



Postersammlung
zum Lehrforschungsprojekt

Gesundheit und soziale Ungleichheit

Eine Erhebung im Rahmen
der Lehrveranstaltung ‚Empirische Sozialforschung I + II‘
2020/2021

Ferdinand Geißler

Februar 2022

Anmerkung: Für den Inhalt der einzelnen Poster und die Richtigkeit der Ergebnisse sind die jeweiligen Autorinnen und Autoren verantwortlich.

Inhalt

<i>Psychotherapie – Ein Privileg der Reichen und Gebildeten?.....</i>	<i>3</i>
<i>von Eren Aytac, Alma Below, Daniel Kuhlen, Johanna Porten und Lina Wollgast</i>	<i>3</i>
<i>„Das Virus diskriminiert nicht.“ Zum Einfluss der Corona-Pandemie auf geschlechterspezifische Ungleichheiten in der familiären Pflege</i>	<i>4</i>
<i>von Johanna Klix, Polina Semyonova, Nathanael Litovskij, Kim Thao Schröder, Sven Noack und Lena Lotta Chiari</i>	<i>4</i>
<i>“Schatz, mir geht’s nicht so gut.“</i>	<i>5</i>
<i>von Eric Germersdorf, Claudia Martínez Gimeno, Hannah Glauert, Charlotte Moors, Linda Stiffel und Lina Zündorf.....</i>	<i>5</i>
<i>Steigert eine prekäre Erwerbsarbeit das subjektiv empfundene Stresslevel?</i>	<i>6</i>
<i>von Hannah Antonia Freitag, Nina Marie Velvet Kumanoff, Leonard Hepermann, Felix Exner, Jana Krischke und Konstantin Kugler.....</i>	<i>6</i>
<i>Das Präventionsdilemma – Zugangsbarrieren als Ursache für statusspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen</i>	<i>7</i>
<i>von Nike Bartz, Farina Sarah Engelke, Laila Saphira Sengpiel und Maximilian Würz.....</i>	<i>7</i>
<i>Sozioökonomischer Status und Stress</i>	<i>8</i>
<i>von Matthias Danyeli, Marika Gebauer, Ariana Morales, Nizara Safaricz, Anton Schäfer und Amina Seck.....</i>	<i>8</i>

PSYCHOTHERAPIE - EIN PRIVILEG DER REICHEN UND GEBILDETEN?

von Eren Aytac, Alma Below, Daniel Kühlen, Johanna Porten und Lina Wollgast

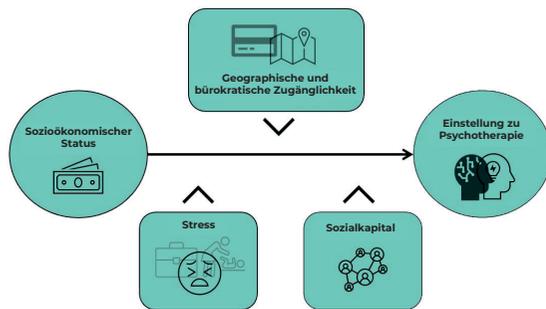
Empirische Sozialforschung 2020/2021 - Institut für Sozialwissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin

FORSCHUNGSFRAGE

Jedes Jahr leidet fast **ein Drittel** aller Erwachsenen in Deutschland an einer psychischen Erkrankung. Doch sieht man sich an, welche dieser Personen eine Psychotherapie in Anspruch nehmen, fällt ein klares Muster ins Auge: Je höher der sozioökonomische Status, desto positiver die Einstellung zu einer potenziellen Psychotherapie. **Wie kommen Personen also zu einer bestimmten Einstellung zu Psychotherapie** in Abhängigkeit von ihrem sozioökonomischen Status (SES)?

THEORIE

Einige empirische Studien beweisen, dass **Zugangsbarrieren** wie die Versicherungsart oder die Entfernung zu psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten die Rezeption dieser deutlich beeinflussen können. Des Weiteren gehen Ansätze zum **Sozialkapital nach Bourdieu** davon aus, dass das soziale Umfeld starken Einfluss auf persönliche Einstellungen und Wahrnehmungsmuster ausübt. Die **Knappheitsforschung** nimmt zuletzt an, dass Menschen, die sich um die Befriedigung ihrer physiologischen Bedürfnisse sorgen, keine kognitiven Kapazitäten für immaterielle Bedürfnisse und somit mutmaßlich eine negativere Einstellung zu Psychotherapie haben.



H1: Je niedriger der SES, desto erschwerter ist die geographische Zugänglichkeit zu psychiatrischen Angeboten und desto negativer die Einstellung gegenüber Psychotherapie.

H2: Je niedriger der SES, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, gesetzlich versichert zu sein und desto negativer die Einstellung zu Psychotherapie.

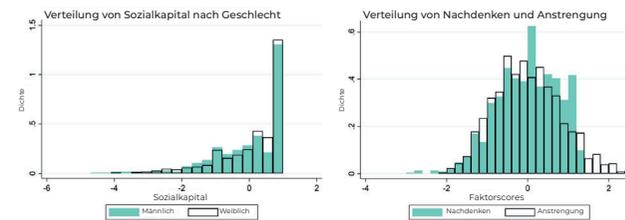
H3: Je höher der SES, desto stärker ausgeprägt ist das Sozialkapital und die Unterstützung durch das soziale Umfeld und desto positiver die Einstellung zu Psychotherapie.

H4: Je niedriger der SES, desto mehr Stress erfährt eine Person und desto negativer ihre Einstellung zu Psychotherapie.

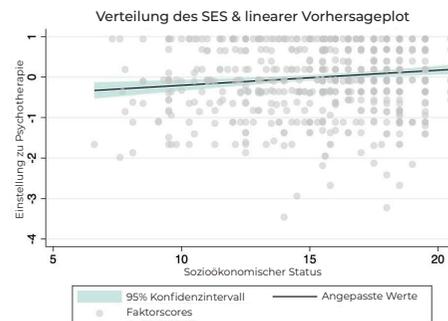
DATEN & METHODE

Die Datengrundlage bildet eine vom 14.12.2020 bis zum 03.01.2021 durchgeführte **Online-Erhebung**. Durch das Schneeballprinzip und die fehlenden Ressourcen zur Zufallsauswahl der Befragten kann **keine Repräsentativität** gewährleistet werden. Daher lässt sich ein einkommens- und bildungsintensives Sample beobachten. Die Grundgesamtheit umfasst die deutschsprachige Wohnbevölkerung ab einem Alter von 18 Jahren. Zur Datenauswertung wurde das inferenzstatistische Verfahren der **multiplen linearen Regression** angewandt, um den Einfluss unabhängiger Variablen auf die abhängige Variable „Einstellung zu Psychotherapie“ zu messen.

DESKRIPTIVE ANALYSE



Eine Analyse der verwendeten Faktorscores zeigt, dass **Frauen tendenziell ein höheres Sozialkapital** haben als Männer. Die Scores, die die Stress-Dimensionen Nachdenken und Anstrengung messen, verlaufen ähnlich, wobei die Befragten **höhere Werte** auf dem Faktor Nachdenken angegeben haben, der Faktor Anstrengung allerdings **breiter gestreut** ist.



Der **Scatterplot** zeigt, dass unser Sample tendenziell einen hohen sozioökonomischen Status und eine positive Einstellung zu Psychotherapie aufweist. Zudem wird anhand des Vorhersageplots der Zusammenhang zwischen dem SES und der Einstellung deutlich: Mit steigendem Status denken die Befragten **zunehmend positiver** über Psychotherapie.

REGRESSION

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sozioökonomischer Status	0.037** (0.011)	0.043** (0.011)	0.037** (0.012)	0.029* (0.012)	0.030* (0.012)
Erhebungsgebiet (Ref. Westdt.):					
Neues Bundesland			-0.183* (0.074)	-0.183* (0.074)	-0.177* (0.075)
Versicherung (Ref. Gesetz.):					
Privat			0.119 (0.091)	0.095 (0.089)	0.083 (0.089)
Wohnort (Ref. Dorf):					
Großstadt			0.214* (0.102)	0.235* (0.101)	0.198* (0.099)
Sozialkapital				0.137** (0.040)	0.144** (0.043)
Anstrengung					0.027 (0.051)
Nachdenken (α^2)					0.156** (0.039)
Konstante	-0.573** (0.176)	-0.542** (0.180)	-0.526** (0.203)	-0.431* (0.207)	-0.533** (0.204)
Beobachtungen	653	653	653	653	653
Adjusted R ²	0.016	0.021	0.027	0.049	0.068

nicht aufgeführte Kontrollvariablen: Alter & Gender; robuste Standardfehler in Klammern; * p<.05, ** p<.01

FAZIT

Zunächst kann der **Einfluss** des sozioökonomischen Status auf die Einstellung zu Psychotherapie als signifikant **angenommen** werden. Auch die Effekte der bürokratischen und geographischen Zugänglichkeit weisen in die erwartete Richtung, aber nur Letzterer ist signifikant. Da unter Hinzunahme der Zugänglichkeitsvariablen der Haupteffekt des SES leicht sinkt, wird die **H1 vorläufig bestätigt**. Die **H3** kann ebenfalls **angenommen** werden, da auch das Sozialkapital den Einfluss des SES senkt und damit teilweise erklären kann. Die beiden Stressdimensionen weisen einen leicht positiven Effekt auf die Einstellung zu Psychotherapie auf und bewirken eine marginale Erhöhung des SES-Effekts, was auch die **H4 vorläufig bestätigt**. Insgesamt wird sichtbar, dass alle Erklärungsansätze zumindest einen **schwachen Einfluss** auf den Effekt des sozioökonomischen Status auf die Einstellung zu Psychotherapie nehmen: Menschen mit höherem SES wohnen eher in der Großstadt und in Westdeutschland, haben ein höheres soziales Kapital und ein niedrigeres Stresslevel, wodurch ihre Einstellung zu Psychotherapie positiver wird. Unser finales Modell liefert knapp **sieben Prozent Varianzaufklärung**, was annehmbar ist, aber gleichzeitig viel Raum für fortführende Forschung aufzeigt.

„Das Virus diskriminiert nicht.“?

Zum Einfluss der Corona-Pandemie auf geschlechterspezifische Ungleichheiten in der familiären Pflege

Johanna Klix, Polina Semyonova, Nathanael Litovskij,
Kim Thao Schröder, Sven Noack, Lena Lotta Chiari

Kurs: Empirische Sozialforschung II
Dozent: Dr. Ferdinand Geißler
Erhebungszeitraum: Dezember-Januar 20/21



Problem und Forschungsfrage

Das Thema Pflege als solches gewinnt unter anderem angesichts der demographischen Alterung der deutschen Gesellschaft immer mehr an Bedeutung. Aufgrund eines Mangels an Fachkräften und guter Versorgung in der ambulanten Pflege in Deutschland müssen viele Familien ambulante Pflegekräfte bei ihrer Arbeit unterstützen oder sie sogar ersetzen. Es ist davon auszugehen, dass sich die Anzahl familiär pflegender Personen hierzulande zwischen drei und fünf Millionen bewegt. Die Mehrheit davon ist weiblich. Folglich sind Frauen auch besonders häufig von negativen Konsequenzen familiärer Pflegetätigkeiten betroffen. Bereits zu Beginn des Forschungsprozesses im Frühjahr 2020 bestand die Vermutung, dass bestehende Probleme im Rahmen der Corona-Pandemie verstärkt und durch neue Probleme ergänzt werden könnten. Unsere Forschungsarbeit befasst sich daher mit der Frage, inwieweit die Corona-Pandemie geschlechterspezifische soziale Ungleichheiten im Feld der familiären Pflege in Deutschland verstärkt.

Forschungsstand

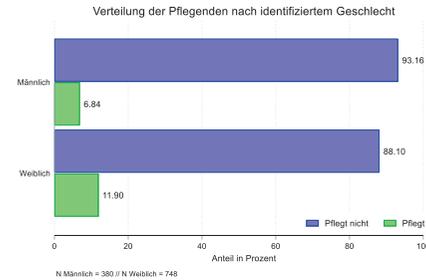
Im Jahr 2016 waren etwa 31 % der Pflegenden männlich und 68 % weiblich. Ca. 73 % aller Hauptpflegetagepersonen in Deutschland waren 2016 verheiratet. Dies ist unter anderem damit zu erklären, dass Partner mit höheren bis hin zu mittleren bis hohen familiären Pflegetätigkeiten nachgehen. So stellen Personen zwischen 55 und 64 Jahren mit 30 % den größten Anteil an Pflegenden aller Altersgruppen. Ein wesentlicher Teil der Forschung zur familiären Pflege befasst sich mit dem Einfluss dieser auf die Erwerbstätigkeit, wobei anzumerken ist, dass im Jahr 2016 nur etwa 24 % der familiär Pflegenden voll- oder teilzeiterwerbstätig waren (Schmeekloth et al., 2016, S. 57-59). Allgemein gesprochen führen familiäre Pflegetätigkeiten häufig zu Unterbrechungen oder Kürzungen der Erwerbstätigkeit und folglich auch zu Erwerbseinbußen für Pflegende. Wird die Erwerbstätigkeit zeitweilig vollständig unterbrochen, steigt insbesondere im erhöhten Alter die Chance, vollständig aus der Erwerbstätigkeit auszusteigen. Trotz dessen wünschen sich 65 % aller Erwerbstätigen später solange wie möglich von ihren Angehörigen gepflegt zu werden (Institut für Demoskopie Allensbach, 2020, S. 176-177). Im Zuge der Pandemie erscheinen darüber hinaus erste Studien, deren Ergebnisse eine Re-Traditionalisierung von Geschlechterrollen nahelegen. So beobachten Kohrausch und Zucco (2020, S.7) eine Re-Traditionalisierung in der Verteilung von Sorgetätigkeit für Kinder innerhalb der Familie. Ein ähnlicher Effekt wäre ebenfalls in der familiären Pflege plausibel. Abschließend sei angemerkt, dass viele der familiär Pflegenden unter depressiven Symptomen leiden (Kaschowitz & Brandt, 2017), ein Phänomen, welches sich insbesondere im Rahmen der erzwungenen Isolation in der Pandemie verstärken könnte.

Theorie und Hypothesen

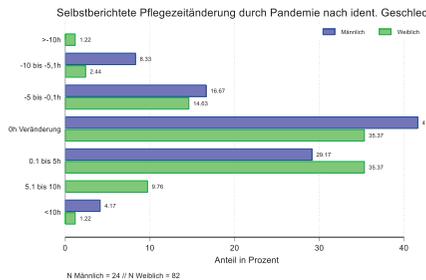
„Pflege“ wird im Rahmen dieser Forschung als eine mindestens wöchentlich geleistete Unterstützung bei Alltagsaktivitäten definiert (Haberken, 2009, S. 23). Damit sind sowohl Pflege als auch Hilfe umfasst. Beide Begriffe sind voneinander zu trennen, jedoch werden sie im Kontext familiärer Pflege häufig von derselben Person ausgeführt. Der gesetzlich anerkannte Pflegegrad einer Person, wenn vorhanden, wird ebenfalls berücksichtigt. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit (§14 SGB XI) sowie das Bestimmungsinstrument zur Feststellung der Pflegegrade (§15 SGB XI) sind zusetzlich festgelegt. Geschlechterspezifische Ungleichheiten im Bereich der familiären Pflege werden im Rahmen dieser Forschungsarbeit auf Basis dreier zentraler Theorien begründet: der Strukturtheorie, dem Funktionalismus und der Status Theorie. Erstere geht davon aus, dass „Geschlecht“ als solches ein sozial und geschichtlich konstruiertes Konzept ist, welches die sozialen Chancen einer Person maßgeblich beeinflusst und somit geschlechterspezifische soziale Ungleichheiten mitverursacht. Der Funktionalismus betrachtet die sogenannte „Nuklearfamilie“ bestehend aus Vater, Mutter und Kindern) als Fundament einer jeden Gesellschaft und sieht eine klare Rollenverteilung zwischen Männern und Frauen vor. Dabei sind Männer die Hauptverdiener („breadwinners“) während Frauen sich um den Haushalt und die Kinder kümmern („homemaker“) (Parsons 1956, 12f., 14f.). Pflegetätigkeiten werden in diesem Verständnis als inhärent weibliche Aktivität aufgefasst. Die Status Theorie geht davon aus, dass unterschiedlichen Ausprägungen sozialer Kategorien (z.B. Geschlecht) unterschiedliche Status und Kompetenzen zugeschrieben werden. Ein tieferer Status ist dabei mit höheren Anforderungen an die Person verbunden. Da Frauen oftmals ein geringerer Status zugeschrieben wird als Männern, werden sie i.d.R. mit höheren Anforderungen konfrontiert, was bspw. durch die Gender Pay Gap reflektiert wird. Auch im Bereich der familiären Pflege werden Frauen im Vergleich zu Männern stärker beansprucht, was zum Teil in substanzialen Lohnverlusten resultiert (Ehrlich et al., 2019). Auf Basis dieser bestehenden Erkenntnisse werden folgende Hypothesen entwickelt:

- H1: Je höher der Pflegeaufwand während der Pandemie, desto eher werden Frauen zusätzlich im Verhältnis zu Männern belastet.
- H2: Je niedriger das Einkommen von Frauen, desto höher ist ihr Pflegeaufwand während der Pandemie.
- H3: Je traditioneller die Werteinstellungen im Vergleich zu egalitären Werteinstellungen, desto eher erhöht sich der Pflegeaufwand von Frauen während der Pandemie.
- H4: Da Frauen häufiger pflegen, werden sie zusätzlich dadurch belastet, dass sie, zum Schutz vor von ihnen gepflegten Angehörigen, verstärkt auf die eigene Gesundheit achten müssen.

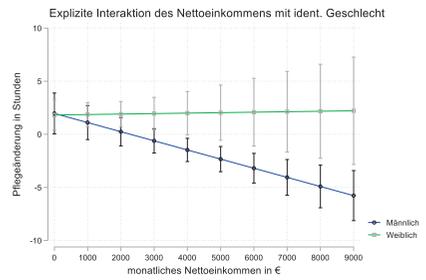
Graphische Darstellung



In unserer Umfrage ist der Anteil der pflegenden Frauen (69 Personen) deutlich höher als der Anteil der pflegenden Männer (26 Personen). Es erscheint in Betrachtung der deskriptiven Ergebnisse logisch, dass Frauen häufiger durch familiäre Pflege während einer Pandemie belastet werden als Männer.



In Betrachtung der selbstberichtete Pflegezeitänderung lässt sich feststellen, dass sich der Pflegeaufwand für etwa 45 % der befragten Frauen erhöht hat, während dies nur für etwa 33 % der befragten Männer der Fall war.



Bei Betrachtung des Interaktionseffekts vom Nettoeinkommen der erwerbstätigen Pflegenden und dem Geschlecht auf die selbstberichtete Pflegezeitänderung lässt sich feststellen, dass der Pflegeaufwand der weiblichen Befragten über alle Einkommenskategorien hinweg recht uniform ist, während der Pflegeaufwand der männlichen Befragten mit steigendem Nettoeinkommen deutlich abnimmt. Jedoch ist ebenfalls anzumerken, dass die Gerade der weiblichen Befragten in höheren Einkommensbereichen eine erhöhte Steigung aufweist.

Daten und Variablen

Der im vorliegenden genutzte Datensatz basiert auf einer Online-Befragung, die im Rahmen des Moduls „Empirische Sozialforschung I“ im Zeitraum vom 14.12.2020 bis zum 04.01.2021 durchgeführt wurde. Als Erhebungsinstrument diente ein standardisierter Fragebogen zum Themenfeld „Gesundheit und soziale Ungleichheit“. Insgesamt haben 1160 Befragte die Umfrage abgeschlossen. Alle Befragten waren zum Zeitpunkt der Erhebung mindestens 18 Jahre alt und stammen häufig aus dem direkten Umfeld der Studierenden, da diese die Umfrage direkt in ihrem Bekanntenkreis verteilten. Hierdurch entstanden einige Verzerrungen: Die Befragten sind im Unterschied zur Gesamtbevölkerung überproportional jung, weiblich, gebildet und urban. Die Befragten erhielten Fragen zu allgemeiner Standarddemografie, zu ihrer Sozialisation, ihrer Einstellung zu traditionellen Geschlechterrollen, zu Familie und Haushalt sowie ihrer möglicherweise bestehenden Pflegetätigkeit. Als Letzterem bildeten wir die für unsere 4 Hypothesen entscheidenden abhängigen Variablen. Für Genaueres sei an dieser Stelle auf Punkt 5 des vollständigen Berichts verwiesen.

Regressionstabellen und Ergebnisse

Tabelle 1: Abhängige Variable: Familiäre Pflegetätigkeit der Befragten.

AV: Pflege	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Ref.: Männlich	0.5146*	0.5196*	0.5200*	0.5316*	0.6469*	0.6570*
Weiblich	(0.2534)	(0.2537)	(0.2543)	(0.2547)	(0.2649)	(0.2649)
Alter	0.0269**	0.0273**	0.0311**	0.0263**	0.0239**	0.0273**
	(0.0060)	(0.0066)	(0.0070)	(0.0066)	(0.0068)	(0.0072)
Ref.: Westdeutsch-Ost. Sozialisiert	0.0455	0.0270	0.0390	0.0250	0.0206	0.0259
	(0.2654)	(0.2667)	(0.2679)	(0.2689)	(0.2692)	(0.2728)
Zusätzliche Standarddemografie	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kontrollvariablen						
Zum Familienstand		Ja				Ja
Zur ökonomischen Situation			Ja			Ja
Zur Sozialisation / persönlichen Einstellungen				Ja	Ja	
Constant	-3.6290**	-3.4445**	-3.5090**	-3.2946**	-3.6961**	-3.6017**
	(0.3410)	(0.4852)	(0.6592)	(0.5203)	(0.5252)	(0.7445)
Beobachtungen	975	975	975	975	975	975
Pseudo R ²	0.038	0.040	0.048	0.042	0.054	0.065

Tabelle 2: Abhängige Variable: Selbstberichtete Pflegezeitveränderung während Pandemie in h.

Pflegeänderung in h	(1)	(2)
Ref.: Männlich	2.122*	2.057*
Weiblich	(0.813)	(1.016)
Alter	-0.030	(0.023)
Subjektiver Pflegeaufwand	1.191*	(0.516)
Haushaltsnettoeinkommen	0.000	(0.000)
Ref.: Westdeutsch-Ostdeutsch sozialisiert	-0.799	(1.058)
Constant	-0.773	-3.618
	(0.396)	(2.236)
Beobachtungen	R ²	0.046
Standardfehler in Klammern		0.126
* p < .05, ** p < .01		

Zu Tabelle 2: Es handelt sich um eine lineare Regression. In (1) wurden robuste Standardfehler verwendet.

Zu Tabelle 1: Es handelt sich um eine logistische Regression. Die Faktoren müssen als odds-ratios / logarithmierte Chancen interpretiert werden. Hier zeigt die reduzierte Ergebnistabelle: Im vollständigen Regressionsmodell sind zusätzlich enthalten: ein Modell mit Interaktionseffekt zwischen Haushaltsnettoeinkommen und Geschlecht, sämtliche hier verkürzte Namen und Effekte der Kontrollvariablen. Wenn „Ja“ in der Tabelle angegeben ist, ist damit gemeint, dass die jeweiligen Kontrollvariablen im Modell inkludiert sind. Bei Interesse an den konkreten Effekten der Kontrollvariablen sei auf Tabelle 2 im Anhang der vollständigen Forschungsarbeit verwiesen.

Zusammenfassung und Fazit

Die Ergebnisse unserer Forschungsarbeit können leider nicht im Detail auf diesem Poster ausgeführt werden. Hierfür sei auf den Abschnitt 7 unseres Forschungsberichtes verwiesen. So viel sei jedoch gesagt: Die Ergebnisse stützen die von uns aufgestellten Hypothesen nur bedingt. Zwar ist es der Fall, dass Frauen im Anteil häufiger pflegen als Männer und auch scheint der Pflegeaufwand für Frauen während der Pandemie größer geworden zu sein als bei Männern, jedoch lässt sich dieser Effekt nur in einem äußerst kleinen Modell nachweisen und trifft nicht mehr zu, wenn man nur die Gruppe der Erwerbstätigen betrachtet. Auch der Effekt des Nettoeinkommens ist ein anderer als erwartet. Der Pflegeaufwand sinkt für Frauen nicht wie erwartet mit steigendem Einkommen, sondern bleibt über alle Einkommenskategorien relativ konstant. Dies könnte jedoch an der Unterrepräsentation von pflegenden Frauen mit hohem Einkommen in der Stichprobe liegen. Zum vermuteten Effekt der traditionellen Geschlechterrollen konnten wir bestätigende Evidenz finden, jedoch gibt es hier entgegen unserer Erwartung keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern. Für beide gilt: Mit stärkeren traditionellen Rollenvorstellungen steigt die Wahrscheinlichkeit, eine Pflegetätigkeit zu übernehmen. Zu guter Letzt konnten wir die Hypothese zur Isolation und daraus entstehenden Belastungen teilweise bestätigen. Unter den Erwerbstätigen isolieren sich Männer häufiger als Frauen, dies könnte daran liegen, dass Frauen häufiger in systemrelevanten Berufen arbeiten. Für nicht Erwerbstätige konnten wir keine sicheren Aussagen treffen. Im Bezug auf die subjektiv vernommene Belastung beobachteten wir gemischte Ergebnisse. Insgesamt lässt sich feststellen, dass sich keine der Ergebnisse mit den von uns herangezogenen Theorien erklären lässt. Allerdings sind ebene Ergebnisse in ihrer Reliabilität und Validität stark beschränkt. Hauptursache hierfür ist der Datensatz, der deutliche Over- und Undercoverages aufweist (s. Daten und Variablen).

Literatur

Ehrlich, I., Mikula, J., & Hess, M. (2020). Einkommensspezifische Pflege? Der Zusammenhang von familiärer Pflege und Lohn. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 53(1), 22-28.

Haberken, K. (2009). *Theoretische Grundlagen Pflege in Europa* (S. 15-17). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Institut für Demoskopie Allensbach (IHD) (2020). *Wahlverhalten von Pflege und Beruf. Eine repräsentative Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der Interaktion im Vergleich auch Bivalent, Bivalent, Chancen und Herausforderungen des demographischen Wandels.*

Kaschowitz, J., & Brandt, H. (2017). Health effects of informal caregiving across Europe: A longitudinal analysis. *Social Science & Medicine*, 171, 72-100.

Kohrausch, B., & Zucco, A. (2020). *Careers with family dependents: weniger Erwerbstätigen und mehr Sorgearbeit?* 1/4.

Parsons, T. (1956). *The American Family: Its Relations to Social Structure*. In: *Accott Parsons and Robert F. Bales*. New York: Free Press.

Schmeekloth, L., Rodriguez, J., Cates, S., Ripstein, M., Kahlitzky, J., & Müller, R. (2016). Studie zur Wirkung des Pflege-neuanschaffungs-gesetzes (PnG) und des ersten Pflegegeldgesetzes (PGe I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Sozialwissenschaftliche (SGB) - Iflue Buch (XII) - Soziale Pflegeversicherung 101A (M) / 199A.

„Schatz, mir geht's nicht so gut.“

Eric Germersdorf, Claudia Martínez Gimeno, Hannah Glauert, Charlotte Moors, Linda Stiffel, Lina Zündorf



Forschungsstand

Das Erreichen eines höchstmöglichen Gesundheitsstandards ist in Deutschland immer noch nicht für alle Menschen gewährleistet. Es herrschen weiter gesundheitliche Ungleichheiten, gekoppelt an den sozialen Stand aber auch an die Geschlechtersozialisation. Die bestehende Forschung hat gezeigt, dass es signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezüglich der Inanspruchnahme von ärztlicher Hilfe gibt. Weiblich sozialisierte Charakteristika, beeinflussen ein gesundheitsförderndes Verhalten positiv, während Männer ein gesundheitsgefährdendes Verhalten darlegen. Die Relevanz des Forschungsthemas liegt demnach darin, zu erforschen inwiefern das Geschlecht, die erfahrene Sozialisation und die Konformität in Geschlechterrollen Einfluss auf die Inanspruchnahme von ärztlichem Angebot haben, hierbei liegt der Fokus auf Frauen und der Identifikation mit weiblichen Geschlechterrollen.

Theorie und Hypothesen

Forschungskonzept	Theoretischer Hintergrund	Rolle in der Forschungsfrage
Soziales Geschlecht/ Gender	Die sozial-konstruierten Unterschiede in den Geschlechterbildern und -rollen (vgl. Birgit Babitsch 2006: 284).	zentrale UV
Geschlechterrollenvorstellung	Zustimmung zu den vorgegebenen rollenspezifischen Erwartungen und den damit einhergehenden gesellschaftlich-abhängigen Handlungsspielräumen.	erklärende UV
Health care seeking behaviour	Aufsuchen ärztlichen Personals durch Personen, die nach eigenem Empfinden gesundheitliche Beschwerden haben, mit dem Ziel einer angemessenen Behandlung (nach Olenja 2003)	AV
Vertrauen in Ärzte	Vertrauen als Einstellung mit sowohl emotionalen wie kognitiven Anteilen (vgl. Brenner 2019: 527), welches als Voraussetzung gesehen wird, ärztliches Fachpersonal zu konsultieren und sich einer Behandlung unterziehen (vgl. Link 2019: 211).	UV der Alternativklärung

Hypothesen:

- H1: Je mehr sich Frauen mit geschlechtstypischen Rollenbildern identifizieren, desto eher nehmen sie ärztliche Hilfe in Anspruch.
- H2: Je höher der sozioökonomische Status einer Person ist, desto eher nimmt diese ärztliche Hilfe in Anspruch.
- H3: Je weniger Vertrauen in ärztliche Hilfe besteht, desto weniger wird diese in Anspruch genommen.
- H4: Der Einfluss von Vertrauen in Ärzt*innen auf die Inanspruchnahme von ärztlicher Hilfe ist nicht abhängig vom Geschlecht.



Daten und Methode

Die verwendeten Daten sind das Ergebnis einer online Umfrage, welche Teil des Lehrforschungsprojektes "Empirische Sozialforschung I + II" der Humboldt-Universität zu Berlin ist. Die Umfrage fand vom 14.12.2020 bis zum 03.01.2021 statt, dabei wurde eine Stichprobengröße von 1160 validen Beobachtungen realisiert, mit einer durchschnittlichen Befragungsdauer von 27:43 Minuten im Median. Trotz der relativ hohen Samplegröße weist die Stichprobe eine starke Schiefe in der Altersverteilung und Ungleichheit in der räumliche Konzentration auf und ist damit nur eingeschränkt repräsentativ.

Die Analyse erfolgt mithilfe einer multivariaten linearen Regression mit mehreren stufenweise aufeinander aufbauenden Modellen. Diese bilden den Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, dem sozialen Geschlecht, der Zustimmung zu traditionellen Rollenbildern und des sozioökonomischen Status unter Kontrolle von standarddemografischen Faktoren und der Alternativhypothese ab.

Deskriptive Analyse

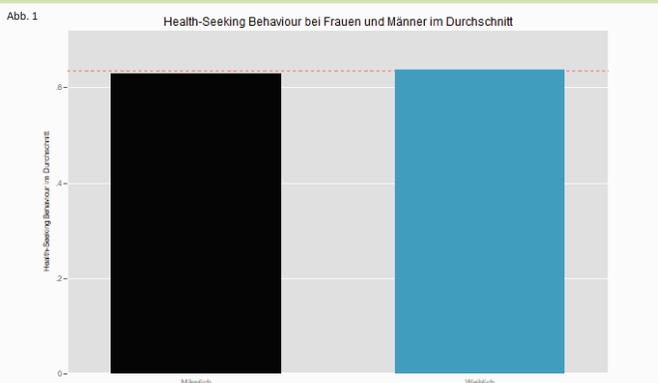


Abbildung 1 zeigt, dass sich die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfeleistungen in der Stichprobe zwischen Männern und Frauen quasi nicht unterscheidet. Dieser Befund widerspricht vorangegangener Forschung.

Multivariate Analyse

	(1) Geschlecht	(2) Demographie	(3) Rollen- verständnis	(4) Interaktion: Rollen- verständnis	(5) Vertrauen	(6) Interaktion: Vertrauen
Geschlecht (Ref. Männlich)						
Weiblich	0.006 (0.009)	0.007 (0.009)	0.005 (0.009)	0.040 (0.026)	0.052 (0.026)	-0.045 (0.046)
Alter		0.007 (0.010)	0.009 (0.011)	0.010 (0.011)	0.015 (0.010)	0.013 (0.010)
Ost-/Westdt. (Ref. Alte Bdl.)						
Neue Bdl.		-0.010 (0.010)	-0.011 (0.010)	-0.011 (0.010)	-0.012 (0.011)	-0.012 (0.011)
Sozioökono- mischer Status		0.000 (0.001)	0.000 (0.001)	0.000 (0.001)	-0.001 (0.001)	-0.000 (0.001)
Rollen- verständnis			-0.006 (0.007)	0.004 (0.010)	0.008 (0.010)	-0.005 (0.010)
Geschlecht X Rollenverständnis				-0.020 (0.014)	-0.023 (0.014)	
Vertrauen in Ärzt*innen					0.016*** (0.004)	0.008 (0.007)
Geschlecht X Vertrauen						0.011 (0.009)
Beobachtungen	725	725	725	725	725	725
R ²	0.001	0.004	0.005	0.008	0.035	0.034
Angepasstes R ²	-0.001	-0.002	-0.002	-0.000	0.026	0.025

Abbildung 2 zeigt, dass die Wirkung der traditionellen Werte auf die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe vom sozialen Geschlecht abhängig ist und die Wirkung nur bei Frauen, nicht aber bei Männern beobachtet werden kann.

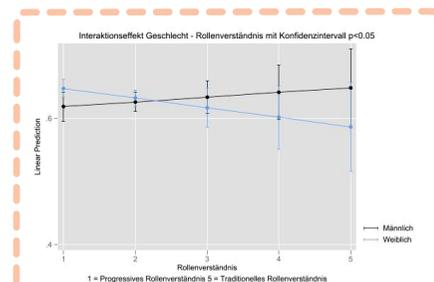


Abb. 2

Auswertung und Fazit

Aus den Forschungsergebnissen können durch die nicht repräsentative Stichprobe und die häufig fehlende statistische Signifikanz keine endgültigen Aussagen über die Bestätigung oder Ablehnung der Hypothesen getroffen werden.

Entgegengesetzt zu der ersten Hypothese wurde bei Frauen ein negativer Zusammenhang zwischen einem stark traditionellen Rollenverständnis und der Ausprägung des health care seeking behaviour festgestellt.

Es kann kein Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und dem health care seeking behaviour festgestellt werden.

Die vermuteten Unterschiede zwischen der Vertrauen in Ärzt*innen von Männern und Frauen konnte in der Analyse nicht bestätigt werden.

Eine zentrale Erkenntnis der Arbeit, ist dass die Stärke des Vertrauens in Ärzte einen deutlichen Einfluss auf die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe hat. Das Vertrauen ist weiterhin der einzige durchgängig statistisch signifikante Faktor.

Zukünftige Forschung könnte zum Ziel haben, zu untersuchen, wodurch das Vertrauen in Ärzt*innen beeinflusst wird und inwiefern dies zu sozialen Ungleichheiten beiträgt. Zudem ist, um aussagekräftige Ergebnisse liefern zu können, eine repräsentative Stichprobe von Nöten.

Steigert eine prekäre Erwerbsarbeit das subjektiv empfundene Stresslevel?

Hannah Antonia Freitag | Nina Marie Velvet Kumanoff | Leonard Hepermann | Felix Exner | Jana Krischke | Konstantin Kugler

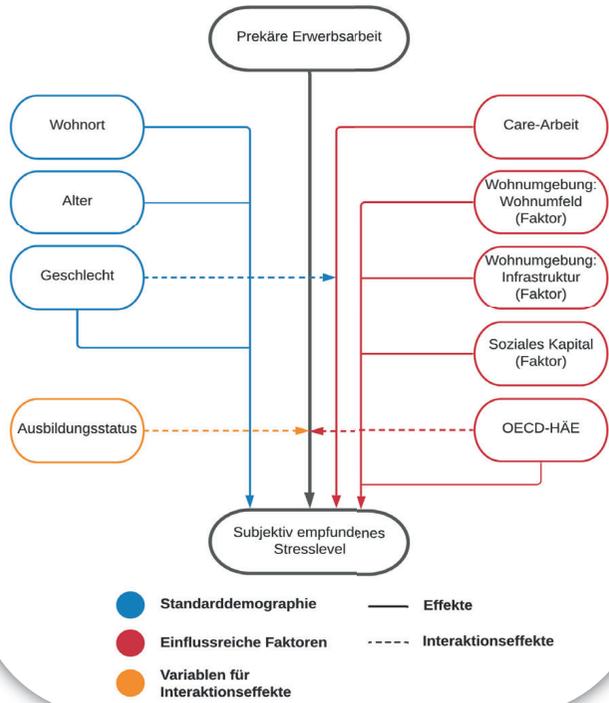
Humboldt-Universität zu Berlin | Kultur-, Sozial, und Bildungswissenschaftliche Fakultät
 Institut für Sozialwissenschaften | Empirische Sozialforschung II | Dozent: Herr Dr. Geissler



Einleitung und Forschungsfrage

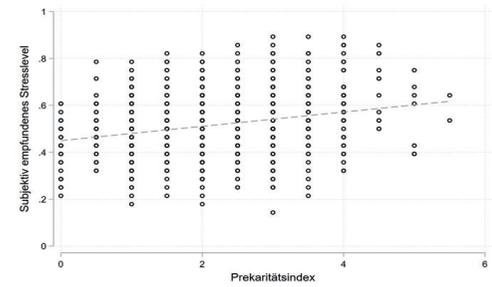
Unsere Arbeitswelt befindet sich in einem ständigen Wandel. Einen bestimmten Beruf sein restliches Leben auszuführen, wie viele unserer Eltern und Großeltern es noch taten, ist für viele junge Menschen heute nur kaum vorstellbar. Ein Anstieg prekärer Arbeitsverhältnisse ist bereits seit den 1970ern zu beobachten. Gleichzeitig steigen mit Stress in Zusammenhang gebrachte Krankheiten, wie Depressionen oder Burnout. Da wir vermuten, dass prekäre Arbeit sich auf das subjektive Stresslevel auswirkt, untersuchen wir diesen Zusammenhang in unserem Forschungsprojekt. Zudem untersuchen wir weitere Faktoren, wie z.B. soziales Kapital oder Haushaltseinkommen, bei denen wir ebenfalls einen Einfluss auf das Stresslevel vermuten.

Theoretisches Modell



Daten und Auswertung

Die vorliegenden Daten wurden mithilfe einer Online-Erhebung zum Thema Gesundheit und soziale Ungleichheit vom 14.12.2020 bis zum 03.01.2021 im Rahmen eines Lehrforschungsprojekts an der Humboldt-Universität zu Berlin erhoben. Die angestrebte Grundgesamtheit der deutschsprachigen Bevölkerung mit Wohnsitz in Deutschland ab einem Alter von 18 Jahren kann aufgrund der offenen Erhebung nicht repräsentativ abgebildet werden. Die Hypothesen werden durch eine stufenweise aufgebaute lineare OLS-Regression untersucht.



Das subjektiv empfundene Stresslevel als abhängige Variable wird durch einen Index nach der Standard Stress Scale gebildet. Ziel der Analyse ist die Berücksichtigung der Multidimensionalität der Prekären Erwerbsarbeit innerhalb des gebildeten Prekaritätsindex. Personen mit zunehmenden prekären Eigenschaften der Erwerbstätigkeit zeigen systematisch höhere Werte auf der Stressskala. Im Vergleich zu Personen, die nach unserem Index nicht prekär beschäftigt sind, ist bei Personen mit einem Wert von 4,5 oder größer auf dem Prekaritätsindex das empfundene Stresslevel um 17 Prozentpunkte höher und liegt bei circa 60%. Unsere Analyse bestätigt die Hypothese, je höher die Prekarität eines Arbeitsverhältnisses, desto höher ist auch das subjektiv empfundene Stresslevel einer Person. Der Effekt des Prekaritätsindex kann teilweise durch die hinzukommenden Variablen wie Soziales Kapital, Geschlecht und schlechte Wohnsituation erklärt werden.

Regressionstabelle

Abhängige Variable	(1) Prekaritätsindex	(2) Standarddemographie	(3) Einflussreiche Faktoren	(4) Interaktionseffekte
Subjektiv empfundenes Stresslevel				
Prekarität				
Prekaritätsindex	0.031*** (0.006)	0.027*** (0.000)	0.020*** (0.000)	0.016 (0.287)
Ausbildungsstatus (Ref: Nicht in Ausbildung/Studium In Ausbildung/Studium)				-0.080* (0.031)
Prekaritätsindex X Ausbildungsstatus (Ref: Nicht in Ausbildung In Ausbildung/Studium X Prekaritätsindex)				0.022 (0.106)
Standarddemographie				
Geschlecht (Ref: Männlich)				
Weiblich		0.055*** (0.000)	0.055*** (0.000)	0.056*** (0.000)
Divers		0.126*** (0.000)	0.126*** (0.000)	0.125** (0.002)
Alter		-0.000 (0.977)	-0.000 (0.975)	-0.001 (0.886)
Wohnort DE Ost/West (Ref: Alte Bundesländer)				
Neue Bundesländer ohne Berlin		-0.015 (0.373)	-0.023 (0.156)	-0.025 (0.124)
Berlin		-0.012 (0.303)	-0.016 (0.211)	-0.015 (0.200)
Einflussreiche Faktoren				
Care-Arbeit (Ref: Keine Care-Arbeit)			0.022 (0.062)	0.016 (0.215)
Care-Arbeit X Geschlecht (Ref: Männlich und keine Care-Arbeit)				0.006 (0.791)
Weiblich X Care-Arbeit				-0.029 (0.825)
Divers X Care-Arbeit				-0.001 (0.917)
Wohnumgebung: Infrastruktur (Faktor)			0.026*** (0.000)	0.025*** (0.001)
Wohnumgebung: Wohnumfeld (Faktor)				-0.025*** (0.000)
Soziales Kapital (Faktor)				-0.025*** (0.000)
OECD-HÄE (Ref: Unter 60% des Median-OECD-HÄE)				-0.006 (0.662)
Über 60% des Median-OECD-HÄE				-0.009 (0.597)
Prekaritätsindex X OECD-HÄE (Ref: Unter 60% des Media-OECD-HÄE)				0.005 (0.732)
Prekaritätsindex X Über 60% des Media-OECD-HÄE				
N	562	562	562	562
R ²	0.066	0.115	0.227	0.235
Korrigiertes R ²	0.064	0.105	0.211	0.212

Anmerkung: HÄE = Haushaltsäquivalenzeinkommen
 p-Werte in Klammern: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

Zusammenfassung und Fazit

Die Befunde deuten auf einen positiven Zusammenhang zwischen einer prekären Erwerbsarbeit und dem empfundenen Stresslevel hin. Darüber hinaus bestätigten sich unsere Vermutungen über den Einfluss des Wohnumfeldes und dem sozialen Netzwerk. Während sich ein hohes soziales Kapital signifikant auf die Minderung des empfundenen Stresslevels auswirkt, sind es bei dem schlechten Wohnumfeld vor allem Merkmale wie viel Lärm, ein fehlendes Sicherheitsgefühl sowie kein gutes nachbarschaftliches Miteinander die das Stresslevel signifikant erhöhen. Andere Mechanismen wie der Einfluss der zu leistenden Care-Arbeit auf das höhere empfundene Stresslevel von Frauen oder die mindernde Wirkung eines hohen Nettoäquivalenzeinkommens bestätigten sich jedoch nicht. Wir vermuten, dass die Ergebnisse auf die spezifische Stichprobensammensetzung zurückzuführen sind. Bei zukünftigen Erhebungen ist daher darauf zu achten, dass die Stichprobe größer, die Abbildung der Erwerbsverhältnisse diverser und standarddemographische Variablen, wie das Alter oder das Erhebungsgebiet, repräsentativer verteilt sind.

Das Präventionsdilemma

Zugangsbarrieren als Ursache für statusspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

Ein Projekt von:
Nike Bartz
Farina Sarah Engelke
Laila Saphira Sengpiel
Maximilian Würz

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN
Kultur-, Sozial- und Bildungswissenschaftliche Fakultät
Institut für Sozialwissenschaften
Lehrbereich Empirische Sozialforschung
Lehrveranstaltung Empirische Sozialforschung I + II
Dr. Ferdinand Geißler
Sommersemester 2020 & Wintersemester 2020/2021



Theoretische Konzeption

Die theoretische Grundlage ist...

...die Zugangsforschung, die Fragen der Organisation und Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten behandelt.¹ Innerhalb der internationalen Forschung gilt der Zugang zur Gesundheitsversorgung als zentraler Indikator für die Funktionsweise von Gesundheitssystemen.³ In der deutschsprachigen Forschung existieren allerdings kaum konzeptionelle Arbeiten, die sich mit dem Zugangskonzept beschäftigen.⁴ Entsprechend wird die Befundlage für Deutschland „im Hinblick auf den Zugang noch [als; d. Verf.] defizitär“ bezeichnet.⁵ In unserer Forschung wird unter Zugang die potenzielle oder tatsächliche Möglichkeit, adäquate präventive, kurative und pflegerische gesundheitliche Versorgungen in Anspruch zu nehmen, verstanden.

Das Ziel der Untersuchung ist...

...die Identifikation individueller Faktoren, die den Zugang zu Vorsorgeuntersuchungen restringieren und als Zugangsbarrieren eine Inanspruchnahme verhindern. Dadurch sollen potentielle Mechanismen aufgedeckt werden, die als Erklärungsursache dafür dienen, warum Menschen mit einem niedrigeren sozialen Status weniger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen als Personen mit einem höheren sozialen Status.

Als individuelle Faktoren werden untersucht...

...Health Beliefs und Psychosoziale Belastung.

Hypothesen

- H1:** Personen mit einem niedrigeren sozialen Status nehmen weniger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch als Personen mit einem höheren sozialen Status.
- H2:** Personen mit einem niedrigeren sozialen Status weisen schwächer ausgeprägte Health Beliefs (Gesundheitsüberzeugungen) auf als Personen mit einem höheren sozialen Status und nehmen daher weniger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch.
- H2a:** Personen mit einem niedrigeren sozialen Status weisen eine schwächere Risikowahrnehmung auf als Personen mit einem höheren sozialen Status und nehmen daher weniger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch.
- H2b:** Personen mit einem niedrigeren sozialen Status weisen eine niedrigere interne bzw. höhere externe Kontrollüberzeugung auf als Personen mit einem höheren sozialen Status und nehmen daher weniger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch.
- H2c:** Personen mit einem niedrigeren sozialen Status weisen ein geringeres Vertrauen ins Gesundheitssystem bzw. in Ärzt*innen und Vorbehalte ggü. Vorsorgeuntersuchungen auf als Personen mit einem höheren sozialen Status und nehmen daher weniger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch.
- H3:** Personen mit einem niedrigeren sozialen Status weisen eine höhere psychosoziale Belastung auf als Personen mit einem höheren sozialen Status und nehmen daher weniger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch.

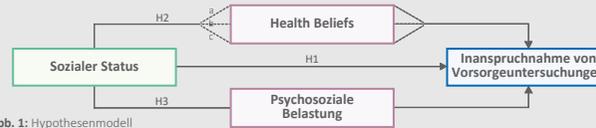


Abb. 1: Hypothesenmodell

Methodik & Daten⁶

Forschungsdesign:
Ex-post-facto-Design

Erhebungsdesign:
Querschnittsdesign

Art der Befragung:
Online-Erhebung

Erhebungsinstrument:
Standardisierter Fragebogen

Angestrebte Grundgesamtheit:
Deutschsprachige Wohnbevölkerung mit Wohnsitz in Deutschland ab einem Alter von 18 Jahren

Auswahlverfahren:
Offene Erhebung

Fallzahl der Untersuchung:
N = 481

Gewichtung:
Keine

Statistische Auswertung:
Statistikprogramm STATA 16.1

Verteilung Grenzwerte der sozialen Statuskategorien:

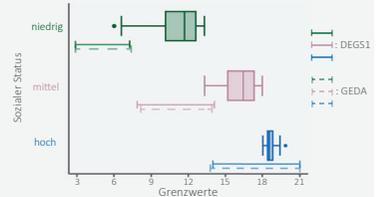


Abb. 2: Verteilung Grenzwerte der sozialen Statuskategorien im Vergleich zu DEGS1⁷ und GEDA⁸

Ergebnisse

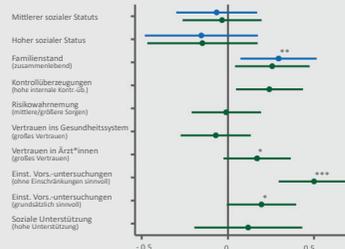


Abb. 3 zeigt die Ergebnisse der multivariaten Analyse in Form eines Koeffizienten-Plots. In Modell I wird die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen auf den sozialen Status, die Kontrollvariable Familienstand und weitere ausblendete Kontrollvariablen zurückgeführt. Es zeigt sich, dass ein höherer sozialer Status keinen Effekt auf eine höhere Anzahl in Anspruch genommener Vorsorgeuntersuchungen hat. Der Familienstand hat als einzige Kontrollvariable einen signifikanten Effekt. In Modell II werden zusätzlich alle Unterdimensionen der Drittvariablen aufgenommen. Auch in diesem Modell hat ein höherer sozialer Status keinen Effekt auf die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (alle zugehörig zu Health Beliefs haben dabei einen signifikanten Effekt).

• Modell I (Sozialer Status)
• Modell II (Sozialer Status & Drittvariablen)
(Unter Kontrolle von: Geschlecht, Altersgruppen, Alter, Staatsangehörigkeit und Geburtsregion (Ost-/Westatl.))
* p ≤ 0,1 / ** p ≤ 0,05 / *** p ≤ 0,01

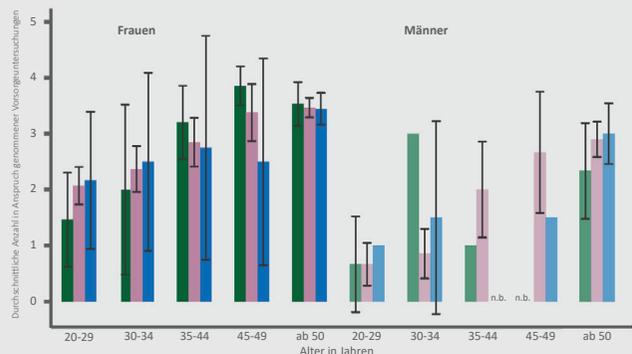


Abb. 4: Verteilung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (Geschlecht, sozialer Status und Altersgruppe)
Sozialer Status: ■ niedrig ■ mittel ■ hoch
—: 95%-Konfidenzintervalle ohne —: ausgeblendet, da n ≤ 3 n.b.: nicht beobachtet



Das Präventionsdilemma als Ausgangsproblem



Menschen mit einem höheren sozialen Status und einem geringeren Krankheitsrisiko nehmen Vorsorgeuntersuchungen in Form von Krebsfrüherkennung und Gesundheits-Check-ups häufiger in Anspruch.

Dahingegen nehmen...



...Menschen mit einem niedrigeren sozialen Status und einem erhöhten Mortalitäts- bzw. Morbiditätsrisiko für schwere chronische Erkrankungen, die aus Sicht der Gesundheitsforschung einen höheren Versorgungsbedarf haben, Vorsorgeuntersuchungen seltener in Anspruch.¹



Warum nehmen Personen mit einem niedrigeren sozialen Status weniger Vorsorgeuntersuchungen in Form von Krebsfrüherkennung und Gesundheits-Check-ups in Anspruch als Personen mit einem höheren sozialen Status?

Schlussfolgerungen

1. Kein Präventionsdilemma

In der vorliegenden Untersuchung wird der vermutete Grundzusammenhang, dass Personen mit einem höheren sozialen Status mehr Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen im Vergleich zu Personen mit einem niedrigeren sozialen Status, nicht beobachtet. Das Präventionsdilemma ist nicht sichtbar (vgl. hierzu auch Abb. 4). Die Hypothese H1 findet in den Daten keine Bestätigung.

2. Keine Zugangsbarrieren

Da in den vorliegenden Daten der Grundzusammenhang nicht beobachtet werden kann, können auch die weiteren Hypothesen zur Identifikation möglicher Zugangsbarrieren für die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (Health Beliefs und Psychosoziale Belastung) H2, H2a, H2b, H2c und H3 keine Bestätigung finden.

3. Anknüpfungspunkte für zukünftige Forschungen

Die Untersuchung kann keinen wesentlichen Beitrag zur Erklärung der Ursachen des Präventionsdilemmas leisten. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse (vgl. hierzu Abb. 3) deuten jedoch darauf hin, dass die Variablen Familienstand, Risikowahrnehmung, Vertrauen in Ärzt*innen und Einstellungen zu Vorsorgeuntersuchungen einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen haben und stellen daher potentielle Anknüpfungspunkte für zukünftige Forschungen dar.

4. Limitationen der Forschung

Die Untersuchung unterliegt jedoch Limitationen, die eine direkte Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Untersuchungsszenarien oder einen Vergleich mit anderen sozioepidemiologischen Forschungen erschweren. Insbesondere sind die verwendeten Daten nicht repräsentativ⁹ und die Grenzwerte für den niedrigen und mittleren sozialen Status liegen deutlich über den Grenzwerten vergleichbarer Studien (vgl. hierzu Abb. 2).

Quellenangaben:

¹ Vgl. Lampert, Thomas; Richter, Matthias; Schneider, Sven; Spallek, Jakob; Dragano, Nico (2016): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozioepidemiologischen Forschung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 59 (2), S. 153-165.
² Vgl. Butsch, Gordon (2011): Zugang zu Gesundheitsleistungen. Barrieren und Armut in Pune, Indien.
³ In: Frauke Kraas, Jost Heintzenberg, Peter Sterile und Volker Kreibich (Hg.): Megaläden und globaler Wandel. Band 2. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
⁴ Vgl. Lummer, Petra (2006): Zugangsmöglichkeiten und Zugangsbarrieren zur Patientenberatung und Nutzerinformation. Bielefeld: Institut für Pflegegesellschaft an der Universität Bielefeld.
⁵ Vgl. Klein, Jens; Klosebeck, Olaf von dem (2020): 3.1.2. Soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung. In: Renate Deiner und Olaf von dem Klosebeck (Hg.): Online Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie. Berlin: German Medical Science GMS Publishing House. Online verfügbar unter: <https://books.publishing/books/view/461/40>. Zuletzt geprüft am 12.04.2021.

⁶ Vgl. auch Geißler, Ferdinand (2021): Methodenbericht. "Gesundheit und soziale Ungleichheit". Berlin: Humboldt-Universität zu Berlin.
⁷ Vgl. Lampert, Thomas; Kroll, Lars E.; Müters, Stephan; Stolzenberg, Heribert (2013): Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 56 (10), S. 631-636.
⁸ Vgl. Lampert, Thomas; Kroll, Lars E.; Müters, Stephan; Stolzenberg, Heribert (2013): Messung des sozioökonomischen Status in der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 56 (1), S. 131-143.
⁹ Vgl. Geißler, Ferdinand (2021): Methodenbericht. "Gesundheit und soziale Ungleichheit". Berlin: Humboldt-Universität zu Berlin.

Kontakt: bartzber@hu-berlin.de
engelkef@hu-berlin.de
sengpiel@hu-berlin.de
wuerzmax@hu-berlin.de

Weiterführende Informationen:





Sozioökonomischer Status und Stress

Verfasser*innen:
Matthias Danyeli Marika Gebauer Ariana Morales
Nizara Safaricz Anton Schäfer Amina Seck

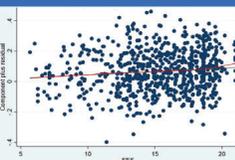
Humboldt-Universität zu Berlin
Institut für Sozialwissenschaften Kurs: Empirische Sozialforschung II
Wintersemester 2020/2021 Dozent: Ferdinand Geißler

Problemstellung und Forschungsstand

Wie wirkt sich der sozioökonomische Status auf das Stresslevel aus und welche Mechanismen beeinflussen diesen Zusammenhang?

Ziel des Forschungsprojektes ist es, den Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Stress näher zu untersuchen und Mechanismen ausfindig zu machen, die diesen Zusammenhang beeinflussen. Dabei liegt der Fokus auf Distress, den „negativen“ Stress, der durch kognitive und körperliche Überforderung entsteht (Tanghatar 2012). Lazarus (1981) definiert Stress als Kategorie für Ereignisse, welche die Anpassungsfähigkeit des Individuums beanspruchen beziehungsweise übersteigen (zitiert nach Hemming 2015). Zwar ist Stress in allen gesellschaftlichen Schichten verbreitet, allerdings gibt es schichtabhängige Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit und Häufigkeit einer Exposition gegenüber bestimmten Stressfaktoren sowie in der Verfügbarkeit von Ressourcen zur Stressbewältigung (Lampert 2016). Die Identifizierung der Ursachen von Stress ist von besonderer wissenschaftlicher und politischer Relevanz, um die Stressbelastung gezielt zu reduzieren und gesundheitliche Disparitäten in der Gesellschaft abzubauen. Ein tiefergehendes Verständnis der genauen Wirkmechanismen des sozioökonomischen Status auf Stress kann zudem zur Debatte über soziale Ungleichheit beitragen und aus neuer Perspektive beleuchten.

Deskriptive Auswertung



Diese Abbildung zeigt, dass Menschen mit einem höheren SES seltener an extremem Stress leiden als Menschen mit niedrigem SES.

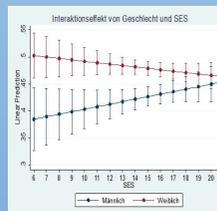
Daten und Variablen

Die zugrundeliegenden Daten wurden im Zeitraum vom 14.12.2020 bis 03.01.2021 in 1160 standardisierten Fragebögen über eine Online-Umfrage erhoben. Die angestrebte Grundgesamtheit ist die deutschsprachige Bevölkerung mit Wohnsitz in Deutschland ab einem Alter von 18 Jahren. Im Gegensatz zu Telefonbefragungen konnte keine Zufallsauswahl der Befragten erfolgen, da die 144 Studierenden durch ihre persönlichen Netzwerke auf die Online-Erhebung aufmerksam gemacht haben. Aus diesem Grund kann die realisierte Stichprobe nicht als repräsentativ angesehen werden: Gerade Personen im Alter von 18 bis 29 und in Berlin wohnhafte Personen sind deutlich überrepräsentiert. Auf eine Gewichtung wurde verzichtet, da sie die Ergebnisse verzerren könnte.



Interaktionseffekt

Geschlecht moderiert den Effekt zwischen SES und Stresslevel. Mit steigendem SES sinkt das Stresslevel bei Frauen, bei Männern steigt es.



Regressionstabelle	Modell A	Modell C	Modell D	Modell E
SES	-0.0067** (0.00)	-0.0049* (0.00)	-0.0003 (0.00)	0.0046 (0.00)
Soziale Ordnung		-0.1808** (0.03)	-0.0923** (0.03)	-0.0948** (0.03)
Sport in Stunden			-0.0067** (0.00)	-0.0065** (0.00)
Soziale Unterstützung			-0.0209** (0.00)	-0.0208** (0.00)
Wert der Ernährung			-0.0134* (0.01)	-0.0132* (0.01)
Weiblich # SES				-0.0073* (0.00)
Konstante	0.5647** (0.03)	0.5525** (0.05)	0.9555** (0.06)	0.8791** (0.07)
Beobachtungen	730	730	730	730
Adjusted R ²	0.018	0.099	0.241	0.245

Standardfehler in Klammern dargestellt
*p < .05, ** p < .01

Die Regressionstabelle ist verkürzt dargestellt: Die Kontrollvariablen Nationalität, Alter, Familienstand, Geschlecht sowie die insignifikante Drittvariable Wohngröße wurden in die Regression mit einbezogen aber nicht in der gekürzten Regressionstabelle aufgeführt.

Ergebnisse und Fazit

Die Ergebnisse der linearen Regression weisen auf einen signifikanten positiven Effekt des SES auf das Stresslevel hin, wobei der Effekt ist jedoch relativ gering ist. Ein niedriger SES scheint somit nur bedingt ein hohes Stresslevel zu erklären. Ein viel größer Erkenntnisgewinn liegt womöglich darin, dass die Drittvariablen als direkte erklärende Variablen des Stresslevels fungieren können. Die Modelle weisen darauf hin, dass soziale Unterstützung aus dem persönlichen Umfeld sowie ein hoher Stellenwert von Ernährung eine abpuffernde Wirkung auf das Stresslevel von Menschen haben. Ein niedriges Maß an sozialer Ordnung in der Wohnumgebung scheint das Stresslevel zu erhöhen. Zudem korrelieren genannte Variablen mit dem SES, weshalb von einer medierende Wirkung der Drittvariablen auf den Zusammenhang zwischen dem SES und dem Stresslevel ausgegangen werden kann. Auch Sport konnte eine stressabpuffernde Wirkung nachgewiesen werden. Im untersuchten Sample führt hingegen ein hoher SES nicht zu mehr sportlicher Aktivität, sodass nicht davon ausgegangen werden kann, dass Sport medierend auf den Effekt des SES auf das Stresslevel wirkt. Zudem konnte nicht bestätigt werden, dass Platzmangel in der Wohnung einen Einfluss auf das Stresslevel hätte. In der Stichprobe zeigte sich überdies, dass der Effekt des SES auf das Stresslevel vom Geschlecht abhängig ist: Wie erwartet nimmt bei Frauen das Stresslevel mit steigendem SES ab, bei Männern ist der Effekt jedoch umgekehrt und das Stresslevel nimmt mit steigendem SES zu. Auch wenn der Interaktionseffekt an sich signifikant ist, ist der positive Haupteffekt des SES für Männer insignifikant und kann nicht ohne weiteres auf die Population übertragen werden.