



CrossMark

Erwerbsarbeit, Familie und Gesundheit bei Männern im erwerbsfähigen Alter in Deutschland

Ergebnisse der GEDA-Studien 2009 bis 2012

In der gesellschaftlichen Diskussion über die Vereinbarkeit von Beruf und Familie werden tradierte Modelle der Arbeitsteilung zwischen den Elternteilen zunehmend in Frage gestellt. Hingewiesen wird in diesem Zusammenhang u. a. auf die stärkere Beteiligung von Vätern an der Familienarbeit und von Frauen an der Erwerbsarbeit [1–3]. Während dabei Erwerbsbeteiligung und Arbeitszeit von Frauen sehr stark von der familiären Situation abhängen, beeinflusst die Familiengründung die Erwerbsbeteiligung von Männern bislang aber noch kaum [4–6]. Wie Längsschnittdaten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) aus den alten Bundesländern für den Zeitraum 1985–2008 zeigen, konzentrieren sich junge Väter nach der Geburt eines Kindes stärker als zuvor auf die Erwerbsarbeit [7]. Frauen wenden hingegen mehr Zeit für die Familienarbeit auf als vor ihrer Mutterschaft.

In Deutschland sind in der Mehrzahl der Familien heute nach Ergebnissen des Mikrozensus für das Jahr 2011 beide Elternteile erwerbstätig, allerdings sind die Väter häufig vollzeiterwerbstätig, während die Mütter i. d. R. in Teilzeiterwerbstätig sind [5]. Zwischen 1996 und 2011 ist die Erwerbstätigenquote von Müttern um 5 Prozentpunkte auf 60,1 % gestiegen. Gleichzeitig ist aber auch die Vollzeitquote der erwerbstätigen Mütter um fast 20 Prozentpunkte auf nur noch 30,5 % im Jahr 2011 gesunken. Es gab also nicht nur eine Steigerung der Erwerbsbeteiligung, sondern auch eine

Verringerung der Erwerbsintensität der Mütter. Mit Blick auf die Väter zeichnen die Daten des Mikrozensus ein anderes Bild: Während die Erwerbstätigenquote bei Vätern zwischen 1996 und 2011 um etwa 5 Prozentpunkte auf 84,6 % gesunken ist, lag die Vollzeitquote in beiden Jahren deutlich über 90 %. Vollzeitarbeit ist bei Vätern damit weiterhin die Regel und Teilzeitarbeit die Ausnahme. Untersucht man die Ursachen der Teilzeitarbeit von Vätern, so hat diese zumeist keine familiären Gründe: Nur etwa einer von 10 teilzeitbeschäftigten Männern gibt an, aus familiären oder persönlichen Gründen nicht in Vollzeit erwerbstätig zu sein [8]. Vollzeiterwerbstätige Männer lassen sich nach den Daten des Mikrozensus allerdings mit Blick auf ihre Arbeitszeit unterscheiden: So arbeitet ein Sechstel der vollzeitbeschäftigten Männer weniger als 40 h pro Woche, ein Drittel hingegen 45 und mehr Stunden. Dies zeigt, dass vor dem Hintergrund eines geschlechtsspezifisch segregierten Arbeitsmarkts sowie geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung Frauen auf die Anforderungen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie häufig mit einer Reduktion der Erwerbsarbeit reagieren. Bei Männern dagegen bleibt die Erwerbsbeteiligung konstant hoch. Heutige Väter stehen angesichts gewandelter Familienmodelle bei einer konstant hohen Arbeitsmarktintegration vor der Aufgabe, Familie, Partnerschaft und Beruf miteinander in Einklang zu bringen.

Der aktuelle Forschungsstand zum Zusammenhang von Erwerbsarbeit, Eltern- bzw. Partnerschaft und Gesundheit von Männern spricht im Fall überlanger Arbeitszeiten dafür, dass diese mit einem erhöhten Risiko für eine Reihe von Krankheiten und Gesundheitsstörungen verbunden sind [9–13]. Männer mit überlangen Arbeitszeiten beurteilen den eigenen Gesundheitszustand tendenziell schlechter als andere Erwerbstätige, zudem treten bei ihnen Schlafstörungen, Depressionen und auch kardiovaskuläre Erkrankungen häufiger auf. Ebenso gibt es für den Alkohol- und Tabakkonsum erste Hinweise, dass diese Risikoverhaltenweisen bei überlangen Arbeitszeiten zunehmen [9, 10]. Das Zusammenleben in einer Partnerschaft ist nach den Ergebnissen internationaler Studien positiv mit der Gesundheit von Männern assoziiert, für die Vaterschaft sind die Befunde dagegen weniger konsistent [14–19]. In der internationalen Forschung zu multiplen Rollen bzw. zur Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Gesundheit lag lange Zeit der Fokus auf den Frauen. Für Männer gibt es hingegen bisher nur wenige Studien, bei denen Indikatoren für Beruf, Partnerschaft und Elternschaft gleichzeitig berücksichtigt wurden. Die vorliegenden Ergebnisse deuten dabei darauf hin, dass bei Männern die negativen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit nicht durch die Partner- oder Elternschaft beeinflusst werden [20–22]. In keiner dieser Analysen wurden allerdings überlange Arbeitszeiten

Tab. 1 Beschreibung der Studienpopulation. Datenbasis GEDA 2009, 2010, 2012 (n = 18.465)

Variablen	Ungewichtet		Gewichtet		Fehlend (%)
	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	
<i>Altersgruppe</i>		18.465		21.753.605	0,0
18–29 Jahre	18,3	3375	18,4	4.012.252	
30–44 Jahre	36,5	6737	38,0	8.256.645	
45–64 Jahre	45,2	8353	43,6	9.484.708	
<i>West/Ost mit Berlin zu Ost</i>		18.465		21.753.605	0,0
West	79,1	14.607	79,2	17.228.507	
Ost (inklusive Berlin)	20,9	3858	20,8	4.525.098	
<i>Kinder im Haushalt</i>		18.359		21.610.922	0,6
Keine Kinder im Haushalt	62,3	11.429	58,3	12.594.699	
Kinder im Haushalt	37,7	6930	41,7	9.016.223	
<i>Erwerbsbeteiligung</i>		18.465		21.753.605	0,0
Vollzeit >48 h	23,0	4243	20,0	4.355.642	
Vollzeit ≤48 h	64,0	11.823	66,3	14.430.822	
Teilzeit	7,1	1319	6,6	1.429.306	
Arbeitslos	5,8	1080	7,1	1.537.835	
<i>Emotionale Probleme</i>		18.298		21.529.202	0,9
An <7 d	86,6	15.838	85,9	18.499.236	
An 7–30 d	13,4	2460	14,1	3.029.966	
<i>Achten auf Gesundheit^a</i>		11.966		28.985.431	0,1
Gar nicht	2,3	281	2,6	753.621	
Weniger stark	8,1	965	7,8	2.260.864	
Mittelmäßig	41,2	4932	42,6	12.347.794	
Stark	37,7	4515	36,7	10.637.653	
Sehr stark	10,6	1273	10,3	2.985.499	
<i>Achten auf körperliche Bewegung^b</i>		12.589		28.915.232	0,3
Gar nicht	4,4	558	4,8	1.387.931	
Wenig	12,9	1624	12,9	3.730.065	
Teils/teils	31,3	3944	32,0	9.252.874	
Stark	33,8	4259	34,3	9.917.925	
Sehr stark	17,5	2204	15,9	4.597.522	
<i>Sportliche Aktivität (Stunden/Woche) in den letzten 3 Monaten</i>		18.445		21.729.355	0,1
Kein Sport	27,8	5135	32,4	7.042.140	
Bis zu 2 Stunden	20,8	3834	19,8	4.303.878	
2 bis zu 4 Stunden	24,0	4435	22,2	4.821.901	
Mehr als 4 Stunden	27,3	5041	25,6	5.561.437	
<i>Rauchstatus in 3 Kategorien</i>		18.460		21.749.366	0,0
(Gelegenheits-)Raucher	36,2	6686	39,6	8.620.981	
Exraucher	25,8	4764	25,6	5.562.788	
Nieraucher	38,0	7010	34,8	7.565.597	

^aFür diese Variable liegen nur Daten aus den Wellen GEDA 2010 und 2012 vor

^bFür diese Variable liegen nur Daten aus den Wellen GEDA 2009 und 2010 vor

berücksichtigt, die gerade die Erwerbssituation vieler Männer kennzeichnen. Hier besteht Forschungsbedarf.

Im folgenden Beitrag wird anhand eines großen repräsentativen Datensatzes für Deutschland beschrieben, welche Bedeutung der Erwerbsstatus sowie die Länge der Arbeitszeit vor dem Hintergrund von Elternschaft und Partnerschaft für das seelische Befinden und das Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten von Männern haben. Ferner wird untersucht, ob Partner- und Elternschaft die Assoziation zwischen dem Erwerbsstatus und der seelischen Gesundheit bzw. dem Gesundheitsverhalten von Männern verändern. Diese männerspezifische Betrachtung zielt auf die differenzierte Analyse von Unterschieden in der Gesundheit innerhalb der Gruppe der Männer im erwerbsfähigen Alter.

Datenbasis und Methode

Für die Analysen wurden Daten von 3 Wellen der Studie „Gesundheit in Deutschland Aktuell“ (GEDA) aus den Jahren 2009, 2010 und 2012 zusammengefasst. Bei den GEDA-Studien handelt es sich um bundesweit repräsentative telefonische Befragungen der 18-jährigen sowie älteren Bevölkerung in Deutschland [23–26]. Die Grundgesamtheit der 3 Studien bilden deutschsprachige Erwachsene in Privathaushalten in Deutschland. Die Stichprobenbasis stellen 3 nach dem Gabler-Häder-Verfahren [27, 28] gezogene Zufallsstichproben von Telefonnummern im deutschen Festnetz dar. Die Studien wurden im Zeitraum Juli 2008 bis Juni 2009 (GEDA 2009), September 2009 bis Juli 2010 (GEDA 2010) bzw. zwischen März 2012 und März 2013 (GEDA 2012) erhoben. Durch die Kombination der 3 unabhängigen Stichproben, die aber zeitlich nahe genug beieinander liegen, um gemeinsam analysiert zu werden, steht eine sehr große Datenbasis für die Analyse differenzierter Bevölkerungsgruppen zur Verfügung. Diese ist insbesondere notwendig, um Hinweise auf die gesundheitliche Situation von alleinerziehenden Vätern oder von Männern mit einer Teilzeitbeschäftigung zu generieren.

Bundesgesundheitsbl 2016 · 59:932–941 DOI 10.1007/s00103-016-2377-9
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

L. E. Kroll · S. Müters · P. Rattay · T. Lampert

Erwerbsarbeit, Familie und Gesundheit bei Männern im erwerbsfähigen Alter in Deutschland. Ergebnisse der GEDA-Studien 2009 bis 2012

Zusammenfassung

Hintergrund. Männer wollen sich heute stärker als früher in die Erziehung ihrer Kinder einbringen, sind aber zugleich beruflich stark eingebunden. Der vorliegende Beitrag beschreibt, welche Bedeutung Elternschaft, Partnerschaft und Beruf für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Männern im erwerbsfähigen Alter haben.

Datenbasis. Für die Analysen werden repräsentative Daten der Studien „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) für die Jahre 2009, 2010 und 2012 zusammengefasst. Es stehen Daten von 18.465 Männern im Alter von 18 bis 64 Jahren zur Verfügung; 11.429 davon leben mit Kindern im Haushalt. Als Outcomes wurden seelische Belastungen,

Gesundheitsbewusstsein, sportliche Aktivität und Rauchen betrachtet.

Ergebnisse. Vollzeitbeschäftigte mit einer Wochenarbeitszeit von über 48 Stunden und Arbeitslose sind signifikant häufiger seelisch belastet (Odds Ratio [OR] 1,44 bzw. 2,35; $p < 0,05$) als Vollzeitbeschäftigte mit Arbeitszeiten von 48 h oder weniger pro Woche; vergleichbare Zusammenhänge zeigen sich auch für das Achten auf die eigene Gesundheit, die sportliche Aktivität und das Rauchverhalten. Für die Partner- und Elternschaft sind die Effekte etwas schwächer: Männer mit Kind/-ern und Partner/-in im Haushalt zeigen sich insgesamt weniger belastet und verhalten sich gesundheitsförderlicher als alleinstehende Männer. Bei

gleichzeitiger Betrachtung von Erwerbsstatus, Eltern- und Partnerschaft sind Arbeitslose und Vollzeitbeschäftigte mit langen Arbeitszeiten besonders belastet.

Diskussion. Die Ergebnisse geben Hinweise auf gesundheitliche Belastungen von Männern in Deutschland durch Arbeitslosigkeit und überlange Arbeitszeiten, die unabhängig von ihrer Partner- oder Vaterschaft zum Tragen kommen. Die Assoziation der Gesundheit mit der Arbeitswelt ist dabei stärker als die mit der Partner- oder Vaterschaft.

Schlüsselwörter

Männer · Erwerbsarbeit · Partnerschaft · Elternschaft · Psychische Belastungen · Gesundheitsverhalten

Employment, family and health in men of working age in Germany. Results of the GEDA studies 2009–2012

Abstract

Background. Today's men want to participate in their children's upbringing more than in the past, but they are heavily involved in their occupation at the same time. This article describes the significance of parenthood, partnership and occupation in relation to health and health behaviours among men of working age in Germany.

Data. We summarised data from the "German Health Update" (GEDA) studies conducted in 2009, 2010 and 2012. Data on 18,465 men aged 18–64 years were available, 11,429 of which were living with children. We included mental health problems, general health awareness, sports activity and smoking as outcomes.

Results. Full-time employees working more than 48 h per week and unemployed persons had mental health problems more frequently (OR 1.44 and 2.35, $p < 0.05$) than full-time employees working 48 h or fewer. Similar associations can be shown for health awareness, physical activity and smoking. Concerning partnership and parenthood, the associations were considerably weaker: men living together with children and a partner in the household were overall less burdened and their behaviour was also healthier than single men without children. After simultaneous consideration of employment status, parenthood and partnership, our results show

that the unemployed and employees with long working hours were the most burdened.

Discussion. The results provide supporting evidence regarding health problems of men in Germany due to unemployment and long working hours that are of importance for their health whether they are living with a partner and/or with children or not. The association between health and occupation was stronger than between health and fatherhood or partnership.

Keywords

Men · Employment · Partnership · Parenthood · Mental health problems · Health behaviour

Das Antwort- und Kooperationsverhalten wurde gemäß der international standardisierten Vorgaben der American Association for Public Opinion Research (AAPOR) untersucht [23, 24, 29]. Demnach lag die Kooperationsrate auf Zielpersonenebene (Anzahl der Interviews an allen Zielpersonenkontakten) bei 51,2 %, 55,8 %, und 76,7 %. Die Response rate (Anteil der abgeschlossenen Interviews an der um neutrale Ausfälle bereinigten Bruttostichprobe, Response

Rate 3 AAPOR), betrug 29,1 %, 28,9 % bzw. 22,1 %. Um design- und responsebedingte Abweichungen auszugleichen und die Repräsentativität der Ergebnisse der GEDA-Studie zu verbessern, wurden Gewichtungsfaktoren gebildet, die die Daten auf den Bevölkerungsstand Deutschlands stratifiziert nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildungsabschluss am 31.12.2009 (GEDA 2009), 31.12.2010 (GEDA 2010) und 31.12.2011 (GEDA 2012) hochrechnen. Als Referenzda-

tum für den gepoolten Datensatz wurde der 31.12.2010 gewählt. Für die nachfolgenden Analysen wurden weibliche Studienteilnehmer ausgeschlossen und nur männliche Teilnehmer im Alter zwischen 18 und 64 Jahren ausgewählt, die derzeit erwerbstätig oder arbeitslos sind ($n = 18.465$; **Tab. 1**). Nichterwerbstätige Männer ($n = 3752$) wurden von den Analysen ausgeschlossen. Der Ausschluss von Nichterwerbstätigen ist notwendig, da sich in dieser Gruppe

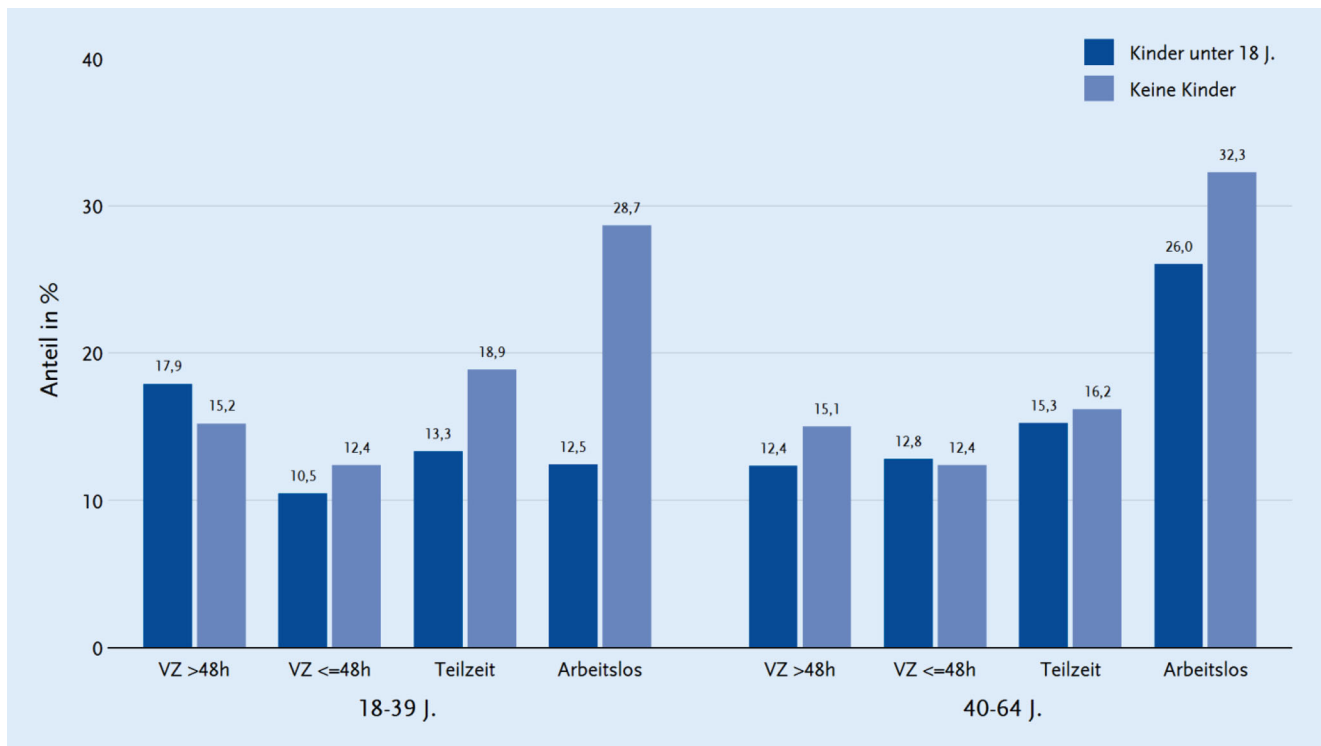


Abb. 1 ▲ Seelische Belastungen an 7 oder mehr Tagen im letzten Monat bei Männern nach Alter, Erwerbssituation und Zusammenleben mit Kindern. VZ Vollzeit

viele Frührentner und Personen in Ausbildung befinden, während die Zahl der Männer in Elternzeit oder Hausmänner zu gering ist ($n = 223$), um sinnvoll als eigene Gruppe analysiert zu werden.

Es werden 5 Gesundheitsindikatoren untersucht, die die seelischen Belastungen, das Gesundheitsbewusstsein und das Gesundheitsverhalten von Männern abbilden sollen. Die Informationen zu seelischen Belastungen stammen aus einem Fragebogenmodul zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) der USA, hier wird nach der Anzahl von Tagen gefragt, an denen eine Befragungsperson in den letzten 30 Tagen seelische Probleme hatte [30]. Untersucht wurde der Anteil von Personen, die für 7 oder mehr Tage seelische Probleme berichteten. Als Indikatoren für das Gesundheitsbewusstsein wurden das generelle Achten auf die eigene Gesundheit (gar nicht, weniger stark, mittelmäßig vs. stark, sehr stark) sowie das Achten auf ausreichend sportliche Aktivität (gar nicht, wenig, teils/teils vs. stark, sehr stark) verwendet. Beide Indikatoren wurden in jeweils einem der

3 Surveys nicht erhoben, dadurch bestehen bei den Ergebnissen auf Basis dieser Parameter etwas größere statistische Unsicherheiten in den Schätzwerten. Als Indikatoren für das Gesundheitsverhalten wurden sportliche Aktivität (kein Sport) und Raucherquote (aktuelles Rauchen, auch wenn nur gelegentlich) ausgewählt.

Als Prädiktoren gingen die Erwerbsbeteiligung sowie Partnerschaft und Elternschaft in die Analysen ein. Mit Blick auf die Erwerbsbeteiligung wurden Arbeitslose, Teilzeiterwerbstätige sowie Vollzeiterwerbstätige differenziert. Diese Kategorien basieren wie im Mikrozensus auf der Selbsteinschätzung der Befragten. Für die weitere Differenzierung einer Wochenarbeitszeit von bis zu 48 h bzw. mehr als 48 h liegen Angaben zur regelmäßig geleisteten wöchentlichen Arbeitszeit zugrunde. In Europa und Deutschland wird i. d. R. ab einer regelmäßigen Arbeitszeit von mehr als 48 h pro Woche von überlangen Arbeitszeiten ausgegangen [12, 13, 31]. Diese Grenze findet ihre Entsprechung in der EU-Arbeitszeitrichtlinie (2003/88/EG), nach der eine wöchentliche Arbeitszeit von

48 h zum Schutz der Gesundheit und Sicherheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nicht überschritten werden sollte. Elternschaft wurde als soziale Elternschaft über das Zusammenleben in einem Haushalt mit mindestens einem Kind unter 18 Jahren definiert. Es wird dabei nicht zwischen leiblichen, adoptierten und Stiefkindern unterschieden. Als Partnerschaft wurde das Zusammenleben in einem Haushalt mit einer Partnerin oder einem Partner, unabhängig von deren Familienstand, definiert. Als weitere Kontrollvariablen werden neben dem Alter der Befragten auch das Nettoäquivalenzeinkommen sowie der höchste Bildungsabschluss nach der Comparative-Analysis-of-Social-Mobility-in-Industrial-Nations(CASMIN)-Klassifikation berücksichtigt [32].

In den statistischen Analysen wurden im ersten Schritt für die Outcomevariablen Prävalenzen stratifiziert nach Erwerbsbeteiligung, Partnerschaft und Elternschaft berechnet. Im zweiten Schritt wurden mithilfe binär logistischer Regressionen und unter Einbezug aller Prädiktor- und Kontrollvariablen Odds Ratios (OR) für die Haupteffekte

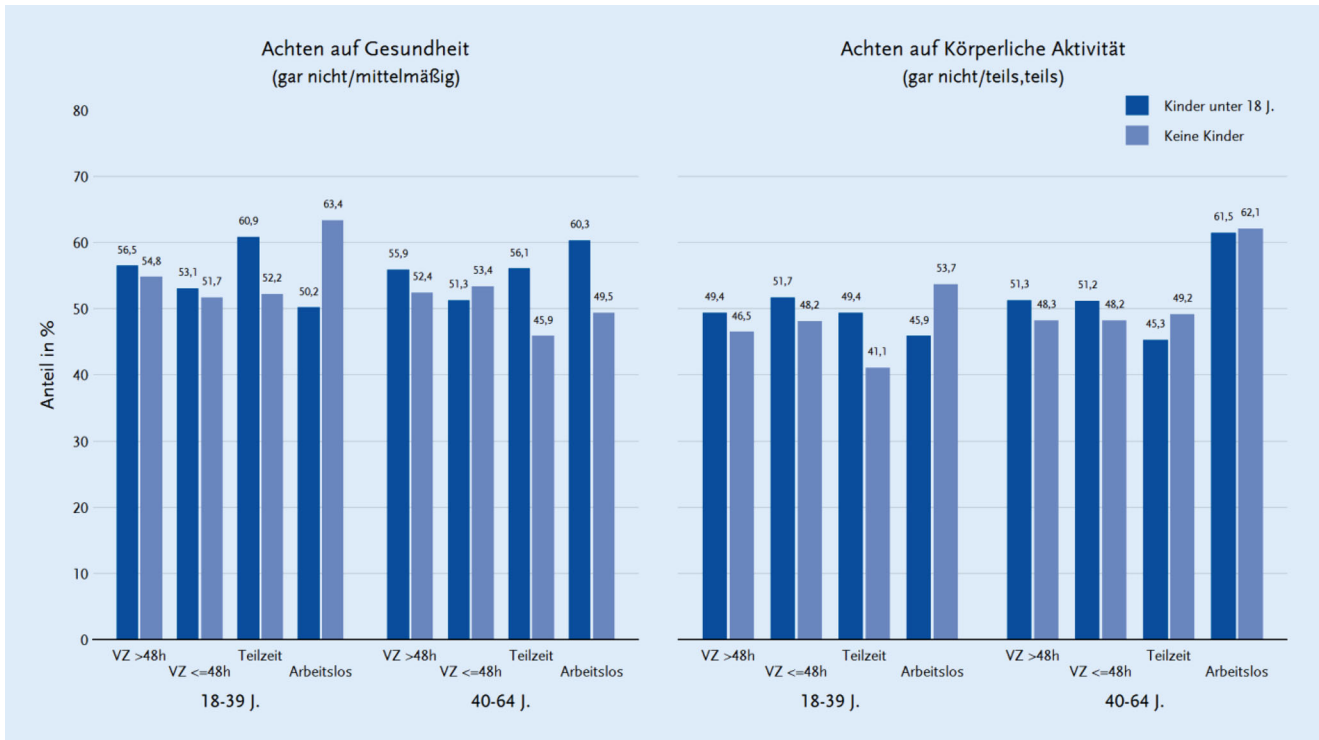


Abb. 2 ▲ Gesundheitsbewusstsein von Männern nach Erwerbssituation und Zusammenleben mit Kindern. VZ Vollzeit

geschätzt. Darauf aufbauend wurden Modelle mit Interaktionen zwischen Erwerbs-, Eltern- und Partnerstatus geschätzt und die kombinierten Schätzwerte aus Haupt- und Interaktionseffekten berichtet. Alle Analysen wurden mit Stata 14.1 SE (StataCorp LP, College Station, TX) durchgeführt und mit den im Datensatz enthaltenen und vom Datenhalter bereitgestellten bevölkerungsbezogenen Hochrechnungsfaktoren berechnet. Diese wurden für die Befragungswellen mit verfügbaren Informationen zum jeweiligen Outcome zusammengeführt und auf den gemeinsamen Stichprobenumfang standardisiert. Es kamen Prozeduren für komplexe Stichproben zur Anwendung, um Standardfehler und Konfidenzintervalle zu berechnen.

Ergebnisse

Nach den Daten der GEDA-Studien für den Zeitraum 2009–2012 sind 86,3 % der Männer im Alter zwischen 18 und 64 Jahren vollzeiterwerbstätig; 20,0 % arbeiten dabei mehr als 48 h/Woche und 5,8 % sind arbeitslos. Der Anteil der Männer mit überlangen Arbeitszeiten nimmt dabei mit dem Alter der Befragten zu. Wäh-

rend unter den 18- bis 29-Jährigen der Anteil 11,8 % beträgt, liegt er im Alter ab 30 Jahren bei 21,9 %. Beinahe die Hälfte der Vollzeiterwerbstätigen (44,7 %), die mehr als 48 h in der Woche arbeiten, hat minderjährige Kinder; in der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen beträgt der entsprechende Anteil sogar 63,3 %. Demgegenüber beträgt der Anteil von Männern mit Kindern unter 18 Jahren bei Vollzeiterwerbstätigen mit geringeren Arbeitszeiten 41,8 %, bei Teilzeiterwerbstätigen 30,3 % und bei Arbeitslosen 29,1 %.

In Abb. 1 ist das seelische Befinden von Männern in Abhängigkeit von ihrer Erwerbssituation und ihrer familiären Situation dargestellt. Insgesamt berichtet etwa jeder 7. Mann über seelische Belastungen an mehr als 7 Tagen in den letzten 4 Wochen. Erhöhte seelische Belastungen von Männern mit Kindern gegenüber Männern ohne Kinder zeigen sich nur bei jüngeren Vollzeiterwerbstätigen mit überlangen Arbeitszeiten. Auffällig ist, dass arbeitslose Männer ohne Kinder in beiden Altersgruppen deutlich stärker seelisch belastet sind als die Vergleichsgruppe mit Kindern.

In Abb. 2 sind gesundheitsbezogene Einstellungen von Männern anhand der beiden Indikatoren „Achten auf die eigene Gesundheit“ und „Achten auf körperliche Aktivität“ dargestellt. Insgesamt achtet jeder 2. Mann im Alter zwischen 18 und 64 Jahren nur mäßig auf die eigene Gesundheit und auf ausreichend körperliche Aktivität. Die nach dem Erwerbs- und Familienstatus differenzierten Ergebnisse sprechen dafür, dass bei Vollzeiterwerbstätigen kaum ausgeprägte Unterschiede im Gesundheitsbewusstsein zwischen kinderlosen Männern und Männern mit Kindern bestehen. Einzig arbeitslose Männer zwischen 18 und 39 Jahren achten besser auf die eigene Gesundheit und auf regelmäßige sportliche Aktivität, wenn sie Kinder haben.

In Abb. 3 wird das Gesundheitsverhalten von Männern in Abhängigkeit von ihrem Alter, Erwerbs- und Familienstatus dargestellt. In der Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen rauchen 39,3 % der Männer und 32,2 % sind überhaupt nicht sportlich aktiv. Die nach Erwerbs- und Familienstatus differenzierten Ergebnisse zeigen, dass kinderlose Männer tendenziell häufiger rauchen, während Väter mit Kindern i. d. R. seltener sportlich ak-

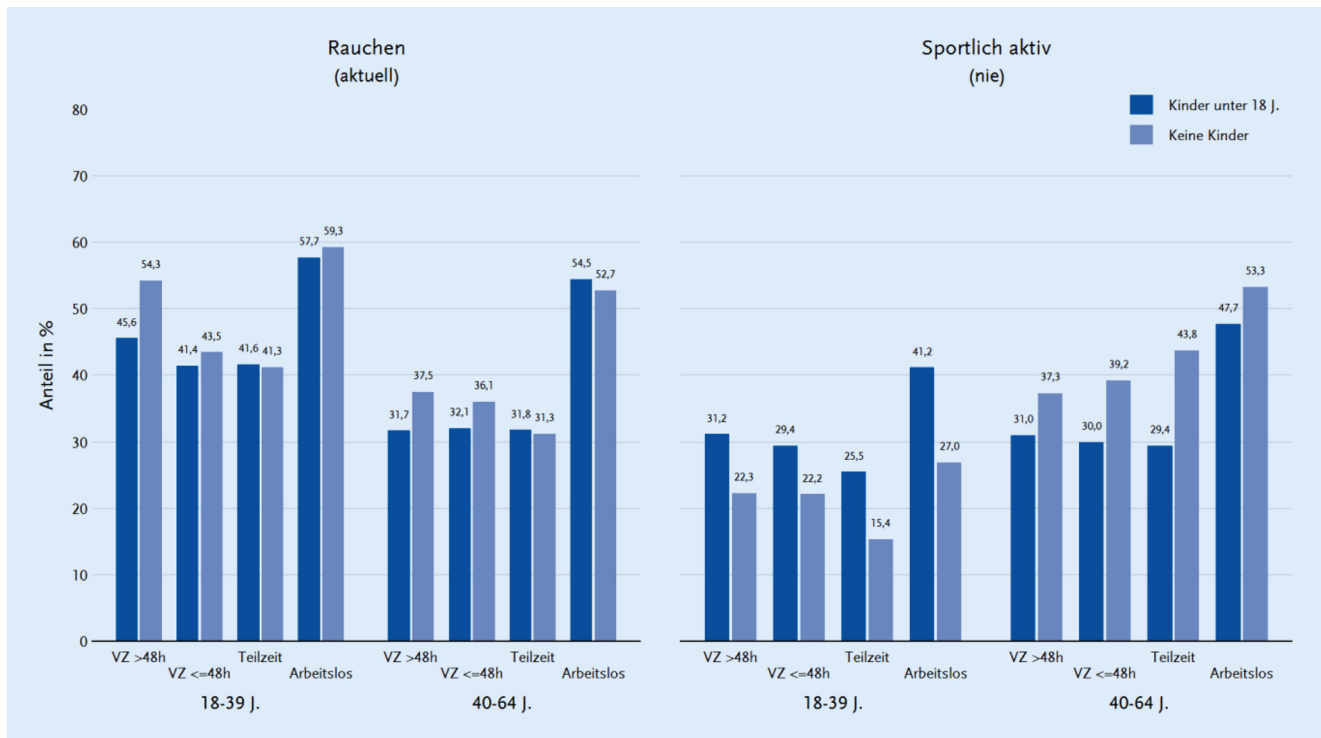


Abb. 3 ▲ Gesundheitsverhalten von Männern nach Erwerbssituation und Zusammenleben mit Kindern. VZ Vollzeit

tiv sind. Arbeitslose Männer weisen in beiden Altersgruppen, unabhängig von der Elternschaft, deutlich höhere Rauchquoten und eine geringere sportliche Aktivität auf als Erwerbstätige.

In **Tab. 2** werden für die bisher dargestellten Outcomes Zusammenhänge logistischer Regressionsmodelle berichtet, bei denen nicht nur Erwerbsstatus, Eltern- und Partnerschaft wechselseitig adjustiert werden. Zusätzlich wurden das Alter, die Bildung und das verfügbare Einkommen der Betroffenen als mögliche Einflussfaktoren berücksichtigt. Die Ergebnisse sprechen nach wechselseitiger Kontrolle der anderen Variablen dafür, dass Arbeitslosigkeit und überlange Arbeitszeiten von mehr als 48 h pro Woche mit seelischen Belastungen, einem geringer ausgeprägten Gesundheitsbewusstsein und häufigerem Risikoverhalten assoziiert sind. Dabei sind die Differenzen zwischen Arbeitslosen und Vollzeitbeschäftigten größer als diejenigen zwischen Vollzeitbeschäftigten und Männern mit überlangen Arbeitszeiten. Teilzeiterwerbstätige unterscheiden sich von Vollzeitbeschäftigten hinsichtlich ihrer seelischen Belastungen, nicht aber in ihrem Gesundheitsbewusstsein und

im Gesundheitsverhalten. Für die Partnerschaft zeigt sich, dass Männer, die mit einer Partnerin oder einem Partner im Haushalt leben, seltener seelisch belastet sind, stärker auf ihre Gesundheit achten und seltener rauchen. Mit Blick auf die Elternschaft wird deutlich, dass Männer mit Kindern nach Kontrolle der übrigen Merkmale weder stärker seelisch belastet sind, noch weniger auf ihre Gesundheit achten als kinderlose Männer. Sie sind allerdings signifikant seltener sportlich aktiv, rauchen aber auch seltener als Männer ohne Kinder.

In **Tab. 3** wurden aufbauend auf den Variablen aus den in **Tab. 2** dargestellten Modellen Interaktionseffekte geschätzt. Als Referenzgruppe wurden Männer gewählt, die in einem Partnerhaushalt leben und Kinder haben sowie in Vollzeit beschäftigt sind, aber weniger als 48 h pro Woche arbeiten. Dargestellt sind die kombinierten Schätzwerte aus Haupt- und Interaktionseffekten, sodass ein Gruppenvergleich möglich wird. Mit Blick auf seelische Belastungen stellen sich nach den Ergebnissen des Modells Arbeitslose und Vollzeitbeschäftigte mit überlangen Arbeitszeiten in allen familiären Konstellationen als besonders

belastet dar. Ebenso sind alleinerziehende Väter in Teil- oder Vollzeit häufiger als andere Männer mit gleichem Erwerbsstatus emotional belastet. Mit Blick auf das Gesundheitsbewusstsein und das Gesundheitsverhalten zeigen sich nach den Ergebnissen der Modelle nur wenige Konstellationen als auffällig. Arbeitslose und Vollzeitbeschäftigte mit überlangen Arbeitszeiten verhalten sich häufig gesundheitsriskanter als Männer, die in Teilzeit oder weniger als 48 h/Woche erwerbstätig sind.

Diskussion

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Männer mit überlangen Arbeitszeiten sowie Arbeitslose im Vergleich zu vollzeiterwerbstätigen Männern ohne überlange Arbeitszeiten häufiger emotionale Probleme haben und sich tendenziell weniger gesundheitsförderlich verhalten. Für die Partner- und Vaterschaft zeigen sich ähnliche Zusammenhänge, die allerdings deutlich schwächer als die Effekte der Erwerbssituation sind. Sowohl die Partnerschaft als auch Elternschaft wirken sich dabei tendenziell positiv auf seelische Gesund-

Tab. 2 Logistische Regression zu erwerbsbedingten und familiären Determinanten der Gesundheit, der gesundheitsrelevanten Einstellungen und des Gesundheitsverhaltens (Haupteffekte ohne Interaktionen)

Determinanten	CDC ^a seelische Belastung: Anzahl Tage in den letzten 4 Wochen (≥7 Tage)		Achten vs. Nichtachten auf Gesundheit		Achten vs. Nichtachten auf körperliche Bewegung		Sportliche Aktivität vs. Nichtaktivität in den letzten 3 Monaten		Rauchen (aktuell)	
	OR	95 %-KI	OR	95 %-KI	OR	95 %-KI	OR	95 %-KI	OR	95 %-KI
Alter										
18–29 Jahre	0,68	0,59–0,78*	0,78	0,70–0,88*	0,60	0,54–0,67*	0,38	0,33–0,42*	0,95	0,87–1,05
30–44 Jahre	Referenz									
45–64 Jahre	0,96	0,86–1,06	0,85	0,78–0,93*	0,85	0,78–0,92*	1,20	1,12–1,30*	0,70	0,65–0,75*
Erwerbsbeteiligung										
Vollzeit >48 h	1,44	1,29–1,61*	1,16	1,06–1,27*	0,98	0,90–1,07	1,12	1,03–1,22*	1,33	1,23–1,44*
Vollzeit ≤48 h	Referenz									
Teilzeit	1,46	1,25–1,72*	0,93	0,80–1,07	0,95	0,82–1,10	0,96	0,83–1,10	0,92	0,81–1,04
Arbeitslos	2,35	2,02–2,75*	0,89	0,75–1,05	1,24	1,05–1,45*	1,34	1,16–1,54*	1,77	1,55–2,03*
Partner im Haushalt										
Ja	Referenz									
Nein	1,65	1,48–1,84*	1,11	1,01–1,21*	1,04	0,95–1,14	1,03	0,94–1,12	1,36	1,26–1,47*
Kinder im Haushalt										
Nein	1,05	0,94–1,17	1,02	0,94–1,11	1,01	0,93–1,10	1,24	1,15–1,35*	1,23	1,14–1,33*
Ja	Referenz									
Bildung (CASMIN)										
Einfache Bildung	1,54	1,35–1,75*	1,40	1,25–1,56*	1,35	1,22–1,50*	3,31	2,98–3,66*	2,82	2,56–3,09*
Mittlere Bildung	1,29	1,15–1,44*	1,32	1,21–1,44*	1,19	1,09–1,30*	1,97	1,81–2,15*	2,05	1,90–2,22*
Höhere Bildung	Referenz									
Äquivalenzeinkommen (Tausend EUR)	0,85	0,80–0,90*	0,95	0,92–0,98*	0,95	0,92–0,98*	0,82	0,78–0,86*	0,97	0,94–0,99*
Modellgüte										
Anzahl Beobachtungen	18.120		11.871		12.433		18.259		18.274	
Freiheitsgrade ^b	10		10		10		10		10	
Pseudo-R ²	0,03		0,01		0,01		0,06		0,05	
p-Wert ^b	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	

CASMIN Comparative-Analysis-of-Social-Mobility-in-Industrial-Nations-Klassifikation, OR Odds Ratio, 95 %-KI 95 %-Konfidenzintervall
^ap < 0,05
^bCenters for Disease Control and Prevention (CDC) der USA
^cFreiheitsgrade und p-Wert des Likelihood-Ratio-Tests für das Gesamtmodell

heit und das Gesundheitsverhalten von Männern aus. Werden die 3 Lebensbereiche gleichzeitig betrachtet, so stellt sich die Arbeitswelt als bedeutsamster Einflussfaktor für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Männern dar.

Die vorliegenden Befunde auf Basis der zusammengefassten GEDA-Studien 2009, 2010 und 2012 stehen im Einklang mit nationalen und internationalen Ergebnissen zum Zusammenhang von Arbeitszeit und Gesundheit von Männern. Bezüglich der Arbeitszeit ist ein schlechterer Gesundheitszustand bei

überlangen Arbeitszeiten etwa in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depressionen oder Schlafstörungen dokumentiert [9–13]. Analysen europäischer Daten (EU 27) zeigen, dass etwa 40 % der beschäftigten Frauen und Männer, die mehr als 48 h pro Woche arbeiten, angeben, dass ihre Arbeit negative Auswirkungen auf ihren Gesundheitszustand habe, während dies etwa 25 % derjenigen angeben, die weniger als 48 Stunden pro Woche arbeiten [31]. Zur Erhöhung des Risikoverhaltens zeigt eine kanadische Längsschnittstudie, dass eine Verlängerung der Arbeitszeit von 35–40 h auf

über 41 h pro Woche bei Männern mit einem erhöhtem Tabakkonsum einhergeht [33]. In einer niederländischen Längsschnittstudie mit einem Beobachtungszeitraum von 2 Jahren wurde ein Zusammenhang zwischen Überstunden und geringerer körperlicher Aktivität sowie einer schlechteren Ernährung im Sinn eines geringeren Verzehrs von Obst und Gemüse festgestellt. Die Autoren folgern daraus, dass Überstunden die Gesundheit nicht nur über psychosozialen Stress beeinträchtigen, sondern auch mittelbar über ein verschlechtertes Gesundheitsverhalten [34]. Eine telefo-

Tab. 3 Logistische Regression zu familiären und erwerbsbedingten Determinanten der Gesundheit, der gesundheitsrelevanten Einstellungen und des Gesundheitsverhaltens (Interaktionseffekte)

Erwerbstätigkeit	Kinder	Partner	CDC ^a seelische Belastung: Anzahl Tage in den letzten 4 Wochen (≥7 Tage)		Achten vs. Nicht-achten auf Gesundheit		Achten vs. Nicht-achten auf körperliche Bewegung		Sportliche Aktivität vs. Nichtaktivität in den letzten 3 Monaten		Rauchen (aktuell)	
			OR	95 %-KI	OR	95 %-KI	OR	95 %-KI	OR	95 %-KI	OR	95 %-KI
Arbeitslos	Nein	Ja	2,66	1,96–3,61 [*]	0,82	0,59–1,14	1,26	0,92–1,71	1,57	1,20–2,04 [*]	2,01	1,56–2,60 [*]
		Nein	4,32	3,51–5,32 [*]	1,06	0,85–1,33	1,32	1,05–1,65 [*]	1,55	1,28–1,88 [*]	2,87	2,38–3,45 [*]
	Ja	Ja	1,86	1,26–2,73 [*]	0,92	0,62–1,37	1,01	0,70–1,45	1,49	1,07–2,07 [*]	1,94	1,42–2,66 [*]
		Nein	2,23	1,08–4,60 [*]	0,94	0,43–2,05	0,85	0,43–1,69	2,40	1,32–4,35 [*]	2,69	1,48–4,87 [*]
Teilzeit	Nein	Ja	1,44	1,05–1,99 [*]	1,01	0,78–1,32	0,93	0,72–1,21	1,31	1,04–1,66 [*]	1,14	0,90–1,43
		Nein	2,71	2,12–3,45 [*]	0,88	0,70–1,11	0,88	0,70–1,11	1,00	0,79–1,25	1,37	1,12–1,67 [*]
	Ja	Ja	1,20	0,81–1,77	1,11	0,82–1,50	0,92	0,67–1,26	1,10	0,83–1,47	1,14	0,87–1,50
		Nein	2,86	1,67–4,90 [*]	1,29	0,78–2,11	1,20	0,72–2,00	0,78	0,43–1,41	1,10	0,70–1,72
Vollzeit ≤48 h	Nein	Ja	1,05	0,89–1,23	1,04	0,92–1,17	0,90	0,80–1,01	1,19	1,07–1,33 [*]	1,23	1,11–1,37 [*]
		Nein	1,65	1,42–1,92 [*]	1,18	1,05–1,33 [*]	1,07	0,95–1,20	1,29	1,15–1,44 [*]	1,59	1,44–1,77 [*]
	Ja	Ja	Referenz									
		Nein	1,94	1,48–2,53 [*]	0,93	0,74–1,18	0,74	0,59–0,92 [*]	0,75	0,59–0,97 [*]	1,31	1,08–1,59 [*]
Vollzeit >48 h	Nein	Ja	1,53	1,26–1,87 [*]	1,13	0,97–1,32	0,95	0,82–1,11	1,31	1,13–1,51 [*]	1,56	1,36–1,78 [*]
		Nein	2,43	1,98–2,98 [*]	1,33	1,11–1,60 [*]	0,95	0,80–1,13	1,57	1,33–1,86 [*]	2,62	2,25–3,05 [*]
	Ja	Ja	1,44	1,20–1,72 [*]	1,24	1,08–1,44 [*]	0,98	0,86–1,13	1,09	0,95–1,24	1,21	1,07–1,37 [*]
		Nein	1,87	0,99–3,53	1,25	0,69–2,27	0,55	0,31–0,97 [*]	1,03	0,58–1,82	1,94	1,20–3,14 [*]

Kontrollvariablen (nicht dargestellt): Alter, Bildung (Comparative-Analysis-of-Social-Mobility-in-Industrial-Nations-Klassifikation), Äquivalenzeinkommen (Tsd. EUR)

OR Odds Ratio, 95 %-KI 95 %-Konfidenzintervall

* $p < 0,05$

^aCenters for Disease Control and Prevention (CDC) der USA

nische Beschäftigtenbefragung aus dem Jahr 2012 in Deutschland des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) und der Universität Bielefeld zeigt, dass sich knapp ein Viertel der Väter mit Kindern unter 17 Jahren insbesondere aufgrund langer Arbeitszeiten stark bis sehr stark von Problemen mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie betroffen fühlt. Darüber hinaus tragen regelmäßige Schichtarbeit und Wochenendarbeit sowie eine Betriebskultur, in der die Bereitschaft zu Mehrarbeit und die Verfügbarkeit per Mail oder Telefon auch außerhalb der Arbeitszeit erwartet wird, zu Konflikten zwischen der Arbeitswelt und der Familie bei [35]. Für in Teilzeit arbeitende Männer zeigen sich im Vergleich zu in Vollzeit erwerbstätigen Männern keine wesentlichen gesundheitlichen Unterschiede, was im Einklang mit den Ergebnissen der Bundesinstitut-für-Berufsbildung(BIBB)-/Bundesanstalt-für-Arbeitsschutz-und-

Arbeitsmedizin(BAuA)-Erwerbstätigenbefragung 2010 steht [36].

Die Ergebnisse zur Gesundheit arbeitsloser Männer fügen sich ebenfalls in den Forschungsstand ein [37]. Viele Studien verdeutlichen, dass arbeitslose im Vergleich zu erwerbstätigen Männern einen schlechteren Gesundheitszustand sowie ein erhöhtes Mortalitätsrisiko haben [38–41]. Erklärt wird dies häufig durch die mit der Arbeitslosigkeit assoziierten psychosozialen und materiellen Belastungen (Kausationsthese), aber auch durch ein verstärktes Arbeitslosigkeitsrisiko von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Selektionsthese; [37]). Depressionen und Angststörungen sowie ein geringeres Selbstwertgefühl sind bei Arbeitslosen häufiger festzustellen [38, 42]. Arbeitslose Männer in Deutschland rauchen häufiger und treiben seltener Sport als Erwerbstätige [40, 43–46].

Für die beobachteten positiven Effekte von Eltern- und Partnerschaft auf

das Gesundheitsverhalten von Männern stehen verschiedene Erklärungsansätze im Raum. So wird davon ausgegangen, dass sich zusammenlebende Partner wechselseitig bei der Aufrechterhaltung eines gesunden Lebensstils unterstützen und kontrollieren können [47, 48]. Allerdings spielen mit Blick auf die Elternschaft auch zeitliche Restriktionen eine wichtige Rolle, die sich negativ auf sportliche Aktivitäten auswirken können [49, 50]. Die Ergebnisse zu den Wechselwirkungen zwischen Erwerbstätigkeit und Gesundheit unter Berücksichtigung von Partner- und Elternschaft stehen im Einklang mit der Multiple-role-attachment-Hypothese, laut der mehr soziale Rollen mit größeren sozialen Netzwerken und Ressourcen einhergehen [20]. Überlange Arbeitszeiten sind hingegen nicht nur eine besondere psychosoziale Belastung [51], sondern führen auch zu einer Begrenzung des Zeitbudgets, das für die Partnerschaft oder die Familie zur Verfügung steht ebenso wie für

die Regeneration von der Erwerbsarbeit [9]. So ist etwa die Schlafqualität von Personen mit überlangen Arbeitszeiten signifikant reduziert. Ebenso kann für Männer soziale Unterstützung, die etwa in Partnerschaften geleistet wird, dazu beitragen, die psychosozialen und materiellen Belastungen, die mit der Arbeitslosigkeit einhergehen, zu kompensieren. So wurde mit Daten für Deutschland dargestellt, dass Arbeitslose weniger körperliche und emotionale Gesundheitsprobleme haben, wenn sie auf soziale Unterstützung zurückgreifen können [52].

Eine wesentliche Limitation der vorliegenden Studie liegt darin, dass die Analysen auf Querschnittsdaten beruhen. Mit diesen Daten können Assoziationen aufgezeigt, aber keine Aussagen zu kausalen Mechanismen getroffen werden, für die Längsschnittdaten benötigt würden. Es kann davon ausgegangen werden, dass Erwerbsarbeit, Partnerschaft und Elternschaft einen kausalen Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten haben: So belegen internationale Längsschnittstudien den protektiven Effekt von Erwerbsarbeit auf die Gesundheit von Männern und die Risiken überlanger Arbeitszeiten [53]. Auch für Partner- und Elternschaft können internationale Längsschnittstudien protektive Effekte bestätigen [20]. Andererseits haben aber die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten ebenfalls einen Einfluss darauf, ob und in welchem Maß Männer erwerbstätig sind und ob sie eine Partnerschaft eingehen und eine Familie gründen [54]. Beide Prozesse lassen sich anhand der vorliegenden Daten nicht trennen, sodass die Analysen zwar darstellen können, welche Gruppen bei besserer Gesundheit sind, aber nicht welche Mechanismen hierfür von Bedeutung sind.

Auch inwiefern sich für die befragten Männer tatsächlich Probleme hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf ergeben, lässt sich mit den vorliegenden Ergebnissen nicht beantworten, da der Grad der Einbindung von Männern in die Familienarbeit in den GEDA-Studien nicht erhoben wurde. Es kann also nur mittelbar von der Erwerbssituation auf potenzielle Vereinbarkeitsprobleme

geschlossen werden. Ergebnisse aus verschiedenen Studien deuten aber darauf hin, dass sich die Frauen überwiegend um die Familienarbeit kümmern, auch wenn ein wachsender Anteil von Männern versucht, zumindest den Umfang der Erwerbstätigkeit zugunsten der Familie einzuschränken [55]. So gibt etwa jeder zweite Vater an, nur einen kleinen Teil der Hausarbeit zu erledigen [56] und auch das mittlere Zeitbudget für Haushalts- und Betreuungsaufgaben ist bei Männern weniger als halb so hoch wie bei Frauen [57]. Zur Beschreibung von Vereinbarkeitsproblemen und zur Ableitung von etwaigen Lösungsansätzen besteht allerdings die Notwendigkeit, eine differenziertere Betrachtung der Lebenswelt von Vätern vorzunehmen. Dies ist mit bevölkerungsrepräsentativen Surveys nur unzureichend möglich und erfordert gegebenenfalls auch qualitative Zugänge.

Fazit

- In der vorliegenden Studie finden sich Hinweise, dass Erwerbsarbeit, Partnerschaft und Familie wichtige Ressourcen für die Gesundheit von Männern sind.
- Gesundheitliche Risiken sind bei Männern nicht nur mit der Arbeitslosigkeit, sondern auch mit überlangen Arbeitszeiten assoziiert.
- Gesundheitliche Belastungen von Männern in Deutschland durch Arbeitslosigkeit und überlange Arbeitszeiten sind weitgehend unabhängig vom Partner- und Elternstatus.
- Zu den kausalen Effekten von Erwerbsarbeit, Elternschaft und Partnerschaft und zum Einfluss der real geleisteten Erwerbs- und Familienarbeit auf die Gesundheit besteht weiterer Forschungsbedarf, für den auch Längsschnittdaten und qualitative Studien notwendig sind.

Korrespondenzadresse

Dr. L. E. Kroll

FG28 Soziale Determinanten der Gesundheit,
Robert Koch-Institut
General-Pape-Str. 62–66, 12101 Berlin,
Deutschland
krolll@rki.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. L.E. Kroll, S. Müters, P. Rattay und T. Lampert geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Wirth H, Tölke A (2013) Egalität arbeiten – familienzentriert leben: Kein Widerspruch für ostdeutsche Eltern. Analysen zu Erwerbskonstellationen von Eltern in Deutschland. Inf Soz Indik 49:7–11
2. Müller K-U, Neumann M, Wrohlich K (2015) Familienarbeitszeit: mehr Arbeitszeit für Mütter, mehr Familienzeit für Väter. DIW Wochenbericht, Berlin, S 1095–1103 (Nr. 46)
3. Klenner C, Kohaut S, Höyng SE (2010) Vollzeit, Teilzeit, Minijobs. Mit einem Exkurs „Männer zwischen Beruf und privatem Leben“. In: Projektgruppe GiB (Hrsg) Arbeit, Entlohnung und Gleichstellung in der Privatwirtschaft. Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung, Bd. 110. Edition Sigma, Berlin, S 191–270
4. Wanger S, Bauer F (2015) Erwerbs- und Arbeitszeitmuster in Paarbeziehungen. IAB-Stellungnahme Ausgewählte Beratungsergebnisse des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 2015
5. Keller M, Hausteil T (2012) Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Ergebnisse des Mikrozensus 2011. Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, Wiesbaden
6. Grunow D, Schulz F, Blossfeld H-P (2007) Was erklärt die Tradionalisierung häuslicher Arbeitsteilung im Eheverlauf: soziale Normen oder ökonomische Ressourcen? Z Soziol 36:162–181
7. Kühhirt M (2012) Childbirth and the long-term division of labour within couples: How do substitution, bargaining power, and norms affect parents' time allocation in west germany? Eur Sociol Rev 28:565–582
8. Statistisches Bundesamt (2015) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland 2014, Fachserie 1. Aufl. 4.1.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
9. Bannai A, Tamakoshi A (2014) The association between long working hours and health: a systematic review of epidemiological evidence. Scand J Work Environ Health 40:5–18
10. van der Hulst M (2003) Long workhours and health. Scand J Work Environ Health 29:171–188
11. Kivimäki M, Jokela M, Nyberg ST et al (2015) Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603,838 individuals. Lancet 386:1739–1746
12. Brenscheidt F, Beermann B (2012) Gesundheitliche und psychosoziale Auswirkung der Arbeitszeit. In: Lohmann-Haislah A (Hrsg) Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund Berlin Dresden, S 113–123
13. Wirtz A, Nachreiner F, Beermann B, Brenscheidt F, Siefer A (2009) Lange Arbeitszeiten und Gesundheit. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Dortmund
14. Helbig S, Lampert T, Klose M, Jacobi F (2006) Is parenthood associated with mental health? Findings

- from an epidemiological community survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41:889–896
15. Müters S, Hoebel J, Lange C (Robert Koch-Institut Berlin, Hrsg.) (2013) *Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern*. Robert-Koch-Institut Berlin. GBE kompakt 4(2)
 16. Robert Koch-Institut (2014) *Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland*. Robert Koch-Institut, Berlin
 17. von der Lippe E, Rattay P (2014) *Seelische und körperliche Belastung von Müttern und Vätern in Deutschland*. Ergebnisse der GEDA-Studie 2009 und 2010. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 93:5–20
 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. doi:10.1016/j.ssmph.2016.05.005
 19. Klein T, Rapp I, Schneider B (2013) Der Einfluss der partnerschaftlichen Lebensform auf Rauchverhalten und Körpergewicht. *Comp Popul Stud* 38:649–672
 20. 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* 42:61–78
 21. Roos E, Lahelma E, Saastamoinen P, Elstad JI (2005) The association of employment status and family status with health among women and men in four Nordic countries. *Scand J Public Health* 33:250–260
 22. Schoon I, Hansson L, Salmela-Aro K (2005) Combining work and family. Life satisfaction among married and divorced men and women in Estonia, Finland, and the UK. *Eur Psychol* 10:309–319
 23. Robert Koch-Institut (2012) *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“*. Robert-Koch-Institut, Berlin
 24. Robert Koch-Institut (2014) *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“*. Robert-Koch-Institut, Berlin
 25. Lange C, Jentsch F, Allen J et al (2015) Data resource profile: German health update (GEDA) – the health interview survey for adults in Germany. *Int J Epidemiol*. doi:10.1093/ije/dyv067
 26. Robert Koch-Institut (2011) *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
 27. ADM/BVM (1998) *Richtlinie für telefonische Befragungen*. In: Gabler S, Häder S, Hoffmeyer-Zlotnik JHP (Hrsg) *Telefonstichproben in Deutschland*. Westdeutscher Verlag, Opladen, S 181–187
 28. Gabler S, Häder S (1999) *Generierung von Telefonstichproben mit TeLSuSa*. ZUMA-Nachr 44:138–143
 29. AAPOR (2009) *Standard definitions: final dispositions of case codes and outcome rates for surveys*. The American Association for Public Opinion Research, Deerfield, IL
 30. Mielenz T, Jackson E, Currey S, DeVellis R, Callahan LF (2006) Psychometric properties of the centers for disease control and prevention health-related quality of life (CDC HRQL) items in adults with arthritis. *Health Qual Life Outcomes* 4:66
 31. Eurofound (2012) *Working time in the EU*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxemburg
 32. Brauns H, Scherer S, Steinmann S (2003) The CASMIN educational classification in international comparative research. In: Hoffmeyer-Zlotnik JHP, Wolf C (Hrsg) *Advances in cross-national comparison*. Kluwer, New York, S 221–244
 33. Shields M (1999) Long working hours and health. *Health Rep* 11(Eng):33–48 (37–55(Fre))
 34. Taris TW, Ybema JF, Beckers DG, Verheijden MW, Geurts SA, Kompier MA (2011) Investigating the associations among overtime work, health behaviors, and health: a longitudinal study among full-time employees. *Int J Behav Med* 18:352–360
 35. Pausch S, Reimann M, Abendroth A-K, Diewald M, Jacobebbinghaus P (2014) Vereinbarkeit von Beruf und Familie – Auch Väter haben ein Zeitproblem. *IAB Forum*:51–55
 36. Lohmann-Haislah A (2012) *Stressreport Deutschland 2012*. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin/Dresden
 37. Kroll L, Müters S, Lampert T (2016) Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit – Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 59(2): 228–237. doi:10.1007/s00103-015-2282-7
 38. Herbig B, Dragano N, Angerer P (2013) Health in the long-term unemployed. *Dtsch Arztebl Int* 110:413–419
 39. Berth H, Forster P, Balck F, Braher E, Stobel-Richter Y (2008) Arbeitslosigkeits Erfahrungen, Arbeitsplatzunsicherheit und der Bedarf an psychosozialer Versorgung. *Gesundheitswesen* 70:289–294
 40. Weber A, Hörmann G, Heipertz W (2007) Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. *Dtsch Arztebl* 104:2957–2962
 41. Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE (2011) Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Soc Sci Med* 72:840–854
 42. Paul KI, Moser K (2009) Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *J Vocat Behav* 74:264–282
 43. Kroll LE, Lampert T (2012) Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. *GBE kompakt* 3(1):1–8
 44. Lange C, Lampert T (2005) Die Gesundheit arbeitsloser Frauen und Männer. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 48:1256–1264
 45. Henkel D (2011) Unemployment and substance use: a review of the literature (1990–2010). *Curr Drug Abuse Rev* 4:4–27
 46. Eggs J, Trappmann M, Unger S (2014) Grundsicherungsempfänger und Erwerbstätige im Vergleich. *ALG-II-Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein*. IAB-Kurzbericht 23:2014
 47. Umberson D (1987) Family status and health behaviors: social control as a dimension of social integration. *J Health Soc Behav* 28:306–319
 48. Umberson D, Crosnoe R, Reczek C (2010) Social relationships and health behavior across the life course. *Annu Rev Sociol* 36:139–157
 49. Bellows-Riecken KH, Rhodes RE (2008) A birth of inactivity? A review of physical activity and parenthood. *Prev Med* 46:99–110
 50. Nomaguchi KM, Bianchi SM (2004) Exercise time: gender differences in the effects of marriage, parenthood, and employment. *J Marriage Fam* 66:413–430
 51. Spurgeon A, Harrington JM, Cooper CL (1997) Health and safety problems associated with long working hours: a review of the current position. *Occup Environ Med* 54:367–375
 52. Kroll LE, Lampert T (2011) Unemployment, social support and health problems: results of the GEDA study in Germany, 2009. *Dtsch Arztebl Int* 108:47–52
 53. Virtanen M, Stansfeld SA, Fuhrer R, Ferrie JE, Kivimäki M (2012) Overtime work as a predictor of major depressive episode: a 5-year follow-up of the Whitehall II study. *PLoS ONE* 7:e30719
 54. Unger R (2007) *Gesundheit im Lebenslauf*. Zur relativen Bedeutung von Selektions- gegenüber Kausaleffekten am Beispiel des Familienstands. SOEPpapers on multidisciplinary panel data research. DIW, Berlin
 55. Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik (2014) *Vater sein in Nordrhein-Westfalen*. Ergebnisse einer Studie. Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
 56. Forsa (2013) *Meinungen und Einstellungen der Väter in Deutschland*, Berlin
 57. Eurofound (2012) *Working time and work-life balance in a life course perspective*. Eurofound, Dublin