

Journal of Health Monitoring · 2017 2(4)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-120
Robert Koch-Institut, Berlin

Autorinnen und Autor:

Lea-Sophie Borgmann, Petra Rattay,
Thomas Lampert

Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland

Abstract

Soziale Unterstützung resultiert aus sozialen Bindungen und Netzwerken. Als psychosoziale Ressource hat soziale Unterstützung einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit. Sie kann u. a. das psychische Wohlbefinden verbessern, Stress reduzieren und die Auswirkung ungünstiger Lebensbedingungen verringern. Auf Basis der Erhebung GEDA 2014/2015-EHIS des Robert Koch-Instituts (RKI) wird das Ausmaß und die Verteilung wahrgenommener sozialer Unterstützung in der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands untersucht (n=23.617). Die Ergebnisse zeigen, dass sich Frauen und Männer zu einem großen Teil durch nahestehende Personen oder Nachbarn unterstützt fühlen. Soziale Unterstützung ist jedoch nicht in allen Bevölkerungsgruppen gleich verteilt: Ältere Personen, gering gebildete sowie nicht erwerbstätige Frauen und Männer berichten vergleichsweise häufig von geringer sozialer Unterstützung. Damit können insbesondere diejenigen Bevölkerungsgruppen, die häufiger von gesundheitlichen Problemen betroffen sind, seltener auf diese Ressource zurückgreifen.

📍 **SOZIALE UNTERSTÜTZUNG · RESSOURCEN · SOZIALE LAGE · GESUNDHEITSMONITORING · DEUTSCHLAND**

Einleitung

Soziale Unterstützung entsteht unter anderem aus sozialen Bindungen und Netzwerken und ist eine wichtige Ressource für die Gesundheit. Dabei kann soziale Unterstützung verschiedene, sich teilweise überlagernde Funktionen haben. Einerseits umfasst sie emotionale Unterstützung, die durch Gefühle von Zuneigung und Fürsorge sowie ein wahrgenommenes Verständnis durch andere gekennzeichnet ist. Andererseits bietet soziale Unterstützung auch instrumentelle Unterstützung. Diese zeigt sich in Form von Hilfe bei der Bewältigung konkreter Aufgaben des Alltags, etwa finanzieller Unterstützung oder unentgeltlicher Arbeit. Damit sind bei-

spielweise Hilfe bei Einkäufen oder die Bezahlung von Rechnungen gemeint. Weitere Aspekte sozialer Unterstützung sind Hilfe bei Entscheidungsfindungen, Feedback zu eigenen Entschlüssen sowie durch die Bereitstellung von Informationen (informationelle Unterstützung) [1, 2]. In der Forschung kann soziale Unterstützung auf verschiedene Arten erfasst werden. Vornehmlich unterschieden wird die Erhebung von wahrgenommener bzw. erwarteter sozialer Unterstützung sowie tatsächlich erhaltener sozialer Unterstützung [3].

Empirisch konnte gezeigt werden, dass insbesondere die wahrgenommene soziale Unterstützung als psychosoziale Ressource einen Einfluss auf verschiedene

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (13.144 Frauen und 10.872 Männer)

Response rate: 26,9%

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Die Studie unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurde von der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

Aspekte von Gesundheit haben kann [2, 4–7]. Dabei wurden insbesondere Zusammenhänge mit dem psychischen Wohlbefinden, dem Selbstbewusstsein und der Selbstwirksamkeitswahrnehmung, aber auch mit dem Gesundheitsverhalten in Bezug auf körperliche Bewegung, Tabak- und Alkoholkonsum beobachtet [1]. Menschen, die sich nicht ausreichend sozial unterstützt fühlen, sind häufiger durch chronischen Stress belastet, leiden häufiger unter körperlichen Beschwerden und Krankheiten und haben zudem ein erhöhtes Mortalitätsrisiko [1, 2, 8, 9]. Für die in Deutschland lebende Erwachsenenbevölkerung konnte darüber hinaus gezeigt werden, dass eine geringe wahrgenommene soziale Unterstützung bei Frauen und Männern in allen Altersgruppen mit einer deutlich erhöhten Prävalenz von Depressionen einhergeht [10].

Indikator

Der Indikator soziale Unterstützung wurde in der Studie GEDA 2014/2015-EHIS durch die Selbstangabe der Befragten in einem schriftlichen oder Online-Fragebogen erfasst. Der Grad der wahrgenommenen sozialen Unterstützung wurde mittels der Oslo-3-Items-Social-Support Scale (Oslo-3-Skala) erhoben [11]. Konkret wurden folgende Fragen gestellt: „Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?“ (Antwortvorgaben: keine, 1 bis 2, 3 bis 5, 6 oder mehr), „Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?“ (Antwortvorgaben: sehr viel, viel, weder viel noch wenig, wenig, keine) und „Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nach-

barn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?“ (Antwortvorgaben: sehr einfach, einfach, möglich, schwierig, sehr schwierig). Mit der Skala wird somit die subjektiv wahrgenommene Verfügbarkeit sozialer Unterstützung gemessen. Durch Addition der Einzelpunktwerte aus den drei Fragen wurde ein Index gebildet, der Werte zwischen 3 und 14 Punkten annehmen kann. Der Bereich von 3 bis 8 Punkten wird als geringe Unterstützung, von 9 bis 11 Punkten als mittlere Unterstützung und von 12 bis 14 Punkten als starke Unterstützung klassifiziert [12].

Die Analysen basieren auf Daten von 23.617 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren (12.921 Frauen, 10.696 Männer) mit gültigen Angaben zu sozialer Unterstützung. Analysen zum (selbstdefinierten) Erwerbsstatus wurden auf das erwerbsfähige Alter (bis 64 Jahre) begrenzt.

Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Der Kreistyp spiegelt den Grad der Urbanisierung und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die Angaben der Studienteilnehmenden zur Bildung zu klassifizieren [13]. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn sich die Konfidenzintervalle nicht überlappen.

Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS findet sich bei Lange et al. 2017 [14] sowie im Beitrag [Gesundheit in Deutschland aktuell](#)

Mehr als ein Viertel der Frauen und Männer in Deutschland nehmen ihre soziale Unterstützung als stark wahr.

17,6% der Frauen und 19,0% der Männer geben an, dass sie nur geringe soziale Unterstützung erhalten.



Tabelle 1
Soziale Unterstützung
(Oslo-3-Items-Social-Support Scale)
bei Frauen nach Alter und Bildungsstatus
(n=12.921)

Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

– neue Daten für Deutschland und Europa in Ausgabe 1/2017 des Journal of Health Monitoring.

Ergebnisse und Einordnung

In Deutschland berichten 29,2% der Frauen und 25,4% der Männer, dass sie starke soziale Unterstützung erfahren (Tabelle 1 und Tabelle 2). Weitere 53,2% der Frauen und 55,7% der Männer erhalten eine mittelstarke soziale Unterstützung. Eine geringe soziale Unterstützung wird nur von 17,6% der Frauen und 19,0% der Männer

wahrgenommen. Bei Frauen steigt der Anteil derjenigen, die nur geringe soziale Unterstützung erhalten, mit dem Alter leicht an. Weder die Unterschiede nach Alter noch nach Geschlecht sind statistisch signifikant.

Die Daten zeigen darüber hinaus, dass der Grad der sozialen Unterstützung mit dem Bildungsstatus zusammenhängt: So ist der Anteil der Frauen und Männer mit geringer sozialer Unterstützung in der oberen Bildungsgruppe am geringsten. Bei Frauen ist dieser Unterschied für alle Befragten im Alter bis 64 Jahre signifikant.

Frauen	Geringe Unterstützung		Mittlere Unterstützung		Starke Unterstützung	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Frauen (gesamt)	17,6	(16,6–18,6)	53,2	(52,1–54,3)	29,2	(28,1–30,3)
Untere Bildungsgruppe	23,0	(21,0–25,2)	51,7	(49,4–54,0)	25,2	(23,1–27,5)
Mittlere Bildungsgruppe	17,0	(15,8–18,2)	54,2	(52,9–55,6)	28,8	(27,4–30,2)
Obere Bildungsgruppe	12,3	(11,0–13,7)	51,6	(49,8–53,4)	36,1	(34,3–37,9)
18–29 Jahre	16,7	(14,5–19,2)	55,1	(52,5–57,6)	28,2	(25,9–30,5)
Untere Bildungsgruppe	23,4	(18,2–29,5)	53,2	(47,0–59,3)	23,4	(18,5–29,1)
Mittlere Bildungsgruppe	16,1	(13,7–18,9)	54,9	(51,8–58,0)	29,0	(26,0–32,1)
Obere Bildungsgruppe	9,5	(6,9–13,1)	57,9	(53,3–62,4)	32,6	(28,6–36,9)
30–44 Jahre	17,9	(16,1–19,7)	52,5	(50,0–55,1)	29,6	(27,3–32,0)
Untere Bildungsgruppe	29,3	(23,4–36,1)	45,8	(38,2–53,5)	24,9	(18,8–32,2)
Mittlere Bildungsgruppe	17,7	(15,5–20,0)	54,9	(51,8–58,0)	27,4	(24,6–30,4)
Obere Bildungsgruppe	12,2	(10,1–14,7)	50,4	(46,6–54,1)	37,5	(33,9–41,2)
45–64 Jahre	15,9	(14,6–17,3)	53,4	(51,7–55,0)	30,7	(29,1–32,4)
Untere Bildungsgruppe	20,5	(17,1–24,4)	55,4	(50,9–59,7)	24,1	(20,6–28,0)
Mittlere Bildungsgruppe	15,9	(14,3–17,7)	53,4	(51,2–55,7)	30,7	(28,6–32,8)
Obere Bildungsgruppe	11,7	(9,9–13,7)	51,4	(48,4–54,4)	36,9	(34,1–39,8)
≥65 Jahre	20,2	(18,3–22,3)	52,3	(49,9–54,7)	27,4	(25,3–29,6)
Untere Bildungsgruppe	22,6	(19,7–25,7)	50,8	(47,0–54,5)	26,7	(23,3–30,3)
Mittlere Bildungsgruppe	18,8	(16,2–21,6)	54,5	(51,3–57,7)	26,8	(24,0–29,7)
Obere Bildungsgruppe	17,0	(13,8–20,8)	48,5	(43,5–53,5)	34,5	(29,9–39,4)
Gesamt (Frauen und Männer)	18,3	(17,6–19,0)	54,4	(53,6–55,2)	27,3	(26,6–28,1)

KI = Konfidenzintervall

Tabelle 2
Soziale Unterstützung
(Oslo-3-Items-Social-Support Scale)
bei Männern nach Alter und Bildungsstatus
(n = 10.696)
 Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS



**Frauen und Männer
 der unteren Bildungsgruppe
 berichten häufiger
 von geringer sozialer
 Unterstützung als Frauen
 und Männer der hohen
 Bildungsgruppe.**

Männer	Geringe Unterstützung		Mittlere Unterstützung		Starke Unterstützung	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	19,0	(18,0–20,0)	55,7	(54,5–56,8)	25,4	(24,4–26,4)
Untere Bildungsgruppe	26,2	(23,4–29,2)	52,6	(49,3–55,9)	21,2	(18,5–24,2)
Mittlere Bildungsgruppe	19,4	(18,1–20,7)	56,0	(54,4–57,6)	24,6	(23,2–26,1)
Obere Bildungsgruppe	14,1	(12,9–15,4)	56,8	(55,1–58,5)	29,1	(27,6–30,6)
18–29 Jahre	18,9	(16,5–21,6)	55,0	(52,0–57,9)	26,1	(23,5–28,9)
Untere Bildungsgruppe	23,4	(18,0–29,9)	51,0	(44,3–57,6)	25,6	(20,0–32,1)
Mittlere Bildungsgruppe	17,7	(14,8–21,0)	57,4	(53,3–61,4)	24,9	(21,7–28,4)
Obere Bildungsgruppe	15,2	(10,8–21,0)	51,8	(46,1–57,4)	33,1	(27,6–39,0)
30–44 Jahre	19,2	(17,1–21,4)	55,6	(52,9–58,2)	25,3	(23,2–27,4)
Untere Bildungsgruppe	34,4	(27,0–42,7)	49,9	(42,0–57,9)	15,6	(10,3–23,1)
Mittlere Bildungsgruppe	18,5	(15,8–21,6)	58,0	(54,2–61,6)	23,5	(20,7–26,6)
Obere Bildungsgruppe	13,3	(10,7–16,4)	54,3	(50,5–58,0)	32,4	(29,2–35,8)
45–64 Jahre	18,9	(17,5–20,4)	55,9	(53,9–57,8)	25,2	(23,7–26,8)
Untere Bildungsgruppe	24,4	(20,0–29,5)	54,0	(48,1–59,8)	21,5	(17,5–26,3)
Mittlere Bildungsgruppe	20,6	(18,5–22,9)	54,8	(52,0–57,6)	24,6	(22,3–27,0)
Obere Bildungsgruppe	13,7	(12,1–15,6)	58,5	(56,0–60,9)	27,8	(25,6–30,1)
≥ 65 Jahre	19,0	(17,2–20,9)	56,0	(53,7–58,2)	25,1	(23,0–27,3)
Untere Bildungsgruppe	24,8	(20,3–29,9)	55,9	(49,9–61,6)	19,3	(15,4–23,9)
Mittlere Bildungsgruppe	19,6	(16,8–22,7)	54,7	(51,4–58,0)	25,7	(22,6–29,1)
Obere Bildungsgruppe	15,2	(13,1–17,5)	58,5	(55,2–61,8)	26,3	(23,4–29,5)
Gesamt (Frauen und Männer)	18,3	(17,6–19,0)	54,4	(53,6–55,2)	27,3	(26,6–28,1)

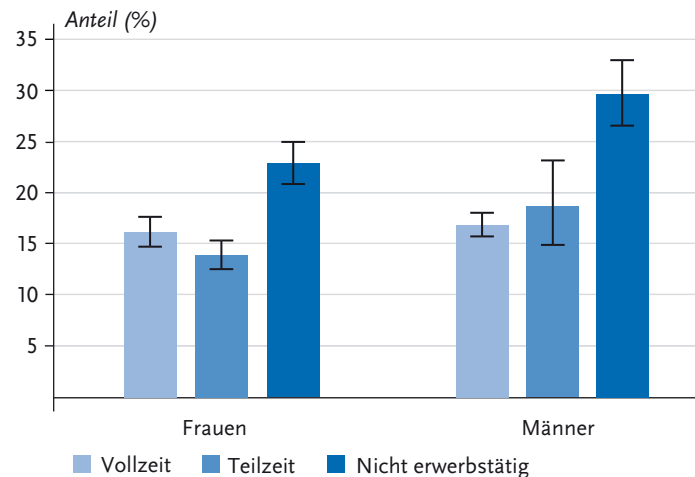
KI = Konfidenzintervall

Bei Männern trifft dies auf die Altersgruppen ab 30 Jahren zu. Starke soziale Unterstützung wird vor allem im mittleren Lebensalter von 30 bis 64 Jahren deutlich häufiger von Frauen der oberen Bildungsgruppe (im Vergleich zur unteren Bildungsgruppe) wahrgenommen. Bei Männern trifft dies auf die 30- bis 44-Jährigen zu.

In Bezug auf den Erwerbsstatus ist zu sehen, dass der Anteil geringer sozialer Unterstützung unter den nicht erwerbstätigen Frauen und Männern zwischen 18 und 64 Jahren deutlich höher ausfällt als bei den

Voll- und Teilzeiterwerbstätigen (**Abbildung 1**). Bei beiden Geschlechtern ist der Anteil unter den Nicht-Erwerbstätigen mit geringer sozialer Unterstützung im mittleren Lebensalter zwischen 30 und 64 Jahren besonders hoch. Starke soziale Unterstützung hingegen wird bei Männern ab 30 Jahren signifikant häufiger von Vollzeiterwerbstätigen im Vergleich zu nicht erwerbstätigen Personen wahrgenommen. Bei Frauen trifft dies auf die Altersgruppe zwischen 45 und 64 Jahren zu (Daten nicht gezeigt).

Abbildung 1
Anteil geringer sozialer Unterstützung
(Oslo-3-Items-Social-Support Scale)
nach Geschlecht und Erwerbsstatus
(n=10.140 Frauen; n=7.847 Männer)
 Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS



Die Ergebnisse der GEDA 2014/2015-EHIS Studie zeigen somit, dass mehr als vier Fünftel der Erwachsenenbevölkerung Deutschlands nach eigener Wahrnehmung über soziale Bindungen und Netzwerke verfügen, von denen sie eine mittlere bis starke Unterstützung erhalten. Andererseits nehmen vor allem Frauen und Männer mit niedriger Bildung häufiger eine geringe soziale Unterstützung durch ihr soziales Umfeld wahr. Zudem berichten nicht erwerbstätige Frauen und Männer besonders häufig von einer geringen sozialen Unterstützung. Insbesondere Gruppen, die auch stärker von gesundheitlichen Problemen betroffen sind, können somit in geringerem Ausmaß auf diese Ressource zurückgreifen. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit Daten aus früheren GEDA-Studien und einer Untersuchung zum Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Gesundheit auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels [4, 6].

Der Anteil an Personen mit geringer sozialer Unterstützung fällt unter nicht erwerbstätigen Frauen und Männern deutlich höher aus.

Literatur

1. Berkman LF, Glass T (2000) Social integration, social networks, social support, and health. *Social Epidemiology* 1:137-173
2. Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK (1996) The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin* 119(3):488
3. Schwarzer R, Knoll N (2007) Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International journal of psychology* 42(4):243-252
4. Kroll LE, Lampert T (2011) Unemployment, social support and health problems: results of the GEDA study in Germany, 2009. *Deutsches Ärzteblatt International* 108(4):47
5. Uchino BN (2006) Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine* 29(4):377-387
6. Kroll LE, Lampert T (2007) Sozialkapital und Gesundheit in Deutschland. *Das Gesundheitswesen* 69(03):120-127
7. Taylor SE (2011) Social support: A review. *The handbook of health psychology* 189:214
8. Hapke U, Maske U, Scheidt-Nave C et al. (2013) Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 56(5/6):749-754
<http://edoc.rki.de/oa/articles/re4jxGWhL5gE/PDF/21xYyCjIzh-zM.pdf> (Stand: 28.09.2017)
9. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB (2010) Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine* 7(7):e1000316
10. Müters S, Hoebel J, Lange C (2013) Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern. *GBE kompakt* 4(2):1-10
<http://edoc.rki.de/series/gbe-kompakt/2013-2/PDF/2.pdf> (Stand: 28.09.2017)
11. Dalgard OS, Tambs K (1995) Social support, negative life events and mental health. *The British Journal of Psychiatry* 166(1):29-34
12. Kilpeläinen K, Aromaa A (2008) European health indicators: development and initial implementation: final report of the ECHIM project. Helsinki University Press, Helsinki

13. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED).
http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Main_Page/de (Stand: 13.01.2017)

14. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). Archives of Public Health 75(1):40

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen und Autoren

Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenzadresse
Lea-Sophie Borgmann
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: BorgmannL@rki.de

Interessenkonflikt

Die korrespondierende Autorin gibt für sich, die Koautorin und den Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Förderungshinweis

Die GEDA-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Franziska Prütz,
Martina Rabenberg, Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,
Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise

Borgmann LS, Rattay P, Lampert T (2017) Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4):117–123. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-120

ISSN 2511-2708



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit