

Eine weitere wichtige erklärende Variable ist die *Erwerbstätigkeit*. Von den 1009 Frauen der Grundgesamtheit haben 822 Frauen (81,47%) mindestens eine Erwerbstätigkeit während des Beobachtungszeitraumes ausgeübt. 38 Frauen (3,76%) waren bis zum Zeitpunkt des Interviews noch nie erwerbstätig, und bei 149 Frauen (14,77%) lag die Erwerbsphase vor der Haushaltsgründung. Für die letzteren bedeutet dies, daß sie im Analysezeitraum nicht erwerbstätig waren. Die Anzahl der Erwerbstätigkeiten, die in die Analysen einfließen, beträgt insgesamt 1659. Maximal wurden von einer Frau 13 Erwerbstätigkeiten ausgeübt. Ob eine Erwerbstätigkeit innerhalb des Beobachtungszeitraumes vorliegt, ist an einer zeitabhängigen Dummy-Variablen zu erkennen. Sie hat den Wert 1 vom Beginn einer Erwerbstätigkeit bzw. vom Beginn der Prozeßzeitachse bis zu deren Ende bzw., bei rechtszensierten Erwerbsepisoden, bis zum Ende des Beobachtungszeitraums und ansonsten den Wert 0. Gleichzeitig wurden die Variablen *Wochenstunden* und *berufliche Stellung* in zeitveränderliche Variablen umgewandelt und den entsprechenden Erwerbsepisoden zugeordnet. Die berufliche Stellung floß als Dummy-Variable in die Analysen ein. Für Arbeiterinnen wurde eine Dummy-Variable mit dem Wert 1 konstruiert. Alle anderen Ausprägungen der beruflichen Stellung (Angestellte, Selbständige, etc.) und Nichterwerbstätige wurden als Referenzkategorie definiert, so daß hier die Dummy-Variable die Ausprägung 0 annahm.

Zum Schluß wurden weitere erklärende Variablen kreiert, die den Einfluß der direkten *Doppelbelastung*, also den Effekt der Gleichzeitigkeit von Erwerbstätigkeit und Kindern im Haushalt auf das Krankheitsrisiko von Frauen modellieren. Zu diesem Zweck wurden insgesamt zwei Dummy-Variablen erzeugt. Die erste Dummy-Variable nimmt den Wert 1 an, wenn eine Frau erwerbstätig war und gleichzeitig mindestens ein Kind unter sechs Jahren zu versorgen hatte (Doppelbelastung A). Des

weiteren wurde eine Dummy-Variable erzeugt, die mit dem Wert 1 anzeigt, daß eine Frau erwerbstätig war und gleichzeitig mindestens ein Kind im Haushalt lebt, das sechs Jahre oder älter ist (Doppelbelastung B). Familien, in denen sowohl Kinder unter sechs als auch über sechs Jahre leben, fallen also in beide Kategorien hinein. Dadurch wird sichergestellt, daß der Effekt, den die Doppelbelastung mit einem Kind unter sechs Jahren und gleichzeitiger Erwerbstätigkeit hat, nicht über- und nicht unterbewertet wird, wenn Kinder im Alter von mindestens sechs Jahren ebenfalls im gemeinsamen Haushalt leben.

Als *Kontrollvariablen* wurden das Lebensalter, die Kohortenzugehörigkeit, das Bildungsniveau und der Geburtszeitpunkt in die Analysen einbezogen. Das *Alter* der Frau wurde als zeitveränderliche Variable erzeugt. Das Alter symbolisiert den zeitlichen Verlauf während des Beobachtungszeitraums. Mit zunehmendem Alter wird ein höheres Krankheitsrisiko erwartet. Da aus der Literatur hervorgeht, daß Frauen während der Reproduktionsphase ein größeres Krankheitsrisiko aufweisen, ist anzunehmen, daß für unsere Analyse in dieser Zeit ein Anstieg, danach ein Abfall und mit zunehmendem Alter dann wieder ein Anstieg des Krankheitsrisikos eintreten wird.

Die Stichprobe der 1009 Frauen setzt sich aus den Geburtskohorten 1929-31, 1939-41 und 1949-51 zusammen. 348 Frauen gehören der ersten Kohorte, 320 Frauen der zweiten und 341 Frauen der dritten Kohorte an. Die *Kohortenzugehörigkeiten* gehen als Dummy-Variablen in die Analysen ein, wobei die Geburtskohorte 1929-31 die Referenzkategorie darstellt.

Die *Bildung* der Frauen ergibt sich aus den Qualifikationen, die in der allgemeinen Schulbildung, in der Berufsausbildung und/oder in der Universität erzielt wurden. Zugrunde liegt das Bildungs- und Ausbildungssystem der Bundesrepublik Deutschland, wobei von der durchschnittlichen Anzahl der Jahre ausgegangen wurde, die benötigt werden, um die einzelnen Qualifikationen zu erlangen. Die Bildungsjahre dienen somit als metrische Proxy-Variable für das Bildungsniveau. Folgende Bildungsstufen in Jahren ergeben sich: Universitätsabschluß = 19 Jahre; Fachhochschulabschluß = 17 Jahre; Fachoberschulabschluß mit Berufsausbildung = 15 Jahre; Fachoberschulabschluß oder Abitur ohne Berufsausbildung = 13 Jahre; Mittlere Reife mit Berufsschulabschluß = 12 Jahre; Hauptschul-, Sonderschul- oder kein Schulabschluß mit Berufsausbildung = 11 Jahre; Mittlere Reife ohne Berufsausbildung = 10 Jahre; Hauptschul-, Sonderschul- oder sonstiger Schulabschluß ohne Berufsausbildung = 9 Jahre; ohne Schulabschluß und ohne Berufsausbildung = 8 Jahre. Die Bildung wurde als zeitveränderliche Variable mit den genannten Ausprägungen in die Berechnungen aufgenommen.

Schließlich stellt die Geburt im Leben einer Frau eine besondere Situation dar, in der sich große körperliche und psychische Veränderungen vollziehen. Dies trifft sowohl auf die Zeit der Schwangerschaft als auch auf die Geburt selbst zu. Eine Berücksichtigung auch von totgeborenen Kindern ist wichtig. Der *Zeitpunkt einer Geburt* geht als zeitabhängige Dummy-Variable, die den Wert 1 ausschließlich im Monat der Geburt eines Kindes annimmt, in die Berechnungen ein.

Bei der Modellschätzung wurde das *einfache Exponentialmodell* mit einer großen Zahl von zeitabhängigen Kovariablen benutzt (Blossfeld/Rohwer 1995a:80ff). Die zeitabhängigen Kovariablen wurden mit Hilfe der *Methode des Episodensplittings* aufgenommen (Blossfeld/Rohwer 1995a:127ff). Damit kommen neben den anderen zeitveränderlichen Prozessen zeitliche Abhängigkeiten in dem hier verwendeten Exponentialmodell vor allem durch die Einbeziehung des Alters als sich jährlich ändernde

Variable zur Geltung. Ein Vergleich dieses Modells mit einem Piecewise-Constant-Exponentialmodell (Blossfeld/Rohwer 1995a:110ff) auf der Grundlage eines *Likelihood-Ratio-Tests* (Blossfeld/Rohwer 1995a:91) zeigte keine signifikante Verbesserung des Piecewise-Constant-Exponentialmodells im Vergleich zum verwendeten Exponentialmodell.

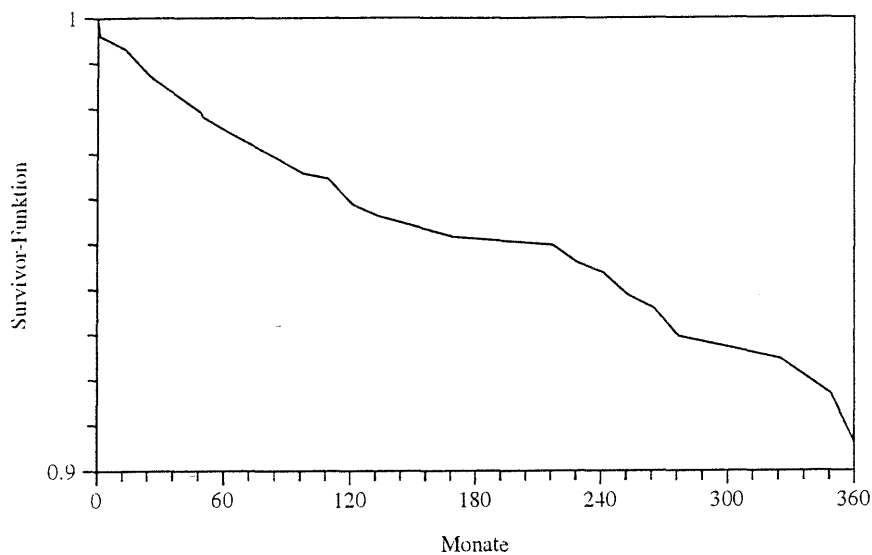
4. Ergebnisse

Abbildung 1 zeigt zunächst, beginnend vom Zeitpunkt der Haushaltsgründung, den Anteil der gesunden Frauen (Survivorfunktion, siehe Blossfeld/Rohwer 1995a). Man sieht deutlich, daß der Anteil dieser Frauen mit 90 Prozent am Ende des Beobachtungsfensters noch sehr hoch ist. Fünfzehn Jahre nach der Haushaltsgründung stagniert der Kurvenverlauf kurzzeitig. Für ungefähr drei bis vier Jahre bleibt der Anteil der Frauen, die noch gesund sind, annähernd gleich. Hier stellt sich die Frage, ob das Absinken in den ersten fünfzehn Jahren nach der Haushaltsgründung darauf zurückzuführen ist, daß sich in dieser Zeit die Familiengründung vollzieht und Rollenkonflikte für Frauen hinsichtlich der Vereinbarung von Familie und Erwerbstätigkeit auftreten, wobei Kinder unter sechs Jahren eine bedeutende Rolle spielen können. Nach der kurzen Stagnationsphase fällt die Kurve wieder weiter ab, was bedeutet, daß der Anteil der Frauen, die krank werden danach wieder zunimmt. Dreiundzwanzig Jahre nach der Haushaltsgründung ist ein flacheres Absinken der Kurve zu beobachten. Diese Entwicklung hält jedoch nur für einen kurzen Zeitraum an. Am Ende der Kurve, also knapp 30 Jahre nach der Haushaltsgründung, zeichnet sich wiederum ein etwas schneller sinkender Verlauf ab. Das heißt, daß ab diesem Zeitpunkt wieder mehr Frauen innerhalb kurzer Zeit erkranken, was bei diesen Fällen auf das Lebensalter zurückzuführen sein könnte.

Eine Beschreibung des Krankheitsrisikos wie in Abbildung 1 kann sich nur auf Vermutungen beschränken. Um den Einfluß der unabhängigen Variablen und der Kontrollvariablen auf den zeitlichen Verlauf des Krankheitsrisikos zu erhalten, wurden insgesamt fünf verschiedenen Modelle geschätzt, in die jeweils bestimmte Variablengruppen einbezogen wurden. Diese Variablengruppen umfassen jeweils Einflüsse, die einem bestimmten Lebensbereich zuzuordnen sind. Mit Hilfe dieser Variablengruppen soll die Entwicklung im Lebensverlauf von Frauen Schritt für Schritt nachgezeichnet werden.

Das *erste Modell* in Tabelle 1 bezieht nur die Variablen Alter, Kohortenzugehörigkeit und Bildungsniveau in die Ereignisanalyse ein. Bei den folgenden Modellen wurde der Einfluß dieser Variablen immer kontrolliert. Aus dem ersten Modell läßt sich kein signifikanter Einfluß auf das Krankheitsrisiko von Frauen erkennen, der auf eine dieser Variablen zurückzuführen wäre. Verwunderlich ist, daß das Alter keinen Effekt auf das Krankheitsrisiko ausübt. Anzunehmen wäre, daß mit steigendem Alter das Krankheitsrisiko zunimmt. Auch in der Literatur wird bei Frauen von einer Multimorbidität mit zunehmendem Alter gesprochen. Daß in dieser Untersuchung kein Zusammenhang zwischen Alter und Krankheitsrisiko festgestellt werden kann, könnte daran liegen, daß die ältesten Frauen, die in diese Analyse eingehen, zum Zeitpunkt der Befragung erst maximal 54 Jahre alt waren. Da diese Frauen zum Zeitpunkt der Befragung noch eine durchschnittliche Lebenserwartung von ca. 25 Jahren (Statistisches Bundesamt 1986: 76) hatten, könnte es sein, daß die befragten Frauen für Hinweise auf ein erhöhtes Krankheitsrisiko, das auf das Lebensalter zurückzuführen wäre, noch zu jung waren.

Abb. 1 Survivor-Funktion: Dauer bis zum Eintreten einer Krankheit ab der Haushaltsgründung bei Frauen (y-Achse 0,9 - 1)



Quelle: Deutsche Lebensverlaufsstudie (eigene Berechnungen)

Viele Frauen sind bei der Familiengründung erwerbstätig. Aus diesem Grund wurden beim *zweiten Modell* zusätzlich die Effekte der Erwerbstätigkeit geschätzt (Tabelle 1). Dabei wurde nicht nur der Einfluß der Erwerbstätigkeit an sich berechnet, sondern auch welchen Einfluß eine Beschäftigung als Arbeiterin im Vergleich zu allen anderen sozialen Stellungen (Angestellte, Selbständige, etc.) und im Vergleich zur Nichterwerbstätigkeit hat. Dieser Variablenkomplex beinhaltet außerdem die Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden. Aus dieser Modellschätzung geht eindeutig hervor, daß die Arbeitsbedingungen einer Erwerbstätigkeit das Krankheitsrisiko bestimmen. Denn eine Beschäftigung als Arbeiterin hat einen hochsignifikant positiven Einfluß auf das Krankheitsrisiko. Die Beschäftigung als Arbeiterin erhöht also das Risiko, zu erkranken deutlich. Erklärt werden kann dieser Effekt durch die Arbeitsbedingungen, die bei der überwiegenden Zahl von weiblichen Arbeitertätigkeiten vorzufinden sind. Diese Tätigkeiten sind in der Regel durch monotone Bewegungsabläufe und Akkordarbeit gekennzeichnet. Eine Überbelastung bestimmter Körperteile und Streß sind die Folge. Auf Dauer können dadurch langwierige körperliche Schäden auftreten. Der Effekt der wöchentlichen Arbeitszeit (in Wochenstunden)¹ und die Erwerbstätigkeit per se sind in diesem Modell statistisch nicht signifikant. Die Effekte der Kontrollvariablen haben sich bei Berücksichtigung der Erwerbstätigkeit nicht verändert.

Das *dritte Modell* nimmt zusätzlich zu den Kontrollvariablen den Einfluß familialer Variablen, wie das Lebensalter bei der Geburt des ersten Kindes, den Zeitpunkt der Geburt eines Kindes, die Gesamtzahl der Kinder im Haushalt und ob mindestens ein Kind unter sechs Jahren im Haushalt lebt, auf (siehe Tabelle 1). Hierbei tritt der Effekt, den der Geburtszeitpunkt hat, deutlich hervor. Der Zeitpunkt der

¹ Modellschätzungen, in denen an Stelle der tatsächlichen Wochenstunden Dummy-Variablen für Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigungen (Referenzkategorie; geringfügige Beschäftigungen) einbezogen wurden, ergaben nach dem Likelihood-Ratio-Test keine signifikante Verbesserung des Modells. Deshalb haben wir uns für die tatsächlichen Wochenstunden entschieden.

Tab. 1: Schätzergebnisse: Einflußfaktoren auf das Krankheitsrisiko von Frauen (Einfaches Exponentialmodell)

Variable	Modelle				
	1	2	3	4	5
Konstante	-6.44*** (-5.97)	-7.21*** (-6.63)	-5.48*** (-4.45)	-5.93*** (-4.71)	-5.65*** (-4.42)
Alter	-0.02 (-0.79)	-0.01 (-0.59)	-0.00 (-0.03)	0.00 (0.04)	-0.00 (-0.01)
Geburtskohorte 1939-41	-0.17 (-0.51)	-0.22 (-0.63)	-0.13 (-0.37)	-0.14 (-0.41)	-0.11 (-0.31)
Geburtskohorte 1949-51	0.44 (1.13)	0.54 (1.38)	0.3 (0.75)	0.44 (1.11)	0.5 (1.24)
Bildung	-0.14 (-1.58)	-0.08 (-0.91)	-0.17* (-1.9)	-0.11 (-1.25)	-0.11 (-1.28)
Erwerbstätigkeit		-0.88 (-1.37)		-1.41** (-1.97)	-1.74** (-2.35)
Arbeiterin		0.88** (2.0)		0.92** (2.03)	0.87* (1.91)
Wochenstunden		0.01 (1.3)		0.02 (1.59)	0.02 (1.3)
Ehe			-0.73** (-1.95)	-0.82** (-2.13)	-0.81** (-2.13)
Alter Geburt 1. Kind			-0.01 (-0.64)	-0.01 (-0.76)	-0.01 (-0.85)
Zeitpunkt der Geburt			3.06*** (4.16)	3.05*** (4.13)	2.93*** (3.96)
Gesamtzahl der Kinder			-0.27* (-1.67)	-0.26* (-1.62)	-0.23 (-1.37)
mind. 1 Kind unter 6			0.14 (0.4)	0.03 (0.07)	-0.63 (-1.5)
Doppelbelastung A					1.68*** (2.9)
Doppelbelastung B					-0.34 (-0.6)
Subepisoden	24587	24001	24587	24001	24001
Personen	1009	1004	1009	1004	1004
Ereignisse	57	56	57	56	56

Quelle: Deutsche Lebensverlaufsstudie (eigene Berechnungen)

*** p 0.01 ** p 0.05 * p 0.1 (In Klammern:T-stat)

Geburt, womit der Monat gemeint ist, in dem die Geburt eines Kindes stattfindet, erhöht das Krankheitsrisiko bei Frauen außerordentlich stark. Viele Frauen werden demnach im Zusammenhang mit der Geburt längerfristig krank. Da es sich bei der abhängigen Variablen um eine Krankheit handelt, die mindestens einen Monat andauert, zeigt sich, daß Geburten für Frauen ein großes gesundheitliches Risiko darstellen. Neben den mit der Geburt immer verbundenen medizinischen Komplikationen, können die Neuorganisation des alltäglichen Lebens, die durch die Bedürfnisse des neugeborenen Menschen erforderlich ist, sowie die körperlichen Veränderungen nach einer Geburt, psychische und physische Gesundheitsprobleme hervorrufen.

Schwach signifikant ist der Einfluß der Gesamtzahl der im Haushalt lebenden Kinder. Entgegen den zuvor aufgestellten Vermutungen hat die Gesamtzahl der Kinder einen negativen Einfluß auf das Krankheitsrisiko. Je mehr Kinder im Haushalt leben, desto geringer scheint das Risiko zu sein, zu erkranken. Obwohl bei einer großen Zahl von Kindern die Gefahr der sozialen Isolation groß ist, wirkt sich eine hohe Kinderzahl erstaunlicherweise positiv auf die Gesundheit der Frauen aus. Begründet werden könnte dies unter anderem damit, daß die soziale Unterstützung in einer kinderreichen Familie stärker ausgeprägt ist. Ältere Kinder dürften die Mutter entlasten, indem sie mit ihren jüngeren Geschwistern spielen. Die Mutter könnte somit mehr Zeit für ihre eigenen Belange finden. Ihre Aufmerksamkeit ist nicht so stark gefordert, als wenn sie nur ein Kind zu versorgen hätte, da sie für dieses eine Kind nahezu die einzige Bezugsperson ist. Dies gilt natürlich besonders für die traditionelle Kernfamilie, aber auch für Familien, in denen sich traditionelle Rollenverteilungen langsam auflösen. Zum Ausdruck kommt in dieser Variablen aber auch, daß das erste Kind eine besonders große Belastung darstellt, da noch keine Erfahrungen hinsichtlich der Mutterrolle bestehen. Mit zunehmender Kinderzahl dürfte dann auch die Sicherheit im Umgang mit den Kindern und in der Kindererziehung steigen, weil sich eine gewisse Routine entwickelt. Auch auf diese Weise kann eine große Zahl von Kindern entlastend wirken, was zu einer Verringerung des Krankheitsrisikos führt. Diese Interpretation ist aber insgesamt unsicher, weil im 5. Modell die Signifikanz des Einflusses der Gesamtzahl der Kinder wieder verschwindet.

Untersucht wurde im 3. Modell auch, welchen Einfluß mindestens ein Kind unter sechs Jahren hat, das mit im Haushalt lebt. In diesem Modell gibt es keine Auswirkungen. Ebenso sieht es mit dem Alter bei der Geburt des ersten Kindes aus. Auch dieser Einfluß ist nicht signifikant.

Eine wichtige Rolle spielt im Modell 3 jedoch der Familienstand. Ob eine Frau verheiratet ist oder nicht, hat einen signifikanten Einfluß auf das Krankheitsrisiko und zwar in der Weise, daß das Krankheitsrisiko bei verheirateten Frauen deutlich vermindert ist. Hier mag die soziale Unterstützung, die von einem Ehepartner ausgehen kann, von Bedeutung sein. Die Möglichkeit bei Problemen einen direkten Ansprechpartner zu haben, kann sich insofern positiv auf die Gesundheit auswirken, daß die Problembewältigung nicht alleine getragen werden muß, was bereits eine Erleichterung bedeuten kann. Das Ergebnis stimmt in diesem Fall mit den Untersuchungsergebnissen bisheriger Studien und der formulierten Hypothese überein.

Bei den Kontrollvariablen tritt im 3. Modell der Einfluß des Bildungsniveaus deutlicher hervor. Der Effekt der Bildung ist schwach signifikant. Das heißt, unter Berücksichtigung der familialen Situation sind die Auswirkungen des Bildungsniveaus auf das Krankheitsrisiko nicht mehr zufällig. Da in diesem Modell eine mögliche Erwerbstätigkeit nicht kontrolliert wurde, ist anzunehmen, daß der negative Effekt des Bildungsniveaus den Einfluß, den eine Erwerbstätigkeit an sich ausübt, widerspiegelt. Denn

im vorhergehenden Modell, in dem nur die Erwerbstätigkeit und die damit verbundenen Arbeitsbedingungen einbezogen wurden, ist das Bildungsniveau nicht signifikant. Bekannt ist außerdem, daß mit steigendem Bildungsniveau auch die Wahrscheinlichkeit zunimmt, daß eine Frau erwerbstätig ist (Blossfeld/Hakim 1997). Die Kohortenzugehörigkeit und das Alter weisen im Modell 3 aber noch immer keinen Effekt auf das Krankheitsrisiko auf.

Im *vierten Modell* werden dann beide Lebensbereiche, also die Erwerbstätigkeit und die Familie, gleichzeitig miteinander kombiniert. Wiederum werden die Kontrollvariablen berücksichtigt (Tabelle 1). Bei diesem Modell verliert die Bildung wieder an Bedeutung. Zwar bleibt die Tendenz weiterhin bestehen, eine statistische Signifikanz kann jedoch nicht mehr ausgemacht werden. Dies bestätigt die bei Modell drei bereits formulierte Annahme, daß ein Teil des Bildungseffekts eigentlich durch die Erwerbstätigkeit zu erklären ist. Das Alter und die Kohortenzugehörigkeit haben auch im 4. Modell keine Auswirkungen hinsichtlich des Krankheitsrisikos.

Deutliche Effekte haben allerdings die Erwerbstätigkeit und die mit ihr zusammenhängenden Arbeitsbedingungen. So bringt die Ausübung einer Erwerbstätigkeit per se eine klare Senkung des Krankheitsrisikos mit sich. Der Koeffizient hat einen hohen absoluten Wert, so daß von einem starken Einfluß auf das Krankheitsrisiko ausgegangen werden kann. Wird also die familiäre Situation berücksichtigt, gewinnt die Erwerbstätigkeit an Bedeutung. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, daß eine Erwerbstätigkeit die Gefahr der sozialen Isolation, die bei "Nur"-Hausfrauen entstehen könnte, kompensieren kann. Die soziale Unterstützung durch Arbeitskollegen und die soziale Anerkennung durch marktvermittelte Arbeit und Erwerbseinkommen können das Wohlbefinden steigern und damit das Krankheitsrisiko senken.

Die positive Wirkung einer Erwerbstätigkeit ist allerdings nicht für alle Frauen gleichgroß. Insbesondere für Arbeiterinnen zeigt sich ein deutlich höheres Risiko zu erkranken. Die Arbeitsbedingungen, denen Arbeiterinnen ausgesetzt sind, kompensieren damit einen Teil des positiven Erwerbstätigkeitseffekts wieder. Da der Wert dieses Koeffizienten aber nicht so groß ist wie der Koeffizient einer Erwerbstätigkeit per se, wird durch die Arbeitsbedingungen der positive Einfluß einer Erwerbstätigkeit auf die Gesundheit von Frauen mit Kindern zwar gemindert, aber nicht ganz zum Verschwinden gebracht. Die Anzahl der Wochenstunden hat im 4. Modell keine signifikanten Auswirkungen hinsichtlich des Krankheitsrisikos.

Die Ehe spielt auch noch im 4. Modell eine wesentliche Rolle. Ihr Einfluß auf das Krankheitsrisiko ist negativ signifikant. Die Tatsache, daß eine Frau verheiratet ist, mindert also das Krankheitsrisiko. Der positive Effekt, den eine Ehe auf die Gesundheit von Frauen hat, bleibt damit auch dann bestehen, wenn der Erwerbsstatus der Frau kontrolliert wird. Aus neueren Studien ist bekannt, daß alleinerziehende Mütter im Vergleich zu verheirateten Müttern viel mehr arbeiten. Sie müssen für den Lebensunterhalt ihres Kindes oft alleine aufkommen und sind deshalb gezwungen, wenn sie nicht auf die Unterstützung des Wohlfahrtsstaates zurückgreifen, einer Vollzeitbeschäftigung nachzugehen. Die Belastungen und das Krankheitsrisiko sind also für nicht verheiratete Frauen mit Kindern viel höher als für verheiratete Frauen mit Kindern. Ein kritischer Zeitpunkt im Lebensverlauf von Frauen bleibt auch im 4. Modell der Zeitpunkt der Geburt eines Kindes. Auch in diesem Modell ist der Effekt dieser Variablen hoch signifikant.

Das Alter bei der Geburt des ersten Kindes wie auch die Tatsache, daß mindestens ein Kind unter sechs Jahren im Haushalt lebt, hat überraschender Weise gar keinen Einfluß auf das Krankheitsrisiko, wenn gleichzeitig auch der Effekt einer Erwerbstätigkeit kontrolliert wird.

Das *fünfte und letzte Modell* nimmt schließlich zusätzlich Variablen auf, die die Doppelbelastung von Beruf und Familie beschreiben (Tabelle 5). Somit werden also nicht nur die Bedingungen einer Erwerbstätigkeit und die familiäre Situation kontrolliert, vielmehr wird auch der Einfluß einer tatsächlichen Doppelbelastung, nämlich die *Gleichzeitigkeit von Erwerbstätigkeit und Kindern*, auf das Krankheitsrisiko von Frauen in Rechnung gestellt. Auffallend ist hier, daß der Effekt einer Erwerbstätigkeit an sich, also bereits allein die Tatsache, daß eine Frau erwerbstätig ist, einen noch stärkeren negativen Effekt auf das Krankheitsrisiko ausübt als vorher. Allerdings bleibt auch eine Beschäftigung als Arbeiterin signifikant. Eine Beschäftigung als Arbeiterin erhöht das Krankheitsrisiko. Im Gegensatz zum Einfluß der Erwerbstätigkeit nimmt hier der Wert des Koeffizienten etwas ab. Das heißt, die Stärke des Einflusses, die durch die Arbeitsbedingungen in einer Arbeitertätigkeit ausgelöst werden, läßt nach, wenn die Tatsache einer Doppelbelastung kontrolliert wird. Die Anzahl der Wochenstunden bleibt auch in diesem Modell ohne Bedeutung.

Hoch signifikant und mit positivem Vorzeichen ist schließlich die zentrale Variable dieser Untersuchung: *die Doppelbelastung*, die aus einer Erwerbstätigkeit und der gleichzeitigen Versorgung von mindestens einem Kind unter sechs Jahren hervorgeht. *Das heißt, übt eine Frau eine Erwerbstätigkeit aus, wenn mindestens ein Kind im Haushalt lebt, das jünger als sechs Jahre ist, hat sie ein stark erhöhtes Risiko, zu erkranken.* Sobald das bzw. die Kinder jedoch das sechste Lebensjahr erreicht oder überschritten haben und nur noch Kinder von mindestens sechs Jahren im Haushalt leben, hat eine gleichzeitige Beschäftigung keine Auswirkungen mehr auf das Krankheitsrisiko. Zur Referenzkategorie gehören hier alle Frauen, die keiner Doppelbelastung in diesem Sinne ausgesetzt waren. Deshalb kann tatsächlich davon ausgegangen werden, daß, wenn in der Phase bis zum sechsten Lebensjahr der Kinder zusätzlich eine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird, diese daraus resultierende Doppelbelastung einen negativen Effekt auf die Gesundheit der Frau hat. Das Krankheitsrisiko steigt dann.

Setzt man in Modell 5 die Werte der statistisch signifikanten Koeffizienten in Beziehung, dann entsteht ein komplexes Bild über die Einflußstruktur. Zwar behält eine Erwerbstätigkeit an sich auch unter Kontrolle einer eventuellen Doppelbelastung einen hohen gesundheitsfördernden Effekt bei, der Effekt der Doppelbelastung durch Erwerbstätigkeit und Kinder unter sechs Jahren ist jedoch fast genauso hoch und weist in die entgegengesetzte Richtung. Das heißt, die Doppelbelastung erhöht das Krankheitsrisiko fast ebenso stark, wie eine Erwerbstätigkeit die Gesundheit fördert. Nur noch ein geringer gesundheitsfördernder Resteffekt bleibt übrig. Wenn eine Frau als Arbeiterin beschäftigt ist, kann der negative Effekt auf die Gesundheit bereits stark überwiegen. Es sei denn, die Frau ist verheiratet, denn eine Ehe gleicht diesen Effekt einer Arbeitertätigkeit nahezu aus. Nur der Zeitpunkt der Geburt eines Kindes wird durch keinen anderen Effekt aufgewogen. Hier bleibt die risikosteigernde Wirkung hinsichtlich einer Krankheit vorhanden. Es kommt also tatsächlich auf die Konstellationen im Lebensverlauf einer Frau an, wie sich eine Erwerbstätigkeit und die gleichzeitige Versorgung von Kindern, insbesondere von Kindern unter sechs Jahren auf das Krankheitsrisiko von Frauen niederschlägt.

5. Schlußfolgerungen

Aus der vorliegenden Analyse sind inhaltliche und methodische Schlußfolgerungen zu ziehen. In *inhaltlicher Hinsicht* geht eindeutig hervor, daß eine Erwerbstätigkeit grundsätzlich positive Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen hat. Dies ist auch dann noch der Fall, wenn Arbeitsbedingungen, wie die berufliche Stellung und die wöchentliche Arbeitszeit, sowie die familiäre Situation, also ob eine Frau verheiratet ist, Kinder hat und einer Doppelbelastung unterliegt, berücksichtigt werden. Dieser positive Effekt kann jedoch durch die gegebenen Arbeitsbedingungen und die familiäre Situation reduziert oder sogar fast eliminiert werden. An dieser Stelle müssen nun sozialpolitische Maßnahmen ansetzen, die die positive Wirkung einer Erwerbstätigkeit auf die Gesundheit von Frauen absichern. Es sind Maßnahmen zu fordern, die die Arbeitsbedingungen für Frauen verbessern und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erleichtern. Dazu gehört auch eine Erweiterung der Einrichtungen zur Kinderbetreuung mit angemessenen Öffnungszeiten und flexiblen Unterbringungsmöglichkeiten in der Nähe des Beschäftigungs- oder Wohnortes, die unabhängig vom Einkommen in Anspruch genommen werden können. Hilfreich wäre auch eine weitere Verbesserung der Karrierechancen von Frauen und die Einbeziehung von Männern in die Familienarbeit. Denn nur durch solche Maßnahmen kann eine Gleichstellung von Mann und Frau auf dem Arbeitsmarkt und in der Familie erreicht werden - was wiederum eine Entschärfung der Doppelbelastung und der Rollenkonflikte für Frauen nach sich ziehen würde. Bei all diesen Maßnahmen ist zunächst der Staat gefragt, hier Regelungen zu schaffen, die die Arbeitgeber dazu motivieren, entsprechende Arbeitsplätze einzurichten und gleiche Einstellungskriterien für Männer und Frauen anzusetzen. Schweden liefert hier ein Beispiel (siehe Moen 1989, 1992).

In *methodischer Hinsicht* wurde in dieser Arbeit der Versuch unternommen, möglichst viele zeitbezogene Bedingungen des Lebenslaufs von Frauen bei der Analyse der Wirkung der Doppelbelastung von Familie und Beruf auf das Krankheitsrisiko zu berücksichtigen. Wichtig war, das Zusammenwirken der parallelen Prozesse von Erwerbstätigkeit, Familienverlauf und Krankheitsrisiko im Lebensverlauf von Frauen darzustellen und spezifische Kausalitäten herauszuarbeiten. Trotz aller Bemühungen, die Lebensverläufe der untersuchten Frauen detailliert nachzuzeichnen, mußten einige Einschränkungen hingenommen werden, die auf das Datenmaterial zurückzuführen sind, da die Deutsche Lebensverlaufsstudie für Untersuchungen zu diesem Themengebiet nicht explizit entwickelt wurde. Deshalb müssen die vorliegenden Ergebnisse in Replikationen weiter abgesichert werden. Die vorliegende Studie sollte deshalb vor allem auch als Anregung für weitere Forschungsprojekte auf diesem Gebiet verstanden werden, wobei die Bedeutung der Lebensverlaufsperspektive für diese wichtige Thematik deutlich geworden sein sollte. Ein besonderer Nachholbedarf in Deutschland liegt in diesem Zusammenhang vor allen Dingen in der Erhebung detaillierter Gesundheitsverläufe von Frauen im Arbeits- und Familienkontext.

Literatur

- Barnett, Rosalind, Nancy L. Marshall und Judith D. Singer. 1992. "Job Experiences Over Time, Multiple Roles, and Women's Mental Health: A Longitudinal Study." *Journal of Personality and Social Psychology* Vol. 62, No. 4: 634-644.
- Baruch, Grace K., Lois Biener, und Rosalind Barnett. 1987. "Women and Gender in Research on Work and Family Stress." *American Psychologist* Vol. 42, No. 2: 130-136.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth. 1980. *Das halbierte Leben. Männerwelt Beruf, Frauenwelt Familie*. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Becker, Rolf. 1991. "Karrieremuster von Frauen in der Privatwirtschaft und im öffentlichen Dienst." In: Karl Ulrich Mayer, Jutta Allmendinger und Johannes Huinink (Hg.): *Vom Regen in die Traufe: Frauen zwischen Beruf und Familie*. Frankfurt/New York: Campus Verlag. S. 119-141.
- Bilden, Helga. 1991. "Geschlechtsspezifische Sozialisation." In: Klaus Hurrelmann und Dieter Ulrich (Hrsg.): *Neues Handbuch der Sozialisationsforschung*. 4. völlig neubearbeitete Auflage. Beltz Verlag, Weinheim und Basel. S. 279-301.
- Blossfeld, Hans-Peter. 1989a. *Kohortendifferenzierung und Karriereprozeß - Eine Längsschnittstudie über die Veränderung der Bildungs- und Berufschancen im Lebenslauf*. Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- Blossfeld, Hans-Peter. 1989b. "Zur Repräsentativität der Sfb-3-Lebensverlaufsstudie - Ein Vergleich mit den Daten der amtlichen Statistik." In: Karl Ulrich Mayer und Erika Brückner: *Lebensverläufe und Wohlfahrtsentwicklung. Konzeption, Design und Methodik der Erhebung von Lebensverläufen der Geburtsjahrgänge 1929-1931, 1939-1941, 1949-1951*. Teil I. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung. S. 99-121.
- Blossfeld, Hans-Peter und Johannes Huinink. 1991. "Human Capital Investments or Norms of Role Transition? How Women's Schooling and Career Affects the Process of Family Formation." *American Journal of Sociology* Vol. 97, No. 1: 143-168.
- Blossfeld, Hans-Peter. 1995. "Changes in the Process of Family Formation and Women's Growing Economic Independence: A Comparison of Nine Countries." In: Hans-Peter Blossfeld (ed.): *The New Role of Women. Family Formation in Modern Societies*. Westview Press. Pp. 3-32.
- Blossfeld, Hans-Peter und Götz Rohwer. 1995a. *Techniques of Event History Modeling. New Approaches to Causal Analysis*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Blossfeld, Hans-Peter und Götz Rohwer. 1995b. "West Germany." In: Hans-Peter Blossfeld (ed.): *The New Role of Women. Family Formation in Modern Societies*. Westview Press. Pp. 56-76.
- Blossfeld, Hans-Peter und Catherine Hakim. 1997. "A Comparative Perspektive on Part-Time Work." In: Hans-Peter Blossfeld und Catherine Hakim (eds.): *Between Equalization and Marginalization. Women Working Part-Time in Europe and the United States of America*. Oxford University Press.
- Blossfeld, Hans-Peter, Sonja Drobníč und Götz Rohwer (1996): *Employment Patterns: A Crossroad Between Class and Gender. A Long-term Longitudinal Study of Spouses' Careers in West Germany*. Sfb 1986-Arbeitspapier Nr. 33. Universität Bremen (erscheint in: *Revue Française de Sociologie*).

- Blossfeld, Hans-Peter und Götz Rohwer. 1997. "Part-Time Work in West-Germany." In: Hans-Peter Blossfeld und Catherine Hakim (eds.): *Between Equalization and Marginalization. Women Working Part-Time in Europe and the United States of America*. Oxford University Press.
- Brines, Julie. 1994. "Economic Dependency, Gender, and the Division of Labor at Home". *American Journal of Sociology*, Vol. 100. No. 3, S. 652-688.
- Brückner, Erika. 1989. "Methodenreport: Feldbericht Hauptstudie." In: Karl Ulrich Mayer und Erika Brückner: *Lebensverläufe und Wohlfahrtsentwicklung. Konzeption, Design und Methodik der Erhebung von Lebensverläufen der Geburtsjahrgänge 1929-1931, 1939-1941, 1949-1951*. Teil I. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung. S. 123-172.
- Brüderl, Leokadia. 1988. "Auseinandersetzung mit Problemen und Anforderungen im Prozeß der Familienwerdung." In: Leokadia Brüderl (Hrsg.): *Belastende Lebenssituationen. Untersuchungen zur Bewältigungs- und Entwicklungsforschung*. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 76-95.
- Drobnič, Sonja. 1998. "Combining Job and Family: Employment Strategies of Married and Lone Mothers in the USA and Germany." In: Wolfgang Voges (ed.): *Dynamic Approaches to Comparative Social Research. Recent Developments and Applications*. Aldershot: Avebury (im Erscheinen).
- Eckenrode, John und Susan Gore. 1990. "Stress and Coping at the Boundary of Work and Family." In: John Eckenrode und Susan Gore (eds.): *Stress Between Work and Family*. New York und London: Plenum Press. Pp. 1-16.
- Elsner, Gine. 1989. "Arbeit, die krank macht." In: *Frauen und Gesundheit: Thema: Körper und Psyche*. Psychologie heute-Taschenbuch, Weinheim und Basel: Beltz-Verlag. S. 169-184.
- Felder, Hildegard und Elmar Brähler. 1992. "Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit." In: Elmar Brähler und Hildegard Felder (Hrsg.): *Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen*. Westdeutscher Verlag, Opladen. S. 9-32.
- Flaake, Karin und Vera King. 1992. "Psychosexuelle Entwicklung, Lebenssituation und Lebensentwürfe junger Frauen. Zur weiblichen Adoleszenz in soziologischen und psychanalytischen Theorien." In: Karin Flaake und Vera King (Hrsg.): *Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen*. Campus Verlag, Frankfurt/New York. S. 3-39.
- Fowlkes, Martha R. 1987. "Role Combination and Role Conflict: Introductory Perspective." In: Faye J. Crosby: *Spouse, Parent, Worker. On Gender and Multiple Roles*. New Haven und London: Yale University Press: Pp. 3-10.
- Frankenhaeuser Marianne. 1991. "The Psychophysiology of Sex Differences as Related to Occupational Status." In: Marianne Frankenhaeuser, Ulf Lundberg und Margret Chesney (eds.): *Women, Work, and Health. Stress and Opportunities*. New York und London: Plenum Press. Pp. 39-61.
- Fuchs Epstein, Cynthia. 1987. "Multiple Demands and Multiple Roles: The Conditions of Successful Management." In: Faye J. Crosby: *Spouse, Parent, Worker. On Gender and Multiple Roles*. New Haven und London: Yale University Press. Pp. 23-35.
- Gavranidou, Maria. 1992. "Frauenerwerbsbeteiligung und Wohlbefinden." In: Elmar Brähler und Hildegard Felder (Hrsg.): *Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen*. Westdeutscher Verlag, Opladen. S. 137-155.

- Gavranidou, Maria. 1993. "Wohlbefinden und Erwerbstätigkeit im Familienverlauf." In: Bernhard Nauck (Hrsg.): *Lebensgestaltung von Frauen. Eine Regionalanalyse zur Integration von Familien- und Erwerbstätigkeit im Lebenslauf*. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 235-260.
- Glass, Jennifer und Valerie Camarigg. 1992. "Gender, Parenthood, and Job-Family Compatibility." *American Journal of Sociology* Vol. 98, No. 1: 131-151.
- Gove, Walter R. und Carol Zeiss. 1987. "Multiple Roles and Happiness." In: Faye J. Crosby (ed.): *Spouse, Parent, Worker. On Gender and Multiple Roles*. New Haven und London: Yale University Press. Pp. 125-137.
- Gustafsson, Siv. 1991. "Neoklassische ökonomische Theorien und die Lage der Frau: Ansätze und Ergebnisse zu Arbeitsmarkt, Haushalt und der Geburt von Kindern." In: Karl Ulrich Mayer, Jutta Allmendinger und Johannes Huinink (Hg.): *Vom Regen in die Traufe: Frauen zwischen Beruf und Familie*. Frankfurt/New York: Campus Verlag. S. 408-421.
- Hagemann-White, Carol. 1992. "Berufsfindung und Lebensperspektive in der weiblichen Adoleszenz." In: Karin Flaake und Vera King (Hrsg.): *Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen*. Campus Verlag, Frankfurt/New York. S. 64-83.
- Helfferich, Cornelia. 1994. "Quo vadis, Frauengesundheitsforschung? Warum es so nicht weitergeht, warum es weitergeht und wie es weitergehen könnte." *Zeitschrift für Frauenforschung* 12. Jg., Heft 4: 7-19.
- Herold, Joan und Ingrid Waldron. 1985. "Part-Time Employment and Women's Health." *Journal of Occupational Medicine* Vol. 27, No. 6: 405-412.
- Keddi, Barbara und Gertrude Seidenspinner. 1991. "Arbeitsteilung und Partnerschaft." In: Hans Bertram (Hrsg.): *Die Familie in Westdeutschland. Stabilität und Wandel familialer Lebensformen*. Leske + Budrich, Opladen. S. 159-192.
- Kessler, Ronald C. und James A. McRae, Jr. 1982. "The Effect of Wives' Employment on the Mental Health of Married Men and Women." *American Sociological Review* Vol. 47 (April): 216-227.
- Kolip, Petra. 1994a. "Jugend und Gesundheit: Eine notwendig geschlechtsspezifische Betrachtung." In: Petra Kolip (Hrsg.): *Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung*. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 7-21.
- Kolip, Petra. 1994b. "Ein denkwürdiger Wandel - zur gesundheitlichen Lage im Jugendalter." *Zeitschrift für Frauenforschung* 12. Jg., Heft 4: 39-46.
- Krombholz, Heinz. 1993. "Die Erwerbstätigkeit in der Partnerschaft - Wunsch und Wirklichkeit." In: Bernhard Nauck (Hrsg.): *Lebensgestaltung von Frauen. Eine Regionalanalyse zur Integration von Familien- und Erwerbstätigkeit im Lebenslauf*. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 209-233.
- Kurz, Karin. 1998. *Das Erwerbsverhalten von Frauen in der intensiven Familienphase*. Opladen: Leske + Budrich.
- Lauterbach, Wolfgang. 1991. "Erwerbsmuster von Frauen. Entwicklungen und Veränderungen seit Beginn dieses Jahrhunderts." In: Karl Ulrich Mayer, Jutta Allmendinger und Johannes Huinink (Hg.): *Vom Regen in die Traufe: Frauen zwischen Beruf und Familie*. Frankfurt/New York: Campus Verlag. S. 23-56.
- Maschewsky-Schneider, Ulrike. 1994. "Frauen leben länger als Männer - Sind sie auch gesünder?" *Zeitschrift für Frauenforschung* 12. Jg., Heft 4: 28-38.

- Mayer, Karl Ulrich. 1989. "Das Forschungsprojekt "Lebensverläufe und Wohlfahrtsentwicklung". In: Karl Ulrich Mayer und Erika Brückner: *Lebensverläufe und Wohlfahrtsentwicklung. Konzeption, Design und Methodik der Erhebung von Lebensverläufen der Geburtsjahrgänge 1929-1931, 1939-1941, 1949-1951*. Teil I. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung. S. 1-21.
- Mayer, Karl Ulrich und Erika Brückner. 1989. *Lebensverläufe und Wohlfahrtsentwicklung. Konzeption, Design und Methodik der Erhebung von Lebensverläufen der Geburtsjahrgänge 1929-1931, 1939-1941, 1949-1951*. Teil II. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.
- Moen, Phyllis. 1989. *Working Parents. Transformations in Gender Roles and Public Policies in Sweden*. The University of Wisconsin Press.
- Moen, Phyllis. 1992. *Women's Two Roles. A Contemporary Dilemma*. Auburn House.
- Moen, Phyllis, Donna Dempster-McClain und Robin M. Williams, Jr. 1992. "Successful Aging: A Life-Course Perspective on Women's Multiple Roles and Health." *American Journal of Sociology* Vol. 97, No. 6: 1612-1638.
- Moen, Phyllis. 1994. "Women, Work, and Family: A Sociological Perspective on Changing Roles." In: Matilda White Riley, Robert L. Kahn und Anne Foner (eds.): *Age and Structural Lag. Society's Failure to Provide Meaningful Opportunities in Work, Family and Leisure*. A Wiley-Interscience Publication. Pp. 151-170.
- Moen, Phyllis, Julie Robison und Donna Dempster-McClain. 1995. "Caregiving and Women's Well-being: A Life Course Approach." *Journal of Health and Social Behavior* Vol. 36 (September): 259-273.
- Nauck, Bernhard. 1987. *Erwerbstätigkeit und Familienstruktur. Eine empirische Analyse des Einflusses außerfamiliärer Ressourcen auf die Familien und die Belastung von Vätern und Müttern*. DJI Forschungsbericht. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Nave-Herz, Rosemarie. 1992. *Frauen zwischen Tradition und Moderne*. Bielefeld: Kleine Verlag.
- Noor, Noraini M. 1995. "Work and family roles in relation to women's well-being: A longitudinal study." *British Journal of Social Psychology* Vol. 34, No. 1: 87-106.
- Oberndorfer, Rotraud. 1993. "Aufgabenteilung in Partnerschaften." In: Bernhard Nauck (Hrsg.): *Lebensgestaltung von Frauen. Eine Regionalanalyse zur Integration von Familien- und Erwerbstätigkeit im Lebenslauf*. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 145-175.
- O'Neil, Robin und Ellen Greenberger. 1994. "Patterns of Commitment to Work and Parenting: Implications for Role Strain." *Journal of Marriage and the Family* Vol. 56, No. 1: 101-118.
- Pearlin, Leonard I. und Mary E. McCall. 1990. "Occupational Stress and Marital Support: A Description of Microprocesses." In: John Eckenrode und Susan Gore (eds.): *Stress Between Work and Family*. New York und London: Plenum Press. Pp. 39-60.
- Repetti, Rena L., Karen A. Matthews und Ingrid Waldron. 1989. "Employment and Women's Health. Effects of Paid Employment on Women's Mental and Physical Health." *American Psychologist* Vol. 44, No. 11: 1394-1401.
- Rodenstein, Marianne. 1984. "Somatische Kultur und Gebärpolitik - Tendenzen in der Gesundheitspolitik für Frauen." In: Ilona Kickbusch und Barbara Riedmüller (Hrsg.): *Die armen Frauen. Frauen und Sozialpolitik*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main. S. 103-134.
- Rodin, Judith und Jeannette Ickovics. 1990. "Women's Health. Review and Research Agenda as We Approach the 21st Century." *American Psychologist* Vol. 45, No. 9: 1018-1034.
- Ross, Catherine E. und Chia-ling Wu. 1995. "The Links Between Education and Health." *American Sociological Review* Vol. 60 (October): 719-745.

- Schupp, Jürgen. 1991. "Teilzeitarbeit als Möglichkeit der beruflichen (Re-)Integration." In: Karl Ulrich Mayer, Jutta Allmendinger und Johannes Huinink (Hg.): *Vom Regen in die Traufe: Frauen zwischen Beruf und Familie*. Frankfurt/New York: Campus Verlag. S. 207-232.
- Sieverding, Monika. 1992. "Weiblichkeit - Männlichkeit und psychische Gesundheit." In: Elmar Brähler und Hildegard Felder (Hrsg.): *Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen*. Westdeutscher Verlag, Opladen. S. 33-63.
- Simm, Regina. 1991. "Partnerschaft und Familienentwicklung." In: Karl Ulrich Mayer, Jutta Allmendinger und Johannes Huinink (Hg.): *Vom Regen in die Traufe: Frauen zwischen Beruf und Familie*. Frankfurt/New York: Campus Verlag. S. 318-340.
- Statistisches Bundesamt, Wiesbaden (Hg.). 1986. *Statistisches Jahrbuch 1986 für die Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart und Mainz: W. Kohlhammer Verlag GmbH.
- Steil, Janice M. und Beth A. Turetsky. 1987. "Marital Influence Levels and Symptomatology among Wives." In: Faye J. Crosby: *Spouse, Parent, Worker. On Gender and Multiple Roles*. New Haven und London: Yale University Press. Pp. 74-90.
- Stein-Hilbers, Marlene. 1994. "Handeln und behandelt werden: Geschlechtsspezifische Konstruktionen von Krankheit und Gesundheit im Jugendalter." In: Petra Kolip (Hrsg.): *Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung*. Juventa Verlag, Weinheim und München. S. 83-100.
- Steins, Gisela. 1994. *Mutter werden. Die Reaktionen der anderen*. Weinheim, Berlin: Quadriga Verlag. [Kapitel 4: Das Selbstbild der Schwangeren; Kapitel 14: Wie wird es werden?]
- Stroebe, Wolfgang und Margaret Stroebe. 1991. "Partnerschaft, Familie und Wohlbefinden." In: Andrea Abele und Peter Becker (Hrsg.): *Wohlbefinden. Theorie - Empirie - Diagnostik*. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 155-174.
- Tölke, Angelika. 1989. *Lebensverläufe von Frauen. Familiäre Ereignisse, Ausbildungs- und Erwerbsverhalten*. München: DJI Forschungsbericht.
- Verbrugge, Lois M. 1987. "Role Responsibilities, Role Burden, and Physical Health." In: Faye J. Crosby: *Spouse, Parent, Worker. On Gender and Multiple Roles*. New Haven und London: Yale University Press. Pp. 156-166.
- Verbrugge, Lois M. 1990. "Pathways of Health and Death." In: Rima D. Apple (ed.): *Women, Health, and Medicine in America*. Rutgers University Press, New Brunswick/New Jersey. Pp. 41-67.
- Voges, Wolfgang und Christian Schmidt. 1996. "Lebenslagen, die Lebenszeit kosten - Zum Zusammenhang von sozialer Lage, chronischer Erkrankung und Mortalität im zeitlichen Verlauf." In: Wolfgang Zapf, Jürgen Schupp und Roland Habich (Hg.): *Lebenslagen im Wandel: Sozialberichterstattung im Längsschnitt*. Frankfurt/New York: Campus Verlag. S. 378-401.
- Waldron, Ingrid, Joan Herold, Dennis Dunn und Roger Staum. 1982. "Reciprocal Effects of Health and Labor Force Participation Among Women: Evidence From Two Longitudinal Studies." *Journal of Occupational Medicine* Vol. 24, No. 2: 126-132.
- Waldron, Ingrid und Jerry A. Jacobs. 1988. "Effects of Labor Force Participation on Women's Health: New Evidence from a Longitudinal Study." *Journal of Occupational Medicine* Vol. 30, No. 12: 977-983.

- Walper, Sabine. 1993. "Berufsbiographie und Partnerschaft: Auswirkungen von Erwerbsunterbrechungen beim Übergang zur Elternschaft auf die Gestaltung der Partnerschaft." In: Bernhard Nauck (Hrsg.): *Lebensgestaltung von Frauen. Eine Regionalanalyse zur Integration von Familien- und Erwerbstätigkeit im Lebenslauf*. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 177-208.
- Wortman, Camille, Monica Biernat und Eric Lang. 1991. "Coping with Role Overload." In: Marianne Frankenhaeuser, Ulf Lundberg und Margret Chesney (eds.): *Women, Work, and Health. Stress and Opportunities*. New York und London: Plenum Press. Pp. 85-110.
- Zapf, Dieter. 1991. "Arbeit und Wohlbefinden." In: Andrea Abele und Peter Becker (Hrsg.): *Wohlbefinden. Theorie - Empirie - Diagnostik*. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 227-244.