

Journal of Health Monitoring · 2019 4(4)

DOI 10.25646/6218

Robert Koch-Institut, Berlin

Petra Rattay, Stephan Müters,
Lea-Sophie Borgmann, Elena von der Lippe,
Christina Poethko-Müller, Thomas Lampert

Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring

Eingereicht: 06.05.2019

Akzeptiert: 23.09.2019

Veröffentlicht: 11.12.2019

[Hier gelangen Sie zum
Journal of Health Monitoring 4/2019:
»Wie geht es Deutschland in Europa? –
Ergebnisse des European Health Interview Survey
\(EHIS\) 2« - kapitelweise](#)

Partnerschaft, Elternschaft, Erwerbstätigkeit und selbst- eingeschätzte Gesundheit in Deutschland und der EU – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2

Abstract

Partnerschaft, Elternschaft und Erwerbstätigkeit stellen drei zentrale soziale Rollen im mittleren Erwachsenenalter dar. Vor dem Hintergrund der Diskussion um multiple Rollen und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird analysiert, in welcher Weise die Kombination der sozialen Rollen in Deutschland und der Europäischen Union (EU) mit der selbsteingeschätzten Gesundheit zusammenhängt.

Die Analyse basiert auf Daten der zweiten Welle des European Health Interview Survey (EHIS2), der 2013 bis 2015 in allen EU-Mitgliedstaaten durchgeführt wurde. Einbezogen wurden 62.111 Frauen und 50.719 Männer im Alter von 25 bis 59 Jahren. Mittels logistischer Regressionen wurden adjustierte Wahrscheinlichkeiten (Predictive Margins) für eine mittlere bis sehr schlechte Gesundheit in unterschiedlichen Familien- und Erwerbskonstellationen für die EU und Deutschland berechnet (bei Männern nur für die gesamte EU).

Bei Frauen und Männern zeigt sich auf Ebene der EU in allen familiären Lebensformen ein Unterschied nach dem Erwerbsstatus: Nichterwerbstätige berichten am häufigsten eine mittlere bis schlechte Gesundheit, gefolgt von Teilzeit- und Vollzeit-erwerbstätigen. Bei Müttern mit Partnerin oder Partner fallen die Unterschiede nach Erwerbsstatus geringer aus als bei Frauen in anderen Lebensformen. In Deutschland finden sich bei Müttern keine Unterschiede in der Gesundheit nach Erwerbsstatus; dies gilt auch für Alleinerziehende. Darüber hinaus zeigen sich unterschiedliche Zusammenhangsmuster zwischen Ländergruppen, die auf Basis ähnlicher Wohlfahrtsstaatssysteme gebildet wurden.

📌 VEREINBARKEIT VON FAMILIE UND BERUF · SELBSTEINGESCHÄTZTE GESUNDHEIT · EUROPÄISCHER VERGLEICH

1. Einleitung

Partnerschaft, Elternschaft und Erwerbstätigkeit stellen drei zentrale soziale Rollen im Erwachsenenalter dar. Es ist aus zahlreichen Studien bekannt, dass alle drei sozialen Rollen wichtige Determinanten der Gesundheit sind. Während sich für Erwerbstätigkeit und Partnerschaft eine Vielzahl

von Studien findet, die für die jeweilige Rolle einen positiven Einfluss auf die Gesundheit zeigen [1–5], fallen die Ergebnisse für Elternschaft weniger eindeutig aus [6–8]. Allerdings wirken die drei sozialen Rollen nicht unabhängig voneinander, sondern bedingen sich wechselseitig. Dies wird auch in der Diskussion um familien- und arbeitsmarkt-politische Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit

GEDA 2014/2015-EHIS (für internationale Vergleiche)

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 15 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.824 Personen (13.568 Frauen, 11.256 Männer)

Response rate: 27,6 %

Untersuchungszeitraum: November 2014–Juli 2015

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de und bei Lange et al. 2017 [9]

von Familie und Beruf deutlich, die im Zuge einer stärkeren Erwerbsbeteiligung von Frauen – und insbesondere Müttern – in vielen europäischen Ländern geführt wird.

Zusammenhänge von Kombinationen aus Partnerschaft, Elternschaft und Erwerbstätigkeit mit Gesundheit werden in der Rollentheorie unter dem Stichwort der „multiplen Rollen“ diskutiert und analysiert [10–12]. Hierbei lassen sich vereinfacht zwei konträre Hypothesen unterscheiden: Die „Rollen-Belastungs-These“ besagt, dass Anforderungen aus Partnerschaft, Elternschaft und Beruf gerade bei Frauen oft inkompatibel sind und damit zu Stress, Überlastung und infolge zu einer Beeinträchtigung der Gesundheit beitragen. Laut „Rollen-Bereicherungs-These“ bereichern mehrere soziale Rollen das Leben von Frauen und Männern, indem sie soziale und ökonomische Ressourcen bereitstellen und Belastungen in einem Lebensbereich durch Ressourcen in einem anderen Lebensbereich ausgeglichen werden können. Neben kausalen Effekten der drei sozialen Rollen auf Gesundheit bestehen aber auch Selektionseffekte derart, dass gesunde Frauen und Männer mit größerer Wahrscheinlichkeit eine Partnerschaft eingehen, eine Familie gründen und einer Erwerbstätigkeit nachgehen [13, 14]. Kausal- und Selektionseffekte schließen sich keineswegs gegenseitig aus, sondern können ineinandergreifen und gesundheitliche Ungleichheiten wechselseitig verstärken [13].

Der Forschungsstand zu Zusammenhängen zwischen der Kombination der drei genannten sozialen Rollen und Gesundheit stellt sich recht uneinheitlich dar. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass unterschiedliche Gesundheitsindikatoren analysiert wurden. Jedoch auch in Bezug auf die selbsteingeschätzte Gesundheit – dem für

diese Analyse ausgewählten Globalmaß und validen Prädiktor für Wohlbefinden, Morbidität, Mortalität und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen [15–17] – fallen die Ergebnisse unterschiedlich aus.

Bislang ist das Thema für Männer selten untersucht worden. Dies kann unter anderem damit zusammenhängen, dass die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in stärkerem Maße für Frauen diskutiert wird. Mit Blick auf die selbsteingeschätzte Gesundheit zeigt eine australische Studie [10], dass Nichterwerbstätigkeit von Männern mit einer schlechteren allgemeinen Gesundheit assoziiert ist; Partner- und Elternstatus haben keinen Einfluss auf diesen Zusammenhang. Auch für Deutschland [18] findet sich ein starker Zusammenhang zwischen Nichterwerbstätigkeit und einer schlechten allgemeinen Gesundheit bei Männern. Doch während bei den Männern ohne Kinder auch eine Teilzeitbeschäftigung mit einer schlechten Gesundheit assoziiert ist, trifft dies auf Männer mit Kindern nicht zu. Bei ihnen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Teilzeit- und Vollzeiterwerbstätigen [18].

Für Frauen wurden Zusammenhänge zwischen den drei sozialen Rollen und der selbstberichteten Gesundheit bereits häufiger untersucht [10, 18–27]. Während in allen Studien bei kinderlosen Frauen eine Nichterwerbstätigkeit mit einer schlechten allgemeinen Gesundheit assoziiert ist, zeigen sich bei Frauen mit Kindern deutliche Unterschiede in den Ergebnissen: Zwar kommt der Großteil der Studien zu dem Ergebnis, dass erwerbstätige Mütter ihre Gesundheit besser bewerteten als nicht erwerbstätige Mütter [19, 23–26], es gibt aber auch Studien, die bei Müttern keinen Unterschied in der selbstberichteten Gesundheit nach dem Erwerbsstatus finden [18, 26] oder in denen

Vollzeit erwerbstätige Mütter ihre Gesundheit schlechter einstufen als nicht erwerbstätige Mütter [10]. Auch hinsichtlich des Umfangs der Erwerbstätigkeit differieren die Ergebnisse: Während einige Studien keine Unterschiede zwischen Voll- und Teilzeiterwerbstätigkeit berichten [18, 19], zeigt sich in anderen Studien bei Teilzeit arbeitenden Müttern eine bessere allgemeine Gesundheit als bei Vollzeit erwerbstätigen Müttern [10, 22]. Für Deutschland zeigen sich bei Frauen keine Unterschiede in der selbstberichteten Gesundheit zwischen Vollzeit- und Teilzeiterwerbstätigen [18]. Dies gilt unabhängig davon, ob Kinder, eine Partnerin oder ein Partner im Haushalt leben. Bei in Partnerschaft lebenden Müttern geht auch eine Nichterwerbstätigkeit nicht mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine schlechte Gesundheit einher, wohl aber bei alleinerziehenden Müttern und kinderlosen Frauen.

Diese Varianz in den Ergebnissen wird – neben Unterschieden im Studiendesign, dem Alter der einbezogenen Studienteilnehmenden oder dem Zeitpunkt der Befragung – vor dem Hintergrund differierender Familienpolitiken und Wohlfahrtssysteme der betrachteten Länder diskutiert. Es wird angenommen, dass diese in unterschiedlicher Weise die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglichen [26, 28]. Ländervergleichende Studien, die auf Ebene der Europäischen Union (EU) den Zusammenhang von Partner-, Eltern- und Erwerbsstatus mit Gesundheit analysieren, gibt es bislang nicht. Lediglich die Studie von Artazcoz et al. [29] untersucht für Ländergruppierungen der EU Zusammenhänge zwischen dem Umfang der Erwerbstätigkeit und der selbsteingeschätzten Gesundheit für in Partnerschaft lebende, erwerbstätige Frauen und Männer und bezieht dabei den Elternstatus mit ein.

Erwerbstätigkeit und Elternschaft werden aber nicht miteinander kombiniert, sondern stehen als Einzelfaktoren nebeneinander. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass in nord-, ost- und südeuropäischen Ländern die subjektive Gesundheit nicht mit dem Elternstatus oder dem Umfang der Wochenarbeitszeit variiert, während dies in kontinentaleuropäischen und angelsächsischen Ländern der Fall ist.

Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass es international bereits eine größere Anzahl an Studien gibt, die Zusammenhänge zwischen Partner-, Eltern- und Erwerbsstatus mit der selbsteingeschätzten Gesundheit analysieren; meist jedoch nur auf der Ebene einzelner Länder.

In dem vorliegenden Beitrag werden erstmals für die EU die Zusammenhänge von Partnerschaft, Elternschaft und Erwerbstätigkeit mit der selbstberichteten Gesundheit vor dem Hintergrund unterschiedlicher Familienpolitiken und Wohlfahrtssysteme verglichen. Hierfür wird auf eine wissenschaftlich etablierte Ländergruppierung zurückgegriffen, laut der sich die EU-Mitgliedstaaten fünf Wohlfahrtsstaatentypen zuordnen lassen [29–31]. Die wesentlichen Charakteristika der fünf Typen lassen sich wie folgt skizzieren [30, 32]:

- ▶ In den nordeuropäischen Ländern Dänemark, Finnland und Schweden zielt die Familienpolitik auf Geschlechtergleichheit und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Länder dieses Typs zeichnen sich durch eine hohe Müttererwerbstätigenquote, hohe Geburtenraten und eine gut ausgebaute öffentliche Kinderbetreuung aus. Aufgrund hoher Steuern müssen allerdings in der Regel beide Eltern für ein durchschnittliches Familieneinkommen arbeiten.

- ▶ Die Familienpolitik in den kontinentaleuropäischen Ländern, zu denen neben Belgien, Frankreich, Luxemburg, den Niederlanden und Österreich auch Deutschland gezählt werden kann, zielt vorrangig auf eine finanzielle Unterstützung von Ehen und Familien durch direkte Geldleistungen. Das Steuersystem fördert das traditionell geprägte männliche Ernährermodell, sodass trotz umfangreicher Kinderbetreuungseinrichtungen eine eher geringe Erwerbsbeteiligung von Müttern, insbesondere in Vollzeit, besteht. Frankreich stellt mit einer starken Förderung der Erwerbsintegration von Frauen eine Ausnahme dar.
- ▶ Die südeuropäischen Länder Griechenland, Italien, Malta, Portugal, Spanien und Zypern zeichnen sich durch eine Familienpolitik aus, die mit einer vergleichsweise geringen sozialen Absicherung durch den Staat und geringen Ausgaben für familienpolitische Maßnahmen einhergeht. Infolgedessen tragen Frauen in starkem Maße Verantwortung für familiäre Aufgaben. Kinderbetreuungsquoten und Vollzeitbeschäftigung von Müttern liegen dennoch auf mittlerem Niveau.
- ▶ Das soziale Sicherungssystem der angelsächsischen Länder, zu denen das Vereinigte Königreich und Irland zählen, orientiert sich an der Leitidee der Grundsicherung bei Bedürftigkeit und zielt damit vorrangig auf Armutsbekämpfung. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird in eher geringem Ausmaß staatlich gefördert. Die gesetzlich vorgesehene Elternzeit ist vergleichsweise kurz und wird teilweise durch vom Arbeitgeber individuell gewährte Elternzeiten kompensiert.
- ▶ In den osteuropäischen Ländern Bulgarien, Estland, Lettland, Litauen, Polen, Ungarn, Rumänien, der Slowakei,

Slowenien und der Tschechischen Republik bestehen große Variationen hinsichtlich der familienpolitischen Maßnahmen. Ein gemeinsames Charakteristikum ist darin zu sehen, dass im Zuge postkommunistischer Transformationsprozesse die Familienpolitiken bislang vergleichsweise wenig entwickelt sind. Trotz der in einigen Ländern vorhandenen Unterstützung von Doppelverdiener-Paaren und hoher Anteile Vollzeit erwerbstätiger Mütter findet sich in starkem Maße eine eher traditionelle Aufteilung der Haus- und Familienarbeit zwischen Frauen und Männern.

Es wird angenommen, dass vor dem Hintergrund dieser differierenden politischen Kontexte auch die Zusammenhänge zwischen der Kombination von Erwerbsarbeit, Eltern- und Partnerschaft und Gesundheit in den Ländergruppen unterschiedlich ausfallen.

Der vorliegende Beitrag geht im Einzelnen folgenden Fragestellungen nach:

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Kombinationen der drei sozialen Rollen (Partnerschaft, Elternschaft, Erwerbstätigkeit) und der selbsteingeschätzten Gesundheit? Variiert dieser Zusammenhang

- a) in der gesamten EU zwischen Frauen und Männern?
- b) bei Frauen zwischen Deutschland und der gesamten EU?
- c) bei Frauen zwischen Ländergruppen der EU, die durch unterschiedliche Wohlfahrtssysteme gekennzeichnet sind?

Der überwiegende Teil der Männer in der EU ist Vollzeit erwerbstätig. Daher sind die Fallzahlen nicht oder Teilzeit

Infobox: Europäische Gesundheitsbefragung (European Health Interview Survey, EHIS)

Die europäischen Kernindikatoren für Gesundheit (European Core Health Indicators, ECHI) wurden gemeinsam von den EU-Mitgliedstaaten und internationalen Organisationen unter Berücksichtigung wissenschaftlicher und gesundheitspolitischer Anforderungen entwickelt. Für die europäische Gesundheitsberichterstattung bilden die Indikatoren ein Gerüst für bevölkerungsbezogene Erhebungen und Analysen zur Gesundheit sowie zur gesundheitlichen Versorgung auf europäischer und nationaler Ebene. Ein wichtiger Baustein ist dabei die europäische Gesundheitsbefragung (European Health Interview Survey, EHIS). Die erste EHIS-Welle (EHIS1), die noch nicht verpflichtend war, wurde zwischen 2006 und 2009 durchgeführt. An EHIS 1 nahmen 17 Mitgliedstaaten sowie zwei weitere Nicht-EU-Staaten teil. Die Beteiligung an der zweiten EHIS-Welle (EHIS2), die zwischen 2013 und 2015 in allen Mitgliedstaaten der EU (sowie in Island, Norwegen und der Türkei) durchgeführt wurde, ist rechtsverbindlich und stützt sich auf die Verordnung (EU) Nr. 141/2013 der Kommission vom 19. Februar 2013. Sie stellt wesentliche Informationen für die ECHI-Indikatoren bereit. In Deutschland erfolgt die Durchführung des EHIS im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. Zum Erhebungszeitraum von EHIS2 hatte die EU 28 Mitgliedstaaten.

Mehr Informationen unter
<https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>

erwerbstätiger Männer in einem repräsentativen Survey entsprechend gering. Bei den differenzierten Analysen zu Unterschieden innerhalb Deutschlands sowie zwischen Ländergruppen werden Männer daher nicht berücksichtigt (siehe Fragestellungen b und c).

2. Methode

2.1 Stichprobendesign und Studiendurchführung

Die hier vorgestellte Analyse basiert auf Daten der zweiten Welle des European Health Interview Survey (EHIS2), die in allen 28 EU-Mitgliedstaaten zwischen 2013 und 2015 erhoben wurden (Infobox). Einbezogen wurden Personen im Alter von mindestens 15 Jahren, die in privaten Haushalten leben. Um ein hohes Maß an Harmonisierung der Erhebungsergebnisse zwischen den Mitgliedstaaten zu erreichen, wurden Leitlinien für die Methodik der Erhebung in Form eines Handbuchs zur Verfügung gestellt, das auch einen Musterfragebogen enthält [33]. In Deutschland ist EHIS Teil des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. EHIS2 wurde in die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) integriert [34, 9]. Die EU-Mitgliedstaaten wählten für EHIS2 jeweils eine national repräsentative Stichprobe, basierend auf Bevölkerungsregistern, Volkszählungen, Wohnregistern oder anderen statistischen Quellen. Im Durchschnitt über alle EU-Mitgliedstaaten dauerte die Datenerhebung acht Monate. Ein Qualitätsbericht enthält detaillierte Angaben zum methodischen Vorgehen der einzelnen Staaten [35]. Eine ausführlichere Darstellung der Methodik von EHIS2 findet sich im Beitrag Hintzpeter et al. [36] in dieser Ausgabe. In Deutschland basierte die Erhebung auf einer zweistufig geschichteten Cluster-Stichprobe, die zufällig aus

Einwohnermelderegistern gezogen wurde. Die Erhebung wurde von November 2014 bis Juli 2015 durchgeführt [9].

2.2 Variablen

Als Outcome-Variable fungiert der selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand. Dieser wurde mittels der Frage „Wie schätzen Sie Ihre Gesundheit im Allgemeinen ein?“ erhoben. Die fünf Antwortkategorien wurden in zwei Gruppen („sehr gut/gut“ und „mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht“) zusammengefasst.

Die Prädiktorvariable „Partner-, Eltern- und Erwerbsstatus“ wurde aus einer Kombination der Variablen zum Haushalts- und Erwerbsstatus gebildet und weist zwölf Ausprägungen auf (Tabelle 1).

Im EHIS-2-Datensatz befindet sich mit Blick auf den Partner- und Elternstatus eine Variable zum Haushaltstyp, die die Ausprägungen „Ein-Personen-Haushalt“, „Alleinerziehende mit Kind(ern) unter 25 Jahren“, „Paare mit Kind(ern) unter 25 Jahren“ und „Paare ohne Kind(er) unter 25 Jahren“ sowie „andere Lebensformen“ aufweist. Der Begriff „Paar“ umfasst alle Personen, die mit einer Partnerin oder einem Partner zusammen in einem Haushalt leben, unabhängig vom Familienstand. Als Kinder gehen leibliche, Stief- und Adoptivkinder bis zum Alter von 24 Jahren ein, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Haushalt der befragten Person haben. Die Kategorie „andere Lebensformen“ umfasst alle Lebensformen, in denen (auch) andere Personen als Partnerinnen beziehungsweise Partner oder Kinder unter 25 Jahren im Haushalt leben [33]. Da in dem vorliegenden Datensatz nicht eindeutig identifizierbar ist, welche Personen in diesen Haushalten leben, wurde diese

Tabelle 1
Stichprobenbeschreibung EU gesamt,
Deutschland und EU-Ländergruppierungen
(n=62.111 Frauen, n=50.719 Männer)
 Quelle: EHIS 2 (2013–2015)

	EU gesamt ¹		Deutsch- land	Kontinental- europa ²	Süd- europa	Nord- europa	Ost- europa	Angelsächs. Europa ³
	Frauen	Männer	Frauen	Frauen	Frauen	Frauen	Frauen	Frauen
Gesamt (n)	62.111	50.719	6.434	19.223	18.408	3.839	16.572	4.069
Selbsteingeschätzte Gesundheit (n)								
Sehr gut/gut	48.257	41.021	5.024	15.572	13.878	3.053	12.390	3.364
Mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht	13.854	9.698	1.410	3.651	4.530	786	4.182	705
Partner-, Eltern- und Erwerbsstatus (n)								
Kein(e) Partner(in), kein(e) Kind(er), nicht erwerbstätig	1.239	1.727	101	285	560	63	269	62
Kein(e) Partner(in), kein(e) Kind(er), Teilzeit erwerbstätig	1.131	563	192	605	254	76	111	85
Kein(e) Partner(in), kein(e) Kind(er), Vollzeit erwerbstätig	5.755	7.478	706	1.530	1.805	394	1.686	340
Partner(in), kein(e) Kind(er), nicht erwerbstätig	3.782	1.404	194	762	1.950	105	846	119
Partner(in), kein(e) Kind(er), Teilzeit erwerbstätig	2.909	573	671	1.718	475	194	236	286
Partner(in), kein(e) Kind(er), Vollzeit erwerbstätig	9.669	11.058	1.375	2.934	2.258	803	3.106	568
Kein(e) Partner(in), Kind(er), nicht erwerbstätig	1.438	152	48	355	561	33	321	168
Kein(e) Partner(in), Kind(er), Teilzeit erwerbstätig	1.274	62	223	685	223	41	100	225
Kein(e) Partner(in), Kind(er), Vollzeit erwerbstätig	3.335	796	181	677	1.074	232	1.151	201
Partner(in), Kind(er), nicht erwerbstätig	8.912	2.266	540	2.257	3.506	283	2.441	425
Partner(in), Kind(er), Teilzeit erwerbstätig	7.285	863	1.606	4.255	1.252	374	469	935
Partner(in), Kind(er), Vollzeit erwerbstätig	15.382	23.777	597	3.160	4.490	1.241	5.836	655
Partner-, Eltern- und Erwerbsstatus (%)								
Kein(e) Partner(in), kein(e) Kind(er), nicht erwerbstätig	1,6	2,9	1,6	1,7	2,0	1,6	1,3	1,1
Kein(e) Partner(in), kein(e) Kind(er), Teilzeit erwerbstätig	1,5	1,3	2,9	2,7	1,3	2,2	0,6	1,7
Kein(e) Partner(in), kein(e) Kind(er), Vollzeit erwerbstätig	8,5	14,1	11,7	9,6	6,6	9,9	9,0	8,2
Partner(in), kein(e) Kind(er), nicht erwerbstätig	5,6	2,7	2,8	3,7	11,0	2,6	4,6	2,3
Partner(in), kein(e) Kind(er), Teilzeit erwerbstätig	5,1	1,3	9,9	7,8	3,2	4,8	1,1	6,1
Partner(in), kein(e) Kind(er), Vollzeit erwerbstätig	15,3	22,3	21,1	16,2	12,5	19,0	17,3	14,7
Kein(e) Partner(in), Kind(er), nicht erwerbstätig	2,4	0,3	0,8	2,2	2,5	0,9	1,8	4,3
Kein(e) Partner(in), Kind(er), Teilzeit erwerbstätig	2,5	0,2	3,3	3,2	1,3	1,2	0,5	5,5
Kein(e) Partner(in), Kind(er), Vollzeit erwerbstätig	4,5	1,4	2,5	3,7	4,3	6,1	6,3	4,7
Partner(in), Kind(er), nicht erwerbstätig	15,4	4,5	9,6	11,2	23,6	8,1	16,6	12,1
Partner(in), Kind(er), Teilzeit erwerbstätig	14,8	2,0	25,6	21,5	8,7	10,6	3,1	23,6
Partner(in), Kind(er), Vollzeit erwerbstätig	15,3	47,0	8,3	16,5	23,1	33,1	37,8	15,6

n=ungewichtete Anzahl der Befragten, %=gewichteter Anteil

¹ EU=Durchschnitt der EU-Mitgliedstaaten, für die Daten vorliegen (ohne Irland)

² inklusive Deutschland

³ ohne Irland

Kategorie aus der Analyse ausgeschlossen. Für die Altersgruppen 25 bis 59 Jahre traf dies auf 33.429 Personen zu. Die Kombination von Partner- und Elternstatus wird im Folgenden auch als Familienstatus oder familiäre Lebensform bezeichnet.

Bezüglich des Erwerbsstatus erfolgte eine Differenzierung in „Vollzeit erwerbstätig“, „Teilzeit erwerbstätig“ und „nicht erwerbstätig“. Die Zuordnung zu Voll- oder Teilzeit wurde von den Befragten selbst vorgenommen. Erwerbstätige Befragte, die sich nicht der Rubrik Voll- oder Teilzeit zugeordnet hatten, blieben in der Analyse unberücksichtigt (2.271 Personen). Zur Gruppe der nicht erwerbstätigen Personen zählen Arbeitslose sowie Hausfrauen und -männer (inklusive Betreuung von Kindern sowie von hilfs- oder pflegebedürftigen Personen) und sonstig nicht erwerbstätige Personen. Ausgeschlossen wurden Schülerinnen und Schüler, Studierende, Personen im Wehr- oder Militärdienst sowie dauerhaft erwerbsunfähige Personen (10.715 Personen). Auf eine weitere Ausdifferenzierung der nicht erwerbstätigen Personen in „arbeitslos“ und „Hausfrau beziehungsweise Hausmann“ wurde verzichtet, da die Fallzahlen in einigen familiären Subgruppen sehr klein sind. Eine Sensitivitätsanalyse zeigte, dass die Zusammenhänge bei Arbeitslosen sowie Hausfrauen und Hausmännern nicht gegenläufig ausfielen, sodass eine Zusammenlegung gerechtfertigt schien.

Als Moderatorvariable ging die Gruppierung der EU-Mitgliedstaaten entlang der oben dargestellten Typisierung der Familienpolitiken und Wohlfahrtssysteme ein. Die Gruppierung war nötig, da die Fallzahlen in vielen EU-Mitgliedstaaten zu klein für die differenzierte Analyse des Familien- und Erwerbsstatus sind. Die Ländergruppierung umfasst

die kontinentaleuropäischen Länder (Belgien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg, die Niederlande, Österreich), die südeuropäischen Länder (Griechenland, Italien, Malta, Portugal, Spanien, Zypern), die nordeuropäischen Länder (Dänemark, Finnland, Schweden), die osteuropäischen Länder (Bulgarien, Tschechische Republik, Estland, Lettland, Litauen, Ungarn, Polen, Rumänien, Slowakei, Slowenien) und die angelsächsischen Länder (Vereinigtes Königreich). Aufgrund nicht plausibler Werte beim Erwerbsstatus von Frauen und Männern mit Kindern wurden die Daten für Irland ausgeschlossen.

Als Kontrollvariable ging zum einen das Alter der Befragten in die Analyse ein, das im Datensatz als gruppierte Variable in Fünf-Jahres-Schritten vorliegt. Zum anderen wurde in den Modellen für die Erhebungsmethode kontrolliert, um Unterschiede im Antwortverhalten ausgleichen zu können. Die Variable wies die Ausprägungen „Face-to-Face“, „postalisch“, „telefonisch“, „Internet“ und „Mixed-Mode“, also eine Kombination von mehreren Erhebungsmethoden, auf. Ferner wurde für das Alter des jüngsten Kindes im Haushalt (Kind unter 7 Jahren im Haushalt: ja/nein) kontrolliert sowie für die Bildung der Befragten (untere, mittlere, obere Bildungsgruppe), die mittels der Internationalen Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) 2011 gemessen wurde [37].

2.3 Statistische Methoden

Die Analyse wurde begrenzt auf den Altersbereich von 25 bis 59 Jahren. Die Brutto-Stichprobe der 25- bis 59-Jährigen beträgt 85.939 Frauen und 74.404 Männer. Aufgrund der Einschlusskriterien beim Partner-, Eltern- und

Die größten Unterschiede in der selbsteingeschätzten Gesundheit zeigen sich in der EU zwischen Vollzeit und nicht erwerbstätigen Frauen und Männern.

Erwerbsstatus wurden 44.334 Fälle fallweise ausgeschlossen (Kapitel 2.2). Durch fehlende Angaben bei der selbsteingeschätzten Gesundheit ($n=2.769$) und der Bildung ($n=410$) ergibt sich eine Netto-Stichprobe von 112.830 Teilnehmenden (fallweiser Ausschluss). Tabelle 1 gibt einen Überblick über die einbezogene Stichprobe.

In der statistischen Analyse wurden für Frauen und Männer getrennt binär logistische Regressionen mit dem Outcome einer mittelmäßigen bis sehr schlechten Gesundheit berechnet, in die neben dem Familien- und Erwerbsstatus die Ländergruppen, die Interaktion aus Familien- und Erwerbsstatus und Ländergruppen, das Alter, die Interaktion aus Alter und Land, die Erhebungsmethode, das Alter des jüngsten Kindes sowie Bildung eingingen. Auf Basis dieser Modelle wurden vorhergesagte (adjustierte) Wahrscheinlichkeiten (Predictive Margins) inklusive der 95%-Konfidenzintervalle für die gesamte EU sowie für die fünf Ländergruppen berechnet. Für Männer wird nur das Ergebnis für die EU insgesamt berichtet, da die Fallzahlen für nicht oder Teilzeit erwerbstätige Männer innerhalb der familiären Lebensformen bei Betrachtung der einzelnen Ländergruppen zu klein waren. Für Deutschland wurde ein eigenes Modell ohne länderbezogene Kontrollvariablen berechnet. Zur statistischen Absicherung der Unterschiede der Zusammenhangsmuster zwischen dem Familien- und Erwerbsstatus und der Gesundheit wurden auf Basis von Modellen mit Interaktionstermen aus Familien- und Erwerbsstatus und (a) Geschlecht, (b) Deutschland (ja/nein) und (c) EU-Ländergruppen adjustierte Wald-Tests berechnet. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied ausgegangen, wenn der entsprechende p-Wert kleiner als 0,05 ist.

Die Analysen wurden mit einem Gewichtungsfaktor erstellt, um sicherzustellen, dass jeder EU-Mitgliedstaat proportional zu seinem Bevölkerungsumfang berücksichtigt wird. Bei der Gewichtung für den europäischen Vergleich wird Bildung – im Gegensatz zu Auswertungen von GEDA 2014/2015-EHIS für Deutschland [9] – gemäß den Eurostat-Empfehlungen nicht berücksichtigt. Durch die Aufnahme von Bildung und der Interaktion aus Alter und Mitgliedstaat wird in den statistischen Modellen allerdings für Bildungs- und Altersunterschiede in den EU-Mitgliedstaaten kontrolliert. Als Clustervariable wird für die folgenden Analysen die Haushaltsindikatorvariable verwendet. Alle Analysen wurden mit Stata 15.1 durchgeführt. Um die Clusterung der Teilnehmenden und die Gewichtung angemessen bei der Berechnung von Konfidenzintervallen und p-Werten zu berücksichtigen, wurden in allen Analysen Stata-Surveyprozeduren verwendet.

3. Ergebnisse

3.1 Familien- und Erwerbsmuster von Frauen und Männern

In der EU zeigt sich bei den Männern eine starke Clusterung auf nur wenige Familien- und Erwerbsgruppen (Tabelle 1). So finden sich 47,0% der Männer in der Gruppe jener, die alle drei sozialen Rollen innehaben (Partner, Vater, Vollzeiterwerbstätiger). Weitere 36,4% der Männer gehören in die beiden Gruppen „kein(e) Kind(er), Vollzeiterwerbstätigkeit“ mit und ohne Partnerin oder Partner.

Bei den Frauen besteht hingegen innerhalb der EU eine deutlich größere Heterogenität in Hinblick auf den Familien- und Erwerbsstatus (Tabelle 1). Der Vergleich von

Die Zusammenhangsmuster zwischen Kombinationen aus Partner-, Eltern- und Erwerbsstatus und der selbsteingeschätzten Gesundheit unterscheiden sich bei Frauen in den verschiedenen EU-Ländergruppen.

Deutschland und der EU gesamt zeigt, dass in Deutschland ein auffallend großer Teil der Mütter in Teilzeit erwerbstätig ist. Auch der Vergleich der Ländergruppen lässt deutliche Unterschiede erkennen: Während in den kontinentaleuropäischen und angelsächsischen Mitgliedstaaten bei Frauen mit Kindern eine Teilzeitbeschäftigung am häufigsten zu finden ist, ist eine Teilzeitbeschäftigung in Südeuropa und in noch stärkerem Maße in Osteuropa eher selten. Während in Osteuropa Frauen in allen familiären Lebensformkonstellationen überwiegend Vollzeit erwerbstätig sind, sind Frauen aus Südeuropa vergleichsweise häufig nicht erwerbstätig. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn sie in einem Partnerhaushalt leben. In den nordeuropäischen Ländern ist ein Großteil der Frauen (auch der Mütter) Vollzeit erwerbstätig.

3.2 Zusammenhänge zwischen dem Familien- und Erwerbsstatus und der Gesundheit

Bei Männern in der EU ([Abbildung 1](#) und [Annex Tabelle 1](#)) zeigt sich eine graduelle Abstufung in den Prävalenzen derart, dass Vollzeit erwerbstätige Männer am seltensten ihre Gesundheit als mittelmäßig bis sehr schlecht einschätzen, gefolgt von den Teilzeit erwerbstätigen Männern. Eine mittelmäßige bis sehr schlechte Gesundheit wird am häufigsten von nicht erwerbstätigen Männern berichtet. Dieses Muster findet sich in allen familiären Lebensformen. Allerdings weist die Gruppe der nicht erwerbstätigen, partner- und kinderlosen Männer die höchste vorhergesagte Prävalenz einer allenfalls mittelmäßigen selbsteingeschätzten Gesundheit auf.

Bei den Frauen in der EU ([Abbildung 1](#) und [Annex Tabelle 1](#)) zeigt sich ein ähnliches Muster einer graduellen

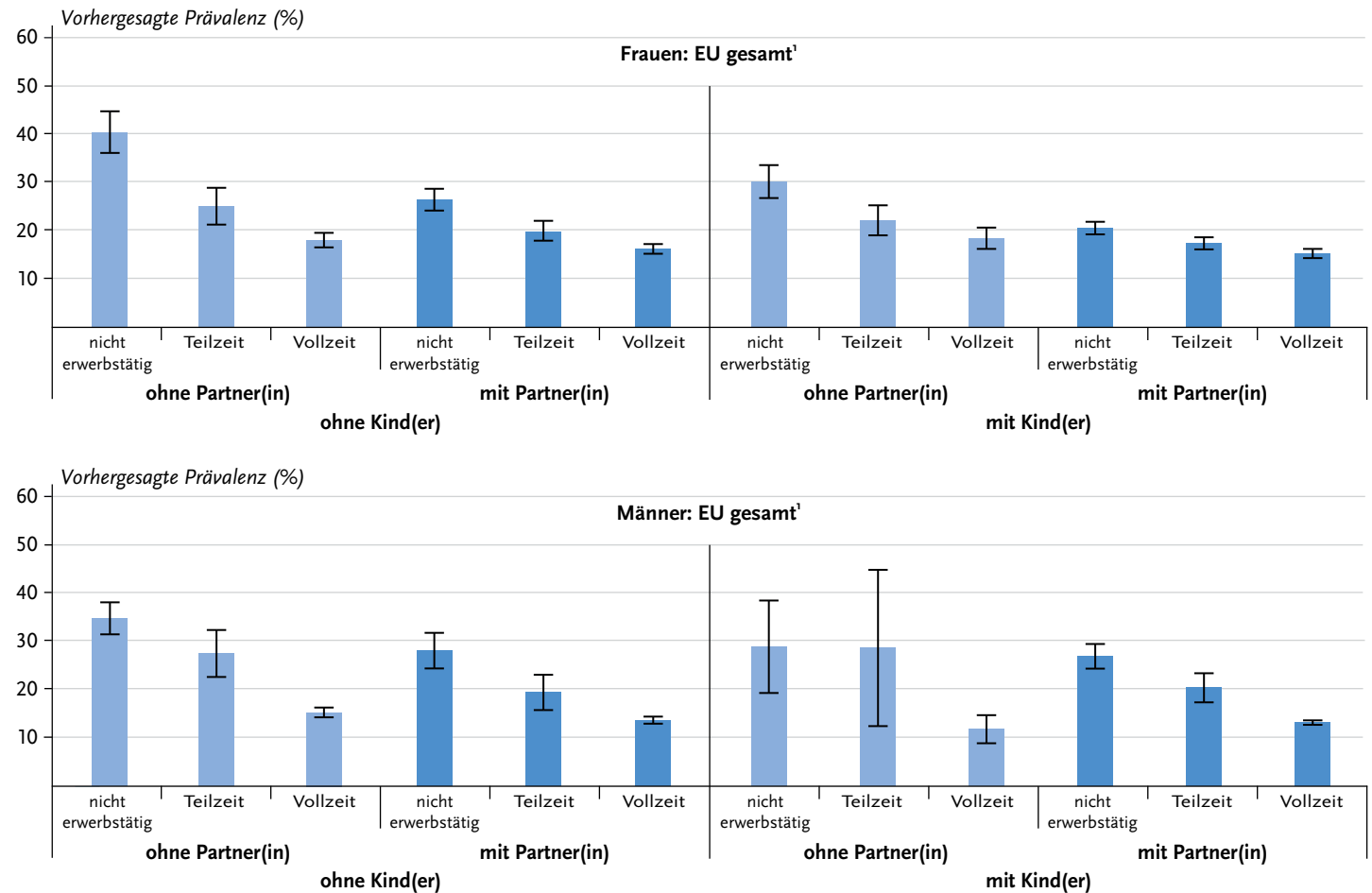
Abstufung der Prävalenzen nach dem Grad der Erwerbstätigkeit. Auch bei den Frauen findet sich in der Gruppe der Nichterwerbstätigen ohne Partnerin oder Partner und Kinder die höchste vorhergesagte Prävalenz für eine nicht gute Gesundheit. Auffällig ist bei den Frauen allerdings, dass die Unterschiede in der Gesundheit nach Erwerbsstatus bei Frauen in Partnerschaft und mit Kindern geringer ausfallen als in den anderen familiären Lebensformen. Die Wahrscheinlichkeit einer mittelmäßigen bis sehr schlechten Gesundheit ist bei nicht erwerbstätigen Frauen in Partnerschaft und mit Kindern somit deutlich geringer als bei nicht erwerbstätigen Frauen der anderen familiären Lebensformen.

Beim statistischen Vergleich von Frauen und Männern finden sich signifikante Unterschiede ($p=0,002$) einerseits bei den nicht erwerbstätigen, in Partnerschaft lebenden Frauen und Männern mit Kindern zuungunsten der Männer und andererseits bei den in Vollzeit erwerbstätigen Alleinerziehenden sowie Alleinlebenden zuungunsten der Frauen. In allen anderen Subgruppen liegen die Anteile für eine nicht gute Gesundheit bei Frauen und Männern auf einem ähnlichen Niveau.

Bei Betrachtung der vorhergesagten Prävalenzen für Deutschland ([Abbildung 2](#) und [Annex Tabelle 2](#)) fällt auf, dass die Unterschiede in der selbsteingeschätzten Gesundheit nach dem Erwerbs- und Partnerstatus bei Frauen mit Kindern deutlich geringer ausfallen als in der gesamten EU ([Abbildung 1](#)). In Deutschland zeigen sich bei Müttern weder signifikante Unterschiede in der Gesundheit zwischen Vollzeit-, Teilzeit- und Nichterwerbstätigen noch zwischen alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Müttern. Auch bei den kinderlosen Frauen,

Abbildung 1

Vorhergesagte Prävalenzen und 95%-Konfidenzintervalle für eine mittelmäßige bis sehr schlechte allgemeine Gesundheit bei Frauen und Männern in der gesamten EU nach Eltern-, Partner- und Erwerbsstatus (n=62.111 Frauen, n=50.719 Männer)
Quelle: EHIS 2 (2013–2015)



¹ EU gesamt = Durchschnitt der EU-Mitgliedstaaten, für die Daten vorliegen (ohne Irland)

die in einem Partnerhaushalt leben, zeigen sich keine Unterschiede in der Gesundheit zwischen Voll- und Teilzeiterwerbstätigen, wohl aber bei den alleinlebenden Frauen. Das Zusammenhangsmuster zwischen den drei sozialen Rollen und der Gesundheit in Deutschland unterscheidet sich signifikant von dem in der EU gesamt (ohne Deutschland) ($p=0,002$).

Der statistische Vergleich der Zusammenhangsmuster zwischen dem Familien- und Erwerbsstatus und der selbsteingeschätzten Gesundheit in den fünf Ländergruppen der EU ergibt, dass signifikante Unterschiede zwischen den Ländergruppen bestehen ($p<0,001$) (Abbildung 2 und Annex Tabelle 2).

In Kontinentaleuropa (inklusive Deutschland) findet sich weitgehend das Zusammenhangsmuster, das für die gesamte EU beschrieben wurde. Die Gruppe der Frauen, die keine der drei sozialen Rollen innehat, weist die höchste vorhergesagte Prävalenz für eine mittelmäßige bis sehr schlechte Gesundheit auf. Der statistische Vergleich der Zusammenhangsmuster bei Frauen in Deutschland und

in Kontinentaleuropa (ohne Deutschland) untermauert, dass das Muster in Deutschland signifikant anders ausfällt als im übrigen Kontinentaleuropa ($p=0,002$).

Auffällig in Südeuropa ist, dass die Unterschiede in den vorhergesagten Prävalenzen für eine mittelmäßige bis sehr schlechte Gesundheit vergleichsweise gering ausfallen. Ähnlich wie in Deutschland sind in Südeuropa die

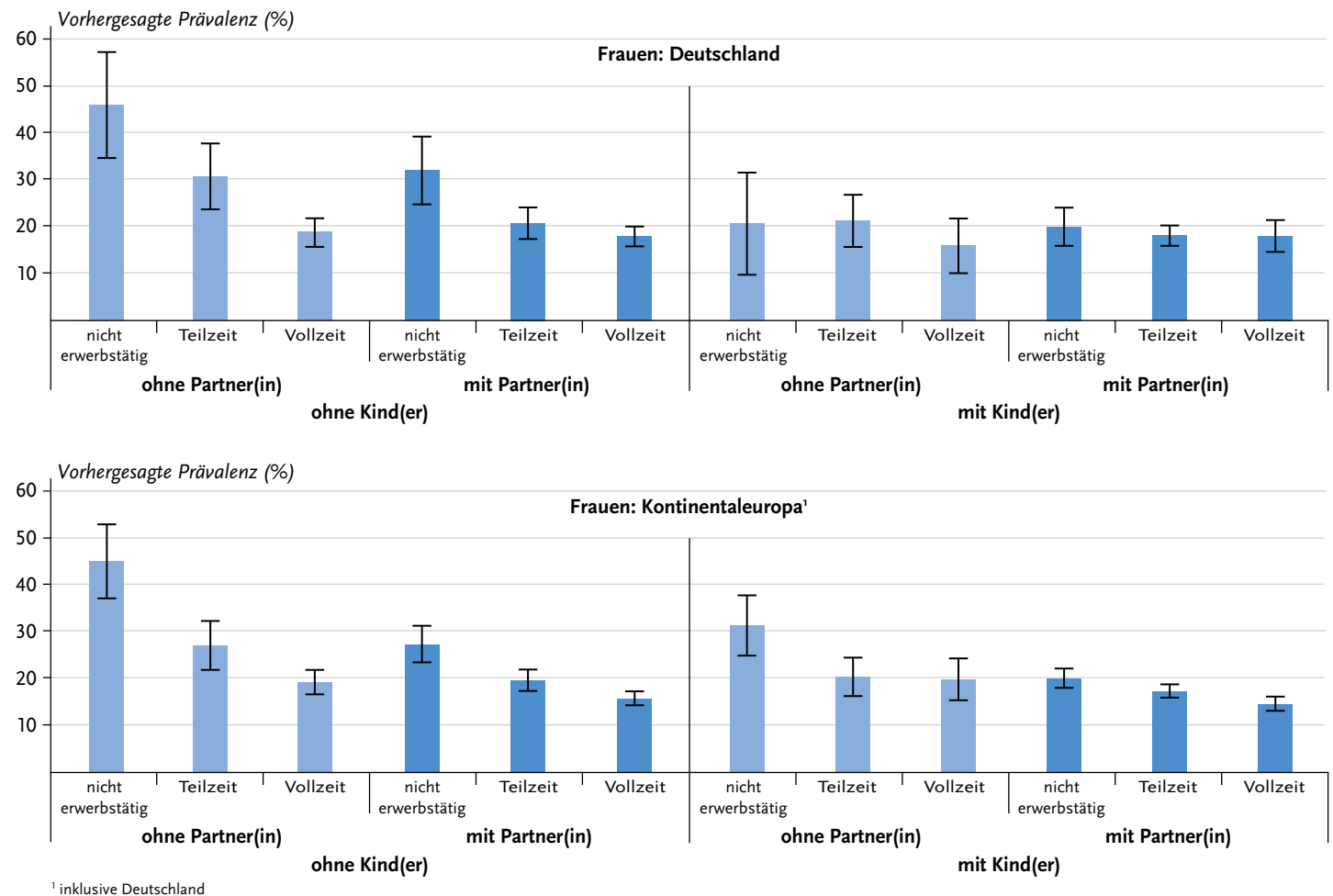


Abbildung 2

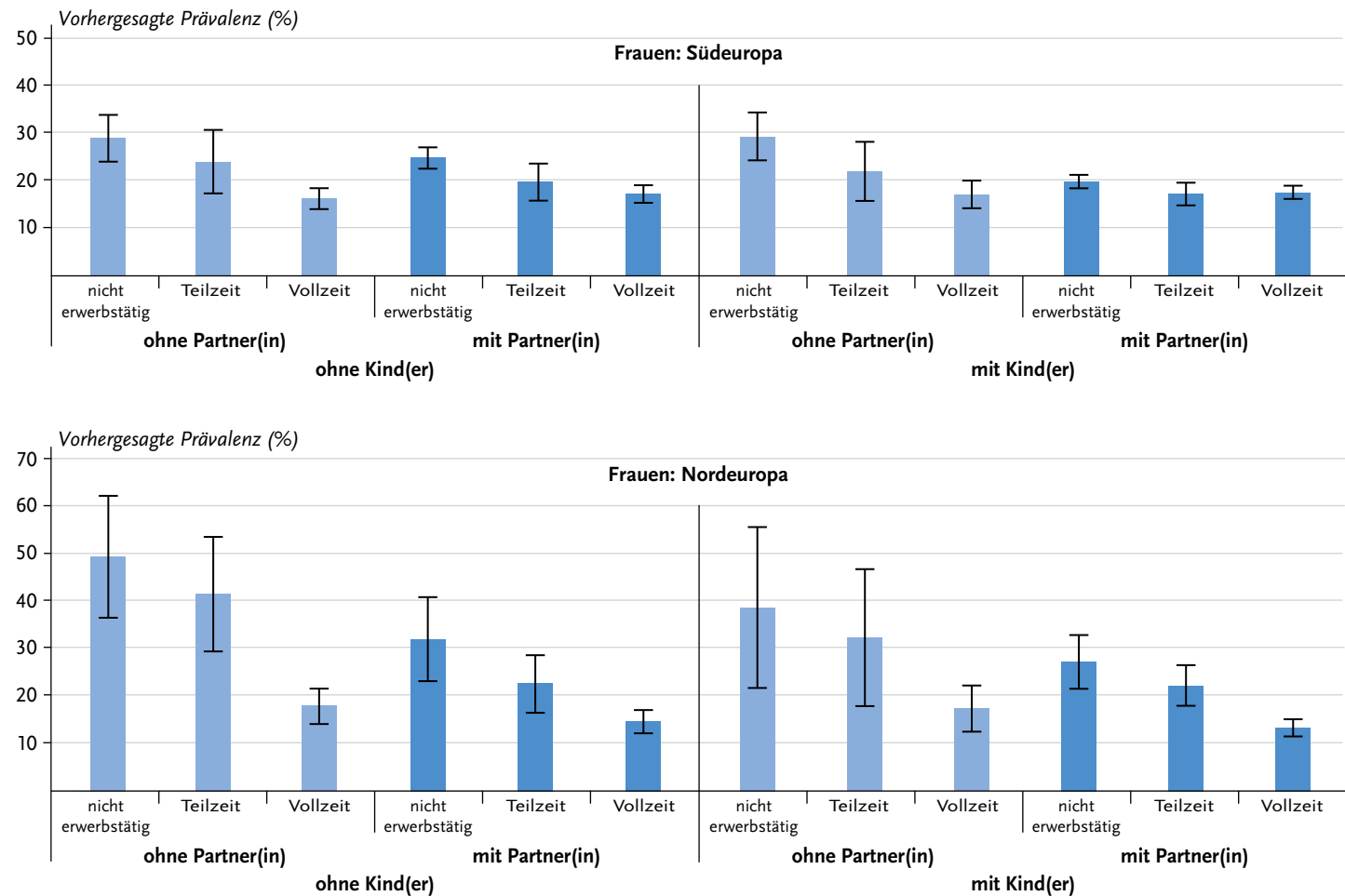
Vorhergesagte Prävalenzen und 95%-Konfidenzintervalle für eine mittelmäßige bis sehr schlechte allgemeine Gesundheit bei Frauen in Deutschland und in Ländergruppen der EU-Mitgliedstaaten nach Eltern-, Partner- und Erwerbsstatus (n = 62.111 Frauen)

Quelle: EHIS 2 (2013–2015)

Abbildung 2 Fortsetzung

Vorhergesagte Prävalenzen und 95%-Konfidenzintervalle für eine mittelmäßige bis sehr schlechte allgemeine Gesundheit bei Frauen in Deutschland und in Ländergruppen der EU-Mitgliedstaaten nach Eltern-, Partner- und Erwerbsstatus (n = 62.111 Frauen)

Quelle: EHIS 2 (2013–2015)

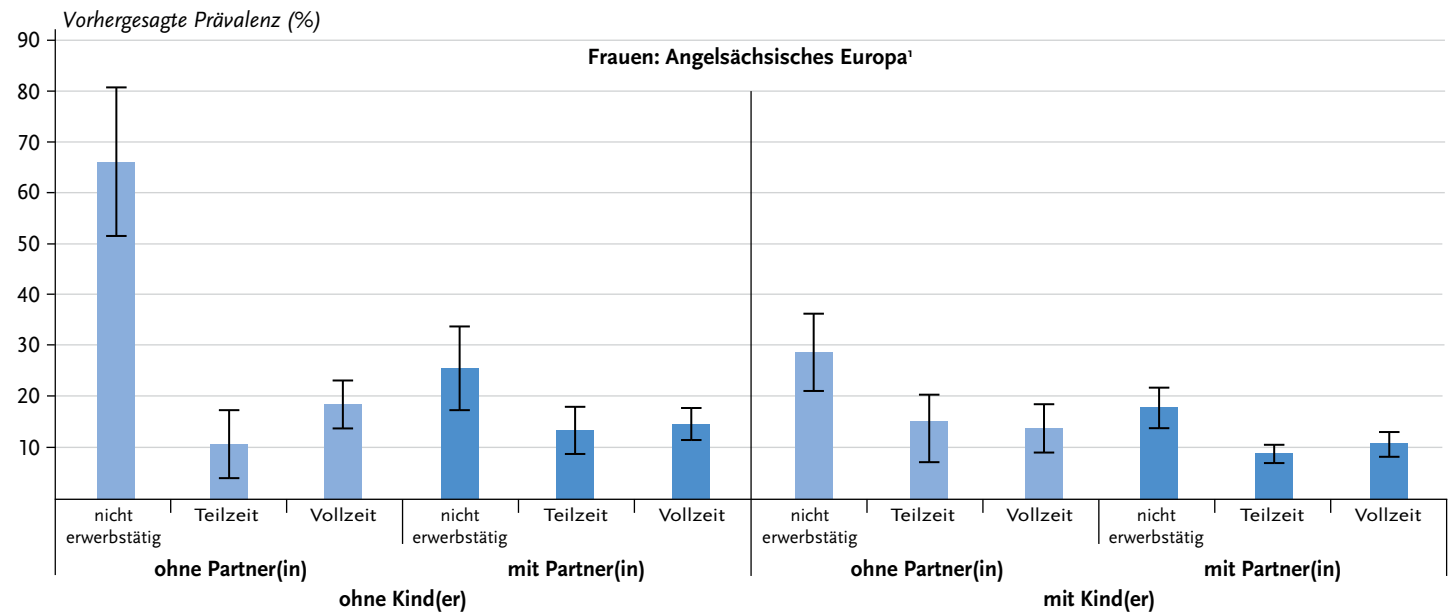
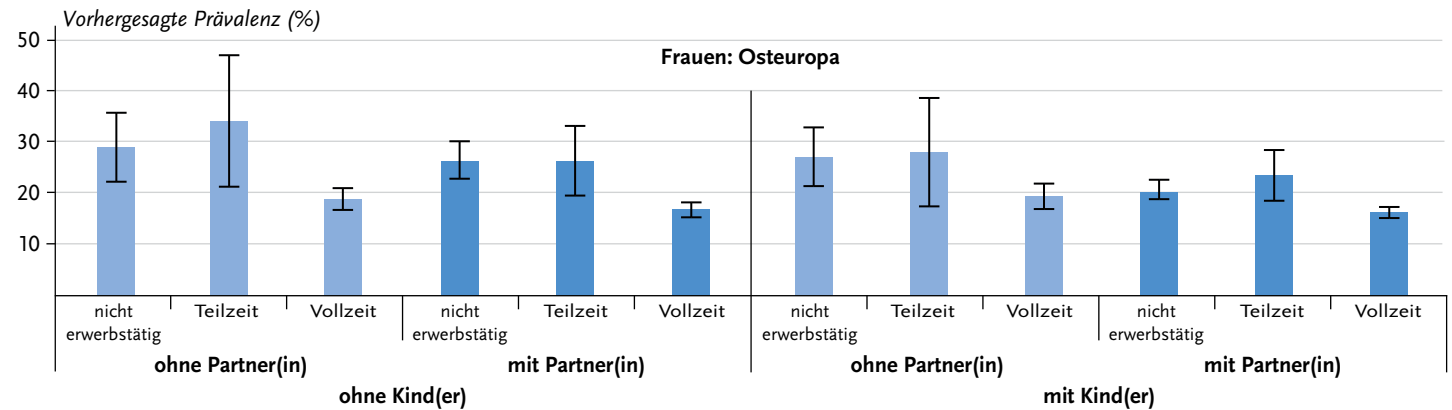


Unterschiede nach dem Erwerbsstatus bei den in Partnerhaushalten lebenden Müttern nicht signifikant. Bei den Alleinerziehenden und den kinderlosen Frauen lässt sich hingegen eine graduelle Abstufung nach dem Erwerbsstatus derart erkennen, dass signifikante Unterschiede in der Gesundheit zwischen nicht und Vollzeit erwerbstätigen Frauen bestehen.

In Nordeuropa zeigt sich ein vergleichsweise stark ausgeprägter Erwerbsstatus-Gradient: Die Prävalenzen für eine mittelmäßige bis sehr schlechte Gesundheit sind bei den nicht erwerbstätigen Frauen am höchsten, gefolgt von den Teilzeit erwerbstätigen Frauen. Die Prävalenzen für die Vollzeiterwerbstätigen sind am geringsten und liegen in allen familiären Lebensformen auf dem gleichen

Niveau. Während die Unterschiede in der Gesundheit zwischen Vollzeit und nicht erwerbstätigen Frauen in allen familiären Lebensformen – außer bei den Alleinerziehenden (aufgrund der geringen Fallzahlen) – signifikant sind,

zeigen sich bei den Frauen ohne Kinder und Partnerschaft sowie bei den in Partnerschaft lebenden Müttern zudem signifikante Unterschiede zwischen Teilzeit- und Vollzeit-erwerbstätigen.



¹ ohne Irland

Abbildung 2 Fortsetzung
Vorhergesagte Prävalenzen und 95 %-Konfidenzintervalle für eine mittelmäßige bis sehr schlechte allgemeine Gesundheit bei Frauen in Deutschland und in Ländergruppen der EU-Mitgliedstaaten nach Eltern-, Partner- und Erwerbsstatus (n = 62.111 Frauen)
Quelle: EHIS 2 (2013–2015)

In allen EU-Ländergruppen berichten Frauen, die keine der drei sozialen Rollen innehaben, besonders häufig eine mittelmäßige bis sehr schlechte Gesundheit.

In Osteuropa finden sich in allen vier familiären Lebensformen keine signifikanten Unterschiede in der Gesundheit zwischen nicht und Teilzeit erwerbstätigen Frauen. In allen vier Lebensformgruppen schätzen Vollzeit erwerbstätige Frauen ihre Gesundheit am seltensten als mittelmäßig bis sehr schlecht ein. Bei den Alleinerziehenden sind die Unterschiede aber nicht statistisch signifikant. Insgesamt sind die Unterschiede in der Gesundheit zwischen den Familien- und Erwerbsstatusgruppen – ähnlich wie in Südeuropa – moderat.

Im angelsächsischen Europa (hier nur Vereinigtes Königreich) lässt sich hingegen ein anderes Muster erkennen: Es zeigen sich in allen vier familiären Lebensformgruppen keine Unterschiede in der Gesundheit zwischen Voll- und Teilzeit erwerbstätigen Frauen. Nicht erwerbstätige Frauen berichten hingegen in allen familiären Subgruppen häufiger eine mittelmäßige bis sehr schlechte Gesundheit; die Unterschiede bei den kinderlosen Frauen mit Partnerin oder Partner sowie bei den Alleinerziehenden sind allerdings nicht signifikant. Hingegen sticht die Gruppe der Frauen, die keine der drei sozialen Rollen innehat, durch eine sehr hohe vorhergesagte Prävalenz heraus.

4. Diskussion

Der vorliegende Beitrag analysiert erstmalig für die EU Zusammenhänge zwischen der Kombination von Partner-, Eltern- und Erwerbsstatus und der selbsteingeschätzten Gesundheit von Frauen und Männern. Der stärkste Zusammenhang zur Gesundheit zeigt sich beim Erwerbsstatus, Unterschiede nach Partner- und Elternstatus fallen im

Vergleich geringer aus. Die Stärke des Zusammenhangs zwischen dem Erwerbsstatus und der allgemeinen Gesundheit variiert allerdings bei Frauen sowohl mit der Partnerschaft als auch der Elternrolle.

Insgesamt liefern die Ergebnisse keinen Anhaltspunkt dafür, dass die Kombination von Partnerschaft, Elternschaft und Erwerbstätigkeit mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergeht. Das gilt sowohl für Frauen als auch für Männer. Auch bei Müttern – inklusive der Alleinerziehenden – finden sich für die Vollzeiterwerbstätigen keine Anzeichen für Beeinträchtigungen der subjektiven Gesundheit. Dieses Ergebnis zeigt sich in allen Ländergruppen.

Ferner finden sich bei Frauen, die keine der drei sozialen Rollen innehaben, in der gesamten EU, in den Ländergruppen sowie in Deutschland vergleichsweise hohe Wahrscheinlichkeiten für eine mittelmäßige bis sehr schlechte Gesundheit. Auf Männer trifft das für die gesamte EU ebenfalls zu.

Die Ergebnisse stützen mit Bezug auf die Diskussion um multiple Rollen somit eher die „Rollen-Bereicherungs-These“ als die „Rollen-Belastungs-These“. Sie lassen sich aber auch im Sinne der Selektionshypothese derart interpretieren, dass Frauen und Männer mit gesundheitlichen Einschränkungen seltener eine Familie gründen oder einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Die in dieser Analyse gefundenen Zusammenhänge decken sich überwiegend mit dem internationalen Forschungsstand [19, 23–26].

Auch wenn die Zusammenhangsmuster zwischen den sozialen Rollen und der subjektiven Gesundheit bei Frauen und Männern im Großen und Ganzen recht ähnlich sind, darf nicht übersehen werden, dass soziale Rollen – und hier insbesondere die Kombination von Elternschaft und

Erwerbstätige Mütter schätzen ihre Gesundheit in allen EU-Ländergruppen vergleichsweise gut ein, es finden sich jedoch Unterschiede in der Einschätzung der Gesundheit zwischen den Ländergruppen nach dem Umfang der Erwerbstätigkeit.

Erwerbstätigkeit – bei Frauen vielfach mit anderen Anforderungen im Alltag einhergehen als bei Männern. Dies wird bereits an der Verbreitung der Familien- und Erwerbsgruppen deutlich. So arbeitet der überwiegende Teil der Männer in Vollzeit, während sich bei Frauen und besonders bei Müttern in stärkerem Maße auch Teilzeit- oder Nichterwerbstätige finden. Diese Zusammenhänge unterscheiden sich jedoch in großem Maß zwischen den Ländergruppen der EU.

Die Ergebnisse für Deutschland zeigen, dass bei Frauen mit Kindern keine Unterschiede in der selbsteingeschätzten Gesundheit nach Erwerbs- und Partnerstatus bestehen. Dies deckt sich weitgehend mit Ergebnissen einer früheren Analyse auf Basis der gepoolten GEDA-Daten 2009–2012 [18], in der sich bei den in Partnerschaft lebenden Müttern ebenfalls keine Unterschiede in der selbstberichteten Gesundheit bezüglich des Erwerbsstatus fanden. Hingegen berichteten nicht erwerbstätige Alleinerziehende häufiger eine schlechte Gesundheit als Vollzeit erwerbstätige Mütter in Partnerschaft. Auf Basis der hier präsentierten Ergebnisse kann vermutet werden, dass mit Blick auf die Erwerbstätigkeit von Müttern in Deutschland heute unterschiedliche Lebensmodelle gesellschaftlich akzeptiert und infolge nicht mit gesundheitlicher Ungleichheit assoziiert sind. Da in den letzten Jahren die Erwerbstätigkeit von Müttern in Deutschland stark zugenommen hat [38], finden sich in der Gruppe der nicht erwerbstätigen Mütter inzwischen vermutlich verstärkt Frauen, die sich bewusst – zumindest zeitweise – für die Rolle der Hausfrau entschieden haben. Gleichzeitig ist eine traditionelle Rollenaufteilung mit einer nicht erwerbstätigen Mutter speziell in Deutschland durch einige familienpolitische

Maßnahmen, wie beispielsweise das Ehegatten-Splitting, besser finanziell abgesichert als dies in vielen anderen europäischen Ländern der Fall ist.

Im Vergleich der EU-Ländergruppen finden sich die größten Unterschiede in den vorhergesagten Prävalenzen einer mittelmäßigen bis sehr schlechten Gesundheit zwischen nicht erwerbstätigen und erwerbstätigen Frauen in Nordeuropa sowie im angelsächsischen Europa. In Ost- und Südeuropa fallen die Unterschiede in der Gesundheit in den verschiedenen Familien- und Erwerbsgruppen hingegen deutlich schwächer aus. Diese unterschiedlichen Zusammenhangsmuster decken sich zu großen Teilen mit dem internationalen Forschungsstand. So zeigen sich in einer Studie zu Unterschieden zwischen Gruppen von Wohlfahrtsstaaten bezüglich des Zusammenhangs von Arbeitslosigkeit und selbstberichteter Gesundheit ebenfalls die größten Unterschiede zwischen erwerbstätigen und arbeitslosen Frauen in Nordeuropa sowie im angelsächsischen Europa, während die Zusammenhänge in Ost- und Südeuropa deutlich schwächer sind. Der Effekt für Kontinentaleuropa liegt im mittleren Bereich [31].

Die in Nordeuropa bestehende Orientierung am Doppel-Verdiener-Modell und politische Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf können als Erklärung dafür herangezogen werden, dass erwerbstätige Frauen mit und ohne Kinder eher eine gute Gesundheit berichten als nicht erwerbstätige. Auffällig ist aber, dass nicht erwerbstätige Mütter ihre Gesundheit in Nordeuropa deutlich häufiger als nicht gut einstufen im Vergleich zu nicht erwerbstätigen Müttern in den anderen Ländergruppen. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass es sich bei den nicht erwerbstätigen Frauen in Nordeuropa um eine relativ kleine Gruppe

In Deutschland zeigen sich bei Müttern keine Unterschiede in der selbsteingeschätzten Gesundheit zwischen Erwerbstätigen und Nichterwerbstätigen sowie Alleinerziehenden und in Partnerschaft Lebenden.

handelt. Es kann zum einen vermutet werden, dass Nichterwerbstätigkeit in Gesellschaften mit hoher Frauen- und Müttererwerbsquote in stärkerem Maße als belastend erlebt wird und damit in besonderer Weise negative Effekte auf die Gesundheit haben kann. Es kann zum anderen angenommen werden, dass sich in der relativ kleinen Gruppe der nicht erwerbstätigen Frauen in Nordeuropa insbesondere Frauen finden, die aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht erwerbstätig sind. Dieses scheinbar paradoxe Ergebnis einer größeren gesundheitlichen Ungleichheit in den nordischen Ländern mit stark ausgebauten Wohlfahrtssystemen wurde bereits in anderen Studien beschrieben [39–41].

Mit Blick auf den im europäischen Vergleich relativ starken Zusammenhang zwischen der Erwerbstätigkeit und der selbstberichteten Gesundheit in den angelsächsischen Ländern vermuten Bamba und Eikemo [31], dass eine eher schlechte soziale Absicherung bei Arbeitslosigkeit im Vereinigten Königreich infolge zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen kann. Unsere Ergebnisse lassen die Vermutung zu, dass dies insbesondere der Fall zu sein scheint, wenn keine Partnerin beziehungsweise kein Partner im Haushalt lebt, um gegebenenfalls finanzielle Belastungen ausgleichen zu können. Alleinerziehende erhalten im Vereinigten Königreich hingegen vergleichsweise hohe monetäre Sozialleistungen und dies unabhängig vom Erwerbsstatus [42].

Für Osteuropa ist auffällig, dass kaum gesundheitliche Unterschiede zwischen nicht und Teilzeit erwerbstätigen Frauen bestehen. Es kann angenommen werden, dass Teilzeit erwerbstätige Frauen eine stark selektive Gruppe sind, da in osteuropäischen Ländern kaum gesetzliche

Regelungen bestehen, die es Erwerbstätigen ermöglichen, den Umfang ihrer Erwerbstätigkeit zu reduzieren [43]. Dies ist auch an dem im europäischen Vergleich eher kleinen Anteil an Frauen, die in Osteuropa Teilzeit erwerbstätig sind, zu erkennen. Es ist zu vermuten, dass Arbeitgeber bei gesundheitlichen Problemen eher bereit sind, einer individuellen Vereinbarung zur Reduzierung der Arbeitszeit zuzustimmen.

Die vergleichsweise geringen gesundheitlichen Unterschiede in Süd- und Osteuropa zwischen den Familien- und Erwerbsgruppen könnten zudem damit in Zusammenhang stehen, dass es in vielen Ländern dieser beiden Typen von Wohlfahrtsstaaten in den letzten Jahren ökonomische Krisen gab, die zu einer deutlichen Erhöhung der Arbeitslosenquoten führten [44]. Infolgedessen haben auch vergleichsweise gesunde Personen ihre Arbeit verloren, sodass sich der Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit und Gesundheit abschwächte [44]. Zudem kann vermutet werden, dass in Süd- und Osteuropa mit eher traditionellen Familienmodellen nicht erwerbstätige Familienmitglieder in stärkerem Maße familiär unterstützt werden als in anderen Regionen [31].

Im Vergleich der EU-Ländergruppierungen liegen in Kontinentaleuropa die für Frauen gefundenen Unterschiede in den vorhergesagten Prävalenzen einer mittelmäßigen bis sehr schlechten Gesundheit auf mittlerem Niveau. Ein ähnliches Ergebnis findet sich für Frauen in Kontinentaleuropa bezogen auf den Zusammenhang zwischen Erwerbsstatus und selbsteingeschätzter Gesundheit im Vergleich der EU-Ländergruppen auch bei Bamba und Eikemo [31]. Allerdings fallen in dieser Studie die Unterschiede in der selbsteingeschätzten Gesundheit zwischen erwerbstätigen und

arbeitslosen Männern in Kontinentaleuropa deutlich stärker aus. Dies wird damit erklärt, dass in Kontinentaleuropa vielfach noch das männliche Ernährermodell vorherrschend ist.

4.1 Stärken und Limitationen

Die Stärke der vorliegenden Analyse liegt darin, dass erstmalig Zusammenhänge zwischen dem kombinierten Erwerbs-, Partner- und Elternstatus und der Gesundheit für die gesamte EU analysiert werden konnten. Von Vorteil hierfür sind die große Stichprobe sowie die harmonisierte Erfassung der Gesundheitsindikatoren und sozialen Determinanten in allen EU-Mitgliedstaaten im Rahmen der zweiten EHIS-Welle.

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss allerdings berücksichtigt werden, dass in den einzelnen EU-Mitgliedstaaten unterschiedliche Erhebungsmethoden und Verfahren der Stichprobenziehung zum Einsatz kamen. Auch kann die Datenqualität der einzelnen Länder nur bedingt beurteilt werden. So war beispielsweise die Anzahl fehlender Werte für die selbstberichtete Gesundheit in einzelnen Mitgliedstaaten sehr hoch. Ferner musste eine vergleichsweise große Gruppe von Frauen und Männern ausgeschlossen werden, für die keine genauen Angaben zur Haushaltszusammensetzung vorlagen. Die Ergebnisse sollten daher mit Vorsicht interpretiert werden. In diesem Beitrag wurden aufgrund dessen eher die Zusammenhangsmuster als die Höhe einzelner Prävalenzschätzer diskutiert.

Aufgrund geringer Fallzahlen wurde in dieser Analyse zudem auf die Differenzierung zwischen „arbeitslos“ und „häusliche Tätigkeiten ausübend“ verzichtet. Kritisch zu bewerten ist an diesem Vorgehen, dass sich die beiden Arten der

Nichterwerbstätigkeit auf die familiären Lebensformen unterschiedlich verteilen. So ist anzunehmen, dass Mütter oftmals für eine gewisse Phase der Kinderbetreuung bewusst oder aufgrund mangelnder oder zu teurer Kinderbetreuungsplätze auf eine Erwerbstätigkeit verzichten, während kinderlose Frauen häufiger arbeitslos gemeldet sind. Mit Blick auf die Männer scheint zudem eine Differenzierung zwischen Vollzeiterwerbstätigkeit und überlangen Wochenarbeitszeiten sinnvoll [45]. Darüber hinaus muss beachtet werden, dass die Zuordnung zu Voll- und Teilzeiterwerbstätigkeit durch die Befragten selbst und nicht anhand einer festgelegten Wochenstundenzahl erfolgte. Hierbei kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Definition von Teil- und Vollzeiterwerbstätigkeit zwischen den EU-Mitgliedstaaten variiert.

Der Datensatz enthält zudem keine Informationen zur Aufteilung der Erwerbsarbeit beziehungsweise der Haus- und Familienarbeit innerhalb einer Partnerschaft. Darüber hinaus bleiben weitere Rollen wie die Pflege von Angehörigen in dieser Analyse unberücksichtigt. Plaisier et al. [46] weisen ferner darauf hin, dass die Qualität einer sozialen Rolle (z. B. die Partnerschaftsqualität) von großer Bedeutung für die Gesundheit ist.

Zu berücksichtigen ist des Weiteren, dass die Ergebnisse keine direkten Aussagen zu Vereinbarkeitskonflikten zwischen Familie und Beruf ermöglichen. Vorliegende Studien zeigen, dass es innerhalb der Gruppe der erwerbstätigen Eltern große Unterschiede in der Gesundheit in Abhängigkeit von der Schwierigkeit gibt, Familie und Beruf zu vereinbaren [47, 48].

Eine weitere wichtige Limitation ist, dass die Daten aufgrund des Querschnittsdesigns keine Aussagen zur Richtung des Zusammenhangs zwischen den sozialen Rollen

und Gesundheit erlauben. Es ist aber zu vermuten, dass es sowohl Kausal- als auch Selektionseffekte gibt.

Des Weiteren wurden in die Analyse keine Indikatoren zur Beschreibung der Familienpolitiken einbezogen; vielmehr wurde lediglich auf der Basis von Unterschieden in der Gesundheit zwischen den Ländergruppen auf die Bedeutung der Familien- und Sozialpolitiken rückgeschlossen. Die Gruppierung der EU-Mitgliedstaaten kann überdies kritisch hinterfragt werden. Denn die Mitgliedstaaten entsprechen nicht alle gleichermaßen den ihnen zugeordneten Typen und Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern einer Gruppe werden nicht sichtbar. Die verwendete Typologie fußt zudem nur in Teilen auf aktuellen Daten zur Familien- und Sozialpolitik. So haben beispielsweise in Deutschland in den vergangenen Jahren politische Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf – insbesondere mit dem 2007 eingeführten Elterngeld sowie dem 2013 verankerten Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz für Kinder ab dem zweiten Lebensjahr – an Bedeutung gewonnen [30]. Derartige Verschiebungen in der Zielsetzung und Ausrichtung familien- und arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen zeigen sich auch für andere Mitgliedstaaten [49].

4.2 Fazit und Ausblick

Mit Blick auf die Gesundheit von Frauen wurde deutlich, dass Partnerschaft, Elternschaft und Erwerbsarbeit nicht unabhängig voneinander mit der selbsteingeschätzten Gesundheit assoziiert sind. Durch den Vergleich der Zusammenhänge in der EU lassen sich erste Rückschlüsse auf die Bedeutung von familien- und arbeitsmarktpoliti-

schen Maßnahmen für die gesundheitliche Lage ziehen. In weiterführenden Analysen sollten zukünftig darüber hinaus länderspezifische Kennzahlen der Familien- und Arbeitsmarktpolitik wie beispielsweise zur Erwerbsbeteiligung (Müttererwerbstätigenquote), zu gesetzlichen Regelungen (Elternzeit, Kinderbetreuung) sowie zu demografischen Faktoren (Alter bei Geburt des ersten Kindes, Scheidungsrate) einbezogen werden. Diese stehen in der [Datenbank](#) der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zur Verfügung. So könnten konkrete sozialpolitische Maßnahmen hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Gesundheit von Frauen und Männern evaluiert werden. Die ländervergleichende Beschreibung von Zusammenhängen zwischen Partnerschaft, Elternschaft, Erwerbstätigkeit und Gesundheit kann damit einen wichtigen Baustein für die nationale und europäische Gesundheitsberichterstattung darstellen.

Korrespondenzadresse

Petra Rattay
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: RattayP@rki.de

Zitierweise

Rattay P, Müters S, Borgmann LS, von der Lippe E, Poethko-Müller C et al. (2019) Partnerschaft, Elternschaft, Erwerbstätigkeit und selbsteingeschätzte Gesundheit in Deutschland und der EU – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. *Journal of Health Monitoring* 4(4): 7–30. DOI 10.25646/6218

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Datenschutz und Ethik

Die Europäische Gesundheitsbefragung EHIS wird im Rahmen nationaler Befragungen erhoben. GEDA 2014/2015-EHIS wurde gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) durchgeführt. Die Studie wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) in Deutschland zur Prüfung vorgelegt. Es wurden keine Bedenken gegen die Durchführung der Studie geäußert. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden beziehungsweise ihre Sorgeberechtigten wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und willigten informiert in die Teilnahme ein (informed consent). Abhängig von der gewählten Erhebungsmethode wurde die Einwilligung in schriftlicher oder elektronischer Form eingeholt.

Förderungshinweis

GEDA 2014/2015-EHIS wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Unser Dank richtet sich in erster Linie an alle Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer der Studie GEDA 2014/2015-EHIS. Bei Eurostat, vor allem beim Estat-Microdata-Access-Team, bedanken wir uns für die Bereitstellung der EHIS-Daten und die Beantwortung von Fragen zu einzelnen Variablen. Insbesondere danken wir Dr. Ronny Kuhnert vom

Robert Koch-Institut für die Unterstützung bei der Datenaufbereitung, -auswertung und für die statistische Beratung.

Literatur

1. Kroll LE, Müters S, Lampert T (2016) Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Bundesgesundheitsbl 59(2):228–237
2. Paul KI, Moser K (2009) Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. J Vocat Behav 74:264–282
3. Helmert U, Shea S (1998) Family status and self-reported health in West Germany. Soz Präventiv Med 43(3):124–132
4. Wilson CM, Oswald AJ (2005) How Does Marriage Affect Physical and Psychological Health? A Survey of the Longitudinal Evidence. IZA Discussion Paper No. 1619. The Institute for the Study of Labor, Bonn. <http://ftp.iza.org/dp1619.pdf> (Stand: 03.05.2019)
5. Joutsenniemi KE, Martelin TP, Koskinen SV et al. (2006) Official marital status, cohabiting, and self-rated health – time trends in Finland, 1978–2001. Eur J Public Health 16(5):476–483
6. Helbig S, Lampert T, Klose M et al. (2006) Is parenthood associated with mental health? Findings from an epidemiological community survey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 41(11):889–896
7. Stöbel-Richter Y, Brähler E, Zenger M (2013) Lebenszufriedenheit und psychische Gesundheit von Müttern und Nichtmüttern im Vergleich. Repräsentative Ergebnisse. In: Makowsky K, Schücking B (Hrsg) Was sagen die Mütter? Qualitative und quantitative Forschung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Beltz Juventa, Weinheim, 305–324
8. Evenson RJ, Simon RW (2005) Clarifying the relationship between parenthood and depression. J Health Soc Behav 46(4):341–358
9. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). Arch Public Health 75:40
10. Hewitt B, Baxter J, Western M (2006) Family, work and health: The impact of marriage, parenthood and employment on self-reported health of Australian men and women. J Sociol 42(1): 61–78

11. Waldron I, Weiss CC, Hughes ME (1998) Interacting effects of multiple roles on women's health. *J Health Soc Behav* 39(3):216–236
12. Barnett RC, Hyde JS (2001) Women, men, work and family: An expansionist theory. *Am Psychol* 56:781–796
13. Arránz Becker O, Loter K, Becker S (2017) Familie und Gesundheit. Ein methodenkritischer Blick auf die aktuelle Forschung. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P (Hrsg) *Handbuch Gesundheitssoziologie*. Springer Reference Sozialwissenschaften, Wiesbaden
14. Chowdhury R, Shah D, Payal AR (2017) Healthy Worker Effect Phenomenon: Revisited with Emphasis on Statistical Methods – A Review. *Indian J Occup Environ Med* 21(1):2–8
15. Idler EL, Benyamini Y (1997) Self-rated health and mortality: a review of twentyseven community studies. *J Health Soc Behav* 38:21–37
16. Idler EL, Hudson SV, Leventhal H (1999) The meanings of self-ratings of health: A qualitative and quantitative approach. *Res Aging* 21(3):458–476
17. Benyamini Y, Idler EL, Leventhal H et al. (2000) Positive affect and function as influences on self-assessments of health: Expanding our view beyond illness and disability. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 55B(2):107–116
18. von der Lippe E, Rattay P (2016) Association of partner, parental, and employment statuses with self-rated health among German women and men. *SSM Popul Health* 2:390–398
19. Buehler C, O'Brien M (2011) Mothers' part-time employment: associations with mother and family well-being. *J Fam Psychol* 25(6):895–906
20. Floderus B, Hagman M, Aronsson G et al. (2008) Self-reported health in mothers: the impact of age, and socioeconomic conditions. *Women Health* 47(2):63–86
21. Floderus B, Hagman M, Aronsson G et al. (2009) Work status, work hours and health in women with and without children. *Occup Environ Med* 66(10):704–710
22. Fokkema T (2002) Combining a job and children: contrasting the health of married and divorced women in the Netherlands? *Soc Sci Med* 54(5):741–752
23. Khlal M, Sermet C, Le Pape A (2000) Women's health in relation with their family and work roles: France in the early 1990s. *Soc Sci Med* 50(12):1807–1825
24. Kostiaainen E, Martelin T, Kestilä L et al. (2009) Employee, Partner, and Mother: Woman's Three Roles and Their Implications for Health. *J Fam Issues* 30(8):1122–1150
25. McMunn A, Bartley M, Hardy R et al. (2006) Life course social roles and women's health in mid-life: causation or selection? *J Epidemiol Community Health* 60(6):484–489
26. Roos E, Burström B, Saastamoinen P et al. (2005) A comparative study of the patterning of women's health by family status and employment status in Finland and Sweden. *Soc Sci Med* 60(11):2443–2451
27. Stone J, Evandrou M, Falkingham J et al. (2015) Women's economic activity trajectories over the life course: implications for the self-rated health of women aged 64+ in England. *J Epidemiol Community Health* 69(9):873–879
28. Shockley KM, French KA, Peter PY (2018) Comprehensive Review and Synthesis of the Cross-Cultural Work-Family Literature. In: Shockley KM, French KA, Peter PY (Hrsg) *The Cambridge Handbook of the Global Work-Family Interface*. Cambridge University Press, Cambridge, S. 9–68
29. Artazcoz L, Cortes I, Puig-Barrachina V et al. (2014) Combining employment and family in Europe: the role of family policies in health. *Eur J Public Health* 24(4):649–655
30. Bahle T (2017) Familienpolitik in den EU-Staaten: Unterschiede und Gemeinsamkeiten. Bundeszentrale für politische Bildung. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/familienpolitik/246763/unterschiede-und-gemeinsamkeiten?p=all> (Stand: 10.04.2019)
31. Bambra C, Eikemo TA (2009) Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *J Epidemiol Community Health* 63(2):92–98
32. Pinillos-Franco S, Somarriba N (2019) Examining gender health inequalities in Europe using a Synthetic Health Indicator: the role of family policies. *Eur J Public Health* 29(2):254–259
33. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2013) European Health Interview Survey (EHIS wave 2) — Methodological manual (2013 edition). Publications Office of the European Union, Luxembourg. <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-13-018> (Stand: 19.02.2019)
34. Fehr A, Lange C, Fuchs J et al. (2017) Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa. *Journal of Health Monitoring* 2(1):3–23. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2578.2> (Stand: 19.02.2019)

35. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2018) Quality report of the second wave of the European Health Interview survey – 2018 edition. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
<https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-statistical-reports/-/KS-FT-18-003?inheritRedirect=true&redirect=%2Fpublications%2Fstatistical-reports> (Stand: 19.02.2019)
36. Hintzpeter B, Finger JD, Allen J (2019) European Health Interview Survey (EHIS) 2 – Hintergrund und Studienmethodik. *Journal of Health Monitoring* 4(4):71–86.
www.rki.de/journalhealthmonitoring (Stand: 11.12.2019)
37. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2018) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED).
[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=International_Standard_Classification_of_Education_\(ISCED\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=International_Standard_Classification_of_Education_(ISCED)) (Stand: 19.02.2019)
38. Grünheid E (2018) Teilzeitarbeit auf dem Vormarsch: Differenzierungen im Erwerbsverhalten von Frauen in Deutschland. *Bevölkerungsforschung Aktuell* 39(4):2–13
39. Huijts T, Eikemo TA (2009) Causality, social selectivity or artefacts? Why socioeconomic inequalities in health are not smallest in the Nordic countries. *Eur J Public Health* 19(5):452–453
40. Mackenbach JP (2012) The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Soc Sci Med* 75(4):761–769
41. Hagqvist E, Gådin KG, Nordenmark M (2017) Work–Family Conflict and Well-Being Across Europe: The Role of Gender Context. *Soc Indic Res* 132(2):785–797
42. Lenze A (2016) Alleinerziehende im Vereinigten Königreich und Deutschland im Vergleich. Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Familie_und_Bildung/Studie_WB_Alleinerziehende_Vergleich-D-UK_2016.pdf (Stand: 03.05.2019)
43. Klenner C, Leiber S (Hrsg) (2009) Wohlfahrtsstaaten und Geschlechterungleichheit in Mittel- und Osteuropa. Kontinuität und postsozialistische Transformation in den EU-Mitgliedsstaaten. Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
44. Heggebo K, Dahl E (2015) Unemployment and health selection in diverging economic conditions: Compositional changes? Evidence from 28 European countries. *Int J Equity Health* 14:121
45. Kroll LE, Müters S, Rattay P et al. (2016) Erwerbsarbeit, Familie und Gesundheit bei Männern im erwerbsfähigen Alter in Deutschland. Ergebnisse der GEDA-Studien 2009 bis 2012. *Bundesgesundheitsbl* 59(8):932–941
46. Plaisier I, Beekman ATF, de Bruijn JGM et al. (2008) The effect of social roles on mental health: A matter of quantity or quality? *J Affect Disord* 111(2-3):261–270
47. Greenhaus JH, Allen TD, Spector PE (2006) Health Consequences of Work-Family Conflict: The Dark Side of the Work-Family Interface. In: Perrewé PL, Ganster DC (Hrsg) *Employee Health, Coping and Methodologies* (Research in Occupational Stress and Well-being, Volume 5). Emerald Group Publishing Limited, Oxford, S. 61–98
48. Amstad FT, Meier LL, Fasel U et al. (2011) A meta-analysis of work-family conflict and various outcomes with a special emphasis on cross-domain versus matching-domain relations. *J Occup Health Psychol* 16(2):151–169
49. Ferragina E, Seeleib-Kaiser M (2014) Determinants of a Silent (R)evolution: Understanding the Expansion of Family Policy in Rich OECD Countries 1. *Soc Politics* 22(1):1–37

Annex Tabelle 1

Vorhergesagte Prävalenzen und 95 %-Konfidenzintervalle für eine mittelmäßige bis sehr schlechte allgemeine Gesundheit bei Frauen und Männern in der gesamten EU nach Eltern-, Partner- und Erwerbsstatus
(n = 62.111 Frauen, n = 50.719 Männer)

Quelle: EHIS 2 (2013 – 2015)

EU gesamt ¹		Frauen		Männer	
Kind(er)/Partnerin bzw. Partner/Erwerbsstatus	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	
Ohne Kind(er)					
Ohne Partner(in)					
Nicht erwerbstätig	40,5	(36,2 – 44,8)	35,0	(31,5 – 38,5)	
Teilzeit	25,2	(21,4 – 29,0)	27,6	(22,6 – 32,7)	
Vollzeit	18,2	(16,7 – 19,7)	15,4	(14,2 – 16,6)	
Mit Partner(in)					
Nicht erwerbstätig	26,6	(24,3 – 28,8)	28,3	(24,4 – 32,2)	
Teilzeit	20,0	(17,9 – 22,0)	19,6	(15,9 – 23,4)	
Vollzeit	16,2	(15,2 – 17,2)	13,8	(12,9 – 14,7)	
Mit Kind(ern)					
Ohne Partner(in)					
Nicht erwerbstätig	30,1	(26,7 – 33,5)	29,1	(19,4 – 38,9)	
Teilzeit	22,1	(19,0 – 25,2)	28,8	(12,4 – 45,3)	
Vollzeit	18,4	(16,2 – 20,6)	11,9	(8,8 – 14,9)	
Mit Partner(in)					
Nicht erwerbstätig	20,5	(19,2 – 21,8)	27,1	(24,4 – 29,9)	
Teilzeit	17,3	(16,1 – 18,6)	20,5	(17,3 – 23,8)	
Vollzeit	15,3	(14,3 – 16,2)	13,3	(12,6 – 13,9)	

¹ EU gesamt = Durchschnitt der EU-Mitgliedstaaten, für die Daten vorliegen (ohne Irland)

KI = Konfidenzintervall

Annex Tabelle 2

Vorhergesagte Prävalenzen für eine mittelmäßige bis sehr schlechte allgemeine Gesundheit bei Frauen in Deutschland und in Ländergruppen der EU-Mitgliedstaaten nach Eltern-, Partner- und Erwerbsstatus (n=62.111 Frauen)

Quelle: EHIS 2 (2013–2015)

Frauen	Deutschland	Kontinental-europa ¹	Südeuropa	Nordeuropa	Osteuropa	Angelsächsisches Europa ²
Kind(er)/Partnerin bzw. Partner/Erwerbsstatus						
Ohne Kind(er)						
Ohne Partner(in)						
Nicht erwerbstätig	46,0%	45,0%	29,0%	49,4%	29,1%	66,0%
Teilzeit	30,8%	27,0%	24,1%	41,5%	34,3%	10,8%
Vollzeit	18,8%	19,2%	16,3%	17,8%	19,0%	18,6%
Mit Partner(in)						
Nicht erwerbstätig	32,1%	27,3%	24,9%	32,0%	26,6%	25,7%
Teilzeit	20,8%	19,6%	19,8%	22,6%	26,5%	13,5%
Vollzeit	17,9%	15,8%	17,3%	14,6%	16,9%	14,8%
Mit Kind(ern)						
Ohne Partner(in)						
Nicht erwerbstätig	20,7%	31,3%	29,4%	38,7%	27,3%	28,8%
Teilzeit	21,3%	20,4%	22,0%	32,2%	28,2%	17,5%
Vollzeit	15,9%	19,8%	17,1%	17,3%	19,5%	15,9%
Mit Partner(in)						
Nicht erwerbstätig	20,0%	20,1%	19,9%	27,2%	20,9%	20,5%
Teilzeit	18,1%	17,3%	17,3%	22,2%	23,7%	10,1%
Vollzeit	18,0%	14,6%	17,6%	13,3%	16,4%	12,3%

¹ inklusive Deutschland

² ohne Irland

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,
Dr. Franziska Prütz, Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel,
Dr. Livia Ryl, Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling,
Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit