

Wen hält die Ehe gesund?

Der Einfluß von Geschlecht und Familienstand auf Lebenserwartung und Sterblichkeit

Bielefeld. 90 Jahre wird heute Frieda R. in der Schloßstraße in Deppendorf. Die alte Dame ist die älteste noch lebende echte Deppendorferin. Mit ihrer Nichte und deren Tochter und Enkelin lebt sie seit vielen Jahren in dem alten Bauernhaus, das ihre Mutter gebaut hat. Schon früh mußten sie und ihre vier Brüder auf dem Hof mitarbeiten, weil der Vater früh verstorben war. Gefragt nach dem Rezept, wie man bis ins hohe Alter frisch und aktiv bleiben kann, antwortet die Jubilarin verschnitzelt: »... weil ich nie geheiratet habe und mich nicht über einen Mann ärgern mußte...« (*Neue Westfälische*, 6.11.1993)

Die Lücke in der Bewältigungs- und Unterstützungsforschung

Seit das biomedizinische Erklärungsmodell für Krankheit und Tod durch bio-psycho-soziale Ansätze ergänzt wird (Engel, 1977), finden psychologische und soziologische Variablen im Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen vermehrt Beachtung. Besondere Berücksichtigung findet dabei das Konzept der sozialen Unterstützung, da diese einen wesentlichen Beitrag zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit leisten kann und soll (für einen Überblick siehe Badura, 1981).

Hinweise auf die protektive Wirkung sozialer Unterstützung bzw. den schädlichen Effekt sozialer Isolation sind seit Emile Durkheims Selbstmordstudie (1897) gut belegt. Einige jüngere Befunde seien kurz genannt:

- Das Auftreten und der Verlauf psychischer Erkrankungen wird wesentlich vom sozialen Netzwerk beeinflusst. Werden z.B. Angehörigengruppen für aus der Klinik entlassene Schizophreniepatientinnen eingerichtet, kann die Rückfallquote gesenkt werden (Fiedler, 1986).
- Die Auftretenswahrscheinlichkeit von Depressionen ist bei den Personengruppen deutlich niedriger, die über enge soziale Beziehungen und ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung berichten (Turner, 1983).

- Stabile und vertrauensvolle Sozialbeziehungen haben einen positiven Einfluß auf die Genesung nach einem Herzinfarkt (Badura et al., 1987). Zugleich erhöht der Mangel an sozialer Unterstützung das Risiko, an einem Herzinfarkt zu sterben (Berkman et al., 1992).
- Das psychische Wohlbefinden junger Mütter nach der Geburt des ersten Kindes ist bei solchen Frauen deutlich höher, die in ein enges soziales Netzwerk eingebunden sind (Wandersman et al. 1980).

Auch der vielfach belegte Befund, daß verheiratete Personen eine höhere Lebenserwartung haben als unverheiratete (Berkman & Syme, 1979), spricht für die Bedeutsamkeit sozialer Unterstützung im Kontext von Krankheit und Gesundheit.

Diskutiert werden vor allem zwei Hypothesen zur Wirkung sozialer Unterstützung (vgl. Cohen & Wills, 1985; Thoits, 1982): Die Haupteffekthypothese konstatiert einen direkten Einfluß sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden. Soziale Unterstützung fördert danach, z.B. vermittelt über endokrine Prozesse, ungeachtet sonstiger Variablen das Wohlbefinden. Die Puffereffekt-Hypothese hingegen formuliert einen interaktiven Effekt. Soziale Unterstützung wirkt danach lediglich beim Auftreten von Stressoren und Belastungen. Diese haben bei Personen mit geringer sozialer Unterstützung einen negativeren Effekt als bei Personen, die über ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung verfügen.

Neben der Erforschung der Wirkweise stehen Fragen nach den Formen und Quellen sozialer Unterstützung im Vordergrund der Social Support-Forschung. Üblicherweise wird zwischen psychologischen und nicht-psychologischen Formen sozialer Unterstützung unterschieden. Letztere umfassen finanzielle und materielle Hilfen sowie Serviceleistungen (z.B. Hilfe bei einem Umzug). Als psychologische Unterstützungsformen lassen sich emotionale von informativer (Verbreitung von Informationen, die bei der Bewältigung von Problemen helfen) und bewertender Unterstützung (Informationen zur Bewertung des eigenen Verhaltens) voneinander abgrenzen (Cohen & Wills, 1985; House, 1981). Emotionale Unterstützung, definiert als Information darüber, daß eine Person geliebt, akzeptiert und wertgeschätzt wird und in ein soziales Netzwerk wechselseitiger Verpflichtungen eingebunden ist (Cobb, 1976), wird als die wesentlichste Komponente bei der Bewältigung von Krisen erachtet.

Die Unterscheidung verschiedener Formen sozialer Unterstützung führt zu der Frage nach den Quellen sozialer Unterstützung.

Nicht alle Mitglieder des sozialen Netzwerkes stellen alle Unterstützungsformen im gleichen Maße bereit. Während materielle und finanzielle Hilfen auch von Personen des weiteren Netzwerkes geleistet werden können (hierzu zählen auch Professionelle), sind es vor allem die Personen des engeren, privaten Netzwerkes, die emotionale Unterstützung leisten (Schwarzer & Leppin, 1989).

Nestmann und Schmerl wiesen 1990 darauf hin, daß das Geschlecht einen wesentlichen, aber bislang vernachlässigten Faktor im Unterstützungsgeschehen darstellt: »Frauen und Männer unterscheiden sich in allen Phasen ihres Lebens grundlegend voneinander hinsichtlich des Ausmaßes und der Qualität an sozialer Unterstützung, und zwar sowohl hinsichtlich des Empfangens, Erhaltens und Nachsuchens von Social Support, als besonders auch hinsichtlich des Versorgens mit und Bereitstellens von Unterstützung« (S.11). Die sozialen Netzwerke von Frauen und Männern unterscheiden sich sowohl in quantitativen als auch in qualitativen Aspekten. Die Netzwerke von Frauen sind kleiner und konstituieren sich über emotionale Verbundenheit. Männliche soziale Netzwerke hingegen bestehen aus größeren Personengruppen, zu denen losere Verbindungen gepflegt werden. Viele Frauen betonen die Wichtigkeit einer engen Vertrauten, während Männer auf gemeinsame Aktivitäten Wert legen.

Frauen und Männer unterscheiden sich auch hinsichtlich der Formen sozialer Unterstützung.

Während Frauen vornehmlich emotional unterstützen, stellen Männer eher nicht-psychologische Formen sozialer Unterstützung bereit. Dabei entsteht ein Ungleichgewicht, das Nestmann und Schmerl als das »Geschlechterparadox in der Social Support-Forschung« bezeichnen: Obwohl Frauen mehr soziale Unterstützung erhalten, die einen positiven Einfluß auf das Wohlbefinden ausübt bzw. ausüben sollte, leiden sie dennoch häufiger unter psychischen Beschwerden.¹

Besondere Bedeutung kommt dem Unterstützungskonzept im Kontext der Bewältigung chronischer Krankheiten zu. Insbesondere dem Ehepartner – besser: der Ehepartnerin – wird hier eine Schlüsselrolle zugesprochen. Die Oldenburger Herzinfarktstudie, die psychosoziale Einflußfaktoren auf die Genesung nach einem Herzinfarkt bei 1.000 Männern untersuchte, konnte zeigen, daß diese schneller genesen, wenn sie verheiratet sind (Badura et al. 1987). Doch so, wie in dieser wie in anderen Studien »selbstverständlich« ausschließlich männliche Patienten untersucht wurden, findet auch

das Geschlecht der unterstützenden Person selten Beachtung. Die Oldenburger Herzinfarktstudie ist eine der wenigen, die überhaupt die Belastung der pflegenden Personen erfaßt hat. Die sozialen und emotionalen Kosten für familiäre Pflegepersonen sind hoch. Von den in der Oldenburger Herzinfarktstudie befragten Ehepartnerinnen fühlten sich ein Viertel noch ein Jahr nach dem Infarkt sehr stark oder stark belastet, ein Drittel gab an, sie hätten weniger Zeit für sich (Schott & Badura, 1988).

Frauen und Männer leisten in unterschiedlichem Maße soziale, insbesondere emotionale Unterstützung. Anderson (1988) zeigt am Beispiel von SchlaganfallpatientInnen, daß überwiegend Frauen Pflege- und Unterstützungsleistungen erbringen. Während 52 % der Männer ihre Ehefrau als wichtigste Person benennen, sind es nur bei 19 % der Patientinnen die Ehemänner. Schlaganfallpatientinnen werden vornehmlich von weiblichen Familienmitgliedern² gepflegt, insbesondere von Töchtern und Schwiegertöchtern.

Die genannten Befunde sollen das Augenmerk darauf lenken, daß Unterstützungsleistungen nicht geschlechtsneutral sind. Männer und Frauen geben und bekommen in unterschiedlichem Ausmaß soziale, insbesondere emotionale Unterstützung – und dies gilt auch für eine spezielle Form sozialer Beziehungen: die Ehe. Sicherlich schützen spezifische Aspekte der Ehe, wenn nicht vor Krankheit, dann vor vorzeitigem Tod, wenn z.B. der Partner oder die Partnerin bei einem Herzinfarkt schnell den Notarzt verständigen kann. So zeigen Härtel und Löwel (1991) auf der Basis der Daten des MONICA-Herzinfarktregisters Augsburg, daß das Risiko lediger Männer im Vergleich zu verheirateten Männern, innerhalb von 24 Stunden nach einem Infarkt zu sterben, nahezu doppelt so hoch ist.³ Wenn die vermuteten protektiven Faktoren aber – auch vor dem Hintergrund der Kostendämpfungsdiskussion – in einem gesundheits- und familienpolitischen Ruf nach mehr Familie münden, dann ist Vorsicht geboten. Kickbusch (1981) weist als eine der wenigen darauf hin, daß »... beim Ruf nach mehr Familie meist vernachlässigt wird, daß es sich hierbei um ein System geschlechtlicher Arbeitsteilung handelt, das der Frau den Großteil der Gesundheitsleistungen abverlangt« (S.328).

Die Behauptung, die Ehe halte gesund, kann auf diesem Hintergrund so undifferenziert nicht aufrechterhalten werden. Im folgenden soll deshalb die These vertreten werden, daß in bezug auf Gesundheit die Ehe zwar für Männer ein protektiver, für Frauen jedoch ein belastender Faktor ist. Mit der Eheschließung sind für

Frauen neue, zusätzliche Verantwortlichkeiten verbunden, die mit einer stärkeren Belastung einhergehen und einen negativen Einfluß auf die Gesundheit ausüben können.

Wenn im folgenden von »Ehe« die Rede ist, meint das die durch Trauschein besiegelte und damit rechtlich abgesicherte Lebensgemeinschaft zwischen einem Mann und einer Frau. Diese Lebensform – sowohl mit wie ohne Kinder – ist zwar längst nicht mehr die einzig akzeptable⁴, aber die noch immer vorherrschende. In die folgenden Analysen geht lediglich der formal-rechtliche Status einer Lebensgemeinschaft ein. Verheiratete Personen männlichen und weiblichen Geschlechts werden mit unverheirateten (genauer: ledigen und geschiedenen) verglichen. Auf der Grundlage von Mortalitätsdaten soll der These des geschlechtsspezifischen Effekts ehelicher sozialer Unterstützung nachgegangen werden: bevölkerungsstatistische Daten werden hinsichtlich geschlechts- und familienstandsspezifischer Muster untersucht. Ich beschränke mich dabei auf die Gruppe der 30- bis 60jährigen, da vorzeitige Todesfälle von besonderer Relevanz sind. Es wird angenommen, daß die Ehe vor allem Männer vor vorzeitigem Tod schützt, während sie bei Frauen keinen Effekt hat. In der Forschung wird zwar vermutet, daß die Ehe einen Einfluß sowohl auf die Mortalität als auch auf die Morbidität und das allgemeine Wohlbefinden ausübt, im folgenden werden jedoch lediglich Befunde zur Sterblichkeit und Lebenserwartung betrachtet, da diese als die »härtesten Indikatoren« gelten können.

Die Differenzierung nach Geschlecht und Familienstand kann sicherlich lediglich erste grobe Hinweise auf die differentielle Wirkung der Ehe geben, da wesentliche Variablen wie z.B. soziale Schicht, Erwerbstätigkeit und das Vorhandensein von Kindern unberücksichtigt bleiben müssen. Die Frage, inwieweit Erwerbstätigkeit und gleichzeitige Versorgung von Kindern für Frauen und Männer einen gesundheitlichen Risiko- oder aber Schutzfaktor darstellt, muß an dieser Stelle leider unbeantwortet bleiben. Auch die Qualität der ehelichen Beziehung, die für gesundheitliche Belange von größerer Bedeutung ist als der formale Status (vgl. Burman & Margolin, 1992), muß bei den folgenden Betrachtungen unberücksichtigt bleiben. Schließlich ist bei einem Vergleich nach Familienstand zu berücksichtigen, daß in der Gruppe der Ledigen auch solche Personen anzutreffen sind, die in nichtehelichen Lebensgemeinschaften leben. Ihre Zahl hat seit den siebziger Jahren stark zugenommen. Ihr Anteil beträgt bei den 20- bis 25jährigen 9.2 %, bei den 25- bis 35jährigen 8.3 % und bei den 35- bis 55jährigen 3.4 % (alle Angaben

für Gesamtdeutschland 1991; BMFuS, 1994). In der Regel handelt es sich um Lebensgemeinschaften ohne Kinder.

Der Einfluß von Geschlecht und Familienstand auf die Lebenserwartung

Es ist seit langem bekannt, daß sich Männer und Frauen in der Lebenserwartung unterscheiden. Für männliche Neugeborene betrug im Jahre 1989 die Lebenserwartung in den alten Bundesländern 72.7 Jahre, für weibliche Neugeborene 79.1 Jahre.⁵ Die Lebenserwartung steigt bei beiden Geschlechtern, bei den Männern aber weniger stark als bei den Frauen, so daß sich die Differenz in der Lebenserwartung weiter vergrößert. Dieser Befund ist kein Phänomen westlicher Industrieländer, sondern läßt sich für nahezu alle Staaten der Erde belegen (wenige Ausnahmen bilden Nepal und Bangladesch, wo die Lebenserwartung der Männer um ein Jahr höher liegt als die der Frauen; Statistisches Bundesamt 1992, 1993). Geschlechtsunterschiede in Sterblichkeit und Lebenserwartung werden sowohl auf bio-genetische als auch auf unterschiedliche Lebensweisen und Sozialisationserfahrungen zurückgeführt (z.B. Waldron, 1989; Wingard, 1984).

Unterschiede in der Lebenserwartung nach Familienstand sind ebenfalls vielfach belegt (vgl. Gärtner, 1990). Verheiratete haben eine höhere Lebenserwartung als nicht verheiratete Personen. Dies gilt für Männer wie für Frauen, jedoch sind spezifische Unterschiede zu erkennen. Tabelle 1 listet für die Jahre 1979/81 die Differenz der Lebenserwartung von Verheirateten vs. Ledigen bzw. von Verheirateten vs. Geschiedenen in ausgewählten Altersgruppen jeweils getrennt für Frauen und Männer auf (nach Proebsting, 1984).⁶

Tabelle 1: Unterschiede in der Lebenserwartung von verheirateten vs. ledigen sowie verheirateten vs. geschiedenen Frauen und Männern (Lebenserwartung 1979/81 in Jahren für ausgewählte Altersgruppen; nach Proebsting, 1984)

| Alter | Differenz verheiratet/ledig | | Differenz verheiratet/geschieden | |
|-------|-----------------------------|--------|----------------------------------|--------|
| | Frauen | Männer | Frauen | Männer |
| 20 | 2.2 | 4.9 | 4.7 | 9.4 |
| 30 | 2.1 | 4.6 | 4.4 | 8.8 |
| 40 | 1.8 | 3.9 | 3.9 | 7.9 |
| 50 | 1.3 | 2.7 | 3.2 | 6.1 |
| 60 | 0.8 | 1.3 | 2.6 | 4.0 |
| 70 | 0.3 | 0.5 | 2.0 | 2.4 |
| 80 | 0.1 | 0.3 | 1.9 | 1.9 |

Wie Tabelle 1 verdeutlicht, haben Verheiratete gegenüber Ledigen und Geschiedenen in allen Altersgruppen eine höhere Lebenserwartung.⁷ Dieser Unterschied zeigt sich sowohl bei Frauen wie bei Männern. Er wird mit zunehmendem Alter geringer: Während verheiratete Männer im Alter von 20 Jahren verglichen mit ledigen Männern im gleichen Alter eine um 4 bis 9 Jahre höhere Lebenserwartung haben, schrumpft die Differenz bei den 60jährigen Männern auf 1.3 Jahre. Bei den 80jährigen Männern beträgt sie sogar nur 0.3 Jahre. Geschiedene Männer und Frauen haben gegenüber Ledigen eine kürzere Lebenserwartung. Der Unterschied zwischen Verheirateten und Geschiedenen einerseits und Verheirateten und Ledigen andererseits ist in nahezu allen Altersgruppen doppelt so groß. Tabelle 1 zeigt auch, daß die Differenz in der Lebenserwartung in der Gruppe der Frauen deutlich geringer ausfällt als in der Gruppe der Männer, sowohl bei den Ledigen, wie bei den Geschiedenen. Während z.B. 30jährige ledige Frauen im Vergleich zu gleichaltrigen verheirateten Frauen eine um 2.1 Jahre kürzere Lebenserwartung haben (sofern sie bis an ihr Lebensende ledig bleiben), beträgt diese Differenz bei den Männern mehr als das Doppelte, nämlich 4.6 Jahre.

Der Einfluß von Geschlecht und Familienstand auf die Mortalität

Auch die Mortalität differiert nach Geschlecht und Familienstand. Tabelle 2 gibt die Sterbeziffern des Jahres 1993 für 30- bis 60jährige Frauen und Männer aus.⁸ Ergänzt werden diese durch Risikoraten (relatives Risiko: verheiratet vs. ledig bzw. verheiratet vs. geschieden).

Verglichen mit Verheirateten haben Ledige und Geschiedene im Alter zwischen 30 und 60 Jahren ein höheres Risiko zu sterben. So beträgt das relative Risiko bei den 40- bis 44jährigen ledigen Frauen 1.98. Fast doppelt soviel ledige wie verheiratete Frauen sterben also in dieser Altersgruppe. Tabelle 2 zeigt auch, daß das Risiko der geschiedenen Frauen bis zum Alter von 40 Jahren über dem der ledigen Frauen liegt, ab diesem Zeitpunkt dreht sich das Verhältnis um. Bei den Männern hingegen liegt das Sterberisiko der geschiedenen Männer in allen Altersgruppen über dem der verheirateten Männer. Der Tabelle läßt sich auch entnehmen, daß das relative Risiko der Männer sowohl bei den Ledigen, als auch bei den Verheirateten in allen Altersgruppen über dem der Frauen liegt und manchmal nahezu das Doppelte erreicht. Während beispielsweise 40- bis

44jährige geschiedene Frauen 1.8mal so häufig sterben wie verheiratete Frauen, sind es bei den gleichaltrigen Männern 3.6mal soviel.

Tabelle 2: Sterbeziffern je 100000 für alle Todesursachen nach Alter, Geschlecht und Familienstand in der Bundesrepublik Deutschland 1993 sowie relatives Risiko lediger bzw. geschiedener Frauen und Männer (eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes)

| Alter | Sterbeziffern je 100000 Frauen | | | Relatives Risiko* | |
|-------|--------------------------------|-------|------------|-------------------|------------|
| | verheiratet | ledig | geschieden | ledig | geschieden |
| 30-34 | 48 | 95 | 115 | 1.98 | 2.40 |
| 35-39 | 76 | 153 | 167 | 2.01 | 2.20 |
| 40-44 | 133 | 273 | 240 | 1.98 | 1.80 |
| 45-49 | 202 | 393 | 348 | 1.95 | 1.72 |
| 50-54 | 294 | 529 | 521 | 1.80 | 1.77 |
| 55-59 | 460 | 835 | 803 | 1.82 | 1.75 |

| Alter | Sterbeziffern je 100000 Männer | | | Relatives Risiko | |
|-------|--------------------------------|-------|------------|------------------|------------|
| | verheiratet | ledig | geschieden | ledig | geschieden |
| 30-34 | 83 | 227 | 249 | 2.73 | 3.00 |
| 35-39 | 121 | 411 | 471 | 3.40 | 3.89 |
| 40-44 | 190 | 652 | 674 | 3.43 | 3.55 |
| 45-49 | 317 | 997 | 1004 | 3.15 | 3.17 |
| 50-54 | 543 | 1483 | 1481 | 2.73 | 2.73 |
| 55-59 | 978 | 2228 | 2480 | 2.28 | 2.54 |

* Vergleichsgruppe: Verheiratete, RR = 1.0

Die Ehe als protektiver Faktor?

Die Daten zur Mortalität und Lebenserwartung zeigen, daß in der Altersgruppe der 30- bis 60jährigen die Ehe vor vorzeitigem Tod schützt. Zum einen ist die Lebenserwartung bei Verheirateten gegenüber allen anderen Familienständen höher, zum anderen ist die Sterblichkeit niedriger. Da sich dieser Befund für Frauen wie für Männer aufzeigen läßt, kann die These der in gesundheitlicher Hinsicht belastenden Wirkung der Ehe auf Frauen nicht bestätigt werden. Dennoch muß eine differentielle Wirkung dahingehend festgestellt werden, daß Männer gesundheitlich *mehr* von der Ehe profitieren als Frauen, denn das gesundheitliche Risiko nicht verheirateter Männer ist ungleich größer als das nicht verheirateter Frauen. Diese bundesdeutschen Befunde werden in der internationalen Literatur bestätigt (siehe z.B. Gove, 1973; Hart, 1991; Ortmeyer, 1974).

In der bevölkerungswissenschaftlichen Literatur werden vor allem zwei mögliche Wirkmechanismen diskutiert, die den protektiven Effekt der Ehe erklären sollen (siehe z.B. Gärtner, 1990; Klein, 1993). Die *Selektionshypothese* geht davon aus, daß gesunde Menschen bessere Heiratschancen haben. Diese Hypothese könnte jedoch nicht erklären, weshalb auch geschiedene und verwitwete Personen höhere Sterberaten aufweisen, da diese ja ebenfalls schon einmal verheiratet waren. Die *Protektionshypothese* hingegen geht davon aus, daß in der Ehe ein gesünderer Lebensstil praktiziert wird, z.B. werden Mahlzeiten regelmäßiger eingenommen und ein Ehepartner kann den anderen zu gesundheitsförderlichem Verhalten anhalten. Hierunter ist sowohl der Hinweis auf den Gebrauch der Sicherheitsgurte im Auto zu verstehen als auch Anregungen zu sportlichen Aktivitäten oder das Aufmerksammachen auf die Fälligkeit der nächsten Krebsvorsorgeuntersuchung. Umberson (1992) zeigt auf, daß in der Ehe mehr soziale, gesundheitsbezogene Kontrolle ausgeübt wird. Vornehmlich Ehefrauen halten ihren Ehepartner zu gesundheitsförderlichem Verhalten an und übernehmen die Verantwortung für die gesundheitlichen Belange der gesamten Familie. Die Protektionshypothese wäre zu ergänzen um den Aspekt der sozialen Unterstützung. Nicht nur, daß in der Ehe Ansprechpartner leichter zur Verfügung stehen, im Krankheitsfall kann auch leichter auf nichtprofessionelle Versorgung und Pflege zurückgegriffen werden.

Im vorliegenden Beitrag wurden lediglich Mortalitäts-, nicht aber Morbiditätsaspekte untersucht. Insbesondere bei psychischen Erkrankungen und subjektivem Wohlbefinden sind die Befunde sehr widersprüchlich. In amerikanischen Studien zu Wohlbefinden und Zufriedenheit (»happiness«) zeigt sich, daß Verheiratete glücklicher sind als Unverheiratete und daß die Unterschiede bei den Frauen größer sind als bei den Männern (z.B. Wood et al., 1989). Zugleich mehren sich die Hinweise, daß verheiratete Frauen ein größeres Risiko haben, psychische Störungen zu entwickeln (z.B. Gove, 1972). Hier spielen möglicherweise ideologische Aspekte eine Rolle: Die Eheschließung ist für Frauen elementarer Bestandteil der Lebensplanung. Nicht verheiratet zu sein ist für Frauen ein größeres »Unglück« als für Männer – so ein noch immer gängiges Vorurteil, das sich in den Stereotypen der »alten Jungfer« und dem »ewigen Jungesellen« widerspiegelt. Dieses Stereotyp läßt Frauen möglicherweise die Ehe als positiver bewerten, da die Ehe mit traditionellen Rollenvorstellungen übereinstimmt. Zugleich werden sie aber

durch die Ehe emotional derart belastet, daß die Vulnerabilität für psychische Störungen steigt.

Vieles spricht für die Annahme, daß gerade die mit der Ehe verbundenen Lebensweisen einen Einfluß auf den Gesundheitszustand ausüben. Wie Höhn und Pollard (1992) zeigen, unterscheiden sich die Sterbeziffern der Verheirateten von denen der nicht Verheirateten am deutlichsten bei solchen Todesursachen, die im Zusammenhang mit gesundheitsriskantem Verhalten zu sehen sind. So beträgt die Sterblichkeit an chronischen Lebererkrankungen und Leberzirrhose bei den unverheirateten Männern ein Vielfaches der der verheirateten Männer. Auch sind unverheiratete Männer häufiger von tödlichen Verkehrsunfällen betroffen. Die Unterschiede fallen im übrigen bei den Frauen deutlich geringer aus.

Der Befund, daß die Ehe Männer stärker schützt als Frauen, ist im Rahmen der Protektionshypothese erklärbar. Frauen führen möglicherweise ein durchschnittlich gesünderes Leben: Mehr Frauen sind aufgrund geschlechtsspezifischer Sozialisationserfahrungen in der Lage, sich regelmäßig warme Mahlzeiten zuzubereiten, sie trinken durchschnittlich weniger Alkohol und gehen regelmäßiger zu Vorsorgeuntersuchungen. Männer profitieren insofern von der Ehe, als Frauen im Zuge geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung eher als Männer für die gesundheitlichen Belange und die Haushaltsführung zuständig sind. Nach Erkenntnissen des Fünften Familienberichtes verbringen vollerwerbstätige Frauen verglichen mit vollerwerbstätigen Männern durchschnittlich eine Stunde mehr mit hauswirtschaftlichen, handwerklichen und pflegerischen Tätigkeiten. Leben Kinder unter 18 Jahren im Haushalt, wird die Differenz noch größer (BMFuS, 1994). Während unverheiratete, insbesondere geschiedene oder verwitwete, Männer sich gesundheitsbezogene Fähigkeiten zum Teil erst mühsam aneignen müssen, können Frauen auf das Ergebnis eines geschlechtsspezifischen Sozialisationsprozesses zurückgreifen.

Leider mußten in diesem Beitrag weitere wichtige Variablen außer Acht bleiben. So ist es sicherlich von Bedeutung, ob Kinder zu versorgen sind und wer in einer Ehe berufstätig ist.⁹ Nicht nur, daß die Hausarbeit an sich mit spezifischen Belastungen einhergeht (die lange Diskussion um das »Hausfrauen-Syndrom« hat in den siebziger Jahren genau auf diese Aspekte aufmerksam gemacht; z.B. Pross, 1975), auch scheint Berufstätigkeit für Frauen einen gesundheitlichen Schutzfaktor darzustellen. Hart (1991) konnte z.B. auf der Grundlage britischer Daten zeigen, daß verheiratete, berufstätige

Frauen die niedrigste Mortalität haben. Die schützende Wirkung der Ehe zeigt sich vor allem bei berufstätigen Frauen (vor allem in unteren sozialen Schichten).¹⁰

Als weitere Frage bleibt offen, welche konkreten Aspekte der Ehe eine schützende Wirkung ausüben. Es ist sicherlich nicht der formale Status, der durch eine standesamtliche Urkunde belegt wird. Ebenso wenig ist es das bloße Vorhandensein eines Ansprechpartners/einer Ansprechpartnerin bei Problemen. Viele Frauen sind zwar mit der emotionalen Unterstützung durch ihren Ehemann unzufrieden, sie kompensieren diesen Mangel aber häufig durch eine enge emotionale Beziehung zu einer »besten Freundin« (Lowenthal et al., 1975; Rubin, 1985). Der protektive Effekt der Ehe läßt sich schließlich auch nicht allein auf die Anwesenheit einer Person reduzieren, die in medizinischen Krisensituationen zum Telefon greifen kann.

Die Ehe schützt vor vorzeitigem Tod, Männer wie Frauen. Soweit, so gut. Den Blick auf die dahinterliegenden – geschlechtsspezifischen – Mechanismen zu werfen sollte eine selbstverständliche Aufgabe der Gesundheitsforschung sein.

Korrespondenzadresse

Petra Kolip c/o Universität Bielefeld

Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld

Anmerkungen

- 1 Nestmann und Schmerl bieten folgende Auflösung des Paradoxes an: »Frauen haben mehr psychische Belastungen – aufgrund der komplexeren Anforderungen an die weibliche Rolle – und brauchen und beschaffen sich daher mehr soziale Unterstützung. Offenbar reicht diese Unterstützung aber nicht aus, um die höheren Belastungen und Anforderungen aufzufangen (hier werden also *ihre* Erwartungen enttäuscht).« (Nestmann & Schmerl, 1990, S.18)
- 2 Dieses Ungleichgewicht in den Pflege- und Versorgungsleistungen läßt sich nahezu in allen Bereich aufzeigen. Im Ersten Altenbericht der Bundesregierung wird z.B. festgestellt, daß 90 % der chronisch kranken und pflegebedürftigen alten Menschen von Familienangehörigen betreut werden, die überwiegend weiblichen Geschlechts sind (BMFuS, 1993).
- 3 Das relative Risiko der verwitweten und geschiedenen Männer liegt beim 1.4-fachen. Interessanterweise ist das relative Risiko der ledigen Frauen im Vergleich zu den verheirateten Frauen gleich groß, das der Verwitweten und Geschiedenen liegt sogar unter dem der Verheirateten. Die Autorinnen formulieren dazu folgende Vermutung: »Möglicherweise haben verwitwete oder geschiedene Frauen mehr Zeit für sich selbst, gehen häufiger zum Arzt und kümmern sich mehr um ihre Gesundheit als verheiratete Frauen« (Härtel & Löwel, 1991, S.468).

4. Zumindest in jüngeren Bevölkerungsgruppen gehören nichteheliche Lebensgemeinschaften, alleinerziehende Elternschaft oder das Single-Dasein (mit jeweils eigenen Spielarten) zum akzeptierten Lebensmodell-Repertoire (Beck & Beck-Gernsheim, 1990; Meyer & Schulze, 1989). Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (1990) haben Zwei-Generationen-Haushalte mit 36.2 % noch immer den größten Anteil an der Haushaltsstruktur, gefolgt von Ein-Personenhaushalten (34.9 %) und Ehepaaren ohne Kinder (22.4 %). Der Anteil nichtehelicher Lebensgemeinschaften liegt bei unter 5 %. Diese vornehmlich in jüngeren Bevölkerungsgruppen anzutreffende Lebensform ist nach Längsschnittanalysen von Meulemann (1995) ein dem der Verlobung entsprechendes Übergangsphänomen. Der überwiegende Teil nichtehelicher Lebensgemeinschaften mündet in eine Ehe und erweist sich nicht als dauerhafte, alternative Lebensform.
5. In den neuen Bundesländern liegt die Lebenserwartung deutlich unter der in den alten Bundesländern. Sie betrug im Jahre 1989 für männliche Neugeborene 70.1 Jahre, für weibliche Neugeborene 75.9 Jahre.
6. Die Ableitung der Lebenserwartung nach Familienstand aus Sterbetafeln erfolgt unter der Annahme, daß sich der Familienstand für den Rest des Lebens nicht ändern wird (vgl. Proebsting, 1984). Diese Annahme ist insofern problematisch, als gerade in den jüngeren Altersgruppen Veränderungen im Familienstand (z.B. Scheidungen oder Wiederverheiratungen nach Scheidungen) zu erwarten sind. Unterschiede in der Lebenserwartung nach Familienstand wurden jedoch auch mittels Kohortenanalysen ermittelt (siehe z.B. Klein, 1993).
7. Auf eine Betrachtung der Verwitweten wird im folgenden verzichtet, da sie bei den unter 60jährigen ein zahlenmäßig relativ geringes Gewicht haben.
8. Ich danke herzlich dem Statistischen Bundesamt, das eine Sonderauswertung der Todesursachenstatistik nach Alter, Geschlecht und Familienstand vorgenommen und die absoluten Gestorbenenendaten 1993 zur Verfügung gestellt hat.
9. In den alten Ländern der Bundesrepublik waren 1990 82.7 % der 15- bis 65jährigen Männer und 58.5 % der gleichaltrigen Frauen erwerbstätig (neue Länder: 90.9 % der Männer und 81.7 % der Frauen; BMFuS, 1994). Verheiratete Frauen – insbesondere mit Kindern – weisen mit 53.9 % die geringste Erwerbsquote auf.
10. Hart verweist auf den Hintergrund dieser Befunde auf die ökonomische Komponente der Ehe: »In other words, in circumstances of material insufficiency, employment carries no observable health benefit for the married women. In other circumstances, it makes all the differences. (...) Among the very poor it seems that the emotional benefits of marriage cannot compensate for economic deprivation.« (Hart, 1991, S.175).

Literaturverzeichnis

- Anderson, R.: The quality of life of stroke patients and their carers. In: R. Anderson & M. Bury (eds.), Living with chronic illness. The experience of patients and their families (14-42). London, 1988
- Badura, B. (Hg.): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt/M., 1981
- Badura, B., G. Kaufhold, H. Lehmann, H. Pfaff, T. Schott & M. Waltz: Leben mit dem Herzinfarkt. Berlin, 1987

- Beck, U. & E. Beck-Gernsheim: Das ganz normale Chaos der Liebe. Frankfurt/M., 1990
- Berkman, L.F., L. Leo-Summers & R.L. Horwitz: Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective, population-based study of the elderly. *Annals of Internal Medicine* 1992, 117: 1003-1009
- Berkman, L.F. & S.L. Syme: Social networks, host resistance, and mortality: A nine year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology* 1979, 109: 186-204
- Bundesministerium für Familien und Senioren (BMFuS): Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. Erster Altenbericht. Bonn, 1993
- Bundesministerium für Familien und Senioren (BMFuS): Familien und Familienpolitik im geeinten Deutschland – Zukunft des Humanvermögens. 5. Familienbericht. Bonn, 1994
- Burman, B. & G. Margolin: Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective. *Psychological Bulletin* 1992, 112: 39-63
- Cobb, S.: Social support as moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 1976, 38: 300-314
- Cohen, S. & T.A. Wills: Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin* 1985, 98: 310-357
- Durkheim, E.: *Le suicide*. Paris, 1897
- Engel, G.L.: The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977, 196: 129-136
- Fiedler, P.: Neue Entwicklungen in der sozialtherapeutischen Arbeit mit Angehörigen und Familien schizophrener Menschen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 1986, 18: 146-156
- Gärtner, K.: Sterblichkeit nach dem Familienstand. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 1990, 16: 53-66
- Gove, W.R.: The relationship between sex roles, marital status, and mental illness. *Social Forces* 1972, 51: 34-44
- Gove, W.R.: Sex, marital status, and mortality. *American Journal of Sociology* 1973, 79: 45-67
- Härtel, U. & H. Löwel: Familienstand und Überleben nach Herzinfarkt. Ergebnisse des MONICA-Augsburg-Herzinfarktregisters. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 1991, 30: 464-468
- Hart, N.: The social and economic environment and human health. In W.W. Holland, R. Detels & G. Knox (eds.), *Oxford textbook of public health*. Vol. 1: Influences of public health (151-180). New York, 1991
- Höhn, C. & J.H. Pollard: Persönliche Gewohnheiten und Verhaltensweisen und Sterblichkeitsunterschiede nach dem Familienstand in der Bundesrepublik Deutschland. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 1992, 18: 415-433
- House, J.S.: *Work stress and social support*. Reading, 1981
- Kickbusch, I.: Die Bewältigung chronischer Krankheit in der Familie: Einige forschungskritisch-programmatische Bemerkungen. In B. Badura (Hg.), *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialegidemiologischer Forschung* (317-342). Frankfurt/M., 1981

- Klein, T.: Familienstand und Lebenserwartung. Eine Kohortenanalyse für die Bundesrepublik Deutschland. *Zeitschrift für Familienforschung* 1993, 5: 99-114
- Lowenthal, M.F., M. Thurnher & D. Chiriboga: Four stages of life. A comparative study of women and men facing transitions. San Francisco, 1975
- Meulemann, H.: Ehe und Lebensgemeinschaft – alte und neue Normalitäten. Heiraten mit und ohne vorausgehendes Zusammenleben in einer Kohorte ehemaliger Gymnasiasten zwischen 15 und 30. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie* 1995, 15: 2-24.
- Meyer, S. & E. Schulze: Balancen des Glücks. Neue Lebensformen: Paare ohne Trauschein, Alleinerziehende und Singles. München, 1989
- Nestmann, F. & C. Schmerl: Das Geschlechterparadox in der Social Support Forschung. In C. Schmerl & F. Nestmann (Hg.), *Ist Geben seliger als Nehmen? Frauen und Social Support* (7-35). Frankfurt/M., 1990
- Ortmeyer, C.E.: Variations in mortality, morbidity, and health care by marital status. In C.L. Erhardt & J.E. Berlin (eds.), *Mortality and morbidity in the United States* (159-188). Cambridge, 1974
- Proebsting, H.: Entwicklung der Sterblichkeit. *Wirtschaft und Statistik*, 1/1984, 13-24
- Pross, H.: Die Wirklichkeit der Hausfrau. Reinbek, 1975
- Rubin, L.B.: *Just friends. The role of friendship in our lives.* New York, 1985
- Schott, T. & B. Badura: Wives of heart attack patients: The stress of caring. In R. Anderson & M. Bury (eds.), *Living with chronic illness. The experience of patients and their families* (117-136). London, 1988
- Schwarzer, R. & A. Leppin: *Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Eine Metaanalyse.* Göttingen, 1989
- Statistisches Bundesamt: *Familien heute. Strukturen, Verläufe und Einstellungen.* Ausgabe 1990. Stuttgart, 1990
- Statistisches Bundesamt: *Länderbericht Bangladesch.* Stuttgart, 1992
- Statistisches Bundesamt: *Länderbericht Nepal.* Stuttgart, 1993
- Thoits, P.A.: Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior* 1982, 23: 145-159
- Turner, R.J.: Direct, indirect, and moderating effects of social support on psychological distress and associated conditions. In H.B. Kaplan (ed.), *Psychosocial stress* (105-155). New York, 1983
- Umberson, D.: Gender, marital status and the social control of health behavior. *Social Science and Medicine* 1992, 34: 907-917
- Wandersman, L., A. Wandersman & S.Kahn: Social support in the transition to parenthood. *Journal of Community Psychology* 1980, 8: 332-342
- Wingard, D.L.: The sex differential in morbidity, mortality, and lifestyle. *Annual Review of Public Health* 1984, 5: 433-458
- Wood, W., N. Rhodes & M. Whelan: Sex differences in positive well-being: A consideration of emotional style and marital status. *Psychological Bulletin* 1989, 106: 249-264.