



Soziale Ungleichheit und psychische Gesundheit von älteren Menschen in der Schweiz

Eine empirische Analyse mit den SHARE- und
SHARELIFE-Daten

Lizentiatsarbeit von Damian Hedinger
Lehrstuhl Prof. Dr. Marc Szydlik
Betreuung: Dr. Klaus Haberkern

Ablauf:

1. Einleitung und Ausgangsfragen
2. Theorie und Forschungsstand: Alter, soziale Ungleichheit und Gesundheit
3. Hypothesen
4. Daten, Operationalisierung und Methoden
5. Ergebnisse
6. Diskussion und Kritik
7. Probleme während der Arbeit

1. Einleitung und Ausgangsfragen

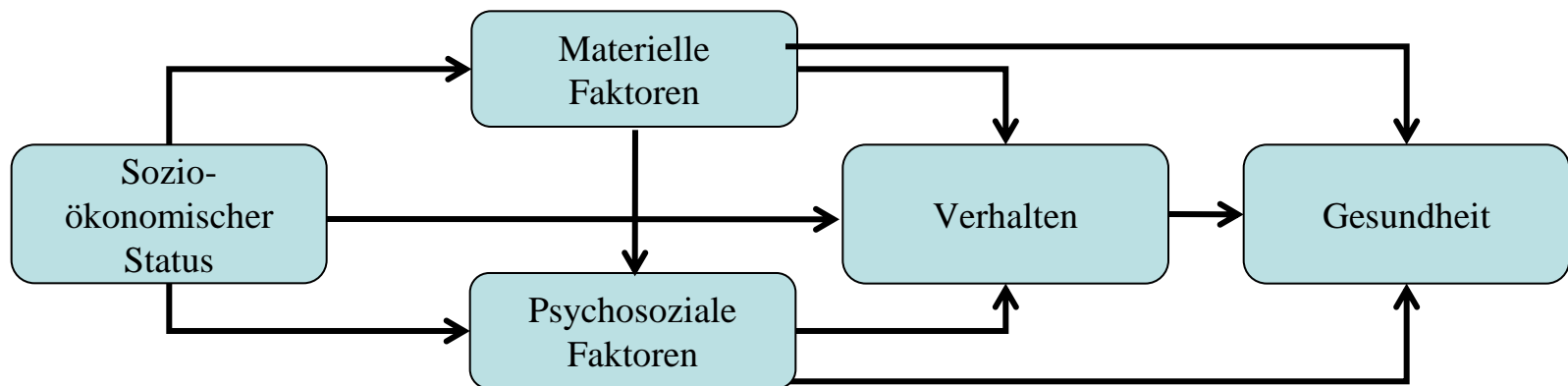
- **Warum ältere Menschen? Warum psychische Gesundheit?**
- Der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit wurde in der Soziologie schon mehrfach untersucht
- Aber: Häufig wurden ältere Menschen ignoriert oder nicht spezifisch betrachtet
- In westlichen Ländern immer mehr ältere Menschen – demografische Bedeutung steigt
- Erst in jüngerer Zeit ältere Menschen in der Forschung wichtiger

- Meist wurden hauptsächlich physische Aspekte der Gesundheit untersucht
- Gesundheit und spezifisch Gesundheit im Alter kann unterschiedlich verstanden und definiert werden
- In dieser Studie: Bewusster Fokus auf die psychische Gesundheit, verstanden als Teil der Gesamtgesundheit
- **Zentraler Ausgangspunkt: Einfluss des sozioökonomischen Status und anderen, einflussreichen Indikatoren auf die psychische Gesundheit im Alter**

2. Theorie und Forschungsstand

- Idee: Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Thesen bezüglich der drei Themen **Alter, soziale Ungleichheit und Gesundheit** bzw. psychische Gesundheit sinnvoll verbinden

Schematische Darstellung zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit:



Quelle: Mackenbach et al. (2006:32), eigene Darstellung

Nachteile der Idee von Mackenbach et al.:

- Zeitliche Dimensionen von sozialer Ungleichheit vernachlässigt, d.h. keine Unterscheidung zwischen Altersgruppen sowie kein Abbild des Lebenslaufs
- Dieser Aspekt für das Alter wichtig!

Eignen sich klassische Schichtindikatoren wie Bildung, Berufsstatus und Einkommen überhaupt als Differenzierungskriterien für das höhere Lebensalter?

- Knesebeck & Schäfer (2009) schlagen vor, die soziale Lage der alten Menschen möglichst mehrdimensional zu erfassen – diese Idee verfolgen heute viele Studien

Analytische Ebenen von sozialer Ungleichheit im Alter:

1. Ungleichheit des Alters
 2. Ungleichheit im Alter
- Diese Studie untersucht die **Ungleichheit im Alter** und beschäftigt sich somit mit der **ungleichen Verteilung von statusrelevanten Merkmalen und Gütern**

Vier unterschiedliche Thesen zur Struktur und Wirkung von sozialer Ungleichheit im Alter (vgl. Knesebeck & Schäfer 2009):

- **Kontinuitätsthese:** Der bereits im Erwerbsleben eingenommene soziale Status wird grösstenteils beibehalten
- **Destrukturierungsthese:** Statusunterschiede sind im höheren Lebensalter weniger ausgeprägt
- **These der Altersbedingtheit:** Je nach Alter determinieren die damit verbundenen physiologischen und psychischen Veränderungen die soziale Lage, sozioökonomische Faktoren verlieren an Bedeutung
- **Kumulationsthese:** Sozioökonomische Unterschiede im Lebensverlauf verstärken sich durch zunehmende Belastungen und Benachteiligungen der unteren Schichten eher noch. Zudem können sich höhere Einkommensgruppen besser gegen Risiken absichern

Was versteht man unter **psychischer Gesundheit**?

- Psychische Gesundheit ist viel mehr als das Fehlen von Krankheiten
- Dazu gehören (vgl. Rüesch & Manzoni 2003:5):
 - Persönliches Wohlbefinden
 - Selbstbewusstsein
 - Lebenszufriedenheit
 - Beziehungsfähigkeit
 - Bewältigung des Alltags und Fähigkeit zur Arbeit
 - Fähigkeit, am gesellschaftlichen Leben zu partizipieren
- **Psychische Krankheiten:** Erkennbare Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten, z. B. Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie Schädigungen des Nervensystems wie z. B. Demenz (Rüesch & Manzoni 2003:5)
- Für unsere Studie: Keine analytische Trennung der Begriffe, weil es vermutlich zu viele Überschneidungen gibt

Gesundheitsverhalten:

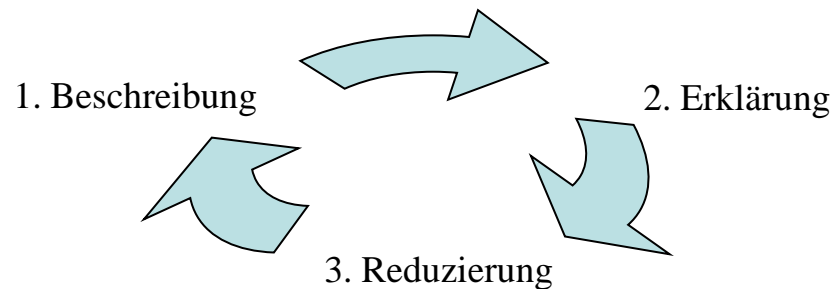
- Verhaltensweisen, die vor dem Hintergrund medizinischer Erkenntnisse für die Gesundheit als förderlich, riskant oder schädlich bewertet werden können (vgl. Troschke 2006)
- Bourdieu: Gesundheit besitzt in unterschiedlichen Schichten einen unterschiedlichen Stellenwert (vgl. Bourdieu 1987)
- Spezifisch im Alter: Gesundheitsverhalten ist eine Konsequenz des im Lebenslauf entwickelten Lebensstils
- Gesundheitsverhalten im Alter beinhaltet (je nach Definition) auch die gesundheitlichen Ressourcen

Geschlecht:

- Theoretisch wie empirisch wichtig, deshalb separate Betrachtung

Forschungsstand:

- Die Forschung über gesundheitliche Ungleichheit besteht aus drei Stufen:



Quelle: Richter & Hurrelmann (2009:14), eigene Darstellung

- Die meisten Studien sind deskriptiv, die Erklärung der Ungleichheit wurde nur wenig untersucht, besonders im deutschsprachigen Raum
- Viele Studien über Mortalitäts- und Morbiditätsunterschiede zwischen verschiedenen Statusgruppen, jedoch wenig über die ältere Bevölkerung
- Alter erst in jüngerer Zeit wichtiger

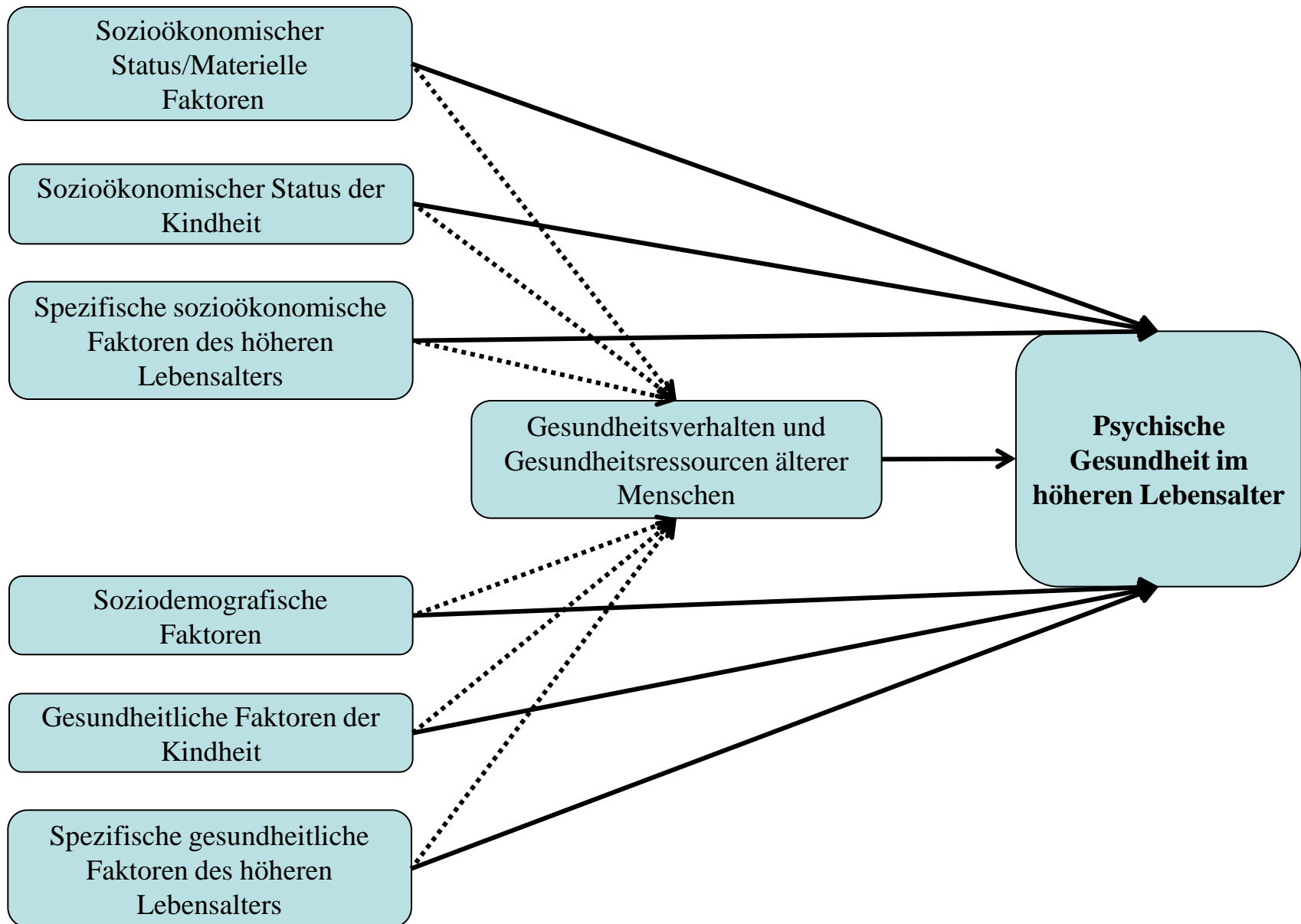
Fazit Forschungsstand:

- Bezüglich sozialer Ungleichheit und Gesundheit sprechen viele theoretische wie empirische Argumente für signifikante Unterschiede in der Gesundheit zwischen den Statusgruppen
- Aber: Für die ältere Altersgruppe gibt es auch Argumente für weniger stark ausgeprägte soziale Ungleichheit

Fazit Theorie:

Ausgangslage: Modell von Mackenbach et al., angepasst an den Lebenslauf und das Alter

- Berücksichtigung von früheren gesundheitlichen Faktoren
- Gesundheitsverhalten und psychische Gesundheit beinhalten spezifische Besonderheiten des höheren Lebensalters
- Mehrdimensionaler sozioökonomischer Status



3. Hypothesen

Ausgangslage und Kausalitätsfragen:

- Zwei zentrale Thesen zum sozioökonomischen Status (nach Mielck 2005):
- **Kausationshypothese:** Der sozioökonomische Status beeinflusst den Gesundheitszustand
- **Selektions- oder Drifthypothese:** Der Gesundheitszustand beeinflusst den sozioökonomischen Status

Insgesamt sprechen mehr empirische Argumente für die Kausationshypothese (Hradil 2009). Dies gilt besonders für die ältere Bevölkerungsgruppe – der sozioökonomische Status wurde bereits erworben und nun können sich allfällige akkumulierte Benachteiligungen auf die Gesundheit auswirken.

Zentrale Ausgangsthese für unsere Studie: Kausationshypothese

- **Allgemeine Haupthypothese zum sozioökonomischen Status (angelehnt an die Kausationshypothese):** Ältere Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status haben eine schlechtere psychische Gesundheit als ältere Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status
- Beispiele:
 - *Ältere Personen mit einem weniger hohen Berufsstatus haben ein weniger vorteilhaftes Gesundheitsverhalten bzw. weniger gute gesundheitliche Ressourcen und dementsprechend eine signifikant schlechtere psychische Gesundheit als Personen mit einem höheren Berufsstatus.*
 - *Bei Männern sind die Effekte des sozioökonomischen Status – indirekt wie direkt – auf die psychische Gesundheit stärker ausgeprägt als bei Frauen.*
- Insgesamt: Bildung von 16 Hypothesen, welche zwischen (möglichen) Geschlechtsdifferenzen sowie direkten und indirekten Effekten differenzieren.

4. Daten, Operationalisierung und Methoden

Daten:

- SHARE-Daten (www.share-project.org) (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)
- Beinhaltet insgesamt über 30'000 Befragte ab 50 Jahren in 14 europäischen Ländern und Israel
- In dieser Arbeit: Daten der Schweiz (2. Welle 2005/2006, n=1366). Es wurden zudem Daten aus der 1. Welle übernommen, wenn entsprechende Daten in der 2. Welle fehlten.
- Für die biografischen Angaben wird auch die 3. Welle (SHARELIFE 2008/2009) beigezogen, sie basiert auf einem live history calendar (LHC): Retrospektive biografische Daten über die Lebensspanne
- Sample: 333 Männer, 446 Frauen, Total n=779
- Querschnittstudie, welche retrospektive Daten berücksichtigt

Operationalisierung:

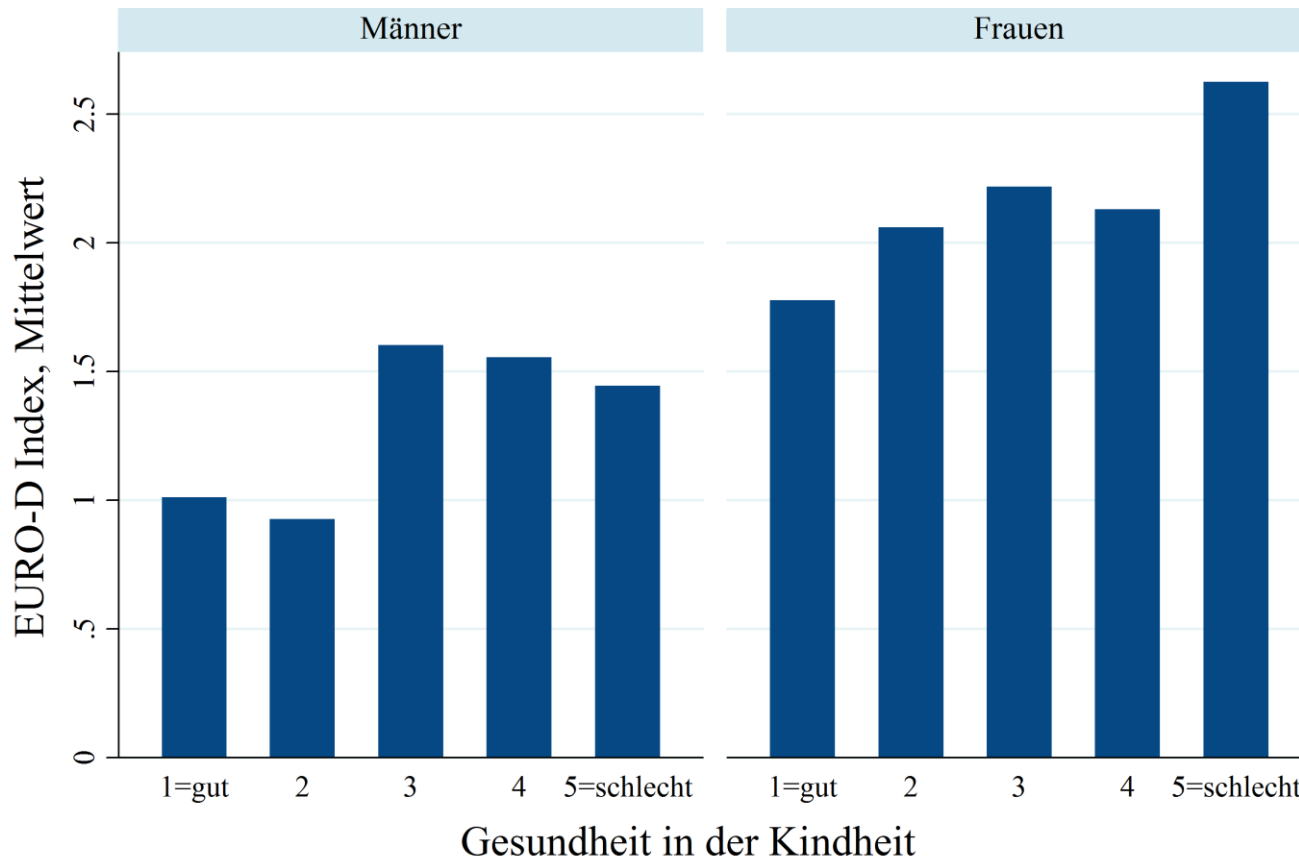
- Wenn möglich standardisierte Kategorisierungen (z. B. Haushalts-Äquivalenzeinkommen, Bildung: ISCED-Variable, Berufsstatus: ISCO88-Skala)
- Viele dichotome Variablen: Z. B. Kinder, Partnerschaft oder Ruhestand
- Psychische Gesundheit: EURO-D Index: 12 einzelne Variablen zur selbst eingeschätzten psychischen Gesundheit: Z. B. Depressive Verstimmungen, Verlust der Freude... (vgl. Prince et al. 1999:330 ff.)
- Gesundheitsverhalten:
 - Allgemeines Gesundheitsverhalten: Index aus Rauchen, BMI und spezifischen sportliche Aktivitäten im Alter
 - Kognitive Ressourcen: Objektiver Mathematikindex: Lösen von sehr einfachen Mathematikaufgaben

Methoden:

- Unsere Hypothesen unterscheiden zwischen indirekten und direkten Effekten – Methode muss diese Differenzierung berücksichtigen
- Gesundheitsverhalten und gesundheitliche Ressourcen sind gleichzeitig abhängige und unabhängige Größen
- **Pfadanalyse** (Spezialfall von linearen Strukturgleichungsmodellen) eignet sich am besten
- Die Pfadanalyse ist eine Modifikation der multivariaten Regression, bei der eine abhängige Variable gleichzeitig auch eine erklärende Variable für andere abhängigen Variablen sein kann
- Berechnungen im AMOS (Ergänzung für SPSS), Datenaufbereitung und deskriptive Statistiken in STATA
- Maximum-Likelihood (ML)-Schätzmethode

5. Ergebnisse

EURO-D Index und Gesundheit in der Kindheit



n: Männer=333; Frauen=446; Korrelation (pearson): Männer: 0.1473** ; Frauen 0.0855+
Datenbasis: SHARE & SHARELIFE, 2004-2009, eigene Berechnungen

Beispiel: Ergebnisse der Pfadanalysen, Frauen-Stichprobe

Frauen	β	S.E.	C.R.	P
Allg. Gesundheitsver. <--- Bildungsniveau	-0.034	0.118	-0.288	0.773
Allg. Gesundheitsver. <--- HH-Äquivalenzeinkommen, log.	0.004	0.131	0.027	0.978
...
Kogn. Ressourcen <--- Bildungsniveau	0.203	0.045	4.509	***
Kogn. Ressourcen <--- HH-Äquivalenzeinkommen, log.	0.035	0.052	0.665	0.506
...
EURO D-Index <--- Risikofaktoren der Eltern (Nein)	-0.134	0.172	-0.778	0.436
EURO D-Index <--- Phys. Mobilitätseinschränkungen	0.356	0.063	5.639	***
EURO D-Index <--- Allg. Gesundheitsverhalten	-0.004	0.037	-0.115	0.908
EURO D-Index <--- Kognitive Ressourcen	-0.164	0.090	-1.826	+
Erklärungsgehalt (Squared Multiple Correlations)	Schätzer			
Allg. Gesundheitsver.	0.069			
Kogn. Ressourcen	0.074			
EURO D-Index	0.137			

N=446

+ sig. 10%-Niveau, * sig. 5%-Niveau, ** sig. 1%-Niveau, *** sig. 0.1%-Niveau, Referenzkategorien in Klammern. Datenbasis: SHARE & SHARELIFE, 2004-2009, eigene Berechnungen

Fazit Ergebnisse:

- Insgesamt: Bei vielen soziodemografischen und gesundheitlichen, gegenwärtigen wie biografischen, Indikatoren ergibt sich ein ziemlich heterogenes Bild.
- **Folge: Unsere Hypothesen bestätigen sich nur teilweise.**
- Einige Geschlechtsdifferenzen – unterschiedliche Betrachtung hat sich gelohnt
- Ergebnisse lassen sich auch auf unsere teilweise explorative Vorgehensweise zurückführen
- Keine eindeutige Tendenz zu einer spezifischen These (z. B. Kumulationsthese)

6. Diskussion und Kritik

- Keine direkten vergleichbaren Studien zur Einordnung der Resultate. Aber: In ähnlichen Studien zu Wohlbefinden (z. B. Höpflinger 2008): Ebenfalls tiefer Erklärungsgrad von soziodemografischen Variablen.
- Information von Querschnittsdaten ist trotz umfangreicher Retrospektivfragen im Datensatz begrenzt.
- **Direkte Effekte sind wichtiger als vermutet.** Mögliche Erklärung: Viele Einflussfaktoren wie z. B. Benachteiligungen in der Erwerbsbiografie hängen nicht mit dem Gesundheitsverhalten zusammen
- Probleme bei der Operationalisierung

7. Probleme während der Arbeit

- Fehlende Theorie(n)
- Unklare, uneindeutige oder sich überschneidende Definitionen (z. B. Gesundheit im Alter)
- Schwierigkeiten mit Datensatz sowie beim Zusammenführen der verschiedenen Wellen bzw. Befragungszeitpunkte
- Allgemein: Ernüchterung nach ersten Berechnungen wegen nicht brauchbaren Resultaten (schlechte Modellgütewerte)
- Tlw. verliert man während der Arbeit etwas den Überblick über bisherige Arbeitsschritte, weil sie schon etwas länger zurückliegen