

Der Einfluss der partnerschaftlichen Lebensform auf Rauchverhalten und Körpergewicht

Thomas Klein, Ingmar Rapp, Björn Schneider

Zusammenfassung: Dieser Beitrag untersucht den Einfluss von Partnerschaft auf das Rauchverhalten und das Körpergewicht. Hierbei wird zwischen Partnerschaften ohne gemeinsamen Haushalt, nichtehelichen Lebensgemeinschaften und Ehen unterschieden. Datengrundlage ist der Partnermarktsurvey, eine für Deutschland repräsentative Telefonbefragung von 2.002 Personen im Alter von 16 bis 55 Jahren. Die Ergebnisse zeigen, dass das Leben in Partnerschaft einen Rauchausstieg fördert, allerdings nur, wenn die Partner zusammenleben. Dies weist darauf hin, dass der positive Protektionseffekt von Partnerschaft auf das Rauchverhalten auf dem Mechanismus der sozialen Kontrolle und sozialen Unterstützung beruht, der an den gemeinsamen Haushaltskontext geknüpft ist. Zusätzlich zeigt sich Homogamie im Rauchverhalten der Partner, die bereits bei der Partnerwahl entsteht und durch Anpassungsprozesse während der Partnerschaft verstärkt wird. Hinsichtlich des Körpergewichts zeigt sich eine Gewichtszunahme im Laufe der Partnerschaft, die in Ehen und nichtehelichen Lebensgemeinschaften nicht stärker ausfällt als in Partnerschaften ohne gemeinsamen Haushalt.

Schlagwörter: Partnerschaftliche Lebensform · Body-Mass-Index · Rauchen · Partnermarktsurvey · Gesundheitsverhalten

1 Einleitung

Die vergangenen Jahrzehnte sind durch einen übergreifenden Wandel der partnerschaftlichen Lebensformen gekennzeichnet. Im Zuge abnehmender Heiratsraten und steigender Scheidungsraten haben Ehen an Verbreitung verloren, wohingegen Partnerlosigkeit, Partnerschaften ohne gemeinsamen Haushalt und nichteheliche Lebensgemeinschaften häufiger geworden sind (vgl. *Brüderl* 2004; *Huinink/Konietzka* 2007: 75; *Klein* 1999b). So ist beispielsweise der Anteil der dauerhaft Ledigen in Westdeutschland von nur rund 5 % unter den 1930 geborenen Frauen und Männern auf knapp 20 % bei den 1960 geborenen Frauen und auf knapp 30 % bei den 1960 geborenen Männern angestiegen (*Engstler/Menning* 2003: 68).

Parallel dazu hat sich das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung verändert. Das Körpergewicht, das einen guten Indikator für das Ess- und Bewegungsverhalten darstellt, hat im Durchschnitt stark zugenommen (z.B. *Mensink et al.* 2005; *Robert Koch-Institut* 2009). Zum Beispiel ist der durchschnittliche Body-Mass-Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung zwischen 1978 und 2009 von 24,3 auf 26,3 gestiegen (*Statistisches Bundesamt* 2010).¹ Auch das Rauchverhalten unterliegt einem Wandel, der jedoch weniger einheitlich ausfällt. In den letzten Jahren ist die Raucherquote bei Männern stetig gesunken. Die der Frauen ist hingegen nicht rückläufig, liegt aber nach wie vor unter der der Männer (*Statistisches Bundesamt* 2006). Sowohl ein zu hohes Körpergewicht als auch Rauchen sind eine häufige Ursache für chronische Krankheiten und beeinflussen Gesundheit und Mortalität der Bevölkerung maßgeblich (*Ezzati/Lopez* 2003; *Hauner* 1996).

Im Hinblick auf die bessere Gesundheit von Verheirateten (*Brockmann* 2008; *Gove* 1973; *Wilson/Oswald* 2005) stellt sich die Frage, ob der Wandel der partnerschaftlichen Lebensformen möglicherweise zur Erklärung von Veränderungen des Gesundheitsverhaltens in der Bevölkerung beiträgt. Hierzu lassen sich bislang kaum Aussagen treffen, da über die Gesundheitswirkung von Partnerschaftsformen jenseits der Ehe nur sehr wenig bekannt ist.

In diesem Beitrag werden mit dem Body-Mass-Index, der das Körpergewicht in Relation zur Körpergröße repräsentiert, und dem Rauchverhalten zwei der für die Gesundheit wichtigsten Aspekte bzw. Indikatoren des gesundheitsrelevanten Verhaltens betrachtet und im Hinblick auf den Einfluss der partnerschaftlichen Lebensformen untersucht. Eine Betrachtung von Rauchen und Körpergewicht bzw. BMI ist auch deshalb interessant, weil für beide Aspekte des Gesundheitsverhaltens unterschiedliche Zusammenhänge mit dem Partnerschaftsstatus beobachtet werden. Im Unterschied zu vielen früheren Untersuchungen zum Einfluss der partnerschaftlichen Lebensform auf das Gesundheitsverhalten, die nur zwischen Verheirateten und Unverheirateten unterscheiden, wird in dem vorliegenden Beitrag zwischen Ehen, nichtehelichen Lebensgemeinschaften (NEL), Partnerschaften ohne gemeinsamen Haushalt (LAT)² und Singles differenziert.

2 Empirische Befunde, Erklärungsansätze und Hypothesen

In einem ersten Schritt werden bislang vorliegende Befunde zum Zusammenhang zwischen der partnerschaftlichen Lebensform und dem Rauchverhalten sowie dem Körpergewicht dargestellt. Es zeigt sich dabei eine Konzentration der Forschung auf die Ehe. Anschließend werden konkurrierende Erklärungsmuster diskutiert und empirisch prüfbare Hypothesen generiert.

¹ Der BMI-Wert für das Jahr 1978 beruht auf dem Mikrozensus 1978 und wurde uns freundlicherweise vom *Statistischen Bundesamt* (2010) zur Verfügung gestellt.

² Für Living Apart Together

Für Deutschland vorliegende Ergebnisse berichten übereinstimmend, dass Verheiratete seltener rauchen als Nichtverheiratete (*Helmert et al.* 2001; *Lampert/Burger* 2005; *Mons* 2007; *Schulze/Lampert* 2006). Daneben zeigt sich, dass ein Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten der Partner besteht (*Sutton* 1980; *Venters et al.* 1984; *Vink et al.* 2003).

Die empirischen Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Körpergewicht und partnerschaftlicher Lebensform sind dagegen uneinheitlich. Einige Untersuchungen zeigen einen im Durchschnitt höheren BMI von Verheirateten im Vergleich zu Unverheirateten (*Heineck* 2006; *Statistisches Bundesamt* 2006; *Ross/Mirowsky* 1983). Andere Studien können keine Unterschiede identifizieren (*Kittel et al.* 1978; *Register/Williams* 1990) bzw. finden bei Unverheirateten ein höheres Gewicht als bei Verheirateten (*Noppa/Bengtsson* 1980; *Sund et al.* 2010). Weitere Befunde weisen darauf hin, dass schon der Übergang in eine nichteheliche Lebensgemeinschaft mit einem Anstieg des BMI einhergeht (*Averett et al.* 2008; *The/Gordon-Larsen* 2009). Schließlich zeigen vorliegende Studien eine Ähnlichkeit im Körpergewicht der Partner (*Falba/Sindelar* 2008; *Knuiman et al.* 1996a; *Knuiman et al.* 1996b).

Zur Erklärung dieser Ergebnisse kommen vier Ansätze in Betracht. Einerseits ist zwischen kausalen Effekten der Lebensform auf das Gesundheitsverhalten und Selektionsprozessen auf dem Partnermarkt zu unterscheiden. Im ersten Fall bewirkt die partnerschaftliche Lebensform eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens (vgl. die nachfolgenden Kapitel 2.1-2.4). Im zweiten Fall ist die Kausalrichtung umgekehrt, indem das Gesundheitsverhalten die Wahrscheinlichkeit beeinflusst, einen Partner zu finden (Kapitel 2.5). Andererseits muss man zwischen Anpassungsprozessen zwischen den Partnern und Selektion in Ähnlichkeit (d.h. Personen mit ähnlichen Merkmalen finden eher zueinander) unterscheiden, wodurch jeweils Gemeinsamkeiten im Gesundheitsverhalten der Partner erklärbar sind. So kann sich das Gesundheitsverhalten der Partner erst während der Partnerschaft aneinander anpassen (Kapitel 2.6) oder Ähnlichkeit kann schon die Partnerwahl bestimmen und daher bereits zu Beginn der Partnerschaft bestehen (Kapitel 2.7).

2.1 Soziale Kontrolle und soziale Unterstützung

Eine Wirkung der partnerschaftlichen Lebensform auf das Gesundheitsverhalten ist vor allem aufgrund von sozialer Kontrolle und sozialer Unterstützung durch den Partner zu erwarten (vgl. *Umberson* 1987; *Umberson* 1992). Aus Rational Choice-Perspektive hat jeder ein Interesse an einem Partner, der sich gesundheitsbewusst verhält, unabhängig vom eigenen Gesundheitsverhalten (*Duncan et al.* 2006: 692), da Gesundheit eine Form von Humankapital darstellt (vgl. *Becker* 1993), welches Grundlage ist z.B. für die Erzielung von Bildungsrenditen auf dem Arbeitsmarkt (vgl. *Gross/Groß* 2008: 253). Der Nutzen einer Partnerschaft für den Einzelnen hängt demnach auch vom Gesundheitsverhalten des Partners ab. Bei Gesundheitsproblemen oder Krankheit des Partners entstehen Einbußen bzw. Kosten (z.B. durch Einkommensausfälle oder Aufwendungen für die medizinische Versorgung), die durch ein gesundheitsförderliches Verhalten im Vorfeld vermeidbar gewesen wären. Aus diesem Grund investieren Partner Zeit und Energie in die Unterstützung und Kon-

trolle des Partners, wodurch gesundheitsmotivierte Verhaltensveränderungen erleichtert werden.

Neben diesem direkten Einfluss sozialer Kontrolle und sozialer Unterstützung durch den Partner (bekannt als main-effect-Hypothese) kommt auch eine indirekte Wirkung auf das Gesundheitsverhalten in Betracht (bekannt als buffering-Hypothese). Soziale Unterstützung in einer Partnerschaft kann Stress abfedern (z.B. *Cohen/Wills* 1985), auf den sonst möglicherweise mit suboptimalen Bewältigungsstrategien bzw. mit gesundheitsabträglichem Verhalten reagiert würde – mit einem höherem Nikotinkonsum (vgl. *Ikard et al.* 1969; *Stein et al.* 2008; *Wills/Shiffman* 1985), einer kalorien- und fettreichen Ernährung (vgl. *Laitinen et al.* 2002; *Ng/Jeffery* 2003) oder möglicherweise auch mit verminderter körperlicher Aktivität (vgl. *Klein* 2009; *Steptoe et al.* 1996). Diese Stressreaktionen können zum Teil als disfunktionales Bewältigungsverhalten angesehen werden, das den Stress kurzfristig (subjektiv) reduziert (vgl. für Rauchen *Parrott* 1994). Gemäß dieser These entsteht die protektive Wirkung einer Partnerschaft erst indirekt im Kontext äußerer Belastungsfaktoren. Die protektiven Einflüsse von sozialer Unterstützung und sozialer Kontrolle durch die Partnerschaft sind in Tabelle 1 durch Pluszeichen dargestellt.

Tab. 1: Hypothesen zum Einfluss der Partnerschaftsform auf das Rauchverhalten und das Körpergewicht

Erklärungsansatz	Protektionseffekt in Bezug auf Rauchen ¹	Protektionseffekt in Bezug auf das Körpergewicht ¹	Unterschiede des Protektionseffekts zwischen partnerschaftlichen Lebensformen ³	Alternativhypothese ³
Soziale Kontrolle und soziale Unterstützung	+	+	Ehe = NEL > LAT > S	
Leben in Partnerschaft	0	-	Ehe = NEL < LAT = S	
Gesellschaftliche Normen	+	0	Ehe > NEL = LAT = S	
Entlassung aus dem Partnermarkt	0	-	Ehe < NEL < LAT < S	
Selektion in Partnerschaft	+	+	Ehe = NEL = LAT > S	Ehe > NEL > LAT > S
Adverse Selektion	-	-	Ehe = NEL = LAT < S	Ehe < NEL < LAT < S
Anpassung	+/- ²	+/- ²	Ehe = NEL > LAT bzw. Ehe = NEL < LAT	
Selektion in Ähnlichkeit	+	+	Ehe = NEL = LAT	

¹ + positiver Protektionseffekt; 0 kein Effekt; - negativer Protektionseffekt.

² Effekt abhängig vom Rauch- bzw. Ernährungs- und Bewegungsverhalten des Partners.

³ NEL – nichteheliche Lebensgemeinschaft; LAT – Partnerschaft ohne gemeinsamen Haushalt (living apart together); S – Single.

Quelle: eigene Darstellung

Was Unterschiede zwischen den partnerschaftlichen Lebensformen anbelangt, lassen vor allem Ehen und nichteheliche Lebensgemeinschaften einen Effekt auf das Gesundheitsverhalten erwarten, weil das Zusammenleben im gemeinsamen Haushalt die Möglichkeiten sozialer Unterstützung und sozialer Kontrolle verbessert und deren Kosten reduziert (vgl. *Duncan et al.* 2006: 692). Demgegenüber ist in Partnerschaften ohne gemeinsamen Haushalt kein oder nur ein geringerer protektiver Effekt zu erwarten. Diese Hypothesen über Unterschiede der protektiven Wirkung zwischen den partnerschaftlichen Lebensformen sind in Tabelle 1 durch Verhältniszeichen wiedergegeben.

2.2 Leben in Partnerschaft

Im Unterschied zu anderen Gesundheitsindikatoren ist eine Protektion vor Übergewicht auf unterschiedliche Weise infrage gestellt. Was die Kalorienaufnahme betrifft, so geht eine Partnerschaft mit häufigerer Nahrungsaufnahme einher (*Craig/Truswell* 1988; *Davis et al.* 1985; *Jeffery/Rick* 2002; *MacPherson* 1983), und in Gesellschaft eingenommene Mahlzeiten fallen tendenziell reichhaltiger aus (*de Castro/de Castro* 1989; *Jeffery/Rick* 2002). Dieser negative Protektionseffekt wird möglicherweise dadurch verstärkt, dass regelmäßige gemeinsame Mahlzeiten zu den partnerschaftlichen Rollenverpflichtungen gehören (*Averett et al.* 2008; *Sobal et al.* 1992: 916). Aber auch hinsichtlich des Kalorienverbrauchs sind Protektionseffekte negativ, wenn eine Partnerschaft mit einem weniger aktiven Lebensstil einhergeht (*Klein* 2009; *Sobal et al.* 1992: 920).

Für die aufgeführten negativen Protektionseffekte erscheint die Existenz eines gemeinsamen Haushaltes ausschlaggebend. Schließlich hängen regelmäßige gemeinsame Mahlzeiten vor allem davon ab, ob die Partner zusammenwohnen. Bei Personen in Partnerschaften ohne gemeinsamen Haushalt ist hingegen in dieser Hinsicht kein negativer Protektionseffekt auf den BMI zu erwarten (siehe Tab. 1).

2.3 Gesellschaftliche Normen

Mit verschiedenen Partnerschaftsformen sind möglicherweise soziale Normen verbunden, die das Gesundheitsverhalten beeinflussen. Dem liegt die Auffassung zugrunde, dass gesundheitsschädliches Verhalten, welches mit dem „wilderer“ Leben als Single verbunden ist, einem Lebensstil in Partnerschaft widerspricht (*Duncan et al.* 2006: 692). Ein Beispiel sind rauchende Mütter. Die Partnerschaftsabhängigkeit normativer Leitbilder betreffen vor allem den Drogenkonsum (inklusive Rauchen), weniger hingegen das Ernährungs- und Bewegungsverhalten. Daher ist auf dieser Grundlage ein protektiver Effekt nur auf das Rauchen, aber nicht auf das Körpergewicht zu erwarten (siehe Tab. 1).

Bei der Ehe handelt es sich um die partnerschaftliche Lebensform, die den größten Institutionalisierungsgrad und damit die tiefste Verwurzelung von konkreten sozialen Normen in der Gesellschaft aufweist. Andere Partnerschaftsformen haben dagegen erst in den letzten Jahrzehnten größere Verbreitung gefunden und gehen mit unklarerer Normvorstellungen einher (*Duncan et al.* 2006: 692). Daher ist anzu-

nehmen, dass normative Protektionseffekte vor allem in Ehen wirksam sind (siehe Tab. 1).

2.4 Entlassung aus dem Partnermarkt

Ein vierter Erklärungsansatz zum Partnerschaftseffekt auf das Gesundheitsverhalten bezieht sich auf Partnermarktprozesse. Auf Partnersuche ist man um Verhaltensweisen bemüht, welche die eigene Attraktivität steigern, zu denen auch gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zählen. Durch das Eingehen einer Partnerschaft kommt es zur Entlassung aus der unmittelbaren Konkurrenz auf dem Partnermarkt, möglicherweise verbunden mit nachlassendem Gesundheitsbewusstsein (vgl. *Averett et al.* 2008). Dies ist in Bezug auf das Körpergewicht empirisch bestätigt (*Klein* 2011). In Bezug auf Rauchen ist hingegen das Partnermarktargument quantitativ kaum von Bedeutung, weil der Einstieg in eine Raucherkarriere bis zu einem Altersbereich um 20 Jahre weitgehend entschieden ist (vgl. *Statistisches Bundesamt* 2006: 63-64), wohingegen stabile Partnerschaften zunehmend erst später begonnen werden.

Da die Stabilität von Paarbeziehungen mit zunehmendem Institutionalisierungsgrad steigt, können Verheiratete am ehesten mit einer dauerhaften Entlassung aus dem Partnermarkt rechnen und Personen, die in Partnerschaften ohne gemeinsamem Haushalt leben, am wenigsten. Es ist deshalb eine entsprechende Abstufung der negativen Protektion zu erwarten (siehe Tab. 1).

2.5 Selektion in Partnerschaft

Im Unterschied zu den vorstehenden Erklärungsansätzen geht die Selektionsthese davon aus, dass sich nicht die Partnerschaft auf die Gesundheit auswirkt, sondern umgekehrt diejenigen mit besserer Gesundheit größere Chancen haben, einen Partner zu finden (z.B. *Goldman* 1993; *Unger* 2008). Während die Bedeutung der Gesundheitsselektion auf dem Partnermarkt kontrovers diskutiert wird (auch im Hinblick darauf, dass die Auswirkungen des Gesundheitsverhaltens auf die Gesundheit im jüngeren Erwachsenenalter, auf das die Wahl des Lebenspartners konzentriert ist, noch kaum sichtbar sind), ist die Selektion nach physischer Attraktivität, die auch vom Körpergewicht abhängt, empirisch gut abgesichert (*Carmalt et al.* 2008; *Kurzban/Weeden* 2005; *Sobal* 1999). Auch für eine Differenzierung der Partnermarktchancen nach dem Rauchstatus gibt es erste empirische Hinweise, die sich damit begründen, dass Nichtraucher wegen einer besseren Gesundheit und wegen der Kosten für Tabakwaren die tendenziell attraktiveren Partner darstellen (vgl. *Klein/Rüffer* 2001: 174).

Da sowohl das Körpergewicht als auch das Rauchverhalten offensichtlich sind, ist davon auszugehen, dass die Selektion schon bei der Partnerwahl greift und beim Zusammenzug und bei der Heirat kaum noch eine Rolle spielt (siehe Tab. 1). Alternativ ist aber nicht auszuschließen, dass die Langfristigkeit, mit der sich das hier untersuchte Gesundheitsverhalten auf die Gesundheit auswirkt, auch zu einer Selektion beim Übergang in eine stabilere Partnerschaftsform beiträgt. Als Folge dieser gestuften Selektion wäre in Ehen die niedrigste Raucherquote und das niedrigste Kör-

pergewicht anzutreffen, gefolgt zunächst von nichtehelichen Lebensgemeinschaften und dann von Partnerschaften ohne gemeinsamen Haushalt (siehe Tab. 1).

Schließlich ist auch eine adverse Selektion in Betracht zu ziehen. Dieser liegt die Vorstellung zugrunde, dass Personen mit einem schlechten Gesundheitsverhalten gerade wegen der Protektionseffekte verstärkt Ehen und nichteheliche Lebensgemeinschaften eingehen und eine geringere Trennungsrate aufweisen. Empirisch bestätigt sich für Männer mit einem schlechten Gesundheitszustand (*Lillard/Panis* 1996) und für Raucher zwischen 16 und 23 Jahren (*Cheung/Sloggett* 1998) eine höhere Heiratsneigung. Aber auch hohes Körpergewicht ist aufgrund schlechterer Chancen, nach einer Trennung einen neuen Partner zu finden, ein Anreiz, die Partnerschaft durch Zusammenzug und Heirat zu stabilisieren. Auf der Grundlage einer gestuften adversen Selektion lassen Singles die niedrigste Rauchquote und das niedrigste Körpergewicht erwarten, gefolgt von Partnerschaften ohne gemeinsamen Haushalt, nichtehelichen Lebensgemeinschaften und schließlich von Ehen (siehe Tab. 1).

2.6 Anpassungsprozesse zwischen den Partnern

In einer bisher kaum untersuchten Erweiterung der etablierten Protektionsthese stellt sich die Frage, inwieweit Partnerschaftseinflüsse auf die Gesundheit je nach Merkmalen des Partners bzw. der Partnerin unterschiedlich ausfallen, weil eine Anpassung des Gesundheitsverhaltens zwischen den Partnern stattfindet. Drei Anpassungsprozesse sind zu unterscheiden (*Klein* 2011): Dies ist erstens die Vereinheitlichung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen, insbesondere des Wohlstandsniveaus und der damit verbundenen Möglichkeiten einer gesunden Lebensführung und ärztlicher Vorsorge. Zweitens hat eine gewisse Angleichung des Lebensstils zwischen den Partnern unmittelbare Auswirkung auf das gesundheitsrelevante Verhalten. Zu dieser direkten Verhaltensbeeinflussung kommen drittens, je nach Konfiguration der Partner, unterschiedliche gegenseitige normative Vorgaben und Anforderungen.

Die Bedeutung von Anpassungsprozessen für das Gesundheitsverhalten ist noch kaum untersucht. Im Hinblick auf das Rauchen ist spätestens ab einem Altersbereich von Mitte zwanzig nur noch das Ausstiegsverhalten quantitativ bedeutsam, d.h. eine Anpassung von Rauchern an einen nichtrauchenden Partner. In empirischen Untersuchungen finden sich in der Tat Hinweise darauf, dass ein Rauchstopp eher gelingt, wenn der Partner Nichtraucher ist (*Dollar et al.* 2009; *McBride et al.* 1998; *Mons* 2007). Im Hinblick auf das Körpergewicht lässt die enge Verknüpfung von Kalorienzufuhr und -verbrauch mit dem geteilten Lebensstil vermuten, dass Anpassungsprozesse des Lebensstils für das Körpergewicht ausschlaggebender sind als für andere Aspekte des Gesundheitsverhaltens. In einer aktuellen Untersuchung (*Klein* 2011) findet sich zwar kein Hinweis auf eine Gewichtsangpassung der Partner aneinander – diese Untersuchung differenziert aber nicht nach der Partnerschaftsform.

In Bezug auf die Frage, ob Anpassungsprozesse an das Gesundheitsverhalten des Partners je nach Partnerschaftsform unterschiedlich ausfallen, liegen bisher

nur wenige Ergebnisse vor. Für Übergewicht zeigt sich, dass Anpassungsprozesse zwischen den Partnern durch einen gemeinsamen Haushalt zustande kommen (vgl. *The/Gordon-Larsen* 2009).

2.7 Selektion in Ähnlichkeit

Eine Alternativerklärung für die Ähnlichkeit des Gesundheitsverhaltens von Partnern ist Selektion in Ähnlichkeit. Demnach finden nicht nur Personen mit gesundheitsförderlichem Verhalten besser einen Partner (Selektion in Partnerschaft), sondern auch Personen mit ähnlichem Gesundheitsverhalten finden verstärkt zueinander. Selektion in Ähnlichkeit kann einerseits auf ein der Partnerwahl zugrundeliegendes Homogamieprinzip zurückgeführt werden, wonach potenzielle Partner mit ähnlichen Merkmalen – also z.B. ähnlichem BMI oder Rauchverhalten – als attraktiver wahrgenommen werden. Andererseits kann auch bei zugrundeliegendem Maximierungsprinzip, also der Suche aller nach einem möglichst attraktiven Partner, Homogamie entstehen. Die Konkurrenz um attraktive Partner führt in diesem Fall ebenfalls zu homogamen Partnerschaften, wenn jede(r) eine Partnerschaft mit denjenigen ablehnt, die weniger attraktiv sind (vgl. *Klein* 2000).

Da Gewicht und Rauchverhalten zu den offensichtlichen Merkmalen eines potentiellen Partners gehören, wirkt die Selektion in Ähnlichkeit schon bei der Partnerwahl, wohingegen kaum Unterschiede der Ähnlichkeit zwischen den Partnerschaftsformen zu erwarten sind. Diese Vermutung wird auch durch Befunde untermauert, wonach hinsichtlich anderer transparenter Merkmale wie Bildung und Religion, Homogamie bereits bei der Partnerwahl entsteht und nicht erst beim Eintritt in die Ehe (*Blackwell/Lichter* 2004; *Klein* 1999a). Für das Rauchverhalten liegen Studien vor, die dies bestätigen (*Agrawal et al.* 2006; *Clark/Etilé* 2006).

3 Daten und Methode

Datengrundlage für die vorliegende Analyse ist der Partnermarktsurvey (siehe *Klein et al.* 2010: 203-204), eine für Deutschland repräsentative Telefonbefragung von 2.002 heterosexuellen Personen im Alter von 16 bis 55 Jahren. Die Rekrutierung erfolgte mittels Zufalls-Telefonnummern im Zeitraum von Januar bis August 2009. Die Teilnehmerate betrug 40 %. Es handelt sich um eine Querschnittbefragung, die um retrospektive Fragen zur aktuellen Partnerschaft und zum Gesundheitsverhalten ergänzt wurde. Solche quasi-längsschnittlichen Daten zur Partnerschaftsbiografie können trotz der damit verbundenen Probleme als hinreichend zuverlässig angesehen werden (vgl. *Klein/Fischer-Kerli* 2000).

Der Vorteil der Daten ergibt sich erstens daraus, dass auch Partnerschaften ohne gemeinsamen Haushalt erfasst sind, nicht nur nichteheliche Lebensgemeinschaften und Ehen. Zweitens enthalten die Daten auch das Rauchverhalten und den Body-Mass-Index des Partners. Eine Besonderheit ist drittens, dass Informationen zum Gesundheitsverhalten auch exakt zum Partnerschaftsbeginn vorliegen (nicht nur

z.B. im Jahr des Partnerschaftsbeginns), sodass Veränderungen während der Partnerschaft analysiert werden können.

Als abhängige Variablen werden der Rauchstatus (Raucher vs. Nichtraucher) und der Body-Mass-Index (BMI) zum Befragungszeitpunkt analysiert. Der BMI bildet das Verhältnis von Gewicht und Körpergröße ab und wird folgendermaßen berechnet: $BMI = \text{Gewicht in kg} / (\text{Körpergröße in m})^2$. Die Informationen zu Körpergewicht und Körpergröße beruhen, ebenso wie alle anderen Informationen, auf Selbstangaben.³ Als weitere abhängige Variablen werden die Veränderung des Rauchverhaltens und die Veränderung des Körpergewichts seit Beziehungsbeginn analysiert. Untersucht wird einerseits, ob Personen seit Beginn der Beziehung einen Rauchausstieg vollzogen haben. Diese Information resultiert aus zwei Fragen zum aktuellen Rauchstatus sowie zum Rauchstatus zu Beginn der Partnerschaft. Die betreffenden Analysen beziehen sich nur auf Personen, die zu Beginn ihrer aktuellen Beziehung Raucher waren.⁴ Andererseits wird untersucht, ob Personen seit Beziehungsbeginn eine deutliche Gewichtszunahme erfahren haben. Dies ist über folgende Frage erfasst: „Als Ihre Beziehung mit [Name des Partners] begann, wogen Sie damals etwa so viel wie jetzt?“ mit den Antwortkategorien: „Ja, etwa genauso viel“; „Nein, deutlich weniger“ und „Nein, deutlich mehr“.⁵ Als eine weitere abhängige Variable wird das Rauchverhalten des Partners zu Beginn der Partnerschaft analysiert.

Auf Seiten der unabhängigen Variablen wird hinsichtlich des aktuellen Partnerschaftsstatus zwischen partnerlos, Partnerschaft ohne gemeinsamen Haushalt, nichtehelicher Lebensgemeinschaft sowie Ehe unterschieden.⁶ Das Rauchverhalten des Partners und dessen Veränderung in der Partnerschaft ist analog erfragt wie das des Befragten.

Als Kontrollvariablen werden Geschlecht, Alter, Bildungsniveau (in Bildungsjahren) und die Partnerschaftsdauer (in Jahren) berücksichtigt. Zur Berechnung der Bildungsjahre wurden die Bildungsabschlüsse folgendermaßen transformiert (vgl. *Jöckel et al.* 1997): Ohne Abschluss (inklusive Schüler) = 8 Jahre; Volks- oder Hauptschule = 9 Jahre; Realschule oder Polytechnische Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse) = 10 Jahre; Fachhochschulreife oder Abschluss an einer Fachoberschule = 12 Jahre und Hochschulreife = 13 Jahre.

³ Hier nicht wiedergegebene Vergleichsberechnungen mit dem Bundesgesundheitsurvey (BGS) von 1998 (vgl. *Thefeld et al.* 1999) zeigen, dass die Selbstauskunft über das Körpergewicht in der Telefonbefragung des Partnermarktsurvey etwas niedriger ausfällt als Messungen mit der Waage. Es ist jedoch nicht davon auszugehen, dass auch Strukturunterschiede hiervon betroffen sind. Dies wäre nur dann der Fall, wenn die Unterschätzung z.B. für Verheiratete größer oder kleiner ausfallen würde als für unverheiratet Zusammenlebende. Was die Selbstauskunft zum Rauchverhalten anbelangt, ist in analoger Weise eine Unterschätzung der Rauchprävalenz in Betracht zu ziehen, nicht aber, dass auch Unterschiede zwischen Gruppen betroffen sind.

⁴ Raucheinstiege in Beziehungen werden nicht analysiert, da diese sehr selten sind und die betreffende Fallzahl mit 35 Personen zu niedrig ist.

⁵ Gewichtsabnahmen in Beziehung werden nicht analysiert, da deutliche Gewichtsabnahmen in Partnerschaften wegen der bekannten Alters-Gewichts-Kurve selten sind und die betreffende Fallzahl mit 64 Personen zu niedrig ist.

⁶ In die Kategorie „Ehe“ fallen alle verheirateten Personen, unabhängig davon, ob sie momentan mit ihrem Ehepartner zusammenleben oder nicht. Letzteres ist bei 17 Personen der Fall.

Tab. 2: Anteils- und Mittelwerte der abhängigen und unabhängigen Variablen und Anzahl fehlender Werte

	Anteilswert / Mittelwert	Fallzahl
<i>Abhängige Variablen</i>		
Rauchstatus aktuell		
Raucher	0,31	619
Nichtraucher	0,69	1378
fehlender Wert		3
BMI	24,37	1946
fehlender Wert		54
Rauchausstieg in aktueller Partnerschaft		
nein	0,54	378
ja	0,46	316
fehlender Wert/trifft nicht zu		1306
Gewichtszunahme in aktueller Partnerschaft		
nein	0,55	804
ja	0,45	656
fehlender Wert/trifft nicht zu		540
Rauchstatus, zu Beginn der aktuellen Partnerschaft		
Raucher	0,52	767
Nichtraucher	0,48	695
fehlender Wert/trifft nicht zu		538
<i>Unabhängige Variablen</i>		
Geschlecht		
männlich	0,40	806
weiblich	0,60	1194
Alter	39,08	2000
aktueller Partnerschaftsstatus		
ohne Partner	0,27	537
LAT	0,14	279
NEL	0,10	196
Ehe	0,49	988
Partnerschaftsdauer in Jahren	16,09	1450
fehlender Wert/trifft nicht zu		550
Veränderung des Rauchverhaltens des Partners in der Partnerschaft		
Partner hat in Beziehung nicht geraucht oder Rauchausstieg vollzogen	0,70	1017
Partner hat in Beziehung begonnen zu rauchen	0,02	30
Partner ist durchgehend Raucher	0,28	412
fehlender Wert/trifft nicht zu		541
Raucherverhalten des Partners zu Partnerschaftsbeginn		
Raucher	0,50	725
Nichtraucher	0,50	735
fehlender Wert/trifft nicht zu		540

Quelle: Partnermarktsurvey, eigene Berechnungen

Die Partnerschaftsdauer wurde zunächst tagesgenau auf Grundlage der Angaben zum Befragungszeitpunkt und zum Beziehungsbeginn berechnet. Da für den Beziehungsbeginn nur das Jahr und der Monat bekannt sind, wurde die Monatsmitte (der 16. Tag des Monats) als Beziehungsbeginn angenommen. Wenn nur das Jahr zum Beziehungsbeginn angegeben ist, wurde der Beziehungsbeginn auf den ersten Juli des jeweiligen Jahres gesetzt. In vier Fällen, in denen eine Beziehung erst im Monat der Befragung begonnen hat, wurde von einem Beziehungsbeginn in der Mitte zwischen Monatsbeginn und Interviewdatum ausgegangen. Für die Umrechnung in jahresgenaue Angaben wurde die tagesgenaue Berechnung der Partnerschaftsdauer durch 365,25 dividiert.

Von den 2002 Fällen des Partnermarktsurvey werden zwei Fälle aus den Analysen ausgeschlossen, bei denen der aktuelle Partnerschaftsstatus nicht bekannt ist. Weitere Ausfälle ergeben sich aufgrund von fehlenden Werten bei der betreffenden abhängigen Variable. Außerdem werden in den betreffenden Analysen Fälle mit fehlenden Werten bei weiteren unabhängigen Variablen außer dem Partnerschaftsstatus ausgeschlossen. Einen Überblick über die Anzahl fehlender Werte bei allen abhängigen und unabhängigen Variablen gibt Tabelle 2.

Für die Analysen zum aktuellen Rauchstatus stehen nach Ausschluss aller Fälle mit fehlenden Werten (zum Rauchstatus oder zu anderen in die betreffenden Analysen einbezogenen Variablen) 1964 Personen zur Verfügung. Des Weiteren stehen 1914 Personen für die Analysen zum aktuellen BMI, 673 Personen für die Analysen zum Rauchausstieg in Partnerschaft, 1425 Personen für die Analysen zu einer deutlichen Gewichtszunahme in Partnerschaft sowie 1424 Personen für die Analysen zum Rauchverhalten zu Beginn der Partnerschaft zur Verfügung. Tabelle 2 informiert außerdem über die Mittel- bzw. Anteilswerte der abhängigen und unabhängigen Variablen.

Für die Analysen zu den Partnerschaftseffekten auf den BMI wird eine OLS-Regression (Ordinary Least Squares) angewandt. Den Analysen zu allen weiteren abhängigen Variablen liegen logistische Regressionsmodelle zugrunde.

4 Ergebnisse

Tabelle 3 vergleicht zunächst das Rauchverhalten und den BMI zwischen den partnerschaftlichen Lebensformen (inklusive Partnerlosen).⁷ Referenzgruppe sind dabei diejenigen, die zwar einen Partner haben, aber keinen gemeinsamen Haushalt. Durch die Wahl dieser Referenzgruppe werden ggf. auch Unterschiede zwischen den Lebensformen mit Partner sichtbar, die sich nicht durch anfängliche Selektion

⁷ Dabei sind die Einflüsse des Alters, des Geschlechts und des Bildungsniveaus statistisch konstant gehalten. Dies ist wichtig, weil Raucherquoten je nach Alter, Geschlecht und Bildung stark divergieren (vgl. zum Überblick *Statistisches Bundesamt 2006; Schulze/Lampert 2006*). Mit dem Einbezug des quadrierten Alters wird dem nichtlinearen Zusammenhang zwischen Alter und Rauchen bzw. BMI Rechnung getragen.

Tab. 3: Partnerschaftseffekte auf den Rauchstatus (logistische Regression, Logit-Koeffizienten) und auf den BMI (OLS-Regression)

Einflussfaktor	Rauchen	BMI
Mann ¹	0,34**	1,85***
Alter	0,12***	0,41***
Alter*Alter	-0,001***	-0,004***
Bildungsjahre	-0,17***	-0,36***
ohne Partner ²	0,07	0,35
nichteheliche Lebensgemeinschaft ²	-0,12	0,40
Ehe ²	-0,61***	0,64*
Konstante	-0,91	18,37***
McFadden r ² (Rauchen) bzw. korrigiertes r ² (BMI)	0,03	0,16
Fallzahl	1964	1914

Signifikanzlimits: *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05; + p < 0,10

¹ Referenzkategorie: Frau.

² Referenzkategorie: Partnerschaft ohne gemeinsamen Haushalt.

Quelle: Partnermarktsurvey, eigene Berechnungen

in Partnerschaft unterscheiden (weil die Lebensformen mit Partner alle eine mögliche anfängliche Selektion durchlaufen haben).

Wie aus der linken Spalte von Tabelle 3 ersichtlich, rauchen lediglich die Verheirateten signifikant seltener und profitieren somit von einem Protektionseffekt. Der geringe, statistisch unbedeutende Unterschied des Rauchverhaltens zwischen denen mit Partner ohne gemeinsamen Haushalt (LAT) und den Partnerlosen widerspricht der These anfänglicher Selektion – d.h. einer Bevorzugung von Nichtraucherern auf dem Partnermarkt.⁸

Ein ähnliches Bild ergibt sich in Bezug auf das Körpergewicht (rechte Spalte von Tab. 3). Auch hier zeigt sich lediglich für die Ehe ein signifikanter Effekt. Verheiratete haben einen höheren BMI als diejenigen mit Partner ohne gemeinsamen Haushalt. Zwischen Partnerlosen, denjenigen in Partnerschaft ohne gemeinsamen Haushalt und Personen in nichtehelicher Lebensgemeinschaft besteht kein statistisch bedeutsamer BMI-Unterschied (Tab. 3). Der statistisch unbedeutende Unterschied zwischen Partnerlosen und Personen mit Partner ohne gemeinsamen Haushalt widerspricht der These einer anfänglichen Selektion von Personen mit niedrigerem BMI in Partnerschaft. Andererseits ist nicht auszuschließen, dass eine anfängliche Selektion von Schlankeren in Partnerschaft durch einen negativen Protektionseffekt durch Entlassung aus dem Partnermarkt neutralisiert wird.

⁸ Vergleiche jedoch einschränkend die nachfolgenden Analysen in Tabelle 4.

Tab. 4: Determinanten eines Rauchausstiegs während der Partnerschaft – der Einfluss von Partnerschaftsstatus, Partnerschaftsdauer und Rauchverhalten des Partners (logistische Regression, Logit-Koeffizienten)¹

Einflussfaktor	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Mann ²	-0,44**	-0,37*	-0,51**	-0,51**
Alter	-0,08	-0,01	-0,02	-0,03
Alter*Alter	0,00	0,00	0,00	0,00
Bildungsjahre	0,10+	0,09+	0,07	0,07
nichteheliche Lebensgemeinschaft ³	0,95**	0,69+	0,88*	0,84
Ehe ³	1,52***	0,78*	0,72*	1,01+
Partnerschaftsdauer		0,06***	0,05***	0,05***
Partner hat in Beziehung nicht geraucht oder Rauchausstieg vollzogen ⁴			1,29***	1,56**
Partner hat in Beziehung begonnen zu rauchen ⁴			-0,14	-0,17
nichteheliche Lebensgemeinschaft ³ *Partner hat in Beziehung nicht geraucht oder Rauchausstieg vollzogen ⁴				0,22
Ehe ³ *Partner hat in Beziehung nicht geraucht oder Rauchausstieg vollzogen ⁴				-0,41
Konstante	-1,36	-2,18	-2,41+	-2,45+
McFadden r ²	0,08	0,10	0,15	0,15
Fallzahl	673	673	673	673

¹ Die Analysen beziehen sich nur auf Personen in Partnerschaft (d.h. ohne Singles) und nur auf Personen, die zu Beginn der Partnerschaft geraucht haben.

² Referenzkategorie: Frau.

³ Referenzkategorie: Partnerschaft ohne gemeinsamen Haushalt.

⁴ Referenzkategorie: Partner durchgehend Raucher.

Quelle: Partnermarktsurvey, eigene Berechnungen

Während in Tabelle 3 das aktuelle Rauchverhalten bzw. der aktuelle BMI betrachtet wird, nutzen die nachfolgenden Analysen die Längsschnittinformation der Daten und untersuchen Veränderungen des Rauchverhaltens und des Körpergewichts im Verlauf der aktuellen Partnerschaft des Befragten. Dabei werden nur Personen betrachtet, die in einer Partnerschaft leben. Die Ergebnisse sind jeweils in der linken Spalte von Tabelle 4 und 5 (Modell 1) dargestellt. Tabelle 4 betrachtet die Determinanten des Rauchausstiegs derer, die zum Beginn der Partnerschaft geraucht haben.⁹

⁹ Der Raucheinstieg von Nichtrauchern ist im Erwachsenenalter quantitativ unbedeutend und wird hier aufgrund zu geringer Fallzahl nicht untersucht (s.o. Punkt 3).

Tab. 5: Determinanten einer deutlichen Gewichtszunahme während der Partnerschaft – der Einfluss von Partnerschaftsstatus und Partnerschaftsdauer (logistische Regression, Logit-Koeffizienten)¹

Einflussfaktor	Modell 1	Modell 2
Mann ²	-0,16	-0,06
Alter	0,06	0,14**
Alter*Alter	-0,0004	-0,0018**
Bildungsjahre	-0,17***	-0,16***
nichteheliche Lebensgemeinschaft ³	0,32	0,04
Ehe ³	0,99***	0,13
Partnerschaftsdauer		0,06***
Konstante	-0,90	-1,93*
McFadden r ²	0,08	0,11
Fallzahl	1425	1425

Signifikanzlimits: *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05; + p < 0,10

¹ Die Analysen beziehen sich nur auf Personen in Partnerschaft (d.h. ohne Singles).

² Referenzkategorie: Frau.

³ Referenzkategorie: Partnerschaft ohne gemeinsamen Haushalt.

⁴ Referenzkategorie: Partner hat während der Beziehung nicht zugenommen bzw. abgenommen.

Quelle: Partnermarktsurvey, eigene Berechnungen

Es zeigt sich, dass Rauchausstiege während der Partnerschaft sowohl bei denen, die in nichtehelicher Lebensgemeinschaft leben, als auch bei den Verheirateten häufiger sind als in Partnerschaften ohne gemeinsamen Haushalt (welche die Referenzgruppe bilden). Der Protektionseffekt ist zudem bei Verheirateten am stärksten ausgeprägt. Hinsichtlich einer deutlichen Gewichtszunahme während der Partnerschaft (Modell 1 von Tab. 5) zeigt sich nur für Personen in Ehe eine größere Chance als in Partnerschaften ohne gemeinsamen Haushalt.

Ein Problem von Modell 1 (wie auch von Tab. 3) besteht allerdings darin, dass die drei partnerschaftlichen Lebensformen eine sehr unterschiedliche Partnerschaftsdauer aufweisen. Während die Beziehungen ohne gemeinsamen Haushalt meist erst vergleichsweise kurz andauern, haben Verheiratete im Durchschnitt die längste Beziehungsdauer. Es ist daher zu klären, ob (und inwieweit) die Unterschiede des Protektionseffekts (Rauchausstieg) bzw. der negativen Protektion (Gewichtszunahme) wirklich auf die Partnerschaftsform zurückgehen oder aber mit der unterschiedlichen Partnerschaftsdauer zu erklären sind. Denn mit einer längeren Beziehungsdauer geht aufgrund des längeren Zeitraums per se eine höhere Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensveränderung während der Beziehung einher. In Modell 2 von Tabelle 4 und 5 wird deshalb zusätzlich die Partnerschaftsdauer miteinbezogen und dadurch konstant gehalten. Wie aus den Tabellen 4 und 5 (jeweils Modell 2) ersicht-

lich, schrumpfen bei gegebener Partnerschaftsdauer die Unterschiede zwischen den partnerschaftlichen Lebensformen stark zusammen.¹⁰

Gleichwohl zeigt sich auch nach Kontrolle der Partnerschaftsdauer (Tab. 4, Modell 2) sowohl für Verheiratete als auch für Personen in nichtehelicher Lebensgemeinschaft eine größere Chance eines Rauchausstiegs in der Partnerschaft im Vergleich zu Personen in Partnerschaften ohne gemeinsamen Haushalt. Der Unterschied zwischen Personen in nichtehelicher Lebensgemeinschaft und Personen in Partnerschaften ohne gemeinsamen Haushalt ist allerdings nur noch von schwacher statistischer Signifikanz. Die Ähnlichkeit der Effektstärken für Ehen und nichteheliche Lebensgemeinschaften stützt die These, wonach soziale Kontrolle und soziale Unterstützung für den Einfluss der Partnerschaftsform auf das Rauchverhalten ausschlaggebend sind, weil das Zusammenleben im gemeinsamen Haushalt die Möglichkeiten der Kontrolle und Unterstützung verbessert. Gesellschaftliche Normen, die vor allem für Ehen einen protektiven Effekt erwarten ließen, scheinen hingegen nur von untergeordneter Bedeutung. Als Alternativerklärung kommt aber auch gestufte Selektion in der Partnerschaft in Frage, wonach Rauchausstiege die Wahrscheinlichkeit erhöhen, einen gemeinsamen Haushalt zu gründen und zu heiraten.

Hinsichtlich einer deutlichen Gewichtszunahme während der Partnerschaft zeigen sich unter Kontrolle der Partnerschaftsdauer keine Unterschiede zwischen den drei partnerschaftlichen Lebensformen (Tab. 5, Modell 2). Die größere Chance von Verheirateten, eine Gewichtszunahme während der Partnerschaft aufzuweisen, im Vergleich zu Personen in Partnerschaften ohne gemeinsamen Haushalt (Modell 1), lässt sich auf die weit überdurchschnittliche Partnerschaftsdauer von Ehen zurückführen. Mit längerer Partnerschaftsdauer steigt trivialerweise die Wahrscheinlichkeit einer Gewichtszunahme während der Partnerschaft.

Für das Rauchverhalten, über das (im Unterschied zum BMI) auch Informationen für den Beginn der Partnerschaft vorliegen, wird in Modell 3 von Tabelle 4 zusätzlich die Anpassungshypothese überprüft. In das Modell sind zu diesem Zweck (in Ergänzung zu Modell 2 von Tab. 4) zwei zusätzliche Variablen einbezogen, die das Rauchverhalten des Partners bei Beziehungsbeginn und dessen Veränderung während der Beziehung abbilden. Die erste Variable kennzeichnet, ob der Partner des Befragten in der Partnerschaft durchgehend Nichtraucher war oder während der Partnerschaft das Rauchen aufgegeben hat. Die zweite Variable kennzeichnet, ob der Partner in der Beziehung mit dem Rauchen angefangen hat.¹¹ Referenzgruppe sind diejenigen, deren Partner durchgehend Raucher ist. Es zeigt sich, dass es einen Rauchausstieg in der Partnerschaft begünstigt, wenn der Partner in der Beziehung nie geraucht oder während der Beziehung das Rauchen aufgegeben hat. Dies impliziert eine Anpassung der Partner in Bezug auf ihren Rauchstatus.

¹⁰ Nicht wiedergegebene Analysen zeigen, dass der Effekt der Partnerschaftsdauer auf eine deutliche Gewichtszunahme während der Partnerschaft bei Männern signifikant stärker ausgeprägt ist als bei Frauen.

¹¹ Da dies nur äußerst selten vorkommt (29 Fälle), wird der Effekt nicht interpretiert.

In Modell 4 von Tabelle 4 sind zusätzliche Interaktionsterme mit der partnerschaftlichen Lebensform aufgenommen, um zu prüfen, ob Anpassungsprozesse je nach partnerschaftlicher Lebensform unterschiedlich ausfallen. Als Ergebnis zeigen sich keine signifikanten Interaktionseffekte. Entgegen der Erwartung (vgl. Tab. 1) fällt die Anpassung der Partner aneinander in nichtehelichen Lebensgemeinschaften und in Ehen nicht stärker aus als in Partnerschaften ohne gemeinsamen Haushalt.

In Tabelle 6 wird abschließend die Hypothese der Selektion in Ähnlichkeit überprüft. Es wird der Frage nachgegangen, ob nicht nur Anpassung in Bezug auf das Rauchverhalten im Verlauf der Partnerschaft stattfindet, sondern ob auch zu Beginn der Partnerschaft bereits Homogamie in Bezug auf das Rauchverhalten bestanden hat. Zu diesem Zweck vergleicht Tabelle 6 das Rauchverhalten der Partner zu Beginn der Partnerschaft. Unter Kontrolle des Geschlechts, des Alters bei Partnerschaftsbeginn und des Bildungsniveaus zeigt sich ein starker positiver Effekt des Rauchverhaltens des Partners zu Beginn der Beziehung auf das Rauchverhalten des Befragten zu Beziehungsbeginn. Dies impliziert, dass Homogamie der Partner in Bezug auf das Rauchverhalten nicht nur (aber auch, siehe Modell 3 von Tab. 4) aus Anpassungsprozessen im Laufe der Partnerschaft resultiert, sondern bereits eine Folge der Partnerwahl ist.

Tab. 6: Rauchverhalten zu Beginn der Partnerschaft nach Rauchverhalten des Partners zu Beginn der Partnerschaft (logistische Regression, Logit-Koeffizienten)¹

Einflussfaktor	
Mann ²	0,45***
Alter zu Beziehungsbeginn	0,01
Bildungsjahre	-0,15***
Partner zu Beziehungsbeginn Raucher ³	1,14***
Konstante	0,70+
McFadden r ²	0,07
Fallzahl	1424

Signifikanzlimits: *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05; + p < 0,10

¹ Die Analysen beziehen sich nur auf Personen in Partnerschaft (d.h. ohne Singles).

² Referenzkategorie: Frau.

³ Referenzkategorie: Partner zu Beziehungsbeginn Nichtraucher.

Quelle: Partnermarktsurvey, eigene Berechnungen

5 Zusammenfassung und Diskussion

Der Beitrag untersucht Effekte der partnerschaftlichen Lebensform auf das Rauchverhalten und auf das Körpergewicht mit Daten des Partnermarktsurvey. Der Vorteil der Daten ergibt sich daraus, dass sie über die Veränderung des Rauchstatus und des Körpergewichts seit Partnerschaftsbeginn informieren und dass diese Informationen für beide Partner vorliegen, auch dann, wenn die Partner nicht in einem gemeinsamen Haushalt zusammenleben.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen zunächst, dass Verheiratete seltener rauchen und einen höheren BMI aufweisen als Personen, die in einer Partnerschaft ohne gemeinsamen Haushalt leben. Demgegenüber zeigen sich zwischen Personen, die nicht mit ihrem Partner zusammenleben, und Partnerlosen jeweils keine signifikanten Unterschiede. Dies weist darauf hin, dass Selektion in Partnerschaft kein ausschlaggebender Grund für die Unterschiede im Rauchverhalten und Körpergewicht zwischen den partnerschaftlichen Lebensformen ist.

Weitere Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung beziehen sich auf die Wahrscheinlichkeit eines Rauchausstiegs und einer deutlichen Gewichtszunahme in der Partnerschaft. Die diesbezüglichen Befunde zeigen, dass die Chance eines Rauchausstiegs während der Partnerschaft sowohl in nichtehelichen Lebensgemeinschaften als auch in Ehen größer ist als in Partnerschaften ohne gemeinsamen Haushalt. Dies weist darauf hin, dass der positive Protektionseffekt von Partnerschaft auf das Rauchverhalten auf dem Mechanismus der sozialen Kontrolle und sozialen Unterstützung beruht, der an den gemeinsamen Haushaltskontext geknüpft ist. Weitere Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung sind, dass die Chance ansteigt, in Partnerschaften das Rauchen aufzugeben, wenn der Partner in der Partnerschaft nicht geraucht hat oder seit Partnerschaftsbeginn einen Rauchausstieg hatte. Dies impliziert eine Anpassung der Partner in Bezug auf das Rauchverhalten, die sowohl in Partnerschaften ohne gemeinsamen Haushalt, nichtehelichen Lebensgemeinschaften als auch in Ehen stattfindet. Darüber hinaus besteht eine Tendenz zur Übereinstimmung im Rauchverhalten der Partner aber auch schon zu Beginn der Partnerschaft, d.h. es kommt bereits bei der Partnerwahl zu einer Selektion in Ähnlichkeit in Bezug auf das Rauchverhalten.

Hinsichtlich einer deutlichen Gewichtszunahme während der Partnerschaft zeigen sich keine Unterschiede je nach Partnerschaftsform. Weder die These, dass die Gewichtszunahme in Ehen am stärksten ist, weil hier die Entlassung aus der Partnermarktkonkurrenz am sichersten ist, noch die These, dass die Gewichtszunahme in Partnerschaften mit gemeinsamem Haushalt stärker ist, z.B. auf Grund von gemeinsamen Mahlzeiten, finden somit Bestätigung.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, die auf eine protektive Wirkung der Ehe auf das Rauchverhalten hindeuten, stehen in Einklang mit Ergebnissen aus früheren Studien. Eine Erweiterung des bisherigen Forschungsstands ist, dass Protektion auch für nichteheliche Lebensgemeinschaften angenommen werden kann. Im Unterschied zu früheren Untersuchungen, welche die Ähnlichkeit der Partner im Rauchverhalten primär auf eine Selektion in Ähnlichkeit zu Partnerschaftsbeginn zurückführen (*Agrawal et al.* 2006; *Clark/Etilé* 2006), zeigen sich in dieser Studie so-

wohl anfängliche Selektions- als auch Anpassungsprozesse zwischen den Partnern. Diese Anpassung im Rauchverhalten während der Partnerschaft, die bisher nur für Ehen beobachtet wurde (*Dollar et al. 2009; McBride et al. 1998; Mons 2007*), zeigt sich in allen Partnerschaftsformen. Die Ergebnisse zum Gewichtsanstieg in Partnerschaft, die keinen Unterschied nach der partnerschaftlichen Lebensform zeigen, stehen nicht im Einklang mit bestehenden Studien, welche einen Anstieg des Körpergewichts nach Zusammenzug mit dem Partner beobachteten (*The/Gordon-Larsen 2009*).

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind mehrere Limitationen zu berücksichtigen. So konnte in der vorliegenden Untersuchung nicht geklärt werden, inwieweit Selektion beim Übergang in stärker institutionalisierte Partnerschaftsformen zu den beobachteten Zusammenhängen beiträgt. Denn es ist auch in Betracht zu ziehen, dass Personen, die während ihrer Partnerschaft einen Rauchausstieg vollzogen haben, eher mit ihrem Partner zusammenziehen und heiraten (gestufte Selektion), bzw. dass Personen, die während ihrer Partnerschaft deutlich zugenommen haben, eher heiraten (advers gestufte Selektion).

Eine weitere Limitation betrifft den Umstand, dass es sich bei den Informationen zum BMI und zum Rauchverhalten um Selbstangaben handelt, die durch soziale Erwünschtheit verzerrt sein können. Die Informationen zur Gewichtszunahme in Partnerschaft, zum Rauchausstieg in Partnerschaft und zum Rauchverhalten bei Partnerschaftsbeginn, die auf Retrospektivangaben beruhen, können zudem durch Erinnerungsfehler verzerrt sein. Es ist jedoch in beiden Fällen nicht davon auszugehen, dass das Ausmaß der Verzerrung von der partnerschaftlichen Lebensform abhängt, so dass Unterschiede zwischen partnerschaftlichen Lebensformen hiervon nicht betroffen sein sollten.

Aufgrund des Fehlens geeigneter Längsschnittinformationen konnte in den Analysen die bekannte Wechselwirkung zwischen Rauchen und Körpergewicht ebenso wenig berücksichtigt werden wie die Geburt von Kindern. In Betracht zu ziehen ist zum Beispiel, dass das höhere Körpergewicht der Verheirateten zum Teil auch auf deren geringerer Rauchprävalenz beruht. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie, wonach Ehen sowohl einen Rauchausstieg fördern als auch eine deutliche Gewichtszunahme begünstigen, stehen mit dieser Überlegung in Einklang. In Bezug auf Kinder ist eine offene Frage, ob bzw. inwieweit der günstige Effekt von Ehen und nichtehelichen Lebensgemeinschaften auf den Rauchausstieg sowie der ungünstige Effekt von Ehen auf eine Gewichtszunahme in Partnerschaft auf das Vorhandensein von Kindern zurückzuführen ist.

Hinsichtlich der Frage nach der Bedeutung des Wandels der partnerschaftlichen Lebensformen für das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung lässt sich folgern, dass der Rückgang von Ehen und die damit einhergehende Zunahme von nichtehelichen Lebensgemeinschaften keine negativen Auswirkungen auf das Rauchverhalten in Deutschland erwarten lässt. Denn es zeigt sich nicht nur für Ehen, sondern auch für nichteheliche Lebensgemeinschaften eine protektive Wirkung in Bezug auf Rauchen. In Bezug auf das Körpergewicht sind ebenfalls keine negativen Auswirkungen durch den Wandel der partnerschaftlichen Lebensformen zu erwarten, da

kein Zusammenhang zwischen der partnerschaftlichen Lebensform und der Gewichtszunahme in Partnerschaft zu beobachten ist.

Literatur

- Agrawal, Arpana et al.* 2006: Assortative Mating for Cigarette Smoking and for Alcohol Consumption in Female Australian Twins and their Spouses. In: *Behavior Genetics* 36,4: 553-566 [doi: 10.1007/s10519-006-9081-8].
- Averett, Susan L.; Sikora, Asia; Argys, Laura M.* 2008: For better or worse: Relationship status and body mass index. In: *Economics & Human Biology* 6,3: 330-349 [doi: 10.1016/j.ehb.2008.07.003].
- Becker, Gary S.* 1993: *Human capital. Theoretical and empirical analysis with special reference to education.* Chicago: University of Chicago Press.
- Blackwell, Debra L.; Lichter, Daniel T.* 2004: Homogamy among Dating, Cohabiting and Married Couples. In: *The Sociological Quarterly* 45,4: 719-737 [doi: 10.1111/j.1533-8525.2004.tb02311.x].
- Brockmann, Hilke* 2008: Gesundheit und Familie. Ein deutscher Testfall. In: *Rehberg, Karl S.* (Hrsg.): *Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006.* Frankfurt am Main: Campus: 910-924.
- Brüderl, Josef* 2004: Die Pluralisierung partnerschaftlicher Lebensformen in Westdeutschland und Europa. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte B* 19: 3-10.
- Carmalt, Julie H. et al.* 2008: Body Weight and Matching With a Physically Attractive Romantic Partner. In: *Journal of Marriage and Family* 70,5: 1287-1296 [doi: 10.1111/j.1741-3737.2008.00566.x].
- Castro, John M. de; Castro, Elizabeth S. de* 1989: Spontaneous meal patterns of humans: influence of the presence of other people. In: *The American Journal of Clinical Nutrition* 50,2: 237-247.
- Cheung, Y. B.; Sloggett, A.* 1998: Health and adverse selection into marriage: evidence from a study of the 1958 British Birth Cohort. In: *Public Health* 112,5: 309-311 [doi: 10.1038/sj.ph.1900491].
- Clark, Andrew E; Etilé, Fabrice* 2006: Don't give up on me baby: Spousal correlation in smoking behaviour. In: *Journal of Health Economics* 25,5: 958-978 [doi: 10.1016/j.jhealeco.2006.02.002].
- Cohen, Sheldon; Wills, Thomas A.* 1985: Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. In: *Psychological Bulletin* 98,2: 310-357 [doi: 10.1037/0033-2909.98.2.310].
- Craig, Pippa L.; Truswell, A. Stewart* 1988: Changes in Food Habits When People get Married. Analysis of Food Frequencies. In: *Truswell, A. Stewart; Wahlqvist, Mark L.* (Hrsg.): *Food habits in Australia.* Melbourne: Rene Gordon: 94-111.
- Davis, Maradee A. et al.* 1985: Living Arrangements and Dietary Patterns of Older Adults in the United States. In: *Journal of Gerontology* 40,4: 434-442 [doi: 10.1093/geronj/40.4.434].
- Dollar, Katherine M. et al.* 2009: Spousal and Alcohol-Related Predictors of Smoking Cessation: A Longitudinal Study in a Community Sample of Married Couples. In: *American Journal of Public Health* 99,2: 231-233 [doi: 10.2105/AJPH.2008.140459].

- Duncan, Greg J.; Wilkerson, Bessie; England, Paula* 2006: Cleaning Up Their Act: The Effects of Marriage and Cohabitation on Licit and Illicit Drug Use. In: *Demography* 43,4: 691-710 [doi: 10.1353/dem.2006.0032].
- Engstler, Heribert; Menning, Sonja* 2003: Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik. Lebensformen, Familienstrukturen, wirtschaftliche Situation der Familien und familiendemographische Entwicklung in Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Ezzati, Majid; Lopez, Alan D.* 2003: Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. In: *The Lancet* 362,9387: 847-852 [doi: 10.1016/S0140-6736(03)14338-3].
- Falba, Tracy A.; Sindelar, Jody L.* 2008: Spousal Concordance in Health Behavior Change. In: *Health Services Research* 43,1p1: 96-116 [doi: 10.1111/j.1475-6773.2007.00754.x].
- Goldman, Noreen* 1993: Marriage selection and mortality patterns: Inferences and fallacies. In: *Demography* 30,2: 189-208 [doi: 10.2307/2061837].
- Gove, Walter R.* 1973: Sex, Marital Status, and Mortality. In: *American journal of sociology* 79,1: 45-67 [doi: 10.1086/225505].
- Gross, Christiane; Groß, Jochen* 2008: Rational-Choice-Erklärungen zum Rauchverhalten und ihre empirische Relevanz. In: *Soziale Welt : Zeitschrift für sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis* 59,3: 247-268.
- Hauner, Hans* 1996: Gesundheitsrisiken von Übergewicht und Gewichtszunahme. In: *Deutsches Ärzteblatt* 93,51-52: A-3405-3409.
- Heineck, Guido* 2006: Height and weight in Germany, evidence from the German Socio-Economic Panel, 2002. In: *Economics & Human Biology* 4,3: 359-382 [doi: 10.1016/j.ehb.2006.05.001].
- Helmert, Uwe; Borgers, Dieter; Bammann, Karin* 2001: Soziale Determinanten des Rauchverhaltens in Deutschland: Ergebnisse des Mikrozensus 1995. In: *Sozial- und Präventivmedizin* 46,3: 172-181 [doi: 10.1007/BF01324253].
- Huinink, Johannes; Konietzka, Dirk* 2007: Familiensoziologie. Eine Einführung. Frankfurt/Main: Campus.
- Ikard, Frederick F.; Green, Dorothy E.; Horn, Daniel* 1969: A scale to differentiate between types of smoking as related to the management of affect. In: *International Journal of the Addictions* 4,4: 649-659.
- Jeffery, Robert W.; Rick, Allison M.* 2002: Cross-Sectional and Longitudinal Associations between Body Mass Index and Marriage-Related Factors. In: *Obesity Research* 10,8: 809-815 [doi: 10.1038/oby.2002.109].
- Jöckel, Karl-Heinz et al.* 1997: Messung und Quantifizierung soziographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie (DAE), der Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS), der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) und der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft, erarbeitet von der Arbeitsgruppe 'Epidemiologische Methoden' in der DAE der GMDS und der DGSM [http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/MessungUndQuantifizierungSoziodemographischerMerkmale.pdf, 23.08.2013].
- Kittel, F. et al.* 1978: Psycho-socio-biological correlates of moderate overweight in an industrial population. In: *Journal of Psychosomatic Research* 22,3: 145-158 [doi: 10.1016/0022-3999(78)90018-1].

- Klein, Thomas* 1999a: Partnerwahl in Ehen und Nichtehelichen Lebensgemeinschaften. In: *Klein, Thomas; Lauterbach, Wolfgang* (Hrsg.): Nichteheliche Lebensgemeinschaften. Analysen zum Wandel partnerschaftlicher Lebensformen. Opladen: Leske + Budrich: 207-234.
- Klein, Thomas* 1999b: Pluralisierung versus Umstrukturierung am Beispiel partnerschaftlicher Lebensformen. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 51,3: 469-490.
- Klein, Thomas* 2000: Partnerwahl zwischen sozialstrukturellen Vorgaben und individueller Entscheidungsautonomie. In: *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* 40,3: 229-243.
- Klein, Thomas* 2009: Determinanten der Sportaktivität und der Sportart im Lebenslauf. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 61,1: 1-32 [doi: 10.1007/s11577-009-0040-2].
- Klein, Thomas* 2011: „Durch Dick und Dünn“. Ergebnisse des Partnermarktsurvey 2009. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 63: 459-479 [doi: 10.1007/s11577-011-0143-4].
- Klein, Thomas; Fischer-Kerli, David* 2000: Die Zuverlässigkeit retrospektiv erhobener Lebensverlaufdaten. Analysen zur Partnerschaftsbiographie des Familiensurvey. In: *Zeitschrift für Soziologie* 29,4: 294-312.
- Klein, Thomas; Ruffer, Wolfgang* 2001: Partnerwahl und Rauchgewohnheiten – Analysen zum Einfluß sozialstrukturunabhängiger Mechanismen der Partnerwahl. In: *Klein, Thomas* (Hrsg.): Partnerwahl und Heiratsmuster. Sozialstrukturelle Voraussetzungen der Liebe. Opladen: Leske + Budrich: 163-181.
- Klein, Thomas; Stauder, Johannes; Häring, Armando* 2010: Gelegenheiten des Kennenlernens. Der Partnermarkt in Ost- und Westdeutschland. In: *Krause, Peter; Ostner, Ilona* (Hrsg.): Leben in Ost- und Westdeutschland. Eine sozialwissenschaftliche Bilanz der deutschen Einheit 1990-2010. Frankfurt am Main, New York: Campus: 187-210.
- Knuiman, Matthew W. et al.* 1996a: Familial correlations, cohabitation effects, and heritability for cardiovascular risk factors. In: *Annals of Epidemiology* 6,3: 188-194 [doi: 10.1016/1047-2797(96)00004-X].
- Knuiman, Matthew W. et al.* 1996b: Spouse Correlations in Cardiovascular Risk Factors and the Effect of Marriage Duration. In: *American Journal of Epidemiology* 143,1: 48-53.
- Kurzban, Robert; Weeden, Jason* 2005: HurryDate. Mate preferences in action. In: *Evolution and Human Behavior* 26,3: 227-244 [doi: 10.1016/j.evolhumbehav.2004.08.012].
- Laitinen, Jaana; Ek, Ellen; Sovio, Ulla* 2002: Stress-Related Eating and Drinking Behavior and Body Mass Index and Predictors of This Behavior. In: *Preventive Medicine* 34,1: 29-39 [doi: 10.1006/pmed.2001.0948].
- Lampert, Thomas; Burger, Martina* 2005: Verbreitung und Strukturen des Tabakkonsums in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 48,11: 1231-1241 [doi: 10.1007/s00103-005-1158-7].
- Lillard, Lee A.; Panis, Constantijn W.A.* 1996: Marital Status and Mortality: The Role of Health. In: *Demography* 33,3: 313-327 [doi: 10.2307/2061764].
- MacPherson, Barry D.* 1983: Aging as a social process. An introduction to individual and population aging. Toronto: Butterworths.
- McBride, Colleen M. et al.* 1998: Partner Smoking Status and Pregnant Smoker's Perceptions of Support for and Likelihood of Smoking Cessation. In: *Health Psychology* 17,1: 63-69 [doi: 10.1037/0278-6133.17.1.63].

- Mensink, Gert B. M.; Lampert, Thomas; Bergmann, Eckardt* 2005: Übergewicht und Adipositas in Deutschland 1984-2003. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 48,12: 1348-1356 [http://dx.doi.org/10.1007/s00103-005-1163-x].
- Mons, Ute* 2007: Soziale Unterschiede in der Entscheidung zum Rauchausstieg in Lebensverlaufsperspektive. Eine empirische Untersuchung mit Daten des Sozio-oekonomischen Panels. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Ng, Debbie M.; Jeffery, Robert W.* 2003: Relationships Between Perceived Stress and Health Behaviors in a Sample of Working Adults. In: Health Psychology 22,6: 638-642 [doi: 10.1037/0278-6133.22.6.638].
- Noppa, Henry; Bengtsson, Calle* 1980: Obesity in relation to socioeconomic status. A population study of women in Göteborg, Sweden. In: Journal of Epidemiology and Community Health 34,2: 139-142 [doi: 10.1136/jech.34.2.139].
- Parrott, Andy C.* 1994: Individual differences in stress and arousal during cigarette smoking. In: Psychopharmacology 115,3: 389-396 [doi: 10.1007/BF02245082].
- Register, Charles A.; Williams, Donald R.* 1990: Wage Effects of Obesity among Young Workers. In: Social Science Quarterly 71,1: 130-141.
- Robert Koch-Institut* (Hrsg.) 2009: Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt. Berlin.
- Ross, Catherine E.; Mirowsky, John* 1983: Social Epidemiology of Overweight: A Substantive and Methodological Investigation. In: Journal of Health and Social Behavior 24,3: 288-298 [doi: 10.2307/2136578].
- Schulze, Alexander; Lampert, Thomas* 2006: Bundes-Gesundheitssurvey. Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Sobal, Jeffery* 1999: Sociological Analysis of the Stigmatisation of Obesity. In: *Germov, John; Williams, Lauren* (Hrsg.): A sociology of food and nutrition. Oxford: University press: 187-204.
- Sobal, Jeffery; Rauschenbach, Barbara S.; Frongillo, Edward A.* 1992: Marital status, fatness and obesity. In: Social Science & Medicine 35,7: 915-923 [doi: 10.1016/0277-9536(92)90106-Z].
- Statistisches Bundesamt* 2006: Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt* 2010: Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit. Körpermaße der Bevölkerung 2009. Wiesbaden.
- Stein, Risa J. et al.* 2008: Reported Stress and Its Relationship to Tobacco Use among U.S. Military Personnel. In: Military Medicine 173,3: 271-277.
- Steptoe, Andrew et al.* 1996: Stress, social support and health-related behavior: A study of smoking, alcohol consumption and physical exercise. In: Journal of Psychosomatic Research 41,2: 171-180 [doi: 10.1016/0022-3999(96)00095-5].
- Sund, Erik R.; Jones, Andy; Midthjell, Kristian* 2010: Individual, family, and area predictors of BMI and BMI change in an adult Norwegian population: Findings from the HUNT study. In: Social Science & Medicine 70,8: 1194-1202 [doi: 10.1016/j.socsci-med.2010.01.007].
- Sutton, G. C.* 1980: Assortative marriage for smoking habits.. In: Annals of Human Biology 7,5: 449-456 [doi: 10.1080/0301446800004561].

- The, Natalie S.; Gordon-Larsen, Penny* 2009: Entry Into Romantic Partnership Is Associated With Obesity. In: *Obesity* 17,7: 1441-1447 [doi: 10.1038/oby.2009.97].
- Thefeld, W.; Stolzenberg, H.; Bellach, B.-M.* 1999: Bundes-Gesundheitssurvey: Response, Zusammensetzung der Teilnehmer und Non-Responder-Analyse. In: *Das Gesundheitswesen* 61, Sonderheft 2: S57-S61.
- Umberson, Debra* 1987: Family Status and Health Behaviors: Social Control as a Dimension of Social Integration. In: *Journal of Health and Social Behavior* 28,3: 306-319 [doi: 10.2307/2136848].
- Umberson, Debra* 1992: Gender, marital status and the social control of health behavior. In: *Social Science & Medicine* 34,8: 907-917 [doi:10.1016/0277-9536(92)90259-S].
- Unger, Rainer* 2008: Gesundheit im Lebensverlauf. Zur relativen Bedeutung von Kausal- gegenüber Selektionseinflüssen am Beispiel des Familienstands. In: *Bauer, Ullrich; Bittlingmayer, Uwe H.; Richter, Matthias* (Hrsg.): *Health inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 430-451.
- Venters, Maurine H. et al.* 1984: Spouse Concordance of Smoking Patterns. The Minnesota Heart Survey. In: *American Journal of Epidemiology* 120,4: 608-616.
- Vink, Jacqueline M.; Willemsen, Gonneke; Boomsma, Dorret I.* 2003: The association of current smoking behavior with the smoking behavior of parents, siblings, friends and spouses. In: *Addiction* 98,7: 923-931 [doi: 10.1046/j.1360-0443.2003.00405.x].
- Wills, Thomas A.; Shiffman, Saul* 1985: Coping and substance use: A conceptual framework. In: *Shiffman, Saul; Wills, Thomas Ashby* (Hrsg.): *Coping and substance use*. Orlando: Academic Press: 3-24.
- Wilson, Chris; Oswald, Andrew J.* 2005: How Does Marriage Affect Physical and Psychological Health? A Survey of the Longitudinal Evidence. 2005 [http://econpapers.repec.org/RePEc:iza:izadps:dp1619, 23.08.2013].

Eine Übersetzung dieses begutachteten und von den Autoren autorisierten deutschen Originaltextes durch das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung ist unter dem Titel „The Influence of Couples' Living Arrangements on Smoking Habits and Body Weight“, DOI 10.4232/10.CPoS-2013-13en bzw. URN urn:nbn:de:bib-cpos-2013-13en0, auf <http://www.comparativepopulationstudies.de> verfügbar.

Eingegangen am: 06.09.2011

Angenommen am: 30.11.2012

Prof. Dr. Thomas Klein (✉), Dr. Ingmar Rapp, Björn Schneider.
Max-Weber-Institut für Soziologie, Universität Heidelberg, 69115 Heidelberg,
Deutschland.
E-Mail: thomas.klein@soziologie.uni-heidelberg.de,
ingmar.rapp@soziologie.uni-heidelberg.de,
bjoern.schneider@soziologie.uni-heidelberg.de
URL: <http://www.soz.uni-heidelberg.de>

Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft

www.comparativepopulationstudies.de

ISSN: 1869-8980 (Print) – 1869-8999 (Internet)

Published by / Herausgegeben von

Prof. Dr. Norbert F. Schneider

Federal Institute for Population Research
D-65180 Wiesbaden / Germany

Managing Editor /

Verantwortlicher Redakteur

Frank Swiaczny

Assistant Managing Editor /

Stellvertretende Redakteurin

Katrin Schiefer

Language & Copy Editor (English) /

Lektorat & Übersetzungen (englisch)

Amelie Franke

Copy Editor (German) /

Lektorat (deutsch)

Dr. Evelyn Grünheid

Layout / Satz

Beatriz Feiler-Fuchs

E-mail: cpos@bib.bund.de

Scientific Advisory Board /

Wissenschaftlicher Beirat

Jürgen Dorbritz (Wiesbaden)

Paul Gans (Mannheim)

Johannes Huinink (Bremen)

Marc Luy (Wien)

Clara H. Mulder (Groningen)

Notburga Ott (Bochum)

Peter Preisendörfer (Mainz)

Board of Reviewers / Gutachterbeirat

Martin Abraham (Erlangen)

Laura Bernardi (Lausanne)

Hansjörg Bucher (Bonn)

Claudia Diehl (Göttingen)

Andreas Diekmann (Zürich)

Gabriele Doblhammer-Reiter (Rostock)

Henriette Engelhardt-Wölfler (Bamberg)

E.-Jürgen Flöthmann (Bielefeld)

Alexia Fürnkranz-Prskawetz (Wien)

Beat Fux (Zürich)

Joshua Goldstein (Rostock)

Karsten Hank (Köln)

Sonja Haug (Regensburg)

Franz-Josef Kemper (Berlin) †

Michaela Kreyenfeld (Rostock)

Aart C. Liefbroer (Den Haag)

Kurt Lüscher (Konstanz)

Dimiter Philipov (Wien)

Tomáš Sobotka (Wien)

Heike Trappe (Rostock)