

## Gesundheit und Familie: ein deutscher Testfall

Brockmann, Hilke

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Brockmann, H. (2008). Gesundheit und Familie: ein deutscher Testfall. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006*. Teilbd. 1 u. 2 (S. 909-924). Frankfurt am Main: Campus Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-153004>

### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

# Gesundheit und Familie. Ein deutscher Testfall

*Hilke Brockmann*

## Die Wiederentdeckung der Familie

Die Zeit, da Soziologen akribisch nach Gründen suchten, warum noch Familie (Huinink 1995) und Politiker Familienpolitik als »Gedöns« abtaten (Bundeskanzler Gerhard Schröder 1998), scheint vorbei. Die wissenschaftliche und öffentliche Debatte über die Folgen der demografischen Alterung rückt die Familie als produktive Institution neu in den Mittelpunkt. Nach der modernen Privatisierung und soziologischen Entzauberung familiären Zusammenlebens entdecken Wissenschaftler und Politiker die Familie jetzt als den besten Ort, um Kinder zu zeugen und großzuziehen, als die beste Form der Gesundheits- und Altenpflege. Auch der deutsche Wohlfahrtsstaat, der aus Kostengründen sein sozialpolitisches Engagement zusammenstreicht, erhöht sein Budget für Familienpolitik (Obinger/Leibfried u.a. 2005; Obinger/Starke 2007).

Ist dieses Geld gut investiert? Erfüllt tatsächlich die Familie diese biologischen Aufgaben am besten? Und von welcher Familie ist hier eigentlich die Rede? Der folgende Beitrag versucht diese Fragen mit Blick auf die Gesundheitsproduktion in Familien zu beantworten. In reichen Gesellschaften ist Gesundheit ein teures Gut. Deutschland hat hinter den USA, der Schweiz und seit neuestem auch hinter Norwegen die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit weltweit. Zudem schlagen seit Jahrzehnten politische Bemühungen, die Gesundheitskosten nachhaltig zu senken, fehl.

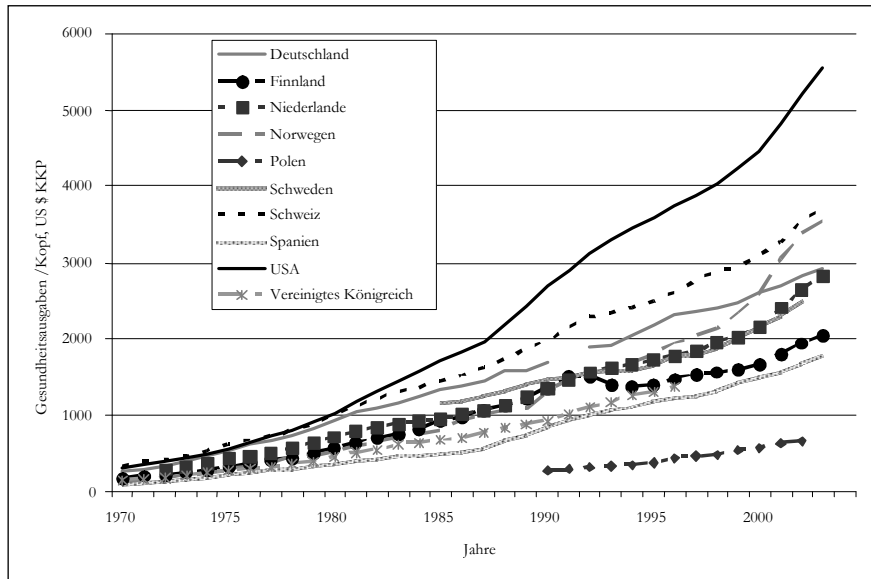


Abbildung 1: Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in ausgewählten OECD Ländern

(Quelle: OECD Health Data 2005)

Als Grund für den vergangenen und zukünftigen Kostenanstieg führen Gesundheitsökonominnen den technischen Fortschritt und die demografische Entwicklung – genauer den Anstieg der älteren Bevölkerung – ins Feld (Breyer/Felder 2005). Sie übersehen aber, dass sich mit der demografischen Alterung auch die familiendemografische Situation entscheidend verändert. Immer weniger Leute heiraten immer später, immer häufiger lassen sie sich scheiden, viele haben keine Kinder und leben immer längere Passagen in ihrem Leben allein in ihren Haushalten.

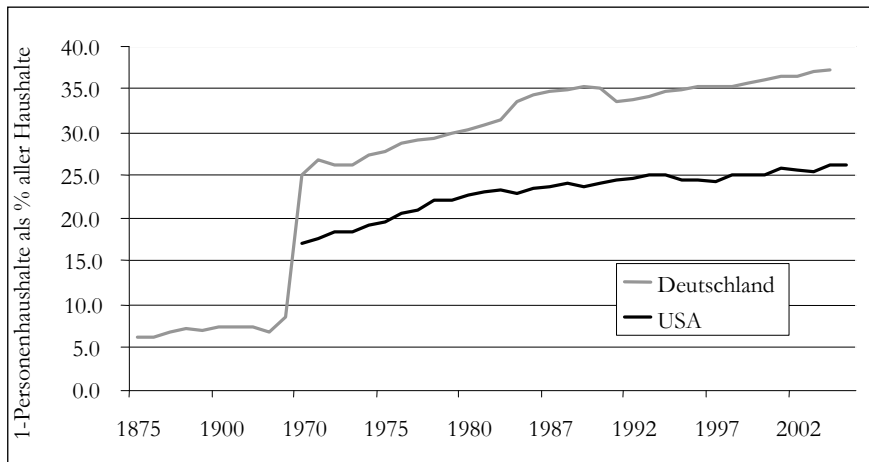
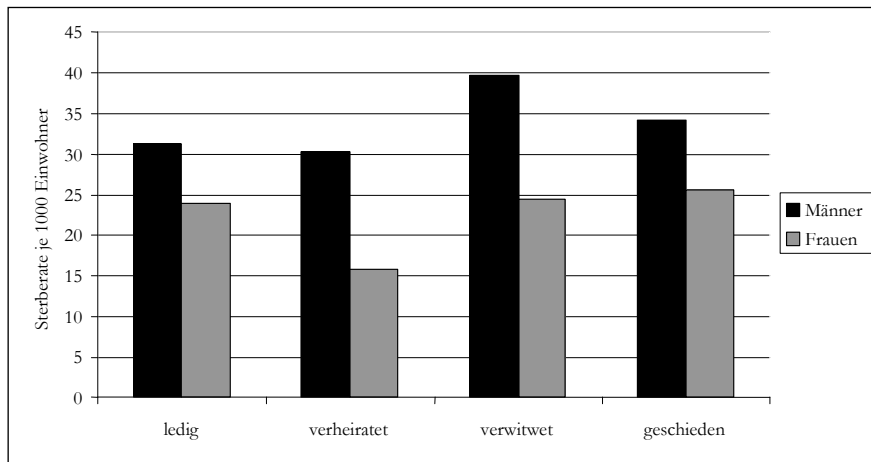


Abbildung 2: Von der Familie zum Einpersonenhaushalt?

(Quelle: US Census Bureau 2006, Statistisches Bundesamt 2006)

Inwieweit beeinflusst diese familiendemografische Entwicklung die wachsende Nachfrage nach öffentlichen Gesundheitsdienstleistungen? Wir wissen aus der öffentlichen Statistik, dass ledige, geschiedene und verwitwete Menschen ein höheres Sterblichkeitsrisiko und damit eine objektiv schlechtere Gesundheit haben als Verheiratete.



Grafik 3: Die unterschiedliche Sterblichkeitsrate verschiedener Familienstände

(Quelle: Statistisches Bundesamt 2006)

Wir wissen aber nicht, wie sich die Veränderungen in den familiendemografischen Verläufen auf die objektive Gesundheit, die sich am einfachsten, zuverlässigsten und am fatalsten im Mortalitätsrisiko widerspiegelt, auswirken. Erst wenn wir Licht in diese Zusammenhänge gebracht haben, ist zu entscheiden, ob und welche familiären Lebensformen sich politisch rechnen.

## Gesundheit und Familie – ein altes Thema

Seit annähernd zweihundert Jahren wissen Demografen, dass Verheiratete länger leben als Unverheiratete. In zahlreichen empirischen Untersuchungen und für unterschiedlichste Länder hat sich dieser Befund immer wieder bestätigt (Wilson/Oswald 2005). So findet Walter R. Gove (1973) signifikant niedrigere Mortalitätsrisiken für Verheiratete in den USA, Omar Rahman (1993) in Bangladesh und Cem Mete (2005) zeigt, dass der Status, verheiratet zu sein, die Überlebenschancen nach sieben Jahren in Taiwan um 5 Prozent signifikant erhöht. Auffallend ist auch, dass sich deutsche Wissenschaftler kaum an dieser Forschung beteiligt haben.

Selektions- und Protektionseffekte werden zur Erklärung des universellen Gesundheitsvorteils von Verheirateten angeführt (Zick/Smith 1991; Lillard/Waite 1995, 1996). Empirische Studien belegen, dass diejenigen, die einen Partner auf dem

Heiratsmarkt finden, gesünder sind als diejenigen, die unverheiratet bleiben (Goldman 1993; Goldman/Korenman u.a. 1995). Dennoch ist wenig darüber bekannt, wie groß die gesundheitliche Beeinträchtigung der Unverheirateten tatsächlich ist. Zudem bestätigt sich im Längsschnitt eine negative Selektion. Gerade Kranke haben einen großen Anreiz, rasch einen Partner zu finden, während Gesunde sich auf dem Heiratsmarkt Zeit lassen können, um ihre Wahl zu optimieren (Cheung 1998; Cheung/Sloggett 1998).

Unabhängig von positiven und negativen Selektionseffekten entsteht durch das eheliche Zusammenleben ein Gesundheitsschutz, weil die Ehe emotionale Unterstützung gewährt, einen gesünderen Lebensstil fördert, die Risikobereitschaft mindert (z.B. im Autoverkehr), kritische Lebensereignisse abpuffert und eine professionelle Gesundheitsversorgung, insbesondere bei älteren Ehepaaren, ergänzt oder gar ersetzt. Schließlich sind Ehepartner auch durch die sparsamere, gemeinsame Haushaltsführung finanziell besser abgesichert und können sich mehr und bessere Gesundheitspflege kaufen (Ross/Mirowsky u.a. 1990; Beck/Katz 1995; Joung/Stronks u.a. 1997).

Im Gegensatz zu der umfangreichen Liste positiver Effekte der Ehe überrascht wie einfach und reduziert der Familienstand erfasst wurde. Die Mehrzahl der Studien misst den Familienstand nur zu einem einzigen Messzeitpunkt und kann so den familiendemografischen Wandel mit seinen wechselhaften Biografien nicht abbilden. Erst in den 1990er Jahren entstehen zunehmend Längsschnittanalysen, die vor allem den Einfluss kritischer Familienereignisse, etwa den Tod eines Ehepartners, auf die Gesundheit verfolgen. Eine umfassende und systematische Berücksichtigung biografischer Verläufe gibt es jedoch nicht. Wir wissen nicht, ob die Ehe zu jedem Zeitpunkt, für jedes Lebensalter und mit jedem weiteren Jahr die Gesundheit fördert, ob die Auflösung von Ehen jederzeit das Mortalitätsrisiko erhöht, auch nicht wie sich der familiendemografische Wandel auf die biologischen und sozialen Selektions- und Protektionsmechanismen auswirkt.

Thomas Klein und ich haben in einer früheren Arbeit angefangen (Brockmann/Klein 2004), diesen Fragen nachzuspüren. Die folgenden Analysen setzen diesen neuen Forschungsweg weiter fort und wollen konkret testen, wie »kostspielig« familiendemografische Übergänge sind. Wir vermuten, dass jede familiendemografische Veränderung ihren Preis hat und sich zunächst negativ auf die Gesundheit auswirkt. Konkret wollen wir testen, ob und wann familiendemografische Übergänge schlecht für die Gesundheit sind. Wir vermuten, dass Effekte entscheidend vom Zeitpunkt des Übergangs, vom Timing, abhängen. Ferner vermuten wir, dass protektive Effekte eines positiv besetzten Familienstandes mit der Zeit akkumulieren, weil Menschen positive Erfahrungen bewusst erinnern und verstärken. Negativ besetzte Familienstandswechsel sollten ihren gesundheitsschädigenden Einfluss

im Verlauf der Zeit einbüßen, weil Menschen diese Erfahrungen produktiv verarbeiten und sich an ihre neuen Lebensumstände anpassen.

## Daten und Analyse

Grundlage der Analyse sind die Daten der westdeutschen Stichprobe aus dem deutschen Sozio-Ökonomischen Panel von 1984 bis 2003. Die Begrenzung auf Westdeutschland rechtfertigt sich durch die unterschiedliche kulturelle Bedeutung, die die Ehe im geteilten Deutschland hatte und immer noch hat. Es gehen 13.229 Personen, 6.375 Männer und 6.854 Frauen in die Analyse ein. 1.808 Personen starben im Verlauf der Erhebung. Weitere statistische Informationen zum Sample sind in Tabelle 1 aufgelistet.

	Männer	Frauen
N	6.375	6.854
Davon gestorben	901	907
Alter bei erster Heirat, in Jahren	26,9	24,4
Familiendemografie		
1. Heirat	4.438	5.075
1. Scheidung	728	862
1. Verwitwung	341	1.158

*Tabelle 1: Die westdeutsche Panelstichprobe*

*(Quelle: SOEP 1984–2003)*

Als abhängige Gesundheitsvariable konzentrieren wir uns auf das Mortalitätsrisiko. Es ist der beste biologische Indikator, den das SOEP im Zeitverlauf misst, und es ist der bestimmende Faktor für eine rasant ansteigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Lebensverlauf und somit auch für den Anstieg öffentlicher Gesundheitsausgaben (Brockmann 2002). Das Heiratsalter, die Geburtskohorte und der Zeitverlauf einzelner familiendemografischer Übergänge gehen als unabhängige soziale Timing-Indikatoren in die Analyse ein. Die Akkumulation familiendemografischer Erfahrungen wird in Jahren früherer Familienstände gemessen. Die Verlaufseffekte aktueller Familienepisoden quantifizieren den Einfluss des Vergessens oder produktiven Verarbeitens von Veränderungen.

Als weitere protektive Einflüsse gehen Kinder, die Größe des Haushalts, die subjektive Gesundheit und sozio-ökonomische Ressourcen in die Analyse ein. Um schließlich der positiven oder negativen Selektion auf dem Heiratsmarkt Rechnung

zu tragen, schätzen wir Modelle mit Heterogenitätsmaßen sowie simultane Modelle, die, soweit es die Daten zulassen, den Gesundheitszustand vor der Heirat berücksichtigen.

Die Auswertung erfolgt durch ein proportionales Mehrebenen-Hazard Modell, das der Selektivität und Komplexität der Zusammenhänge Rechnung tragen kann (Lillard/Panis 2000). Wir unterscheiden zunächst die Ebene einzelner familiendemografischer Passagen  $j$  und die des Individuums  $i$ . Dann rechnen wir ein Modell mit zeitstabilen  $x_{ij}$  und zeitvarianten Einflüssen  $u_{ik}(t)$  sowie einem Heterogenitätseffekt  $v_m$  auf das individuelle Mortalitätsrisiko  $\ln h_i(t)$ . Formal sieht das Modell wie folgt aus:

$$\ln h_i(t) = \delta(s_i(t)) + \sum_j \alpha_j x_{ij} + \sum_k \beta_k u_{ik}(t) + v_m$$

wobei  $\delta(s_i(t))$  das individuelle Alter abbildet. Dann erweitern wir das Modell um zeitveränderliche Einflussvektoren, die die spezifischen familiendemografischen Verläufe genauer abgreifen  $\gamma_h(t)$  und ein Probitmodell, das den Eintritt in den Heiratsmarkt in Anhängigkeit von der Gesundheit zu dem damaligen Zeitpunkt simultan schätzt  $\kappa_m H_m$ .

$$\ln h_i(t) = \delta(s_i(t)) + \sum_j \alpha_j x_{ij} + \sum_k \beta_k u_{ik}(t) + \sum_h \gamma_h(t) + v_m + \kappa_m H_m$$

Die Modelle basieren auf einer Maximum Likelihood Schätzung und wurden mit der Software *aML* gerechnet.

## Befunde und Interpretationen

### Timing

Auch der tiefgreifende und globale Wandel moderner Familiendemografien unterwandert nicht die gesundheitsfördernden Mechanismen der Ehe für Männer und Frauen. Die deutschen Daten, die hier als Testfall dienen, weisen einen signifikanten Überlebensvorteil von Verheirateten gegenüber Alleinlebenden oder Verwitweten aus.



	Modell 1	
	Männer	Frauen
	b	b
Alter bei (Erst)-Heirat	0.04***	0.03***
Kohorte		
<1915	1.56***	1.52***
1915–1924	1.19***	1.2***
1925–1935	0.91***	0.65**
<i>Referenz: &gt;1935</i>		
Aktueller Familienstand		
Ledig	1.12***	0.8***
Geschieden	0.25	-0.07
Verwitwet	0.26*	0.35***
<i>Referenz: verheiratet</i>		
Kinder		
Biologische		-0.46***
<16J im HH	-0.1	-0.21
Haushaltsgröße	-0.03	0.15***
Höherer Schulabschluss		
HH Einkommen	-0.29***	-0.38***
(in 1.000,00€, log)	-0.49***	-0.54***
Heterogenität	0.56***	0.77***
Log-Likelihood	-3 574,7	-3 527,8
Episoden	17 799	18 955
Ereignisse	901	907

+p<.1 \*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\* p<0.001

Das Modell kontrolliert auch für Alter und Gesundheit.

### *Tabelle 2: Familienbiografie und Timing*

*(Quelle: SOEP, westdeutsches Sample 1984–2003)*

Aber geschieden zu sein, erhöht nicht signifikant das Sterberisiko. Die gegensätzlichen Effekte für Männer und Frauen verweisen auf verschiedene Bedingungen. Denkbar ist, dass Frauen, die in der Mehrzahl eine Scheidung beantragen und somit das Timing der Auflösung ihrer unglücklichen Ehe kontrollieren, von dieser gewünschten Trennung auch gesundheitlich profitieren.

Nicht nur das Ende einer Ehe auch der Zeitpunkt ihres Beginns hat gesundheitliche Folgen. Je später im Leben Partner eine Ehe eingehen, desto weniger profitieren sie von ihren gesundheitlichen Vorteilen. Bei Männern erhöht sich mit jedem

verschobenen Jahr die Wahrscheinlichkeit früher zu sterben um 4 Prozent<sup>1</sup> (bei Frauen um 2,6 %) unabhängig vom altersbedingten Sterblichkeitsrisiko.

Ein wichtiger, wenn auch nicht mehr zwingender Grund für die Eheschließung, ist der Wunsch nach Kindern. Kinder zu haben, ist positiv für die Gesundheit von Frauen. Mütter haben ein 37 Prozent geringeres Sterberisiko als kinderlose Frauen. Vieles spricht hier für einen Selektionseffekt, der sich unabhängig von der Anzahl der Kinder und Personen im Haushalt, die konkrete Gesundheitspflege leisten könnten, auswirkt. Auch spielt das Geschlecht der Kinder keine signifikante Rolle. Allein die Tatsache, Kinder bekommen zu haben, ist ein wichtiger Biomarker für die spätere Lebenserwartung von Frauen.

Die biologischen Kinder von Männern sind nur ungenau zu identifizieren und darum im SOEP-Datensatz auch nicht erfasst. Stattdessen wird die Zahl der Kinder unter 16 Jahren im Haushalt ausgewiesen, die die männliche Fertilität jedoch nur unzureichend wiedergibt. Die Zahlen haben weder für Männer noch für Frauen einen signifikanten Einfluss auf die Gesundheit. Bemerkenswert ist auch, dass weitere Personen im Haushalt die Mortalität von Männern nicht beeinflussen, während sie die Sterblichkeit von Frauen sogar signifikant erhöhen. Relevant für die Gesundheitsversorgung ist also nicht jede Form des gemeinschaftlichen Wohnens, sondern die familiäre Besonderheit eines Beziehungsnetzes. Diese biologische Qualität familiärer Beziehungen wirkt auch unabhängig von der individuellen Ausstattung jedes einzelnen mit Bildung, Gesundheit, Jugend oder Geld, deren Einfluss kontrolliert wurde.

Ob diese nachgewiesenen Effekte aber vor allem das Ergebnis einer biologischen Selektion auf dem Heiratsmarkt sind oder erst durch die soziale Protektion in der Ehe und Familie entstehen, lässt sich nur durch einen genaueren Blick in die zeitlichen Strukturen moderner Familiendemografien aufschlüsseln.

#### Was vom Lebenslauf übrig bleibt

In einem zweiten Modell erweitern wir die bisherige Analyse um Übergänge in und aus der Ehe und verfolgen deren Vorgeschichte und Verlauf. Dabei zeigt sich, dass jedes weitere Ehejahr das Mortalitätsrisiko um 1,5 Prozent bei Frauen und um 2,2 Prozent bei Männern signifikant senkt. Die Erinnerung an diesen positiven Eheeffekt überdauert spätere familiendemografische Episoden. Die kumulierten Jahre, die Männer wie Frauen als Geschiedene oder Verwitwete gelebt haben, büßen dagegen ihre Wirkung ein.

---

<sup>1</sup> Der Prozentwert resultiert aus  $(\exp(b)-1)*100$ . Ungenauigkeiten ergeben sich durch Rundungen. Die im Text ausgewiesenen Prozentwerte beziehen sich auf die mehrstelligen b-Parameter.

	Modell 2	
	Männer	Frauen
	b	b
Akkumulierte Jahre		
verheiratet	-0.02***	-0.02***
geschieden	0.01	0.01
verwitwet	-0.02	-0.01+
Dauer		
Erste Heirat		
0–2 Jahre	1.28***	1.27***
2–7 Jahre	-0.6***	-0.48***
> 7 Jahre	0.02**	0.01+
Erste Scheidung		
0–2 Jahre	0.47+	0.98***
2–7 Jahre	0.14	-0.33*
> 7 Jahre	0.004	-0.03
Erste Verwitwung		
0–2 Jahre	0.53***	0.51***
2–7 Jahre	-0.14+	-0.08+
> 7 Jahre	0.01	0.01

+p<.1 \*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\* p<0.001

Das Modell kontrolliert bis auf den aktuellen Familienstand für die gleichen Variablen wie Modell 1.

*Tabelle 3: Was von der Familienbiografie übrig bleibt*

*(Quelle: SOEP, westdeutsches Sample 1984-2003)*

Welchen aktiven Part jeder einzelne bei der Konstruktion und Bewältigung seines individuellen Lebenslaufs spielt, erschließt sich aus den kontinuierlich erhobenen Paneldaten. Sie zeigen, dass jeder familiendemografische Übergang riskant ist, auch die Heirat. In den ersten zwei Jahren einer Ehe erfahren Männer wie Frauen ein signifikant höheres Sterberisiko. Erst in den darauffolgenden Jahren entfaltet die Ehe eine protektive Wirkung, die sich jedoch nach dem siebenten Ehejahr sukzessive aufbraucht.

Das gleiche Verlaufsmuster prägt auch den Ausstieg aus der Ehe. Wenig überraschend steigt das Mortalitätsrisiko beim Verlust des Partners durch Scheidung oder Tod. Nach zwei Jahren verblasst aber der negative Effekt dieser ungewollten Transition. Geschiedene Frauen und verwitwete Männer machen die riskanten Auswirkungen der Ereignisse in den folgenden Jahren sogar ungeschehen. Bis sich nach sieben Jahren das Sterberisiko nur noch marginal verändert. Geschiedene Männer weichen von diesem Muster insofern ab, weil sie die negativen Konsequenzen einer

Scheidung nicht kompensieren können. Allerdings flacht auch ihre Mortalitätskurve und damit die Risikozunahme im Zeitverlauf ab.

Vom Lebenslauf bleiben so vor allem positive familiendemografische Ereignisse erhalten. Negative Erlebnisse wie eine Scheidung oder der Tod eines Ehepartners werden aus dem Lebenslauf umfangreich getilgt – zumindest in ihren fatalen gesundheitlichen Auswirkungen.

### Selektion

Wie gesundheitlich selektiv ist aber der Heiratsmarkt? Das dritte Modell geht dieser Frage nach. Es schätzt simultan die Chancen überhaupt jemals im Leben zu heiraten zusammen mit dem späteren Mortalitätsrisiko.

Die Parameter des Hazardmodells verändern sich jedoch kaum. Auch kann die statistische Berücksichtigung von Selektionseffekten den familiendemografischen Übergangs- und Verlaufsmustern nichts anhaben. Allein die akkumulierten Ehejahre büßen ihre positive gesundheitliche Wirkung ein. Und jedes weitere Jahr, das Männer und Frauen als Geschiedene erleben, erhöht ihr Sterblichkeitsrisiko ebenfalls.

Die Fähigkeit von positiven Eheerfahrungen lange zu zehren und negative Familienerlebnisse erfolgreich zu bewältigen, beruht offensichtlich auf gesundheitlichen und psychischen Eigenschaften, die bereits auf dem Heiratsmarkt gut ankommen. Leider sind Informationen zur körperlichen und psychischen Fitness der Befragten zurzeit vor der ersten Ehe im SOEP Datensatz sehr begrenzt.

Unser Modell zeigt aber, dass die Chancen, einen Ehepartner zu finden und zu heiraten, entscheidend davon abhängen, zu welcher Geburtskohorte jemand gehört. Gerade bei Männern haben die älteren Geburtsjahrgänge aufgrund der Übersterblichkeit der Kriegskohorten eine um ein Vielfaches erhöhte Heiratschance als Männer späterer Jahrgänge.

Ferner senkt die Schulbildung des Vaters signifikant die Heiratswahrscheinlichkeit von Männern und Frauen. Die Tatsache, auf dem Lande aufgewachsen zu sein, erhöht sie hingegen. Beide Indikatoren bilden bis zu einem gewissen Grad den Gesundheitsstatus während der Kindheit ab. Aber sie reflektieren auch andere Opportunitätsstrukturen. So verspricht eine gehobene Bildung der Eltern den Kindern eine generell bessere Ausstattung mit materiellen und immateriellen Ressourcen, die sie befähigen, ihre Chancen auf dem Heiratsmarkt durch längere Suchzeiten zu optimieren oder auch neueren Trends wie dem der Säkularisierung zu folgen. Umgekehrt bewirkt wahrscheinlich weniger die benachteiligte Gesundheitsversorgung auf dem Lande als eine traditionellere Lebensweise die höheren Heiratsziffern dort.

Wir erschließen mit diesem Modellteil nicht alle gesundheitlichen, psychischen und sozialen Determinanten der Heirat. Der Heterogenitätsterm ist für Männer wie

für Frauen signifikant. Entscheidender ist aber, dass die Wahrscheinlichkeit überhaupt jemals zu heiraten, negativ mit dem späteren Sterberisiko korreliert. Männer wie Frauen erfahren eine starke positive, gesundheitsbezogene Selektion auf dem Heiratsmarkt.

	Modell 3	
	Männer	Frauen
	b	b
Akkumulierte Jahre		
verheiratet	-0.01	-0.00
geschieden	0.03+	0.03*
Verwitwet	-0.01	-0.01
Dauer		
Erste Heirat		
0–2 Jahre	1.36***	1.35***
2–7 Jahre	-0.6***	-0.47***
> 7 Jahre	0.02**	0.01
Erste Scheidung		
0–2 Jahre	0.44+	0.99**
2–7 Jahre	0.09	-0.33*
> 7 Jahre	-0.02	-0.03
Erste Verwitwung		
0–2 Jahre	0.56***	0.51**
2–7 Jahre	-0.12+	-0.08+
> 7 Jahre	0.02	0.01
Probit ( $y$ = jemals verheiratet)		
Kohorte		
<1915	4.07***	0.57***
1915–1935	5.53***	1.44***
1935–1945	4.88***	1.73***
Höhere Schulbildung des Vaters	-0.87**	-0.47***
Auf dem Lande aufgewachsen	0.88***	0.47***
Korrelation der Heterogenität	-0.97***	-0.84***

+ $p < .1$  \* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\*  $p < 0.001$

Das Modell kontrolliert bis auf den aktuellen Familienstand für die gleichen Variablen wie Modell 1.

*Tabelle 4: Selektionen auf dem Heiratsmarkt und ihre Folgen*

*(Quelle: SOEP, westdeutsches Sample 1984-2003)*

In welchem Umfang diese biologische Selektion stattfindet; welchen Einfluss genetische Dispositionen haben und ob sich die biologische Auslese im Verlauf der Zeit

verstärkt oder abschwächt, kann mit diesen Daten nicht beantwortet werden. Festzuhalten ist aber, dass das geringere Mortalitätsrisiko der Verheirateten auf sozialen Protektions- und biologischen Selektionsprozessen beruht.

## Diskussion

Der deutsche Testfall bestätigt so US-amerikanische Befunde und weist gleichzeitig über sie hinaus. Denn die Studie zeigt auch, dass die Protektions- und Selektionsmechanismen der Ehe und Familie keine Einmaleffekte sind, sondern sich im Zeitverlauf verändern. Menschen profitieren vom richtigen Timing familienbiografischer Übergänge. Männer wie Frauen sammeln und speichern positive Eheerfahrungen über lange Zeiträume und sie bewältigen stressbeladene Wechsel sowie ungewollte Partnerverluste.

Gleichzeitig erleben Männer und Frauen unterschiedliche selektive und protektive Familienbiografien (Williams/Umberson 2004). Das liegt zum einen an den sehr ungleichen Chancen älterer männlicher und weiblicher Kriegskohorten, einen Ehepartner zu finden. Zum anderen profitieren Männer stärker von einem Ehepartner und von weiteren Personen in ihrem Haushalt, nicht unbedingt aber von Kindern im Haushalt. Frauen gewinnen dagegen durch ihre biologischen Kinder. Auch nutzen sie stärker sozio-ökonomische Ressourcen und ihre Bildung für einen gesünderen Lebensstil. Zudem sind sie weniger gefährdet, wenn sie als Single oder Geschiedene allein leben. Jede weitere Person im Haushalt wirkt sich für sie nachteilig aus.

Kennzeichnend für beide Geschlechter ist hingegen, dass jeder familiendemografische Übergang, auch die Heirat, sich zunächst gesundheitsgefährdend auswirkt. Dieser Befund ist vielleicht nur auf den ersten Blick überraschend. Denn auch eine Heirat bedeutet eine tiefgreifende Umstellung und Veränderung im Leben zweier Menschen. Schon die Zeremonie selbst ist stressbeladen, aber auch der Verlust von eingespielten Routinen, vielleicht von alten Freunden, vertrauten Orten ist in einem weiten Sinne kostspielig. Die Verlaufsdaten belegen, dass sich die Verheirateten auf diese Situation immer besser einstellen und zwischen dem 2. und 7. Ehejahr ihr Mortalitätsrisiko signifikant senken und so im statistischen Mittel beachtliche Lebenszeitgewinne erzielen.

Das gleiche Muster wiederholt sich auch bei negativen, oft ungewollten familiendemografischen Ereignissen wie der Scheidung oder Verwitwung. Auch hier setzt nach zwei Jahren eine Phase ein, in der das anfangs signifikant gestiegene Mortalitätsrisiko sinkt. Die verheerenden gesundheitlichen Folgen des Partnerverlusts werden geheilt.

Was folgt aus diesen Befunden? Ich möchte vier Schlussfolgerungen ziehen. *Erstens*, es ist nicht ausreichend, Menschen nach ihrem aktuellen Familienstand zu klassifizieren. Wir müssen ihre Geschichte kennenlernen und gleichzeitig realisieren, dass Menschen aus ihrer Geschichte lernen. Beide Aspekte, die Pfadabhängigkeit vergangener Ereignisse und die Fertigkeit, auf diese Ereignisse optimal zu reagieren, etwa in dem familiendemografische Übergänge besser zeitlich geplant werden oder in dem vergangene Ereignisse produktiv bewältigt werden. Genau an dieser Stelle sehe ich gute Chancen für eine praktische Nutzung dieser Erkenntnisse etwa zu Interventions- und Beratungszwecken, aber auch – und das wäre meine *zweite* Schlussfolgerung – einen produktiven Ansatz zur Weiterentwicklung einer Lebenslauftheorie. Die bisherige Verlaufsforschung hat sich vor allem auf den Nachweis lang anhaltender Effekte konzentriert und sehr aktuelle Studien zeigen sogar, dass bereits sehr frühe Ereignisse Jahrzehnte später die Lebenserwartung signifikant beeinflussen (Barker 1994; Doblhammer 2004). Vernachlässigt wurde bei dieser Forschung aber die andere Seite der Lebenslaufentwicklung, nämlich die Prozesse des Lernens, Heilens, Vergessens und Überwindens unglücklicher, negativer Zustände und Ereignisse. Der Lebenslauf besteht aus beidem – aus Pfadabhängigkeiten und aus Wandel – und beides sollte systematischer auch theoretisch berücksichtigt werden.

Meine *dritte* Schlussfolgerung zielt auf den Grund, warum sich die bürgerliche Ehe auch in der säkularisierten, postmodernen Gegenwart noch rechnet. Charakteristisch für die Institution der Ehe bleibt das lebenslange, exklusive Versprechen der Ehepartner, für einander zu sorgen und da zu sein. Dieses Versprechen erhält gerade in Zeiten liberalisierter Märkte, auch liberalisierter Heiratsmärkte, einen besonderen Mehrwert. Das ist offensichtlich in Zeiten, in denen jemand krank ist oder sogar stirbt und nicht im Wettbewerb bestehen kann. Aber dieses Versprechen vermittelt auch in anderen Lebenssituationen Sicherheiten und eine lebenslange Perspektive, die die Zukunft weniger abwertet und so einen gesundheitsförderlichen, nachhaltigen Lebensstil einträglicher macht. Familiäre Gesundheitsvorsorge wirkt deshalb doppelt: kurativ und prophylaktisch. Die Politik ist darum gut beraten, generell in Ehen mit Kindern zu investieren. Gleichzeitig benötigen Kinder und Erwachsene, die nicht in traditionellen Familien leben, mehr staatliche Gesundheitsversorgung. Darüber aber, welche konkreten Gesundheitsinvestitionen effektiv und effizient unternommen werden sollten, klären diese Daten und Analysen nicht auf. Und das bringt mich schließlich zu meiner *vierten* und letzten Schlussfolgerung.

Um den Einfluss zunehmend wechselhafter Familienbiografien auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben zu beziffern und um evidenz-basierte Gesundheits- und Familienprogramme zu entwerfen, benötigen wir genauere Informationen über den Zusammenhang von individuellen Krankengeschichten, Familienbiografien und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Hier sehe einen großen Aufklä-

rungsbedarf, der zugleich auch mehr Licht in die sozialen und biologischen Zusammenhänge von Familie und Gesundheit werfen könnte.

## Literatur

- Barker, David J.P. (1994), *Mothers, Babies, and Disease Later in Life*, London.
- Beck, Nathaniel/Katz, Jonathan N. (1995), »What To Do (and Not To Do) with Time-Series Cross-Section Data«, *The American Political Science Review*, Jg. 89, H. 3, S. 634–647.
- Breyer, Friedrich/Felder Stefan (2005), »Life Expectancy and Health Care Expenditures in the 21st Century: A New Calculation for Germany Using the Costs of Dying«, *Health Policy*, Jg. 75, S. 178–186.
- Brockmann, Hilke (2002), »Why is Less Money Spent on Health Care for the Elderly than for the Rest of the Population? Health Care Rationing in German Hospitals«, *Social Science & Medicine*, Jg. 55, H. 4, S. 593–608.
- Brockmann, Hilke/Klein, Thomas (2004), »Love and Death in Germany: The Marital Biography and Its Effect on Mortality«, *Journal of Marriage and the Family*, Jg. 66, H. 3, S. 567–581.
- Cheung, Yin Bun (1998), »Can Marital Selection Explain the Differences in Health Between Married and Divorced People? From a Longitudinal Study of a British Birth Cohort«, *Public Health*, Jg. 112, S. 113–117.
- Cheung, Yin Bun./Sloggett, Andy (1998), »Health and Adverse Selection into Marriage: Evidence from a Study of the 1958 British Birth Cohort Study«, *Public Health*, Jg. 112, S. 309–311.
- Doblhammer, Gabriele (2004), *The Late Life Legacy of Very Early Life*, Springer.
- Goldman, Noreen (1993), »Marriage Selection and Mortality Patterns: Inferences and Fallacies«, *Demography*, Jg. 30, H. 2, S. 189–208.
- Goldman, Noreen/Korenman, Sanders u.a. (1995), »Marital Status And Health Among The Elderly«, *Social Science and Medicine*, Jg. 40, H. 12, S. 1717–1730.
- Gove, Walter R. (1973), »Gender, Marital Status, and Mortality«, *American Journal of Sociology*, Jg. 79, S. 45–67.
- Huinink, Johannes (1995), *Warum noch Familie? Zur Attraktivität von Partnerschaft und Elternschaft in unserer Gesellschaft*, Frankfurt a.M./New York.
- Joung, Inez M. A./Stronks, Karien u.a. (1997), »The Contribution of Intermediary Factors to Marital Status Differences in Self Reported Health«, *Journal of Marriage and the Family*, Jg. 59, S. 476–490.
- Lillard, Lee A./Panis, Constantijn W. A. (1996), »Marital Status and Mortality: The Role of Health«, *Demography*, Jg. 33, H. 3, S. 313–327.
- Lillard, Lee A./Panis Constantijn W. A. (2000), *aML. Multilevel Multiprocess Statistical Software, Release 1.0*, Los Angeles.
- Lillard, Lee A./Waite, Linda J. (1995), »Til Death Do Us Part : Marital Disruption and Mortality«, *American Journal of Sociology*, Jg. 100, H. 5, S. 1131–56.
- Mete, Cem (2005), »Predictors of Elderly Mortality: Health Status, Socioeconomic Characteristics and Social Determinants of Health«, *Health Economics*, Jg. 14, H. 2, S. 135–148.



- Obinger, Herbert/Leibfried, Stephan u.a (2005), »Welfare State Transformation in Small Open Economies«, *European Review*, Jg. 13, S. 161–185.
- Obinger, Herbert/Starke, Peter (2007), »Sozialpolitische Entwicklungstrends in OECD-Ländern 1980–2001: Konvergenz, Divergenz oder Persistenz?«, *Politische Vierteljahresschrift*, hg. v. Katharina Holzinger und Christoph Knill, im Erscheinen.
- Rahman, Omar (1993), »Excess Mortality for the Unmarried in Rural Bangladesh«, *International Journal of Epidemiology*, Jg. 22, S. 445–456.
- Ross, Catherine E./Mirowsky, John u.a. (1990), »The Impact of the Family on Health: The Decade in Review«, *Journal of Marriage and the Family*, Jg. 52, S. 1059–1078.
- Williams, Kristi/Umberson, Debra (2004), »Marital Status Stability, Marital Transitions and Health: A Life Course Perspective«, *Journal of Health and Social Behaviour*, Jg. 45, S. 81–98.
- Wilson, Chris M./Oswald, Andrew J. (2005), *How Does Marriage Affect Physical and Psychological Health? A Survey of the Longitudinal Evidence*, IZA Discussion Paper No. 1619.
- Zick, Cathleen D./Smith, Ken R. (1991), »Marital Transitions, Poverty, and Gender Differences in Mortality«, *Journal of Marriage and the Family*, Jg. 53, S. 327–336.