

Heisig, Jan Paul; King, Seán

Article

Ungleich ist nicht gleich ungleich: Der Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Lage kann unterschiedlich gemessen werden

WZB-Mitteilungen: Quartalsheft für Sozialforschung

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Heisig, Jan Paul; King, Seán (2022) : Ungleich ist nicht gleich ungleich: Der Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Lage kann unterschiedlich gemessen werden, WZB-Mitteilungen: Quartalsheft für Sozialforschung, ISSN 2943-6613, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin, Iss. 175 (1/22), pp. 12-15, <https://bibliothek.wzb.eu/artikel/2022/f-24605.pdf>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/327726>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Ungleich ist nicht gleich ungleich

Der Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Lage kann unterschiedlich gemessen werden

Die herrschende Pandemie belegt es erneut: Der Gesundheitszustand der Menschen hängt immer noch stark von ihrer sozialen Lage ab, selbst in reichen Volkswirtschaften. Doch wie unterscheidet sich das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen den Ländern Europas? Eine laufende Studie zeigt: Es kommt auch darauf an, wie gemessen wird. Neue Einsichten zum „Nordischen Paradox“, zum „Südeuropäischen Wunder“ und zum „Osteuropäischen Desaster“.

Jan Paul Heisig und Seán King

Menschen mit niedrigem Einkommen oder niedriger Bildung sterben früher als Menschen mit hohem Einkommen und hoher Bildung, sie haben bereits zu Lebzeiten einen insgesamt schlechteren Gesundheitszustand. Dieses Phänomen der „gesundheitlichen Ungleichheit“ ist in den letzten Jahren zunehmend international vergleichend untersucht worden – mit einigen überraschenden Befunden. So kommen Studien immer wieder zu dem Ergebnis, dass das Niveau gesundheitlicher Ungleichheit in den skandinavischen Ländern vergleichsweise hoch, zumindest jedenfalls nicht besonders niedrig ist. Dieses Ergebnis wird oft als „Nordisches Paradox“ bezeichnet, da die skandinavischen Länder für ein egalitäres Gesellschaftsmodell mit starkem Wohlfahrtsstaat stehen und in vielen Bereichen auch tatsächlich zu den am wenigsten ungleichen Gesellschaften der Welt gehören – so etwa bei der Einkommensverteilung, den Bildungschancen oder der Geschlechterungleichheit. Für die Gesundheit scheint dies jedoch nicht zu gelten.

Und die vergleichende Forschung zu gesundheitlicher Ungleichheit hält noch weitere bemerkenswerte Befunde bereit. So spricht Johan Mackenbach, einer der profiliertesten Forscher in diesem Feld, von einem „Südeuropäischen Wunder“: Trotz weniger gut ausgestatteter Gesundheitssysteme sind die gesundheitlichen Ungleichheiten in vielen südeuropäischen Ländern gering. In einer anderen Region ist das Niveau gesundheitlicher Ungleichheit hingegen extrem hoch: Mackenbach konstatiert ein „Osteuropäisches Desaster“.

Angesichts solcher zum Teil überraschender Muster stellt sich die Frage, wie belastbar und eindeutig die zugrundeliegenden empirischen Ergebnisse sind – und dies auch deshalb, weil bei der Quantifizierung von gesundheitlicher Ungleichheit eine Reihe von Entscheidungen getroffen werden müssen. Drei besonders wichtige sind: Wie wird die soziale Lage einer Person, also ihre „sozioökonomische Position“

oder ihr „sozioökonomischer Status“, erfasst? Wie werden ihre Gesundheitschancen gemessen? Und wie werden beide Größen schließlich in einer Ungleichheitsmaßzahl zusammengebracht? Auf jede dieser Fragen gibt es zahlreiche plausible Antworten. So wird der sozioökonomische Status in vielen Studien an Hand des höchsten Bildungsabschlusses bestimmt, andere Arbeiten schauen auf das Einkommen oder die berufliche Tätigkeit. Auch bei der Erfassung der Gesundheitschancen gibt es unterschiedliche Ansätze: Gemessen werden kann die Mortalität beziehungsweise Lebenserwartung oder aber die Morbidität, also der Gesundheitszustand beziehungsweise die Krankheitslast zu Lebzeiten. Diese wird von Studie zu Studie anders erfasst: Neben allgemeinen Selbsteinschätzungen der Befragten finden auch Fragen nach Einschränkungen im Alltag oder konkreten Erkrankungen Verwendung.

Sind sozialer Status und Gesundheitschancen festgelegt, gibt es zahlreiche Optionen, wie das Ausmaß der sozial bedingten Ungleichheit in Gesundheitsfragen errechnet werden kann. Hier ist die Unterscheidung zwischen absoluten und relativen Ungleichheitsmaßen grundlegend. Nehmen wir zum Beispiel an, dass in Land A 20 Prozent der Menschen mit niedrigem sozialem Status und 10 Prozent der Menschen mit hohem sozialem Status einen wie auch immer definierten „schlechten Gesundheitszustand“ haben. In Land B hingegen liegen die entsprechenden Anteile bei 8 und 2 Prozent. Wenn wir Ungleichheit als die absolute

Jan Paul Heisig ist Leiter der Forschungsgruppe *Gesundheit und soziale Ungleichheit am WZB und Professur für Soziologie mit dem Schwerpunkt Soziale Ungleichheit in vergleichender Perspektive an der Freien Universität Berlin.* jan.heisig@wzb.eu

Foto: © WZB/David Ausserhofer, alle Rechte vorbehalten.

Differenz der Prävalenz in den beiden Gruppen definieren, so ist die Ungleichheit in Land A mit 10 (= 20 – 10) Prozentpunkten deutlich höher als in Land B mit 6 (= 8 – 2) Prozentpunkten. Definieren wir Ungleichheit jedoch als das relative Risiko eines schlechten Gesundheitszustand, so ergibt sich eine höhere Ungleichheit für Land B, denn hier ist die Prävalenz in der Gruppe mit niedrigem sozialem Status viermal so hoch (= 8/2) wie in der Gruppe mit hohem sozialem Status. In Land A ist das Risiko nur um den Faktor 2 (=20/10) erhöht.

Neben diesen Entscheidungen bezüglich der drei Kernelemente gesundheitlicher Ungleichheit (sozioökonomischer Status, Gesundheitschancen und Ungleichheit) sind noch eine Reihe weiterer Festlegungen nötig, etwa zur betrachteten Altersspanne oder zum Umgang mit fehlenden Werten. Dieses Phänomen – dass viele Einzelentscheidungen ohne eindeutig beste Option zu treffen sind – ist nicht auf die Analyse gesundheitlicher Ungleichheiten beschränkt. Es ist ein allgemeines Merkmal empirischer Forschung. Der US-amerikanische Politikwissenschaftler und Statistiker Andrew Gelman hat es mit dem Bild eines „Garden of Forking Paths“ beschrieben, einer Wanderung durch einen Garten mit vielen Verzweigungen. Wie Forscher*innen sich an den einzelnen Abzweigungen entscheiden, kann den Endpunkt der Wanderung, also das Ergebnis des Forschungsprozesses, entscheidend beeinflussen. Dies gilt selbst dann, wenn Forscher*innen alle Entscheidungen nach bestem Wissen und Gewissen treffen und nicht aktiv versuchen, ihre

Seán King ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Berliner Institut für empirische Integrations- und Migrationsforschung. Zu seinen Forschungsinteressen gehören unter anderem Soziale Ungleichheiten, Migration, Wohlfahrtsstaat. sean.king@hu-berlin.de

Foto: © WZB/privat, alle Rechte vorbehalten.

Vorannahmen zu bestätigen oder „statistisch signifikante“ Ergebnisse zu produzieren.

Die beschriebenen „Verzweigungen“ können dazu führen, dass der publizierte Forschungsstand ein verzerrtes Abbild aller möglichen plausiblen Antworten auf eine Forschungsfrage ist. Dieses Problem wird durch weitere Aspekte des Forschungs- und Publikationsprozesses verstärkt, so etwa durch den sogenannten Publikationsbias, die bevorzugte Veröffentlichung von überraschenden und statistisch signifikanten Ergebnissen durch wissenschaftliche Zeitschriften. Das Bewusstsein für diese Problematik hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. Immer öfter wird deshalb der Versuch unternommen, Ausmaß und Richtungen möglicher Verzerrungen empirisch abzuschätzen. Ein Ansatz dazu sind „Multiverse-Analysen“, die eine bestimmte Analyse wiederholt und für eine sehr große Zahl plausibler Konfigurationen von analytischen Entscheidungen durchführen.

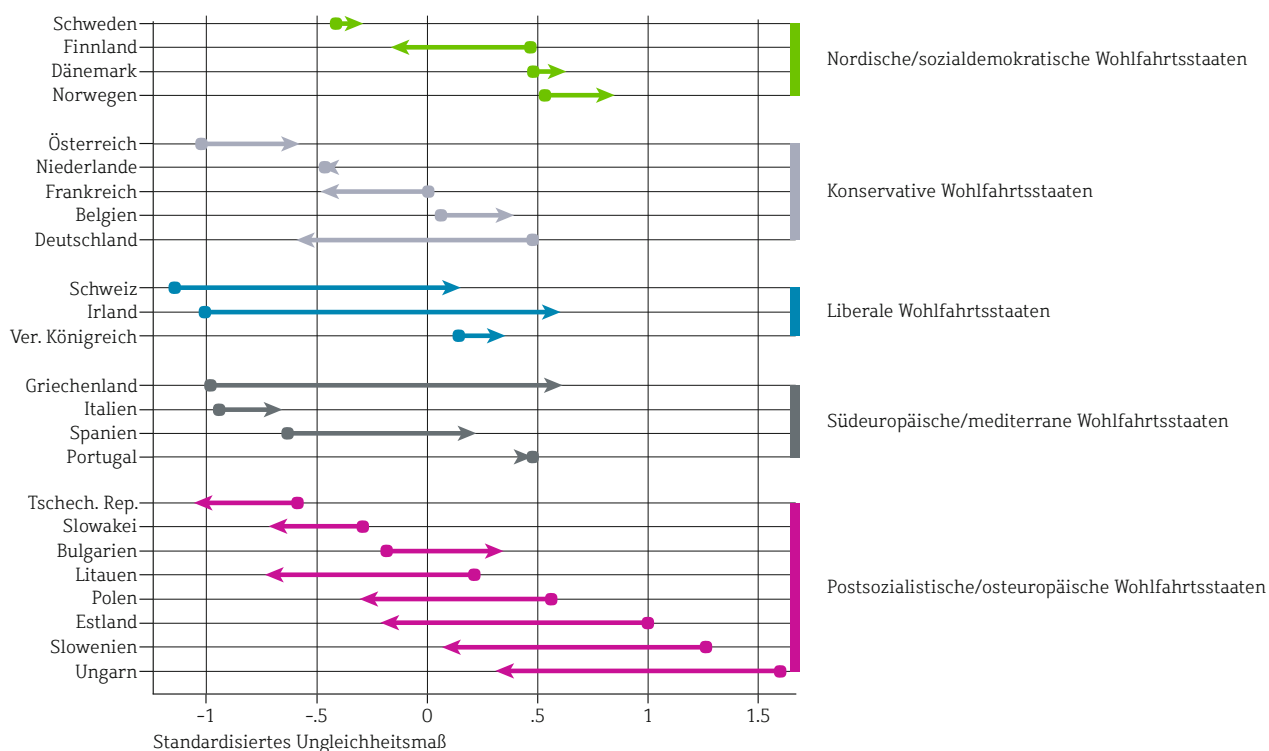
Im Folgenden präsentieren wir Ergebnisse aus einer laufenden Arbeit, in der wir eine solche Multiverse-Analyse zum Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit in Europa durchführen. Unsere bisherigen Analysen beruhen auf den ersten acht Wellen des European Social Survey (ESS), einer seit 2002 alle zwei Jahre durchgeführten vergleichenden sozialwissenschaftlichen Befra-

gung. Das Befragungsprogramm umfasst neben wechselnden thematischen Schwerpunkten einen Kernfragebogen, der unter anderem Informationen zu Einkommen, Bildung, Erwerbstätigkeit und Gesundheit erhebt. Die nachfolgend vorgestellten Ergebnisse sind ein Zwischenstand, da wir mittelfristig weitere Datensätze in unsere Analysen einbeziehen wollen.

Wir wollen wissen: Ergeben sich im internationalen Vergleich stets ähnliche Muster – unabhängig davon, wie gesundheitliche Ungleichheit im Detail gemessen wird? Oder lassen sich systematische Zusammenhänge zwischen bestimmten analytischen Entscheidungen und der Positionierung von Ländern und Ländergruppen erkennen? Ist es zum Beispiel so, dass ein „Nordisches Paradox“ vor allem dann auftritt, wenn Ungleichheiten relativ und nicht absolut gemessen werden?

In unserer Studie betrachten wir insgesamt 720 „analytische Konfigurationen“, die sich hinsichtlich der Messung von sozioökonomischem Status, Gesundheit, Ungleichheit und weiterer Aspekte unterscheiden. Wir erhalten also 720 Ungleichheitswerte pro Land. Die Abbildung veranschaulicht, wie sich die Verwendung eines relativen (statt eines absoluten) Ungleichheitsmaßes auf die gemessene gesundheitliche Ungleichheit auswirkt: Der durchschnittliche Ungleichheitswert

Gesundheitliche Ungleichheit im europäischen Vergleich



Quelle: Eigene Berechnungen aus Daten des European Social Survey, ©WZB.

für die 360 Konfigurationen mit absolutem Ungleichheitsmaß ist für jedes Land mit einem Punkt dargestellt. Die Pfeile zeigen an, wie sich das durchschnittliche Ungleichheitsmaß bei relativer Betrachtung verändert (die Pfeilspitzen entsprechen dem Mittelwert für die 360 Konfigurationen mit relativem Ungleichheitsmaß).

Bei der Betrachtung der mittleren absoluten Ungleichheit (Punkte) wird zunächst deutlich, dass die in der Forschung typischerweise unterschiedenen Ländergruppen intern recht heterogen sind. Dennoch bestätigen sich die aus der Forschung bekannten Muster zumindest teilweise: So weisen die skandinavischen Länder tatsächlich mittlere bis hohe absolute Ungleichheitswerte auf und die südeuropäischen Länder mit Ausnahme von Portugal niedrige bis sehr niedrige. Auch das „Osteuropäische Desaster“ wird insofern bestätigt, als die drei Länder mit den höchsten Ungleichheiten alle in diese Region fallen.

Wie verändern sich diese Muster, wenn wir stattdessen die relative Ungleichheit betrachten (Pfeile bzw. Pfeilspitzen)? Die Ungleichheiten in Osteuropa sind in diesem Fall größtenteils deutlich niedriger als bei einer Verwendung absoluter Ungleichheitsmaße. Wichtigster Grund dafür ist der vergleichsweise schlechte Gesundheitszustand von Personen mit hohem sozioökonomischem Status in diesen Ländern. Deutlich höhere Ungleichheiten finden sich bei relativer Betrachtung hingegen vor allem in Südeuropa sowie für die Schweiz und Irland als Vertreter*innen des sogenannten liberalen Wohlfahrtsregimes. Die Werte der skandinavischen Staaten verändern sich hingegen nur recht geringfügig.

Unsere Analysen liefern noch einige weitere Hinweise auf systematische Zusammenhänge zwischen analytischen Entscheidungen und dem Abschneiden einzelner Länder oder Län-

dergruppen. So fallen gesundheitliche Ungleichheiten in den liberalen Wohlfahrtsstaaten insgesamt deutlich höher aus, wenn der sozioökonomische Status auf Grundlage des Einkommens statt auf Grundlage von Bildung oder beruflicher Tätigkeit bestimmt wird. Dies ist unmittelbar einleuchtend, da es sich bei den liberalen Wohlfahrtsstaaten um Länder mit hoher Einkommensungleichheit handelt.

Ein klares Ergebnis unserer Analyse ist, dass das „Nordische Paradox“ keinesfalls nur bei Verwendung relativer Ungleichheitsmaßzahlen auftritt. Es ist also nicht einfach auf bestimmte methodische Entscheidungen zurückzuführen, sondern muss inhaltlich erklärt werden. Etwas anders sieht es beim „Osteuropäischen Desaster“ und dem „Südeuropäischen Wunder“ aus: Für diese Phänomene finden sich vor allem dann Belege, wenn gesundheitliche Ungleichheit als absoluter Unterschied (und nicht als relatives Risiko) definiert wird. Das bedeutet jedoch nicht, dass es sich bei diesen Ergebnissen um methodische Verzerrungen handelt. Die großen absoluten Unterschiede in Osteuropa sind Ausdruck eines echten sozialen Problems. Der Gesundheitszustand von Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status ist in dieser Region sehr schlecht, bei relativer Betrachtung relativiert sich dies jedoch ein Stück weit, da auch Menschen mit hohem sozioökonomischem Status in Osteuropa einen vergleichsweise schlechten Gesundheitszustand haben.

Unsere Ergebnisse illustrieren, wie komplexe Phänomene mithilfe von Multiverse-Analysen differenzierter erfasst und mögliche Verzerrungen des Forschungsstands aufgedeckt werden können. Diese Differenziertheit ist wichtig – nicht nur für die Wissenschaft, sondern auch für politisch und gesellschaftlich relevante Aussagen zu Zusammenhängen zwischen Wohlfahrtsstaat, Gesundheit und sozialer Ungleichheit. ●

Literatur

Mackenbach, Johan P.: Health Inequalities. Persistence and Change in European Welfare States. Oxford: Oxford University Press 2019.

Steege, Sara/Tuerlinckx, Francis/Gelman, Andrew/Vanpaemel, Wolf: „Increasing Transparency Through a Multiverse Analysis“. In: Perspectives on Psychological Science, 2016, Jg. 11, H. 5, S. 702-712.