

Die Bedeutung sozialer Beziehungen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit im Alter

Submitted: 4 May 2004

Accepted: 8 October 2004

Published Online First: 21 September 2005

Summary

The importance of social relationships for the association between social inequality and health among the aged

Objectives: To analyse whether the association between social inequality and health among the aged is mediated through social relationships (differential exposure hypothesis). Moreover, it is examined whether the association between social relationships and health is stronger in lower socio-economic groups (differential vulnerability hypothesis).

Methods: The analyses are based on a telephone survey of 682 older people (≥ 60 years) living in a private household in Germany. Education, income and occupational status are utilised as indicators of the socio-economic status. Quantitative (social contacts) as well as qualitative indicators (emotional support) of social relationships are used. Respondents were asked how often they meet their friends and relatives. Emotional support was measured by an instrument assessing the availability of a confidant and the perceived adequacy of the emotional support received. Self-rated health, depression (CES-D) and functional limitations are introduced as health indicators.

Results: Multiple logistic regression analyses show that the mediating effect of social relationships on the association between socio-economic status and health (self-rated health, depression and functional limitations) among the aged is weak. Results concerning the differential health impact of social relationships in different socio-economic groups are inconsistent.

Discussion: Results do not support the differential exposure hypothesis saying that social inequalities in health can be explained by social relationships. Results do not support the differential vulnerability hypothesis either as there is no evidence for a stronger association between social relationships and health in lower socio-economic groups.

Keywords: Social inequality – Social relationships – Health – Elderly – Differential exposure hypothesis – Differential vulnerability hypothesis.

Aus der sozialepidemiologischen und medizinsoziologischen Forschung sind zahlreiche Untersuchungen hervorgegangen, in denen sich konstant ein sozialer Gradient von Morbidität und Mortalität, d. h. ein linearer Zusammenhang zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit (im Allgemeinen gemessen durch Bildung, Einkommen und/oder berufliche Position) und dem Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko gezeigt hat (Mielck 2000; Mackenbach et al. 2003). Zur Erklärung dieses sozialen Gradienten sind unterschiedliche Ansätze und Modelle entwickelt und überprüft worden. Die Ergebnisse aus diesen Untersuchungen deuten darauf hin, dass der soziale Gradient nur zu einem unbedeutenden Teil dadurch erklärt werden kann, dass Krankheiten intragenerative Abwärtsmobilität auslösen oder zumindest eine entsprechende Aufwärtsmobilität verhindern und einen niedrigeren sozialen Status zur Folge haben (Wilkinson 1986). Vielmehr ist im Sinne einer sozialen Verursachung davon auszugehen, dass die mit dem Schichtkonstrukt erfassten unterschiedlichen objektiven Lebensbedingungen die Anfälligkeit für Krankheiten und die Lebenserwartung beeinflussen. Neben materiellen Lebensbedingungen und gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen wird zunehmend auf die Bedeutung psychosozialer Faktoren bei der Vermittlung zwischen sozialem Status und Gesundheit hingewiesen (Marmot 1999; Krieger 2001). Dabei stehen die vermittelnden Einflüsse von psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz (Siegrist & Marmot 2004) und von sozialen Beziehungen (Stansfeld 1999; Berkman & Glass 2000) im Mittelpunkt sozialepidemiologischer Forschungsinteressen. Bei den Überlegungen zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit, psychosozialen Faktoren und Gesundheit werden im Allgemeinen zwei Wirkungsweisen diskutiert (Stronks et

al. 1998; Siegrist & Marmot 2004). Zum einen wird unterstellt, dass Personen mit einem niedrigeren sozialen Status deshalb häufiger gesundheitliche Probleme haben, weil sie in stärkerem Masse psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind und über weniger psychosoziale Ressourcen verfügen (statusspezifische Exposition). Demzufolge wird der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit durch psychosoziale Faktoren vermittelt. Der zweiten Annahme zufolge ergibt sich der soziale Gradient von Gesundheit und Krankheit aus einer erhöhten Vulnerabilität gegenüber den gesundheitsschädigenden Folgen von psychosozialen Belastungen in den unteren sozialen Schichten. Diese Annahme wird damit begründet, dass in diesen Schichten Fähigkeiten bzw. Möglichkeiten, Belastungen zu bewältigen, in geringerem Masse gegeben sind. Die gesundheitsschädigenden Effekte von psychosozialen Belastungen bzw. fehlenden Ressourcen fallen in diesen Schichten folglich stärker aus (statusspezifische Vulnerabilität). Die Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen zur statusspezifischen Exposition wie auch zur statusspezifischen Vulnerabilität sind uneinheitlich (Marmot et al. 1997; Stronks et al. 1998; Stansfeld 1999; Melchior et al. 2003; Knesebeck 2005; Siegrist & Marmot 2004).

Auch im Hinblick auf die Frage, ob und wie sich die gesundheitsrelevanten Schichteinflüsse im höheren Lebensalter verändern, ergibt sich ein uneinheitliches Bild: Einerseits finden sich Hinweise darauf, dass die soziale Differenzierung von Morbidität und Mortalität in höheren Altersgruppen abnimmt bzw. verschwindet (House et al. 1994; Knesebeck et al. 2003; Huisman et al. 2003), andererseits konnte gezeigt werden, dass der soziale Gradient bis ins hohe Alter nachweisbar ist (Marmot & Shipley 1996; Liao et al. 1999; Knesebeck et al. 2003; Huisman et al. 2003). Zudem liegen kaum Erkenntnisse darüber vor, welche Erklärungsansätze für einen sozialen Gradienten von Morbidität und Mortalität im höheren Lebensalter in Frage kommen. Es wird allerdings die Vermutung geäußert, dass die für diese Altersgruppe relevanten psychosozialen Belastungen und Ressourcen wie z. B. die Qualität und Häufigkeit zwischenmenschlicher Kontakte besonders bedeutsam sein könnten (House et al. 1994).

Im vorliegenden Beitrag soll der Frage nachgegangen werden, welche Bedeutung die Qualität und Häufigkeit sozialer Beziehungen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter hat. Dabei wird zum einen untersucht, inwieweit der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit durch soziale Beziehungen im Sinne einer statusspezifischen Exposition vermittelt wird. Zum anderen wird analysiert, inwieweit sich unterschiedlich starke Zusammenhänge zwischen sozialen Beziehungen und Gesundheit in unterschiedlichen Statusgruppen im Sinne einer statusspezifischen Vulnerabilität ergeben.

Methode

Stichprobe

Datengrundlage der folgenden Analysen ist eine im Jahr 2000 mit Hilfe von CATI (Computer-Assisted Telephone Interviewing) durchgeführte bundesweite telefonische Befragung zum Thema „sozialer Status und Gesundheit bei alten Menschen“ (Knesebeck et al. 2001). Grundgesamtheit der Untersuchung waren alle Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung 60 Jahre oder älter waren und in einem Privathaushalt in Deutschland lebten. Bei der telefonischen Kontaktierung der nach einem Zufallsverfahren ausgewählten Telefonnummern wurde zunächst durch ein Screening festgestellt, ob und wie viele Personen im betreffenden Haushalt leben, die 60 Jahre oder älter sind. Lebte keine solche Person in diesem Haushalt, so wurde dieser aus der Untersuchung ausgeschlossen.

In der Konzeption der Untersuchung wurde davon ausgegangen, dass nicht mehr alle ausgewählten alten Personen aufgrund von Erkrankungen, Hör- oder Verständnisproblemen zu einem telefonischen Interview in der Lage sind oder sich zu diesem nicht mehr in der Lage fühlen. Um jedoch auch über diese Personen einige Informationen zu bekommen und somit Ausfällen aufgrund von Nicht-Befragbarkeit entgegenzuwirken, wurde neben dem normalen Fragebogen, eine etwa 40 Fragen umfassende Kurzfassung entwickelt, die von einer, mit der Situation des alten Menschen vertrauten Person stellvertretend beantwortet wurde (Proxy-Interview).

Insgesamt konnten 821 Interviews realisiert werden, von denen 139 anhand des Kurzfragebogens geführt wurden. Dies entspricht einer Antwortrate von etwa 63% (Knesebeck et al. 2001). Da in die folgenden Analysen Variablen eingehen, die im Rahmen der Kurzinterviews nicht erhoben wurden, beziehen sich die folgenden Aussagen auf die 682 Langinterviews. Das heisst, die hier zugrunde gelegte Stichprobe setzt sich aus alten Menschen zusammen, die zu einem Telefoninterview gesundheitlich in der Lage waren.

Untersuchungsinstrumente

In die Analysen werden neben den soziodemographischen Merkmalen Geschlecht und Alter drei Indikatoren für soziale Ungleichheit einbezogen: Bildung wurde gemessen durch den höchsten erreichten Schulabschluss. Das Einkommen wurde als nach der Anzahl der Haushaltsmitglieder gewichtetes Jahres-Haushalts-Brutto-Einkommen pro Kopf gemessen (Gewichtungsfaktor 0.8 ab der zweiten Person im Haushalt (Wagner et al. 1999)). Zur Erfassung der beruflichen Tätigkeit wurde die von Treiman (1977) entwickelte „standardisierte internationale Berufsprestigeskala“ eingesetzt.

In der Studie wurden sowohl quantitative als auch qualitative Merkmale sozialer Beziehungen berücksichtigt. Als

quantitative Merkmale gehen zwei Indikatoren für soziale Kontakte in die Analysen ein: Zum einen wird die von den Befragten angegebene Häufigkeit des persönlichen Kontakts mit Freunden und Bekannten einbezogen ((fast) täglich, mindestens einmal in der Woche, mindestens einmal im Monat seltener oder nie). Die Variable wurde dichotomisiert, indem Befragte, die seltener als einmal in der Woche Kontakt mit Freunden und Bekannten hatten, auf 1 gesetzt wurden. Zum anderen wurden die Untersuchungsteilnehmer gefragt, wie häufig sie ihre Kinder, ihre Enkel, ihre Geschwister oder andere Verwandte persönlich treffen ((fast) täglich, mindestens einmal in der Woche, mindestens einmal im Monat seltener oder nie). Basierend auf diesen Angaben wurde eine Variable („seltene Familienkontakte“) konstruiert, bei der die Befragten, die angaben, alle Verwandten seltener als einmal in der Woche zu treffen, den Wert 1 bekamen. Als qualitatives Merkmal sozialer Beziehungen wurde ein Indikator für soziale Unterstützung verwendet. Hierzu wurde die wahrgenommene Verfügbarkeit, die Inanspruchnahme und die Adäquatheit von emotionaler Unterstützung erhoben (Seeman & Berkman 1988). Zunächst wurde gefragt, ob die Untersuchungsteilnehmer eine Person haben, der sie sich eng verbunden fühlen und auf die sie sich verlassen können. Daraufhin wurde erfasst, ob die Befragten in den letzten 12 Monaten emotionale Unterstützung gebraucht haben. Die Adäquatheit der emotionalen Unterstützung wurde erhoben durch die Frage, ob die Untersuchungsteilnehmer mehr gefühlsmässige Unterstützung hätten gebrauchen können, als sie erhalten haben. Befragte, die angaben, dass ihnen keine emotionale Unterstützung zur Verfügung steht oder dass die erhaltene Unterstützung nicht adäquat war, wurden auf 1 gesetzt.

Als abhängige Variablen gehen drei für die Gesundheit alter Menschen bedeutsame Indikatoren in die Analysen ein, die im Rahmen von Befragungen erhoben werden können: (1) Die Selbsteinschätzung der Gesundheit (1 = schlecht bis 5 = sehr gut), die sich insbesondere in Untersuchungen mit alten Menschen als valider Gesundheitsindikator erwiesen hat (Idler & Benyamini 1997). (2) Zur Erfassung depressiver Symptome wurde die deutsche Version der CES-D-Skala (Hautzinger & Bailer 1993; Radloff 1977) in einer gekürzten Form eingesetzt. Ergebnisse aktueller gerontologischer Untersuchungen legen nahe, dass dieses Instrument auch bei alten Menschen anwendbar ist (Riediger et al. 1998). Die in der vorliegenden Untersuchung verwendete Skala wurde gegenüber der offiziellen Kurzversion (ADS-K) von Hautzinger und Bailer (1993) modifiziert: Auf der Basis der in der Literatur (Riediger et al. 1998) publizierten Ergebnisse zur Faktorstruktur bei der Anwendung in Altenpopulationen wurden vier Items mit geringen Faktorladungen ausgeschlossen. Zudem wurde die Antwortskala für den Einsatz im Telefoninterview anders verbalisiert

und zum Zweck der Vereinheitlichung in eine 5-Punkt-Skala umgewandelt (1 = nie bis 5 = sehr oft). Die zur Messung depressiver Symptome eingesetzte Skala besteht demnach aus 11 Items (Cronbach's Alpha = 0,85) und hat einen Wertebereich von 11 bis 55. (3) Funktionale Einschränkungen beziehen sich auf das Ausmass an Schwierigkeiten, das die Befragten haben (von 1 = keine bis 5 = kann ich gar nicht), die folgenden drei Tätigkeiten ohne fremde Hilfe auszuführen: Gewichte von über fünf Kilo heben, hinknien, lange stehen (Cronbach's Alpha = 0,79). Die drei Items sind einer von Nagi (1976) konstruierten Skala entnommen. Diese Skala ist dadurch gekennzeichnet, dass sie alltagsrelevante, relativ komplexe Aktivitäten umfasst, die weiterreichende körperliche Fähigkeiten erfordern und sich somit für den Einsatz bei alten Menschen eignet, die in Privathaushalten leben und nur selten basalen Funktionseinschränkungen unterliegen. Eine zusammenfassende Beschreibung der Variablen findet sich in Tabelle 1.

Statistische Analysen

Zur Untersuchung der Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit, sozialen Beziehungen und Gesundheit im Alter werden multiple logistische Regressionen berechnet. Hierzu wurden die Gesundheitsindikatoren dichotomisiert (subjektive Gesundheit nicht so gut oder schlecht = 1, Depressivität im oberen Tertil = 1, funktionale Einschränkungen im oberen Tertil = 1). Um zu prüfen, inwieweit der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit durch soziale Beziehungen vermittelt wird, werden zwei Modelle berechnet. Im ersten Modell werden die Statusindikatoren als unabhängige Variablen eingeführt, wobei Alter und Geschlecht kontrolliert werden. Im zweiten Modell wird zusätzlich für die quantitativen und qualitativen Merkmale sozialer Beziehungen adjustiert (Baron & Kenny 1986). Um zu untersuchen, inwieweit sich unterschiedlich starke Zusammenhänge zwischen sozialen Beziehungen und Gesundheit in unterschiedlichen Statusgruppen ergeben, werden Subgruppenanalysen durchgeführt (Baron & Kenny 1986). Zu diesem Zweck wurde aus den drei Ungleichheitsindikatoren Beruf, Bildung und Einkommen ein Index gebildet, wobei zur Konstruktion der Skala die Faktorwerte herangezogen wurden. Durch dieses Vorgehensweise gehen die Indikatoren ihrem Gewicht entsprechend in die Indexbildung ein. Die Gewichte geben dabei die Stärke der Beziehung zwischen dem jeweiligen Indikator und der latenten Variable (sozialer Status) wieder (Schnell et al. 1995: 164).

Ergebnisse

Wie Tabelle 2 zu entnehmen ist, ergeben sich im Hinblick auf das Einkommen bei Kontrolle des Alters und des Geschlechts

Tabelle 1 Beschreibung der Variablen (% , N = 682) (Germany, 2000)

Geschlecht	
männlich	41,8
weiblich	58,2
Alter	
60–65	30,5
66–74	38,3
75 +	31,2
Bildung	
Volks-/Hauptschulabschluss	57,2
Realschule	26,0
Fach-/Hochschulreife	16,7
Einkommen	
< 12 500 Euro	20,1
12 500–15 000 Euro	34,9
> 15000 Euro	45,0
Berufsprestige	
niedrig (13–37)	34,1
mittel (38–49)	40,7
hoch (50–82)	25,2
Seltene Kontakte mit Freunden	
ja	16,8
nein	83,2
Seltene Kontakte mit der Familie	
ja	10,9
nein	89,1
Defizitäre emotionale Unterstützung	
ja	16,0
nein	84,0
Subjektive Gesundheit	
schlecht	5,4
nicht so gut	16,0
zufriedenstellend	37,2
gut	33,6
sehr gut	7,8
Depression	
niedrig (11–15)	29,6
mittel (16–22)	38,6
hoch (23–55)	31,9
Funktionale Einschränkungen	
keine	22,7
wenig	43,1
einige/starke	34,2

(Modell I) signifikante Zusammenhänge mit allen drei Gesundheitsindikatoren. Die Zusammenhänge zwischen Bildung und Berufsprestige auf der einen und subjektiver Gesundheit, Depressivität und funktionalen Einschränkungen auf der anderen Seite sind etwas schwächer. Zudem zeigt sich, dass Bildung nicht mit Depressivität assoziiert ist. Bei zusätzlicher Kontrolle der Indikatoren für soziale Beziehungen (Modell II) verringern sich die Einkommenseffekte nur leicht und bleiben im signifikanten Bereich. Demgegenüber nehmen die Einflüsse von Bildung und Beruf auf die drei

Gesundheitsindikatoren bei Kontrolle der Merkmale sozialer Beziehungen tendenziell an Stärke zu.

Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse der logistischen Regressionen mit den drei Indikatoren für soziale Beziehungen als unabhängige und den drei Gesundheitsindikatoren als abhängige Variablen für drei gleich grosse Statusgruppen. Es zeigt sich, dass seltene Kontakte mit Freunden (seltener als einmal in der Woche) in der höchsten Statusgruppe mit einem etwa fünf-fach erhöhten Risiko assoziiert sind, über einen schlechten subjektiven Gesundheitszustand zu verfügen, während sich in den beiden niedrigeren Statusgruppen keine Zusammenhänge erkennen lassen. Seltene Familienkontakte sind in der niedrigsten Statusgruppe mit einem fast fünffach erhöhten Risiko verbunden, die eigene Gesundheit als schlecht einzuschätzen. Dieser Zusammenhang ist in der mittleren und in der höchsten Statusgruppe schwächer ausgeprägt. Auch die Einflüsse defizitärer emotionaler Unterstützung auf die subjektive Gesundheit unterscheiden sich in ihrer Stärke leicht zwischen den Statusgruppen. Im Hinblick auf depressive Symptome sind die Einflüsse der Merkmale sozialer Beziehungen in der höchsten Statusgruppe am stärksten. Bei den funktionalen Einschränkungen sind die Zusammenhänge in der mittleren Statusgruppe insgesamt schwächer als in der niedrigen und in der hohen. Ähnlich wie bei der subjektiven Gesundheit sind die Effekte der Kontakte mit Freunden bei Personen mit hohem Status am stärksten, während die der Familienkontakte bei Personen mit niedrigem Status am stärksten sind.

Zusammenfassung und Diskussion

Bei der im vorliegenden Beitrag vorgenommenen Analyse des Zusammenhanges von sozialer Ungleichheit, sozialen Beziehungen und Gesundheit wurde zum einen der Frage nachgegangen, inwieweit Personen mit niedrigerem sozialen Status deshalb häufiger gesundheitliche Probleme haben, weil sie über weniger soziale Kontakte und defizitäre soziale Beziehungen verfügen. Zum anderen wurde geprüft, inwieweit sich stärkere gesundheitsrelevante Effekte von sozialen Beziehungen in unteren Statusgruppen nachweisen lassen.

Die vermittelnden Effekte von sozialen Beziehungen im Hinblick auf den sozialen Gradienten von Gesundheit und Krankheit im höheren Lebensalter sind insgesamt eher gering. Zudem nehmen die gesundheitsrelevanten Einflüsse von Bildung und Beruf bei Kontrolle der Merkmale sozialer Beziehungen tendenziell an Stärke zu, während sie sich im Falle des Einkommens leicht verringern. Geschlechtsspezifische Subgruppenanalysen zeigen, dass die vermittelnden Effekte von sozialen Beziehungen bei Frauen etwas stärker ausgeprägt sind als bei Männern (ohne tabellarische Darstellung). Bislang liegen nur wenige andere Untersuchungen vor, in

	Schlechte subjektive Gesundheit	Depressivität	Funktionale Einschränkungen
Modell I			
< 12 500 Euro	2,63 (1,54–4,50)	2,74 (1,64–4,56)	2,92 (1,73–4,94)
12 500–15 000 Euro	1,94 (1,19–3,14)	1,81 (1,17–2,78)	3,15 (2,01–4,95)
> 15 000 Euro	1,00	1,00	1,00
Modell II			
< 12 500 Euro	2,47 (1,43–4,28)	2,50 (1,41–3,18)	2,83 (1,66–4,83)
12 500–15 000 Euro	1,93 (1,18–3,17)	1,78 (1,14–2,77)	3,18 (2,01–5,02)
> 15 000 Euro	1,00	1,00	1,00
Modell I			
Volks-/Hauptschule	2,08 (1,12–3,86)	1,18 (0,71–1,95)	1,95 (1,13–3,35)
Realschule	1,24 (0,62–2,48)	0,81 (0,46–1,42)	1,25 (0,68–2,27)
Fach-/Hochschulreife	1,00	1,00	1,00
Modell II			
Volks-/Hauptschule	2,27 (1,21–4,28)	1,27 (0,75–2,16)	2,08 (1,19–3,63)
Realschule	1,28 (0,63–2,59)	0,82 (0,46–1,48)	1,26 (0,68–2,32)
Fach-/Hochschulreife	1,00	1,00	1,00
Modell I			
niedriges Berufsprestige	2,04 (1,22–3,39)	1,80 (1,34–2,90)	2,18 (1,38–3,44)
mittl. Berufsprestige	1,65 (0,97–2,81)	1,15 (0,71–1,84)	1,44 (0,89–2,32)
hohes Berufsprestige	1,00	1,00	1,00
Modell II			
niedriges Berufsprestige	2,31 (1,37–3,89)	2,16 (1,34–3,48)	2,42 (1,51–3,87)
mittl. Berufsprestige	1,76 (1,02–3,03)	1,17 (0,72–1,93)	1,52 (0,93–2,47)
hohes Berufsprestige	1,00	1,00	1,00

Tabelle 2 Sozialer Status und Gesundheit: Odds Ratios und (95% Konfidenzintervalle) Germany, 2000

Modell I: Kontrolliert für Alter und Geschlecht

Modell II: Kontrolliert für Alter, Geschlecht, soziale Kontakte (Familie und Freunde) und emotionale Unterstützung

	Niedriger sozialer Status (unteres Tertil)	Mittlerer sozialer Status (mittleres Tertil)	Hoher sozialer Status (oberes Tertil)
Schlechte subjektive Gesundheit			
Seltene Kontakte mit Freunden	1,05 (0,43–2,57)	0,92 (0,32–2,68)	5,12 (1,65–15,87)
Seltene Kontakte mit der Familie	4,68 (1,28–17,15)	0,80 (0,21–3,00)	1,87 (0,59–5,92)
Defizitäre emotionale Unterstützung	3,01 (1,26–7,20)	1,98 (0,67–5,90)	2,58 (0,91–7,28)
Depressivität			
Seltene Kontakte mit Freunden	1,05 (0,43–2,56)	2,05 (0,79–5,27)	2,85 (0,81–9,98)
Seltene Kontakte mit der Familie	0,43 (0,10–1,78)	0,89 (0,28–2,84)	2,31 (0,78–6,87)
Defizitäre emotionale Unterstützung	1,70 (0,65–4,39)	1,89 (0,61–5,82)	8,18 (4,03–20,69)
Funktionale Einschränkungen			
Seltene Kontakte mit Freunden	1,82 (0,72–4,56)	0,78 (0,29–2,09)	3,15 (1,03–9,60)
Seltene Kontakte mit der Familie	4,41 (1,08–17,94)	1,50 (0,52–4,32)	1,47 (0,52–4,18)
Defizitäre emotionale Unterstützung	2,29 (0,89–5,86)	1,82 (0,63–5,27)	2,20 (0,89–5,44)

Tabelle 3 Soziale Beziehungen und Gesundheit in drei Statusgruppen: Odds Ratios und (95% Konfidenzintervalle)* Germany, 2000

* Kontrolliert für Alter, Geschlecht und die jeweils anderen Indikatoren für soziale Beziehungen

denen der vermittelnde Effekt sozialer Beziehungen empirisch geprüft wurde: Eine Analyse von britischen Daten (Whitehall-Studie, Frauen und Männer im mittleren Erwachsenenalter) ergab, dass die statistische Kontrolle von sozialer Unterstützung und sozialen Kontakten den Effekt der beruflichen Stellung auf die Inzidenz der koronaren Herzkrankheit nur geringfügig verringert (Marmot et al. 1997). Die Autoren schliessen, dass soziale Beziehungen nicht zur Erklärung des sozialen Gradienten der koronaren Herzkrankheit beitragen. Ähnliche Befunde werden aus anderen Untersuchungen unter Verwendung anderer Gesundheitsindikatoren berichtet (Turner & Marino 1994; Stansfeld et al. 1998). Vor diesem Hintergrund erscheint die generelle Aussage, dass Personen mit niedrigerem sozialen Status deshalb häufiger gesundheitliche Probleme haben, weil sie über weniger soziale Kontakte und defizitäre soziale Beziehungen verfügen, problematisch.

Im Hinblick auf moderierende Einflüsse zeigen die im vorliegenden Beitrag dokumentierten Analysen ein inkonsistentes Bild: Bei der subjektiven Gesundheit und funktionalen Einschränkungen sind die Zusammenhänge mit sozialen Beziehungen in der mittleren Statusgruppe schwächer als in der niedrigen und in der hohen, während bei depressiven Symptomen die Zusammenhänge unter Personen mit vergleichsweise hohem sozialen Status am stärksten sind. Es liegen nur wenige andere sozialepidemiologische und noch weniger gerontologische Arbeiten vor, die sich mit der Frage beschäftigen, ob sich die gesundheitsrelevanten Wirkungen sozialer Beziehungen zwischen höheren und niedrigeren Statusgruppen unterscheiden. Stronks et al. (1998) fanden in einer niederländischen Untersuchung (Frauen und Männer im Alter zwischen 15 und 74 Jahren) zwar unterschiedlich starke Effekte von psychosozialen Belastungen (unter anderem problematische soziale Beziehungen) auf subjektive Gesundheitsmasse zwischen unterschiedlichen Bildungsgruppen; es liessen sich jedoch nicht, wie angenommen, durchgehend stärkere Effekte in den niedrigeren gegenüber den höheren Bildungsgruppen nachweisen. In einer französischen Kohortenstudie mit Beschäftigten im mittleren Erwachsenenalter zeigten sich die stärksten gesundheitsschädigenden Effekte defizitärer sozialer Unterstützung bei Männern in der höchsten Berufsgruppe, bei den Frauen waren die Effektunterschiede zwischen den Berufsgruppen weniger eindeutig (Melchior et al. 2003). Wie Unger et al. (1999) auf der Basis einer amerikanischen Stichprobe von Personen im Alter zwischen 70 und 79 Jahren feststellten, ergaben sich zwischen Einkommen und diversen Indikatoren für soziale Beziehungen (Anzahl sozialer Kontakte und soziale Unterstützung) keine signifikanten Interaktionen. In einer ebenfalls aus Amerika stammenden Untersuchung fanden sich darüber hinaus kei-

ne Interaktionen zwischen Netzwerkgrösse und Bildung im Hinblick auf die subjektive Gesundheit; es waren allerdings Interaktionen zwischen qualitativen Merkmalen sozialer Beziehungen (instrumentelle und emotionale Unterstützung sowie Belastungen in der Beziehung zum Partner und zu den Kindern) und Bildung zu beobachten (Antonucci et al. 1999). Angesichts dieser inkonsistenten Befunde sollte generalisierende Aussagen über eine stärkere Vulnerabilität von unteren sozialen Schichten gegenüber unzureichenden sozialen Kontakten oder defizitärer sozialer Unterstützung mit Skepsis begegnet werden.

Die erzielten Ergebnisse sind vor dem Hintergrund verschiedener methodischer Begrenzungen der zugrunde gelegten Untersuchung zu sehen. Zum einen handelt es sich um eine Querschnittsuntersuchung, bei der keine gesicherten Aussagen über kausale Zusammenhänge möglich sind. Da zudem alle in den Analysen verwendeten Variablen im Rahmen von Befragungen erhoben worden sind, beruhen sie alle auf Selbstauskünften. Wenn sowohl die abhängige Variable (Gesundheit) als auch die unabhängigen Variablen (sozialer Status, soziale Beziehungen) auf Selbstauskünften basieren, kann generell nicht ausgeschlossen werden, dass sich Zusammenhänge zwischen Prädiktor und Zielvariable durch Antworttendenzen der Befragten ergeben. Schliesslich ist die Stichprobengrösse relativ klein, was insbesondere bei den Subgruppenanalysen (Tab. 3) zu grossen Konfidenzintervallen führt.

Trotz der genannten methodischen Begrenzungen lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die hier dokumentierten Analysen weder die Annahme stützen, dass der soziale Gradient der Gesundheit im Alter durch soziale Beziehungen erklärt werden kann; noch fanden sich eindeutige Hinweise darauf, dass die gesundheitsschädigenden Wirkungen unzureichender sozialer Beziehungen in unteren sozialen Schichten stärker sind.

Danksagung

Die hier dargestellten Ergebnisse sind aus einer deutsch-amerikanischen Vergleichsuntersuchung hervorgegangen, die von der Humboldt-Stiftung im Rahmen des TransCoop-Programms gefördert wurde. Durchführende Institutionen waren auf deutscher Seite von der Universität Düsseldorf das Institut für Medizinische Soziologie (Prof. Dr. Johannes Siegrist) in Kooperation mit dem Sozialwissenschaftlichen Institut und auf amerikanischer Seite das Institute of Social Research am Department of Sociology der Universität Alabama/Birmingham (Prof. Dr. Günther Lüschen, Prof. William C. Cockerham, PhD).

Zusammenfassung

Fragestellung: Im vorliegenden Beitrag wird zum einen untersucht, inwieweit der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter durch soziale Beziehungen im Sinne einer statusspezifischen Exposition vermittelt wird. Zum anderen wird analysiert, inwieweit sich unterschiedlich starke Zusammenhänge zwischen sozialen Beziehungen und Gesundheit in unterschiedlichen Statusgruppen im Sinne einer statusspezifischen Vulnerabilität ergeben.

Methoden: Datengrundlage ist eine bundesweite telefonische Befragung von 682 in Privathaushalten lebenden alten Menschen (60 Jahre und älter). Als Indikatoren für den sozialen Status werden Bildungsabschluss, Pro-Kopf-Einkommen und Berufsprestige herangezogen. Als Merkmale sozialer Beziehungen gehen zwei Indikatoren für soziale Kontakte (Freunde und Verwandte) sowie die wahrgenommene Verfügbarkeit, die Inanspruchnahme und die Adäquatheit von emotionaler Unterstützung in die Analysen ein. Die Selbsteinschätzung der Gesundheit, eine Depressionsskala (CES-D) und eine Skala zur Abbildung funktionaler Einschränkungen dienen als Gesundheitsindikatoren.

Ergebnisse: Aus den multiplen logistischen Regressionsanalysen geht hervor, dass die vermittelnden Effekte von sozialen Beziehungen im Hinblick auf den sozialen Gradienten der Gesundheit (subjektive Gesundheit, Depressivität und funktionale Einschränkungen) im höheren Lebensalter insgesamt eher gering sind. Im Hinblick auf die differierende Stärke des Zusammenhanges zwischen sozialen Beziehungen und Gesundheit in unterschiedlichen Statusgruppen ergibt sich ein inkonsistentes Bild.

Schlussfolgerungen: Durch die Analysen lässt sich weder die Annahme stützen, dass der soziale Gradient der Gesundheit im Alter durch soziale Beziehungen erklärt werden kann; noch finden sich eindeutige Hinweise darauf, dass die gesundheits-schädigenden Wirkungen unzureichender sozialer Beziehungen in unteren sozialen Schichten stärker sind.

Résumé

Le rôle des relations sociales dans le lien entre inégalités sociales et inégalités de santé chez les personnes âgées

Objectif: Examiner de quelle manière les relations sociales influencent le lien entre inégalités sociales et inégalités de santé chez les personnes âgées (differential exposure hypothesis). Vérifier si l'association entre les relations sociales et la santé est plus forte dans des groupes ayant un statut socioéconomique bas (differential vulnerability hypothesis).

Méthodes: Une enquête téléphonique a été menée auprès de 682 personnes de 60 ans et plus vivant à domicile en Allemagne. Les indicateurs du statut socioéconomique sont la formation, le salaire et le statut professionnel. En ce qui concerne les relations sociales, des indicateurs quantitatifs (contacts sociaux) et qualitatifs (support émotionnel) sont utilisés, par exemple la fréquence des contacts avec des amis et la famille, la disponibilité de l'entourage et la qualité du soutien émotionnel. Les indicateurs de santé sont le niveau de dépression (CES-D), les limitations fonctionnelles et la santé auto-évaluée.

Résultats: Les relations sociales chez les personnes âgées n'interviennent que dans l'association entre statut socioéconomique et santé (santé auto-estimée, dépression et limitations fonctionnelles). Les résultats concernant les différences d'association entre relations sociales et santé dans des groupes de statuts socio-économiques différents sont incohérents.

Conclusions: Les résultats obtenus ne confirment ni l'hypothèse expliquant les inégalités de santé par le niveau de relations sociales, ni celle postulant que les effets négatifs pour la santé de relations sociales insuffisantes sont plus importants dans les couches sociales les plus défavorisées.

Literaturverzeichnis

Antonucci TC, Ajrouch KJ, Janevic M (1999). Socioeconomic status, social support, age, and health. *Ann N Y Acad Sci* 896: 390–2.

Baron RM, Kenny DA (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 6: 1173–82.

Berkman LF, Glass T (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press: 137–73.

Hautzinger M, Bailer M (1993). Allgemeine Depressionskala – ADS. Manual. Weinheim: Beltz.

House JS, Lepkowski JM, Kinney AM, Mero RP, Kessler RC, Herzog AR (1994). The social stratification of aging and health. *J Health Soc Behav* 35: 213–34.

Huisman M, Kunst AE, Mackenbach J (2003). Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview. *Soc Sci Med* 57: 861–73.

Idler E, Benyamini Y (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 38: 21–37.

Knesebeck Ovd (2005). Soziale Einflüsse auf die Gesundheit alter Menschen: eine deutsch-amerikanische Vergleichsstudie. Bern: Huber.

Knesebeck Ovd, Hüfken V, Dübbert P (2001). Stichprobenrealisierung bei einer bundesweiten telefonischen Befragung alter Menschen. *ZUMA-Nachrichten* 48: 67–84.

Knesebeck Ovd, Lüschen G, Cockerham WC, Siegrist J (2003). Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: a comparative cross-sectional study. *Soc Sci Med* 57: 1643–52.

Krieger N (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol* 30: 668–77.

Liao Y, McGee DL, Kaufman JS, Cao G, Cooper RS (1999). Socioeconomic status and morbidity in the last years of life. *Am J Public Health* 89: 569–72.

Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, et al. (2003). Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *Int J Epidemiol* 32: 830–7.

Marmot M (1999). Importance of the psychosocial environment in epidemiologic studies. *Scand J Work Environ Health* 25 (Supplement 4): 49–53.

Marmot M, Shipley MJ (1996). Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? *BMJ* 313: 1177–80.

Marmot M, Bosma H, Hemingway H, Brunner E, Stansfeld SA (1997). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet* 350: 235–9.

Melchior M, Berkman LF, Niedhammer I, Chea M, Goldberg M (2003). Social relations and self-reported health: a prospective analysis of the French GAZEL cohort. *Soc Sci Med* 56: 1817–30.

Mielck A (2000). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Huber.

Nagi SZ (1976). An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Q* 54: 439–67.

Radloff LS (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1: 385–401.

Riediger M, Linden M, Wilms HU (1998). Die deutsche Version der CES-D als Instrument in der gerontologischen Forschung. *Ztschr Klin Psychol Psychiat Psychother* 46: 344–64.

Schnell R, Hill P, Esser E (1995). Methoden der empirischen Sozialforschung. München: Oldenbourg.

Seeman TE, Berkman LF (1988). Structural characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: who provides support?. *Soc Sci Med* 26: 737–49.

Siegrist J, Marmot M (2004). Health inequalities and the psychosocial environment: two scientific challenges. *Soc Sci Med* 58: 1463–73.

Stansfeld SA (1999). Social support and social cohesion. In: Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press: 155–78.

Stansfeld SA, Head J, Marmot M (1998). Explaining social class differences in depression and well being. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33: 1–9.

Stronks K, van de Mheen H, Looman CWN, Mackenbach JP (1998). The importance of psychosocial stressors for socio-economic inequalities in perceived health. *Soc Sci Med* 46: 611–23.

Treiman DJ (1977). Occupational prestige in comparative perspective. New York: Academic Press.

Turner RJ, Marino F (1994). Social support and social structure: a descriptive epidemiology. *J Health Soc Behav* 35: 193–212.

Unger JB, McAvay G, Bruce ML, Berkman L, Seeman T (1999). Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur studies of successful aging. *J Gerontol: Soc Sci* 54: 245–51.

Wagner G, Motel A, Spiess K, Wagner M (1999). Wirtschaftliche Lage und wirtschaftliches Handeln alter Menschen. In: Mayer KU, Baltes PB, eds. *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag: 277–99.

Wilkinson R (ed) (1986). *Class and health*. London: Tavistock.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Olaf v.d. Knesebeck
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Institut für Medizin-Soziologie
Martinistrasse 52
D-20246 Hamburg
Tel.: +49-40 42803 3382
Fax: +49-40 42803 4934
e-mail: o.knesebeck@uke.uni-hamburg.de



To access this journal online:
<http://www.birkhauser.ch>
